



FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA COGNITIVO –
CONDUCTUAL SOBRE LA ANSIEDAD EN EL
ADULTO MAYOR DE LAMBAYEQUE.**

**PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA**

Autores:

Bach. Ramírez Cueva, Carol Yamily

Bach. Valdiviezo Chonto, Luicita Mabel

Asesor:

Mgtr. Merino Hidalgo, Darwin Richard

Línea de Investigación:

Psicoterapia

Pimentel – Perú

2018

Dedicatoria

Esta investigación está dedicada a mis padres, por su apoyo constante durante mi vida universitaria y a Dios por permitirme llegar al término satisfactorio de mi carrera, de igual manera a la población de estudio donde se pudo demostrar la importancia de trabajar con personas adultas mayores y mejorar su calidad de vida.

Valdiviezo Chonto Luicita Mabel

A Dios y mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi compañero de vida por su constante e incondicional apoyo, por su paciencia y cariño reflejado en cada paso que di durante este largo camino.

A la población que nos colaboró durante nuestra investigación y a todas las personas que hicieron posible esto.

Ramírez Cueva Carol Yamily

Agradecimiento

Agradezco a dios por darme la oportunidad de llegar al final de mi carrera y bendecirme constantemente, a mis padres por su permanente e incondicional apoyo en lo largo de este camino, por confiar en mí y por su comprensión y, de igual manera gracias a las personas que colaboraron y participaron, adultos mayores y docente. Que hicieron posible esta investigación.

Ramírez Cueva Carol Yamily

Agradezco a Dios por sus infinitas bondades en el trayecto de mi carrera universitaria, a mis padres por su absoluto apoyo y confianza, a los docentes que pudieron verter sus enseñanzas y a los miembros del Centro del Adulto Mayor donde se realizó esta investigación.

Valdiviezo Chonto Luicita Mabel

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo determinar el efecto del Programa Cognitivo – Conductual (PCC) sobre ansiedad en el adulto mayor de Lambayeque. El estudio por su finalidad es aplicado y respecto al carácter de medida es cuantitativo con diseño Cuasi – Experimental, en un grupo control no equivalente, aplicando un pre y post test, donde participaron 40 adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor (CAM) de la provincia de Lambayeque, reagrupándolos en dos grupos de 20, Grupo experimental y Grupo Control, a quienes se los evaluó de inicio (pre test) mediante la escala de ansiedad manifiesta en adultos – AMAS (Reynolds, 2007), posteriormente se aplicó el Programa Cognitivo – Conductual (PCC) Sobre Ansiedad (Ramírez y Valdiviezo, 2017) diseñado para 11 sesiones incluyendo la aplicación del pre y post test que se evaluó con el AMAS. El estudio reporta diferencias significativas con el pre test y post test del grupo experimental, mostrando una media menor en la segunda evaluación en todas las dimensiones y escala general de ansiedad. Asimismo, se encontró que, antes de la aplicación del PPC, el 90 % de adultos mayores del grupo experimental, se ubicaban en las categorías Elevación Leve Ansiedad y Clínicamente Significativa Ansiedad, no obstante, en la evaluación posterior al PCC el 100% de adultos mayores, se ubica en la categoría Esperada Ansiedad. A su vez, en las evaluaciones del grupo control, no se hallaron diferencias significativas entre el post test y pre test. Finalmente, el estudio arribó a la conclusión de que la evidencia estadística demuestra la efectividad del PCC sobre ansiedad en el adulto mayor de Lambayeque.

Palabras Claves: Ansiedad, programa cognitivo conductual, adultos mayores, estudio cuasi - experimental.

Abstrac

The objective of this study was to determine the effect of the Cognitive - Behavioral Program (PCC) on anxiety in the elderly of Lambayeque. The study by its purpose is applied and with respect to the measurement character is quantitative with a Quasi - Experimental design, with non - equivalent control group, applying a pre and post test, where 40 older adults attending the Center for the Elderly (CAM) participated. from the province of Lambayeque, regrouping them into two groups of 20, Experimental Group and Control Group, who were evaluated at the beginning (pre-test) using the Manifest Adult Anxiety Scale - AMAS (Reynolds, 2007), afterwards the Program was applied Cognitive - Behavioral (PCC) on Anxiety (Ramírez and Valdiviezo, 2017) designed for 11 sessions including the application of the pre and post test that was evaluated with the AMAS. The study reports significant differences between the GE pretest and post test, showing a lower mean in the second evaluation in all dimensions and general anxiety scale. Likewise, it was found that, before the application of the PPC, 90% of older adults of the GE were placed in the categories of Mild Anxiety and Clinically Significant Anxiety, however, in the post-PCC assessment, 100% of older adults , it is located in the Expected Anxiety category. On the other hand, in the GC evaluations, no significant differences were found between the post test and the pretest. Finally, the study concludes that the statistical evidence demonstrates the effectiveness of the CCP on anxiety in the elderly of Lambayeque.

Key words: Anxiety, cognitive behavioral program, older adults, quasi - experimental study.

Indice

| | |
|--|-----------|
| Resumen | iv |
| Abstrac | v |
| Indice | vi |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 7 |
| 1.1. Realidad Problemática..... | 7 |
| 1.2. Trabajos Previos..... | 9 |
| 1.3. Teorías Relacionadas al Tema | 11 |
| 1.4. Formulación del Problema | 16 |
| 1.5. Justificación e Importancia del Estudio | 17 |
| 1.6. Hipótesis | 17 |
| 1.7. Objetivos | 18 |
| 1.7.1. Objetivo General | 18 |
| 1.7.2. Objetivos Específicos..... | 18 |
| II. MATERIAL Y MÉTODOS..... | 19 |
| 2.1. Tipo y diseño de investigación..... | 19 |
| 2.2. Población – Muestra..... | 20 |
| 2.3. Variables y operacionalización | 21 |
| 2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad | 24 |
| 2.5. Procedimientos de análisis de datos..... | 25 |
| 2.6. Aspectos éticos | 26 |
| 2.7. Criterios de rigor científico | 27 |
| III. RESULTADOS..... | 28 |
| 3.1. Tablas Y Figuras | 28 |
| 3.2. Discusión de resultados..... | 31 |
| IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 34 |
| Conclusiones | 34 |
| Recomendaciones | 35 |
| REFERENCIAS | 36 |
| ANEXOS | 39 |

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

En los últimos 20 años la globalización ha traído variaciones considerables en materia económica y social, generando efectos desiguales en las condiciones de vida, específicamente en poblaciones cada vez más envejecidas, siendo el envejecimiento, desde múltiples ópticas uno de los más importantes problemas del siglo XXI, tomado por (Rodríguez y Lazcano, 2011), donde hace mención que el adulto mayor ha sido participe de los cambios que ha pasado la sociedad actual, generando que al pasar del tiempo el mayor de edad pase por una serie de cambios orgánicos, mentales y sociales. Teniendo en cuenta que, en la etapa de la vejez, la persona se vuelve vulnerable a todo tipo de enfermedad médica, desde problemas de osteoporosis, Alzheimer, depresión hasta ansiedad entre otros.

Donde la ansiedad en el adulto mayor tendrá una participación en este programa de investigación, presentándose esta afectación en el adulto mayor como una agitación nerviosa, originado por el temor sufrir pérdidas y separaciones, lo cual ocasiona la presencia de somatización de la angustia, con quejas físicas, (...) (Boggio, 2011); teniendo en cuenta la influencia que tiene la ansiedad en el adulto mayor, se ha considerado la administración de un programa que consiga disminuir el nivel de ansiedad en ellos, logrando de esta manera poder sobrellevar un adecuado estilo de vida, por ello se ha tenido en cuenta la terapia cognitiva – conductual, terapia creada por Aaron Beck, donde su finalidad es ayudar a cambiar la forma cómo piensa (cognitivo) y cómo actúa (conductual), mejorando su grado de bienestar, por ello la TCC se centra en disminuir la angustia o síntomas que lo aquejan, en lugar de explorar causas del pasado, de tal manera que se orienta en plantear estrategias que mejoren el estado anímico de las personas.

Según la (OMS, 2013) considera que las personas mayores de 60 años con el termino de adulto mayor, siendo la senectud de la población un indicador de éxito de las políticas de salud pública, no obstante, a la vez significa un desafío para la sociedad, debido a tener que formular estrategias para adaptarse a las necesidades y capacidades funcionales de las personas mayores.

En los años 1990 y 2013, ha aumentado en un 50 % aproximadamente las estadísticas de casos de ansiedad o depresión, siendo de 416 millones a un alza de 615 millones. Sin embargo, el diez por ciento de la población se encuentra afectada, por trastornos psicológicos de los cuales el treinta por ciento presenta enfermedades no letales. Además, las emergencias en los hospitales 1 de cada 5 individuos se encuentran más afectados por la ansiedad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

El proceso de salud enfermedad está relacionado con los estilos de vida que cada uno asume como persona, sin embargo, dicho proceso se ve alterado por múltiples causas, uno de ellos es la edad. Hay que saber envejecer para poder tener una mejor calidad de vida, lo que permitirá mejorar la relación de la persona con el ambiente y con los que lo rodean, así mismo el ámbito emocional juega un papel importante, sin embargo, para que exista el equilibrio y para que el adulto mayor pueda generar un adecuado estilo de vida, debe tomar conciencia y formar parte del compromiso de cambio, logrando adaptarse a la nueva etapa y saber sobrellevarla.

En la ciudad de Lambayeque podemos encontrar lugares como el CEDIF (Centro de Desarrollo Integral Familiar) y el CIAM (Centro Integral del Adulto Mayor) que son las entidades que se encargan del bienestar de los individuos en etapa de senectud, todos ellos con escasos recursos económicos y/o situación de riesgo, existe también el CAM (Centro del ADULTO MAYOR) perteneciente a ES SALUD, a este centro las personas adultas mayores asisten por voluntad propia existiendo diversidad de costumbres, tradiciones, realidades económicas y diferentes problemas de salud posiblemente diagnosticados, estas personas realizan algunas actividades como clases de cocina y talleres de memoria; y luego de una observación y análisis de la realidad se pudo entender que de alguna manera no se cubren todas las necesidades en el área psicológica es por ello que se detectó la necesidad de poder trabajar en el campo, tomando como variable al problema de la ansiedad en esta población, por ello se trabajará un programa orientado a que la ansiedad en las personas de la tercera edad pueda disminuir en cierto grado, pues se tiene conocimiento de que las personas en esa etapa pueden ser más vulnerables a dicha enfermedad.

1.2.Trabajos Previos

En el contexto internacional, existen estudios como el de Elide (2011) que desarrolló un estudio que tuvo como objetivos identificar las características de los pacientes que se atiende en la unidad de salud Las Flores diagnosticados con trastornos de ansiedad, basándose en una metodología de estudio cualitativo, participando del estudio los adultos hombre o mujer que está diagnosticado con trastorno de ansiedad y que consulte a la Unidad de Salud Las Flores, Chalatenango en intervalo de edad de 25 a 59 años, en el periodo de enero a diciembre de 2010, existe una fase cuantitativa la cual consiste en recolectar datos de cada pacientes a quienes se los evaluó por medio de entrevistas y así, conocer la percepción de los pacientes adulto joven con trastornos de ansiedad acerca del conflicto armado, donde el autor reportó que el tipo de ansiedad registrada como ansiedad generalizada en un 14% y el trastorno de estrés postraumático con un 86% del total.

Asimismo, (Contreras, 2006) desarrollaron una participación cognitivo-conductual sobre variables emocionales en ancianos cuyo objetivo fue disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva, donde se utilizó un muestro no probabilístico, con criterio por conveniencia, quedando conformada por 38 ancianos asistentes a un centro de salud familiar, al ser un estudio bajo una metodología experimental se asignó grupos experimental y control, de manera tal que cada grupo estuvo conformado por 19 participantes. Los resultados arrojan a través del análisis estadístico que en la etapa de pre-tratamiento el grupo experimental ($M=17,47$; $p<0,01$) y el grupo control ($M=31,21$; $p<0,01$) empezaron igualados en aspectos estadísticos, en el transcurso del tratamiento y en la etapa de seguimiento el nivel ansiedad-estado del GE ($M= 10,11$; $p<0,01$) disminuyeron de forma progresiva, en comparación de los valores del grupo control ($M=31,47$; $p<0,01$); de tal manera que estos resultados indican que las diferencias y efectos estarían dadas por la intervención cognitivo-conductual.

Por otro lado en el contexto nacional, se encontraron estudios como el de Cornejo (2012) que elaboró una investigación denominada Control psicológico y ansiedad rasgo en adultos tempranos, que tuvo como objetivo establecer la correlación entre control

psicológico y ansiedad rasgo en 50 colaboradores de 18 a 30 años, todos ellos calificados con algún trastorno de ansiedad y que se evidencia al asistir a un Hospital de Salud Mental de Lima, a quienes se los evaluó con la Escala (CPLD) y el Inventario (IDARE). Los autores pudieron destacar la asociación directa alta entre el control psicológico paterno, orientado a la dependencia y al logro ($r=.62$; $p<.01$). Se evidencia de igual manera asociación significativa entre el control psicológico materno orientado a la dependencia y al logro ($r=.50$; $p<.01$) siendo la extensión de la asociación moderada. Del mismo modo, se ubicó asociación directa entre el control psicológico de la progenitora orientado a la dependencia y ansiedad rasgo ($r=.29$; $p=.04$), no obstante, el resto de dimensiones de control psicológico no muestran asociación con la ansiedad rasgo.

Asimismo, Ventura (2009) desarrolló una investigación ejecutando un programa cognitivo-conductual en adultos mayores con TGD de un Centro de Salud de Lima, teniendo 1 mes de duración el tratamiento (dos sesiones semanales). La muestra estuvo conformada por 30 mujeres, 15 al GE y 15 al GC, a quienes evaluaron con la Escala (GAD-7). Al finalizar en el desarrollo del programa se analizó los puntajes del conjunto experimental, encontrando que los puntajes del grupo experimental referente al pre test fueron de 11.6 en ansiedad generalizada y en el post test de 7.8, lo cual supone la existencia de diferencias significativas entre ambas medidas ($t=-5.6$, $\leq.000$), significando que la intervención terapéutica, tuvo un efecto significativo en los niveles de ansiedad. Finalmente se analizó en post test en el grupo experimental y control, donde el puntaje de ansiedad generalizada del grupo experimental fue de 7.8 y en el conjunto control de fue de 10.9, evidenciando significativamente discrepancias entre ambas medidas ($t=-2.3$, $\leq.02$), esto significa que el grupo experimental presente menores puntajes de ansiedad post intervención terapéutica, a diferencia con el grupo control que no recibió el tratamiento.

Y en el contexto local, autores como Segura, Peña-Sánchez y Gonzáles (2014) desarrollaron un estudio que tuvo por finalidad identificar el nivel de ansiedad y depresión en los encargados del adulto mayor de un Hospital de Chiclayo, bajo una metodología descriptiva, observacional, no experimental con enfoque cuantitativo. Para

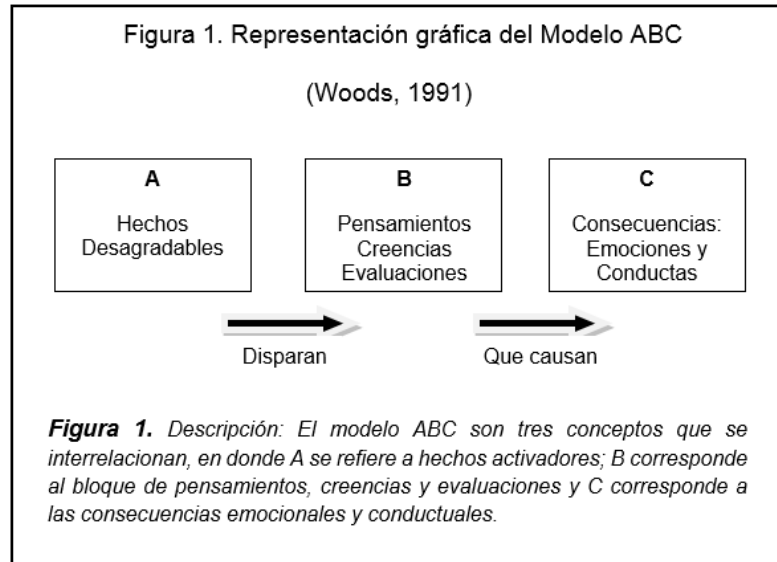
obtener la muestra se empleó el tipo de muestreo aleatorio simple, para luego ser evaluarlos con tres instrumentos psicológicos como, el Inventario (BDI); el Inventario (IDARE) y un Cuestionario elaborado para el Cuidado Informal. El estudio reportó que un cincuenta y dos y tres décimas por ciento de los cuidadores si muestran ansiedad – rasgo y cincuenta y cuatro y dos décimas por ciento de ansiedad - estado se encuentran en un nivel mayor del promedio normal. Asimismo, encontraron la existencia en relación entre ansiedad-estado con las horas de cuidado, la cual, en promedio es entre 12 y 15 horas diarias, indicando que la cantidad de tiempo en horas dedicadas al cuidado del adulto mayor aumentará la probabilidad en el cuidador de experimentar mayor ansiedad - estado.

1.3. Teorías Relacionadas al Tema

Teóricamente, el presente estudio se fundamenta en el modelo Cognitivo – Conductual que tiene como máximos representantes son Albert Ellis con su Modelo ABC y Aarón Beck son su Terapia Cognitiva. Aquellos autores basan sus modelos de terapias, en el siguiente postulado: “las situaciones no determinan los sentimientos, sino el modo como las personas las interpretan; es decir, la respuesta emocional está condicionada por la percepción de la circunstancia” (Ellis, 1962; Beck, 1964 citado en Naranjo, 2004).

Modelo Cognitivo de Ellis

El concepto de ABC es el modelo básico de Ellis, el cual se presenta en la Figura 1., donde A se refiere a los eventos activadores mientras que la B vendría a ser el cúmulo de creencias, pensamientos, o pruebas de los sujetos y la C serían las consecuencias emocionales y conductuales que tiene la persona al momento de pensar en hechos activadores



Fuente: Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas de Caro, I. (2009)

Terapia Cognitiva de Beck

Mainieri. (S/F) en su trabajo "El Modelo de Terapia Cognitivo Conductual", realiza una compilación y un análisis de dicho modelo, donde refiere "Las distorsiones cognitivas se producen por una dinámica cognitiva, que se da a tres niveles: creencias nucleares, creencias intermedias, y pensamientos automáticos" (p.58), con fines de clarificar aquellos niveles, se detallan a continuación:

Creencias centrales o nucleares: Son creencias irracionales sobre distintos acontecimientos del mundo, del resto de las personas y hasta de sí mismo. Estas creencias son adquiridas por lo general en las experiencias de etapas tempranas, producto de la integración con los mismos, además representan el nivel más fundamental de creencias, siendo tomadas por los individuos como absolutas debido a su rigidez y sobre generalización.

Creencias intermedias: Se basan en reglas, actitudes y suposiciones, siendo las actitudes la visión de un problema específico y son mencionadas como una proposición; Las normas se reconocen por inducir comportamientos, por su alto contenido

emocional/motivacional. Por último, las suposiciones son conjeturas que responden a la regla “si..., entonces” (Beck, 2000; Riso, 2006 citados en Toro y Ochoa, 2010).

Pensamientos automáticos: Los eventos estresantes o situaciones vitales facilitan la activación de los esquemas, que permanecían latentes, detonando las distorsiones cognitivas por medio de pensamientos automáticos, considerados como pensamientos relacionados a eventos cotidianos e irracionales, mostrando las distorsiones del pensamiento, producto de una base inconsciente que muestra significado latente.

Para Zung, (1971) menciona que bajo la anterior premisa, es preciso señalar que el componente emocional es producto de nuestras interpretaciones cognitivas, lo cual sugiere que la ansiedad es un estado emocional caracterizado por inquietud, aprensión y temor; experimentado frente a situaciones con dificultad para anticipar o basados en una percepción de aparente amenaza o peligro.

Según Vera, (2012) La ansiedad es un estado psicológico producido por la supuesta presencia de peligros inexistentes. Se acompaña de indicadores exagerados de alerta y excitación fisiológica, prepara al organismo para la acción; de tal manera que, la ansiedad funciona como respuesta de nuestro organismo para adaptarse a situaciones de emergencia.

Morell, (2006) señala que la ansiedad es útil y natural, debido a que es una respuesta de miedo, no obstante, se torna un problema cuando a nivel racional no hay fundamento que lo sostenga.

Asimismo, en la presente investigación se ha evaluado la ansiedad desde el marco conceptual planteado por Reynolds, Richmond y Lowe (2007) quienes elaboraron una escala para medir la ansiedad manifiesta en adultos mayores, los cuales consideraron las siguientes escalas teóricas para dicha escala:

- a) Inquietud/Hipersensibilidad: Esta subescala tiene varios reactivos que contienen el término “preocupada” y otros que describen un nerviosismo excesivo o una hipersensibilidad al estrés. Una puntuación elevada corresponde a un individuo que interioriza la ansiedad y generando un desgaste emocional al rumiar sobre

pensamientos improductivos. Las puntuaciones altas en esta subescala parecen ser más características de individuos que no cuentan con canales adecuados o con un sistema de apoyo para analizar sus preocupaciones y ansiedades o de aquello que no aprovecha esas opciones.

- b) **Ansiedad Fisiológica:** Esta contiene reactivos que principalmente reflejan las repuestas físicas de la respuesta ansiosa de una persona y la somatización de los síntomas. Por supuesto, siempre existe la posibilidad de que los signos fisiológicos que con frecuencia se asocian con la ansiedad como son frecuencia cardiaca elevada o sudoración en las palmas de las manos, sean síntomas de alguna enfermedad no detectada con anterioridad.
- c) **Temor al envejecimiento:** Esta subescala, evalúa la preocupación por los efectos degenerativos normas del envejecimiento, incluyendo el deterioro físico y mental, así como por problemas económicos. Es frecuente que los individuos con puntuaciones altas en esta subescala estén tensos y es probable que presenten síntomas de depresión. Existe la posibilidad de que tiendan a recluirse, a medida que continúan preocupándose por los efectos del envejecimiento. Las inquietudes y temores que se asocian con una puntuación elevada van más allá de las preocupaciones existenciales normas relacionadas con la vida, el envejecimiento y la perspectiva de la muerte.

Además, para la intervención en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, es fundamental revisar sus dimensiones:

- a) **Fisiológico.** Hace referencia a los síntomas del organismo, produciendo efectos como (sudoración, sequedad de boca, mareos, hiperventilación, palpitaciones, taquicardias, etc.).
- b) **Cognitivo.** Hace referencia a alteraciones de los procesos mentales, ligados a la manera de procesar la información (preocupación excesiva, sensación de agobio, dificultades en la memoria, precipitación de peligro, pensamientos intrusivos, obsesiones, etcétera).
- c) **Conductual.** Se refiere a conductas desadaptativas (agresividad, conducta evitativa, hipoactividad, hiperactividad, etc.).

Se sabe que la ansiedad es una variable psicológica estudiada desde principios del siglo pasado, por ello que, en ese proceso de investigación, se ha establecido que existen múltiples que interactúan en la aparición de la ansiedad, como variables biológicas, aprendizaje, predisposición genética, actitud ante la vida, educación recibida, resiliencia, por lo tanto, es fundamental responder forma personalizada a cada necesidad particular. No obstante, existe evidencia que son algunas las causas principales y comunes que manifiestan los adultos mayores en consulta:

- a) Cambios bruscos en el estilo de vida. En la tercera edad aparecen cambios, por ejemplo, la jubilación, demasiado tiempo libre y tener que aprender a ocuparlo, genera ansiedad en algunas personas.
- b) Descenso de la autonomía. La pérdida de vitalidad, fuerza y reflejos, ocasionan dificultad para realizar algunas actividades, generando que el adulto mayor solicite apoyo.
- c) Problemas económicos. La situación económica en esta edad es menor a los ingresos que se tenían en la adultez, lo cual es percibido como fuente de estrés por lo general.
- d) Proximidad a la muerte. A nivel cognitivo, presentan pensamientos relacionados con la muerte, ocasionando elevados niveles de ansiedad.
- e) Deterioro del estado de salud/ incapacidad física. En esta etapa inicia un deterioro de las funciones físicas y cognitivas, afectando el ritmo de vida cotidiano.
- f) Aislamiento social. Alteraciones en el estado de ánimo, originado por problemas constantes, produciendo aislamiento y deseos de no relacionarse.
- g) Soledad. Pérdidas de amigos, familiares, compañeros sentimentales, sentirse distanciado de los seres queridos.
- h) Padecimiento de otra enfermedad. Padecer otras enfermedades, origina preocupación en el adulto mayor, como, por ejemplo, la hipertensión, la artrosis o la depresión siendo este último uno de los principales motivos que los adultos mayores manifiestan ansiedad.
- i) Incomprensión familiar. Sentimientos de rechazo por parte de los seres queridos, ocasiona en el adulto mayor angustia, frustración, inquietud y malestar.

Asimismo, según Williams Zung, el estado de ansiedad se clasifica en función de la intensidad: moderada, severo y máximo, con manifestaciones e incidencia diferentes en sus distintos componentes:

- a) Nivel de ansiedad Moderada: Estado de alerta donde la percepción y la atención suben de manera súbita, no obstante, el sujeto no pierda la habilidad de afronte y resolución de problemas. A nivel fisiológico la ansiedad moderada puede producir insomnios y malestar físico y agotamiento (Zung, 1971).
- b) Nivel de ansiedad Severa: Dificultades para concentración y percepción que están muy reducidas de la realidad. Físicamente, el sujeto presenta taquicardia, dolor de cabeza y/o nauseas (Zung, 1971).
- c) Nivel de ansiedad Máximo: Alteraciones en la percepción, distorsionando la realidad, con incapacidad en la comunicación y comportamiento, lo cual se manifiesta como incapaz para concentrarse o aprender por sí misma (Zung, 1971).

Así como se ha establecido causas de la ansiedad, se han formulado teorías que intentan explicar este fenómeno, teniendo a la Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina. (2012) que menciona que el trastorno de ansiedad generalizado está asociado con cierta afectación del estado mental, social y la salud en general de cualquier persona, además podría experimentar dolor corporal inespecífico, que dificultaría de alguna manera su ritmo de vida habitual, de igual manera nos indica el mismo boletín que puede también asociarse al consumo excesivo de sustancias adictivas.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana IV (revisado) (DSMIV-R) para considerar a la ansiedad como un trastorno los síntomas deben estar presentes, por un periodo de 6 meses aproximadamente, relacionado con problemas o preocupaciones concernientes a su salud, familia, trabajo o situación económica.

1.4. Formulación del Problema

¿Cuáles son los efectos de la aplicación del programa cognitivo conductual sobre ansiedad en adultos mayores de Lambayeque?

1.5. Justificación e Importancia del Estudio

El presente trabajo tuvo como objetivo reducir el nivel de ansiedad de la población de estudio, mediante la terapia cognitiva – conductual, logrando en ellos una mejora en su calidad de vida;

Asimismo, en la presente investigación, se estableció y reportó la realidad de las personas de la tercera edad en nuestra región Lambayeque dentro del Centro del Adulto Mayor (CAM), pudiendo conocer a detalle la situación actual referente a la variable ansiedad.

Por consiguiente, el presente estudio es de gran importancia, debido que se orientó en conocer el estado algunas patologías que pueden influir en el desarrollo del aprendizaje del adulto mayor y a partir de los resultados encontrados, los responsables de las instituciones que están encargados de velar por la salud pública adoptarán políticas de carácter preventivo y promocional, para que el adulto mayor de Lambayeque pueda vivir en condiciones óptimas.

Finalmente, contribuye al conocimiento científico, ya que existe la necesidad de ampliar y actualizar los conocimientos de estrategias de intervención sobre la ansiedad en la comunidad científica, con lo cual sirve para acumular la suficiente evidencia científica, consolidando una proposición de intervención en el área de la psicoterapia cognitivo conductual que contribuya a la mejora de las dificultades de las personas en etapa de senectud.

1.6. Hipótesis

H1: La aplicación del programa cognitivo conductual disminuirá la ansiedad en el adulto mayor de Lambayeque.

Ho: La aplicación del programa cognitivo conductual no disminuirá la ansiedad en el adulto mayor de Lambayeque.

1.7.Objetivos

1.7.1. Objetivo General

Determinar el efecto del programa cognitivo - conductual sobre ansiedad en el adulto mayor de Lambayeque.

1.7.2. Objetivos Específicos

Elaborar un programa cognitivo conductual para una futura aplicación en una población de adultos mayores con ansiedad.

Aplicar el programa cognitivo conductual a la población seleccionada.

Identificar el nivel de ansiedad del grupo control y grupo experimental antes de la aplicación del programa cognitivo - conductual sobre ansiedad.

Identificar si existen diferencias entre el grupo experimental y grupo control antes del programa cognitivo - conductual sobre ansiedad.

Identificar el nivel de ansiedad del grupo control y grupo experimental después de la aplicación del programa cognitivo - conductual sobre ansiedad.

Identificar si existen diferencias entre el grupo experimental y grupo control después del programa cognitivo - conductual sobre ansiedad.

Comparar ambas poblaciones después de la aplicación e identificar la eficacia.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de estudio según su finalidad es aplicado y respecto al carácter de medida es cuantitativo.

Aplicada: Debido a que tiene fines prácticos y no se esfuerza por el desarrollo de conocimientos teóricos de valor universal (Villegas, Marroquín, Del Castillo & Sánchez, 2011: 86).

Cuantitativa: Se basa principalmente en elementos o fenómenos de observación y cuantificables, apoyándose en la estadística para su análisis numérico (Villegas et al. 2011: 91).

Asimismo, la investigación cuenta con un Diseño Cuasi – Experimental, con grupo control no equivalente, aplicando un pre y post test.

Grupo control no equivalente: Se aplica cuando se tiene grupos formados; primero se evalúa la VD en ambos grupos a través del pre test; luego solo el grupo experimental recibe el tratamiento; finalmente se mide la VD a través del post test para poder hacer

las comparaciones de ambos grupos y extraer conclusiones (Vásquez, Díaz, Vásquez, Vásquez, 2012).

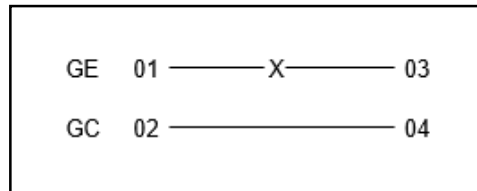


Figura 02: Diagrama Correlacional

2.2. Población – Muestra

En el presente estudio se trabajó con una población total de 40 adultos mayores pertenecientes al Centro del Adulto Mayor (CAM); todos jubilados y en pleno uso de sus facultades mentales

La muestra se trabajó con 40 adultos mayores de los cuales 20 formarán parte del GE y 20 del GC.

Asimismo, las variables de estudio, a considerar son las siguientes:

VI: Programa Cognitivo - Conductual

Se tomó en cuenta las dimensiones e indicadores del Programa Cognitivo - Conductual elaborado por Ramírez y Valdiviezo (2017) para una muestra de adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor (CAM) de la provincia de Lambayeque.

VD: Ansiedad

Se midió según las dimensiones e indicadores de la Escala de Ansiedad Manifiesta elaborado por Reynolds (2007) y adaptado y baremado por Ramírez y Valdiviezo (2017) para una muestra de adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor (CAM) de la provincia de Lambayeque.

2.3. Variables y operacionalización

Considerando el siguiente cuadro de operacionalización para la medición de las variables:

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | SESIONES | ESCALA DE MEDICIÓN |
|-------------------------------|---|--|--------------------------------|--|---------------|--------------------|
| PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL | Se define como el conjunto de estrategias terapéuticas organizadas en sesiones y fundamentadas en la terapia cognitivo conductual, que se orienta a modificar una base cognitiva que produce efectos sintomatológicos que afecta la | El programa cognitivo conductual se desarrollará mediante estrategias terapéuticas organizadas en sesiones educativas, dinámicas de grupo, trabajos individuales y grupales, orientados a modificar los pensamientos | Pensamientos Ansiógenos | <ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos repetitivos - Agotamiento mental - Temores vagos | 1,2,3,9,10,11 | Ordinal |
| | | | Sintomatología Somática | <ul style="list-style-type: none"> - Tensión y fatiga - Problemas de sueño - Afección somática - Intranquilidad - Problemas de atención | 6,7,8 | |

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | ITEMS | ESCALA DE MEDICIÓN |
|-----------------|--|---|--|--|---|--------------------|
| | calidad de vida de los individuos (Ramírez y Valdiviezo, 2017) | ansiógenos, la sintomatología somática y los pensamientos frente al envejecimiento (Ramírez y Valdiviezo, 2017). | Pensamientos frente al Envejecimiento | - Preocupación a padecimientos. - Temor a la enfermedad - Pensamientos repetitivos | 4,5 | |
| ANSIEDAD | La ansiedad se constituye una reacción emocional caracterizado por malestar psicofísico, expresado como sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida (Zung, 1971). | La ansiedad está medida en la percepción del adulto mayor que configura respecto a la inquietud/hipersensibilidad, ansiedad fisiológica, temor ante el envejecimiento y mentira, dicha medida está observada a través del puntaje global obtenido por el mismo sujeto en la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (Reynolds, 2007) | Inquietud/ Hipersensibilidad | - Pensamientos repetitivos - Agotamiento mental - Temores vagos | 5,6,8,10, 11,13,15, 17,19,21, 22,24,26, 27,29,30, 34,35,36, 38,39,42, 44. | Ordinal |
| | | | Ansiedad Fisiológica | - Tensión y fatiga - Problemas de sueño - Afección somática - Intranquilidad - Problemas de atención | 1,3,4,18, 20,23,37. | |
| | | | Temor ante el Envejecimiento | - Preocupación a padecimientos. - Temor a la enfermedad - Pensamientos repetitivos | 9,25,28,3 1,33,40, 41. | |
| | | | Mentira | - Conducta ideal - Presentación exagerada | 2,7,12,14 ,16,32,43 | |

Asimismo, se empleó el *método cuantitativo*, siendo un proceso secuencial que se utiliza para la recolección de datos y probar hipótesis, fundamentado en la cuantificación y análisis numérico, para determinar modelos comportamentales (Hernández, Fernández, Baptista, 2010). Bajo, *la técnica psicométrica*, ya que se manejó instrumentos de medida para investigar, describir y comprobar aspectos comportamentales (Merryl & Peña, 2009).

Considerando como instrumento de recolección de datos, la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (Reynolds, 2007), que está compuesta por tres instrumentos diferentes: AMAS-A (Para adultos), AMAS-C (Para estudiantes) y AMAS-E (Para adultos mayores), siendo esta última que se utilizó en el presente estudio, este instrumento fue elaborado para usarse en la evaluación de la ansiedad entre individuos de 60 años y

mayores. Este instrumento evalúa tres escalas, inquietud/hipersensibilidad que consta de 23 reactivos, ansiedad fisiológica que contiene 7 reactivos y temor al envejecimiento con 7 reactivos y una escala de mentira con 7 reactivos. Para la aplicación se utilizó la Forma auto calificable de la versión en función de la población y un instrumento de escritura, solicitándoles a los participantes que leas las preguntas de manera concienzuda y honestamente, indicándoles que no le dediquen mucho tiempo a cada reactivo y que no existe respuesta correcta ni errónea. No hay límite de tiempo, pero por lo general se le dedica 15 minutos a menos. Para la calificación, se requiere a la hoja de calificación y coloque un check a la derecha de cualquier reactivo que se haya encerrado SI en un círculo en cada una de las casillas de esa fila. Si se encerraron tanto Si como No, anule el reactivo. Cuente el número de check que se haya puesto en cada columna y registre los totales en los espacios que se proporcionan al final de cada columna, estas son las puntuaciones directas o naturales, posteriormente transcríbalos a los espacios que se presentan adelante, luego encuentre los valores correspondientes de puntuación T en la tabla de perfil y para los percentiles consulte los baremos correspondientes.

Finalmente, para la interpretación de cada dimensión y la escala total, las puntuaciones de T de 0 a 44, corresponden a baja ansiedad, de 45T a 54T a esperada ansiedad, de 55T a 64T elevación leve ansiedad, de 65T a 74T a clínicamente significativa ansiedad, y de 75T a más, extrema ansiedad. Las normas técnicas del instrumentos; primero la muestra para estandarización se realizó en 636 adultos mayores, 439 mujeres y 197 varones, que se reclutaron principalmente en comunidades de retiro y centro para adultos mayores y también, se aplicaron algunos protocolos a participantes en sus propios hogares de las regiones Oeste, Noroeste de Suroeste de los EE.UU; para la confiabilidad se utilizaron estimados de consistencia interna y de estabilidad temporal, donde emplearon el alfa de cronbach, Kuder-Richardson 20 y estudios de test-retest; los estimados de consistencia interna para las tres escalas de ansiedad fueron adecuados, con un rango entre ,71 y ,91, Además, los coeficientes de test-retest, basados en los datos reunidos a partir de 20 adultos mayores residentes de Ohio, sugirieron que las confiabilidad de las escalas de AMAS-E eran más que adecuadas. En cuanto a la validez, se empleó la validez de contenido, de constructo y predictiva de los instrumentos.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnicas

Se empleará la técnica psicométrica, ya que se manejará instrumentos de medida para la investigación, descripción y comprobación de datos sobre el comportamiento psíquico (Merryl & Peña, 2009).

Instrumentos

Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (Reynolds, 2007)

La Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS) está compuesta por tres instrumentos diferentes: AMAS-A (Para adultos), AMAS-C (Para estudiantes) y AMAS-E (Para adultos mayores), sienta esta última que se utilizará en el presente estudio, este instrumento fue elaborado para usarse en la evaluación de la ansiedad entre individuos de 60 años de edad y mayores. Este instrumento evalúa tres escalas, inquietud/hipersensibilidad que consta de 23 reactivos, ansiedad fisiológica que contiene 7 reactivos y temor al envejecimiento con 7 reactivos y una escala de mentira con 7 reactivos. Para la aplicación se requiere de la Forma auto calificable de la versión en función de la población y un instrumento de escritura, solicitándoles a los participantes que leas las preguntas de manera concienzuda y honestamente, indicándoles que no le dediquen mucho tiempo a cada reactivo y que no existe respuesta correcta ni errónea. No hay límite de tiempo, pero por lo general se le dedica 15 minutos a menos. Para la calificación, se requiere a la hoja de calificación y coloque un check a la derecha de cualquier reactivo que se haya encerrado SI en un círculo en cada una de las casillas de esa fila. Si se encerraron tanto Si como No, anule el reactivo. Cuente el número de check que se haya puesto en cada columna y registre los totales en los espacios que se proporcionan al final de cada columna, estas son las puntuaciones directas o naturales, posteriormente transcríbalos a los espacios que se

presentan adelante, luego encuentre los valores correspondientes de puntuación T en la tabla de perfil y para los percentiles consulte los baremos correspondientes. Finalmente, para la interpretación de cada dimensión y la escala total, las puntuaciones de T de 0 a 44, corresponden a baja ansiedad, de 45T a 54T a esperada ansiedad, de 55T a 64T elevación leve ansiedad, de 65T a 74T a clínicamente significativa ansiedad, y de 75T a más, extrema ansiedad. Las normas técnicas del instrumentos; primero la muestra para estandarización de la muestra se realizó en 636 adultos mayores, 439 mujeres y 197 varones, que se reclutaron principalmente en comunidades de retiro y centro para adultos mayores y también, se aplicaron algunos protocolos a participantes en sus propios hogares de las regiones Oeste, Noroeste de Suroeste de los EE.UU; para la confiabilidad se utilizaron estimados de consistencia interna y de estabilidad temporal, donde emplearon el alfa de cronbach, Kuder-Richardson 20 y estudios de test-retest; los estimados de consistencia interna para las tres escalas de ansiedad fueron adecuados, con un rango entre ,71 y ,91, Además, los coeficientes de test-retest, basados en los datos reunidos a partir de 20 adultos mayores residentes de Ohio, sugirieron que las confiabilidad de las escalas de AMAS-E eran más que adecuadas. En cuanto a la validez, se empleó la validez de contenido, de constructo y predictiva de los instrumentos.

2.5. Procedimientos de análisis de datos

En la realización del análisis estadístico se procedió de la siguiente manera:

Fase I: Selección tres programas estadísticos para el análisis de datos: Decisión Analyst STATSTM 2.0, Microsoft Excel 2013, Statistical Package For The Social Sciences SPSS® 23.0.

Fase II: Obtención de tres softwars de análisis de datos, se instalaron y se comprobará que los mismos funcionen en el ordenador designado para el presente estudio.

Fase III: Exploración de la data del estudio. El software STATS se utilizará para procesar la muestra de la población, mediante el método estadístico de muestreo

aleatorio simple, tal como se muestra en el punto 3.2 sección muestra de la presente investigación.

El software Excel se utilizará para convertir los puntajes de cada instrumento y obtener la calificación general y por dimensiones. El software SPSS se empleará para convertir las variables escalares a variables ordinales, obteniendo categorías según niveles, para luego realizar el análisis de frecuencias.

Fase IV: En esta etapa se evaluará la confiabilidad y validez lograda por los instrumentos de medición, dicho análisis se efectuó en Excel. Para cada instrumento se efectuará el análisis ítem-test mediante el coeficiente de correlación de Pearson, y la confiabilidad se obtuvo mediante el método de división por mitades y el correctivo de ROE, además se empleará el coeficiente de Alfa de Crombach.

Fase V: Se procederá a realizar el análisis inferencial para corroborar hipótesis planteada, utilizando pruebas estadísticas paramétrica, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, obteniendo tablas de los análisis efectuados, todos estos análisis se efectuarán en SPSS.

2.6. Aspectos éticos

Los criterios éticos de investigación que guiarán el presente estudio se tomarán en cuenta lo propuesto por la Asociación Americana de Psicología:

Ética en la presentación de los resultados: No se manipularán y ni modificarán los datos, ni recurrir a la omisión de observaciones para darle sentido a los resultados (American Psychological Association [APA], 2010b).

Retención y aportación de datos: Los datos de investigación estarán disponibles para el editor, poniendo los datos al alcance de todos a través de la publicación de la investigación, además, deben retener los datos del estudio por lo menos de cinco años (APA, 2010b)

Publicación duplicada y parcial de datos: La presentación de información ajena como propios, se considera publicación duplicada. La división o extracción de una parte substancial de otros hallazgos de varios artículos, se considera publicación parcial. Solo es aceptable reproducir la información que ya haya sido publicada con anterioridad, con el fin de darle seguimiento al estudio, además se debe notificar al autor. (APA, 2010b)

Plagio: Cuando no se afirma que las palabras e ideas pertenecen a otros autores, publicando información como suya. Se debe dar crédito al autor cuando se extrae información total o cuando se parafrasea dicha información (APA, 2010b)

Derechos y confidencialidad de los participantes en la investigación: Se debe certificar la implementación de estándares cuando en la investigación participaron humanos o animales; ergo se prohíbe revelar información personal confidencial de los participantes (APA, 2010b).

2.7. Criterios de rigor científico

Los hallazgos del presente estudio se enmarcan en un status de rigor científico, tomados en cuenta según el módulo de metodología de la investigación científica de la Universidad Señor de Sipán, que sugiere cuatro criterios:

Valor veritativo: El rigor científico respecto al valor veritativo implica la valoración en que una investigación pueda ser reconocida como creíble.

Aplicabilidad: Consiste en el grado de generalización de los resultados de una investigación a poblaciones con características similares.

Consistencia: Es el grado de confianza que un estudio pueda repetir y reportar los mismos resultados o resultados similares.

Neutralidad: Es el margen de distancia que debe tener el investigador para que los intereses personales no interfieran en los resultados del estudio.

III. RESULTADOS

3.1. Tablas Y Figuras

Tabla 01

En la tabla 01 se puede observar pre test y post test del grupo experimental, donde resalta la disminución de medias en la segunda evaluación de todas las dimensiones y la escala total, siendo las diferencias de medias altamente significativas ($p < 0,01$).

Eficacia del programa cognitivo – conductual en el grupo experimental sobre ansiedad en el adulto mayor de Lambayeque.

Nota: M= media; D= desviación estándar; T, P= Valor. Fuente: Pre test y Post test del Grupo Experimental.

| Dimensiones Ansiedad | Pre test | | Post Test | | t | p |
|-------------------------------|----------|-------|-----------|------|--------|---------|
| | M | D | M | D | | |
| Inquietud / Hipersensibilidad | 38,20 | 5,59 | 23,70 | ,470 | 11,767 | ,000*** |
| Ansiedad Fisiológica | 11,90 | 1,373 | 7,00 | ,000 | 15,964 | ,000*** |
| Temor ante el envejecimiento | 13,25 | 1,29 | 9,60 | ,821 | 10,212 | ,000*** |
| Total Ansiedad | 63,35 | 7,58 | 40,30 | 1,12 | 13,469 | ,000*** |

Tabla 2

En la tabla 02 se aprecia que el 60% de evaluados del grupo experimental presenta ansiedad clínicamente significativa, además el 30% presenta elevación leve de ansiedad y por el lado del grupo control, el 40% presenta elevación leve de ansiedad y el 35% ansiedad clínicamente significativa.

Nivel de ansiedad del grupo control y grupo experimental antes de la aplicación del programa cognitivo - conductual sobre ansiedad.

| Ansiedad | | | | | | | | |
|----------|-------------------|-----|-------------------------|-----|-------------------------------------|-----|------------------|----|
| Total | Esperada Ansiedad | | Elevación Leve Ansiedad | | Clínicamente Significativa Ansiedad | | Extrema Ansiedad | |
| | GC | GE | GC | GE | GC | GE | GC | GE |
| F | 5 | 2 | 8 | 6 | 7 | 12 | 0 | 0 |
| % | 25 % | 10% | 40% | 30% | 35% | 60% | 0% | 0% |

Nota: GC= grupo control; GE= grupo experimental. Fuente: Pre test del Grupo Control y Grupo Experimental de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Adultos.

Tabla 03

En la tabla 03 se observa que antes de la aplicación del programa el valor de la prueba t estudent para muestras independientes no son significativos ($p > 0,05$) lo que indica que antes de la aplicación del programa no existen diferencias significativas entre el grupo control con el grupo experimental, por lo que se elaboró, se validó y se aplicó el programa.

Diferencias significativas de medias entre el grupo control y grupo experimental antes del

| Actitudes Sexuales | Control | | Experimental | | t | P |
|-------------------------------|---------|-------|--------------|------|--------|------|
| | M | D | M | D | | |
| Inquietud / Hipersensibilidad | 35,40 | 7,24 | 38,20 | 5,59 | -1,368 | ,057 |
| Ansiedad Fisiológica | 12,00 | 1,80 | 11,90 | 1,37 | ,197 | ,794 |
| Temor ante el envejecimiento | 12,24 | 2,08 | 13,25 | 1,29 | -1,845 | ,084 |
| Total Ansiedad | 58,75 | 10,27 | 63,35 | 7,58 | -1,611 | ,079 |

programa cognitivo - conductual sobre ansiedad.

Nota: M= media; D= desviación estándar; T, P= Valor. Fuente: Pre test del Grupo Control y Grupo Experimental.

Tabla 4

En la tabla 04 se aprecia que después de la aplicación del programa el 65% de evaluados se ubican en la categoría esperada ansiedad, el 30% se mantuvo en elevación leve de ansiedad y solo el 5% conservó la categoría clínicamente significativa ansiedad; mientras que en el grupo control resalta que el 60 % presenta elevación leve de ansiedad. Fuente: Post test del Grupo Control y Grupo Experimental de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Adultos

Diferencias significativas de medias entre el grupo control y grupo experimental después del programa cognitivo - conductual sobre ansiedad.

Nota: M= media; D= desviación estándar; T, P= Valor. Fuente: Post test del Grupo Control y Grupo Experimental.

| Ansiedad | | | | | | | | |
|----------|-------------------|-----|-------------------------|-----|-------------------------------------|----|------------------|----|
| Total | Esperada Ansiedad | | Elevación Leve Ansiedad | | Clínicamente Significativa Ansiedad | | Extrema Ansiedad | |
| | GC | GE | GC | GE | GC | GE | GC | GE |
| F | 1 | 13 | 12 | 6 | 7 | 1 | 0 | 0 |
| % | 5 % | 65% | 60% | 30% | 35% | 5% | 0% | 0% |

Tabla 05

En la tabla 05 resalta que las medidas de comparación de medias de los grupos control y experimental son significativas, siendo las medias del grupo experimental inferiores al contraste del grupo control, significando que después de la aplicación de aplicación el GE percibe menos niveles de ansiedad.

Nivel de ansiedad del grupo control y grupo experimental después de la aplicación del programa cognitivo - conductual sobre ansiedad.

| Dimensiones Ansiedad | Control | | Experimental | | t | p |
|---|---------|------|--------------|------|--------|---------|
| | M | D | M | D | | |
| Inquietud / Hipersensibilidad Ansiedad Fisiológica | 39,20 | 4,49 | 23,70 | ,470 | 15,351 | ,002** |
| Temor ante el envejecimiento | 11,95 | 1,19 | 7,00 | ,000 | 18,587 | ,000*** |
| Total Ansiedad | 11,70 | 1,55 | 9,60 | ,821 | 5,329 | ,006** |
| | 62,85 | 5,34 | 40,30 | 1,12 | 18,465 | ,020* |

Nota: GC= grupo control; GE= grupo experimental. Fuente: Post test del Grupo Control y Grupo Experimental de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Adultos

Tabla 06

En la tabla 06 se aprecia las diferencias de medias entre el pre tes y post test del grupo experimental, donde resalta que no existe diferencias en ninguna dimensión, explicado este

| Dimensiones Ansiedad | Pre Test | | Post Test | | t | p |
|--|----------|------|-----------|------|--------|------|
| | M | D | M | D | | |
| Inquietud / Hipersensibilidad Ansiedad Fisiológica | 35,40 | 7,24 | 39,20 | 4,49 | -1,845 | ,081 |
| Temor ante el envejecimiento | 12,00 | 1,80 | 11,95 | 1,19 | ,116 | ,909 |
| | 11,35 | 2,08 | 11,70 | 1,55 | -,637 | ,531 |

| | | | | | | |
|----------------|-------|-------|-------|------|--------|------|
| Total Ansiedad | 58,75 | 10,27 | 62,85 | 5,34 | -1,568 | ,133 |
|----------------|-------|-------|-------|------|--------|------|

resultado desde que son el grupo al cual no se aplicó el programa, motivo por el cual no hay modificación alguna en cuanto a elementos de la ansiedad.

Diferencias significativas de medias entre el pre test y post test del grupo control después del programa cognitivo - conductual sobre ansiedad.

Nota: M= media; D= desviación estándar; T, P= Valor. Fuente: Pre test y Post test del Grupo Control.

Tabla 7

Prueba de Tamaño del Efecto a través del estadístico D de Cohen en dos grupos Control y Experimental de un Programa Cognitivo – Conductual sobre la Ansiedad en el Adulto Mayor de Lambayeque.

| Estadísticos de prueba | |
|---------------------------|----------------------|
| Post Test | |
| Grupo Control | |
| Media | 62,85 |
| Desviación estándar | 5,34 |
| Grupo Experimental | |
| Media | 40,3 |
| Desviación estándar | 1,12 |
| D de Cohen | 6,981 |
| Interpretación | Efecto grande |

3.2. Discusión de resultados

En el reciente estudio se tuvo como objetivo determinar el efecto de un programa cognitivo - conductual sobre ansiedad en el adulto mayor de Lambayeque, el cual se cumplió y responde a la pregunta de investigación, de tal manera, que se halló que existen diferencias altamente significativas entre el pre test y post test, referente a las dimensiones Inquietud / Hipersensibilidad, lo cual sugiere, que el programa surtió efecto en la modificación de la base cognitiva que subyace a estos síntomas, dicho de otro modo, la aplicación del conjunto de estrategias terapéuticas organizadas en sesiones y fundamentadas en la terapia cognitivo

conductual, ha generado la disminución de un nerviosismo excesivo o una hipersensibilidad al estrés, lo cual significa que los adultos mayores, después de la aplicación del programa, ha disminuido su gasto de energía emocional producto de sus ideas improductivas, remplazándolas por un sistema de apoyo que ahora les permite analizar sus preocupaciones y ansiedades, canalizándolas adecuadamente. Asimismo, la aplicación del programa cognitivo conductual les ha permitido a los adultos mayores a manejar sus repuestas físicas de internalización de las ansiedades, es decir, control de la frecuencia cardiaca, sudoración de las manos, hiperventilación, de igual forma se ha modificado la base cognitiva relacionada a temores al envejecimiento, dicho de otro modo, han disminuido sus preocupaciones por los efectos degenerativos normas del envejecimiento, incluyendo el deterioro físico y mental. Estos resultados, respaldan los postulados del enfoque cognitivo, que señalan que “las situaciones no determinan los sentimientos, sino el modo como las personas las interpretan; es decir, la respuesta emocional está condicionada por la percepción de la circunstancia” (Ellis, 1962; Beck, 1964 citado en Naranjo, 2004). Asimismo, estos resultados coinciden con lo encontrado por Contreras et al. (2006) que desarrollaron una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en ancianos, que tuvo como propósito reducir la sintomatología ansiosa y depresiva, donde los resultados arrojan a través del análisis estadístico que en la etapa de pre-tratamiento el grupo experimental ($M=17,47$; $p<0,01$) y el grupo control ($M=31,21$; $p<0,01$) iniciaron igualados en términos estadísticos, en el transcurso del tratamiento y en la fase de seguimiento del nivel de ansiedad-estado en el GE ($M= 10,11$; $p<0,01$) disminuyeron de forma progresiva, en comparación de los valores del grupo control ($M=31,47$; $p<0,01$); de tal manera que estos resultados indican que las diferencias y efectos estarían dadas por la intervención cognitivo-conductual.

Del mismo modo, guardan similitud con lo encontrado por Ventura (2009) quien en su investigación se planteó ejecutar un programa cognitivo-conductual en adultos mayores con TGD de un Centro de Salud de Lima, donde después de la aplicación de las sesiones del programa se analizaron los puntajes del grupo experimental y se halló referente al pre test fueron de 11.6 en ansiedad generalizada y en el post test de 7.8, lo cual supone la existencia de diferencias significativas entre ambas medidas ($t=-5.6$, $\leq.000$), significando que la intervención terapéutica, tuvo un efecto significativo en los niveles de ansiedad. Finalmente se analizó en post test en el grupo experimental y control, donde el puntaje de ansiedad

generalizada del grupo experimental fue de 7.8 y en el conjunto control de fue de 10.9, evidenciando significativamente discrepancias entre ambas medidas ($t=-2.3, \leq .02$), esto significa que el grupo experimental presente menores puntajes de ansiedad post intervención terapéutica, a diferencia con el grupo control que no recibió el tratamiento.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La evidencia estadística arroja que existe diferencias significativas entre el pre test (M=63,35; DS=7,58) y post test (M=40,30; DS=1,12) a un nivel de significancia (p valor) de 0,000 lo cual demuestra la efectividad del programa cognitivo - conductual sobre ansiedad en el adulto mayor de Lambayeque.

Los resultados muestran que previamente a la aplicación del programa cognitivo, el 30% y 60% de adultos mayores del grupo total experimental presentan elevación leve de ansiedad y ansiedad clínicamente significativa respectivamente.

Los resultados del análisis estadístico muestran que posterior a la aplicación del programa cognitivo conductual, el 65% de los adultos mayores presentan ansiedad esperada, indicando la baja significativa de los niveles de ansiedad en dicha población.

El análisis de resultados muestra que no se presentan diferencias significativas entre el grupo experimental (M=63,35; DS=7,58) y grupo control (M=58,75; DS=10,27) previo al programa cognitivo - conductual sobre ansiedad, no obstante, en la dimensión temor ante el envejecimiento presenta diferencias significativas entre ambos grupos.

La evidencia estadística, demuestra la existencia de diferencias significativas entre el grupo experimental y grupo control posterior a la aplicación del programa cognitivo - conductual sobre ansiedad, lo cual sugiere, que la aplicación del programa cognitivo conductual ha disminuido la variable deseada en los adultos mayores.

Los resultados del análisis de medias arrojan que no existe diferencias entre la medida del pre test (M=58,75; DS=10,27) y post test (M=62,85; DS=5,34) del grupo control, significando que no hay variación de las medidas debido a que es el grupo que no se sometió a la aplicación del programa cognitivo conductual.

Recomendaciones

Adoptar políticas y medidas de intervención por parte de las autoridades municipales y locales, a través de sus áreas de bienestar social, las cuales permitirán frenar el incremento de la ansiedad en los adultos mayores.

Desarrollar a través del Centro del Adulto Mayor (CAM), programas de intervención desde un enfoque cognitivo conductual con la finalidad de reestructurar sus formas de interpretar la realidad, en consecuencia, se logra promover un cambio de visión, lo que permitirá mejorar la calidad de vida en los adultos mayores.

Desarrollar a través servicio de bienestar social de la Municipalidad Provincial de Lambayeque, talleres vivenciales en adultos mayores que se encuentran predispuestos a padecer ansiedad, lo cual permitirá disminuir los factores de riesgo asociados a la problemática en mención.

Organizar un equipo impulsor en pro de los derechos de los adultos mayores, donde se trabajen líneas de acción comunitarias como la elaboración de un proyecto social con la familia de los adultos mayores para educarlos en el contexto de lo significa esta etapa de vida y organizar visitas domiciliarias para evaluar el estado actual del adulto mayor y verificar el proceso de trabajo a nivel familiar.

Promover mediante el Colegio de Psicólogos Región Lambayeque, espacios de discusión con profesionales de la salud mental, con la finalidad de promover conjuntos medidas y estrategias frente al incremento de la ansiedad en adultos mayores.

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2010). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association (3a ed.)*. México: El Manual Moderno S.A
- Brito, J., y Tejeda, Z. (2012). Síndrome ansioso-depresivo en el adulto mayor tratado con terapia natural. *Revista de Ciencias Médicas*, 18(1), 40-49. Recuperado de <https://goo.gl/CtDF5L>
- Caro, I. (2009). *Manual Teórico – Práctico de Psicoterapias Cognitivas. (2da ed.)*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S.A
- Contreras, D., Moreno, M., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas, P., y Villarroel, P. (2006). Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 45-58. Recuperado de <https://goo.gl/9WbV3V>
- Cornejo, C. (2012). *Control psicológico y ansiedad rasgo en una muestra clínica de adultos tempranos* (Tesis de grado), Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <https://goo.gl/6FvNkx>
- Correa, N. (2016). *Ansiedad en la vejez*. Recuperado de <https://goo.gl/vG4z5c>
- Dirección de investigación y producción intelectual. (2014). *Módulo Metodología de la investigación científica*. Pimentel, Lambayeque: Centro Editorial Señor de Sipan.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación. (5ta ed.)*. México D.F: McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A

- Mainieri, R. (S/F). *El modelo de terapia cognitivo conductual (Terapias cognitivo conductual)* Recuperado de <https://goo.gl/CuUm6k>
- Merryl, M., y Peña, J. (2009). *Teoría de la medición y la evaluación psicológica*. Huancayo, Perú. IMPRESOS S.R.L
- Morell, M. (2006). *Psicología y bienestar, Ansiedad, reacción de miedo*. Recuperado de <https://goo.gl/w2eUUz>
- Naranjo, M. (2004). *Enfoques Conductistas, Cognitivos y Racional Emotivos. (1era ed.)*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Reynolds, C., Richmond, B., y Lowe, P. (2007). *Escala de ansiedad manifiesta en adultos (AMAS)*. México, DF: Editorial El Manual Moderno S.A.
- Segura, A., Peña-Sánchez, R., y Gonzáles, E. (2014). Valoración de la ansiedad y depresión en cuidadores informales del adulto mayor dependiente del Policlínico Chiclayo – Oeste durante julio – diciembre 2012. *Rev. Cuerpo Médico, 7(1)*, 19-23. Recuperado de <https://goo.gl/Gm7BTB>
- Toro, R., y Ochoa, D. (2010). Los perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso. *Revista Colombiana de Psicología, 19(1)*, 97-110. Recuperado de <https://goo.gl/X5UPr8>
- Vásquez, A., Díaz, N., Vásquez, L., y Vásquez, W. (2012). *Metodología de la investigación científica*. Lambayeque, Perú: Oficina de Impresiones y Publicaciones – UNPRG.
- Ventura, M. (2009). *Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor del Puesto*

de Salud Las Dunas-Surco (Tesis de grado), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de <https://goo.gl/U83SEJ>

Villegas, L., Marroquín, R., Del Castillo, V., y Sánchez, R. (2011). *Teoría y praxis de la investigación científica tesis de maestría y doctorado*. Lima, Perú: Editorial San Marcos E.I.R.L.

Zung, W. (1971). *Un instrumento de calificación para los trastornos de ansiedad*. Londres: Artículos de Psicología.

ANEXOS



(ANEXO 01)

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN

Yo.....; identificado (a) con DNI..... Declaro haber sido informado de manera clara, precisa y oportuna de los fines que busca la presenta investigación titulada “Efectos de un Programa Cognitivo – Conductual Sobre La Ansiedad en el Adulto Mayor de Lambayeque”.


Que tiene como objetivo principal determinar el efecto de un Programa Cognitivo – Conductual Sobre La Ansiedad en el Adulto Mayor de Lambayeque.

Los datos obtenidos de mi participación serán fielmente copiados por los investigadores, además procesados en secreto y en estricta confidencialidad respetando mi intimidad.

Por lo expuesto otorgo mi consentimiento a que se me realice la encuesta así como respetando mis derechos para responder con una negativa.

INVESTIGADORES

USUARIO(A) PARTICIPANTE



" Programa
Cognitivo
Conductual para
el manejo de
ansiedad en
Adulto Mayor "

AUTORAS:

*Carol Ramirez Cueva
Mabel Valdiviezo Chouto*

C A M - L A M B A Y E Q U E

“PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE ANSIEDAD EN ADULTO MAYOR”

I. DATOS GENERALES

| | |
|------------------------------|---|
| Población beneficiaria | : Adultos mayores |
| Nº total de asistentes | : 20 aproximadamente |
| Nº de Sesiones a desarrollar | : 11 Sesiones |
| Tiempo por sesión | : 60 min aproximadamente |
| Fecha de Inicio | : Setiembre de 2017 |
| Fecha de culminación | : Noviembre de 2017 |
| Responsable | : Carol Yamily Ramírez Cueva Luicita Mabel Valdiviezo Chonto |

II. INTRODUCCIÓN

La etapa de la ancianidad según la OMS es considerada a partir de los 60 años de edad, periodo en el cual las personas presentan vulnerabilidad ante incontables eventos, lo que ocasiona en ellos diversas enfermedades, donde la ansiedad tendrá una participación en este programa de investigación, la ansiedad puede presentarse en el adulto mayor como una agitación nerviosa, originado por el un temor sufrir pérdidas y separaciones, lo cual ocasiona la presencia de somatización de la angustia, con quejas físicas, (...) (Boggio, 2011)

Sabiendo que en la actualidad la ansiedad tiene mucha influencia en el adulto mayor, se ha elaborado el presente programa orientado a reducir el nivel de ansiedad en ellos, queriendo conseguir sobrellevar un adecuado estilo de vida, para esto se ha tenido en cuenta la terapia cognitiva – conductual, terapia creada por Aaron Beck, donde su finalidad es ayudar a cambiar la forma cómo piensa (cognitivo) y cómo actúa (conductual), mejorando su grado de bienestar, por ello la TCC se centra en disminuir la angustia o síntomas que lo aquejan, en lugar de explorar causas del pasado, de tal manera que se orienta en plantear estrategias que mejoren el estado anímico de las personas.

Así mismo la influencia del programa de terapia cognitiva conductual sobre la ansiedad en el adulto mayor de Lambayeque, generará un cambio en su pensamiento hacia su conducta, conllevándolo a poder obtener un adecuado estilo de vida.

III. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La ancianidad es una etapa donde las personas suelen tener mayores probabilidades de no poseer una calidad de vida optima y no solo por temas económicos si no por agentes diversos que generan en ellos ansiedad, que será la variable de estudio en el presente programa.

En el ámbito social y familiar los adultos mayores experimentan situaciones que podrán orillarlos a poder experimentar síntomas de la ansiedad, ya que esta etapa es más susceptible a cualquier evento que desestabilice su tranquilidad.

Ante ello, la población objetivo estará abarcada por los adultos mayores asistentes al CENTRO DEL ADULTO MAYOR- LAMBAYEQUE, personas que, de acuerdo a los resultados de la aplicación de una prueba psicológica, necesitan adoptar herramientas para el manejo de la ansiedad en su vida cotidiana.

IV. JUSTIFICACIÓN

Los notables o existentes síntomas que genera la ansiedad provocan en el adulto mayor pérdida del goce de estilo de vida optimo

En esta etapa es necesario ayudar al anciano a adoptar herramientas para eliminar pensamientos irracionales y efectos somáticos causados por la ansiedad y entrenar en la terapia cognitiva conductual.

El programa de investigación tiene como finalidad reducir el nivel de ansiedad de la población de estudio, mediante la terapia cognitiva – conductual, logrando en ellos una mejora en su calidad de vida; así mismo es de mucha importancia el programa, debido que influirá en el adulto mayor, generando en ellos mejores expectativas sobre su estado, logrando aceptarse y formar parte de la sociedad.

Por ello el programa podrá formar parte del desarrollo de la sociedad, adecuándose con la necesidad de reducir el nivel de ansiedad, llegando a adaptarse en los distintos tipos de poblaciones.

V. OBJETIVOS

1. Objetivo general:

Instaurar técnicas cognitivas conductuales en los adultos mayores para disminuir la ansiedad y sus síntomas.

2. Objetivos específicos:

- Evaluar la ansiedad en los participantes del taller con una metodología cuantitativa
- Reconocer las distorsiones cognitivas que causan ansiedad en los participantes.
- Intervenir en los pensamientos que producen la ansiedad en los participantes del taller.
- Entrenar al adulto mayor en el reconocimiento de pensamientos irracionales y la modificación cognitiva de los mismos.
- Adoptar como herramienta la Relajación Muscular Progresiva para el manejo de la ansiedad, identificando el grupo muscular que mayor efecto recibe.
- Instruir en la aplicación de la técnica de autoinstrucciones para el manejo de la ansiedad.
- Entrenar en la técnica de la relajación usando la creatividad individual para el manejo de la ansiedad.
- Entrenar en la técnica de la relajación mediante estímulos sonoros para el manejo de su ansiedad.

VI. MARCO TEÓRICO

Contreras et al. (2006) Desarrollaron una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores que tuvo por objetivo disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva, donde se utilizó un muestro no probabilístico, con criterio por conveniencia, quedando conformada por 38 adultos mayores pertenecientes a un centro de salud familiar, al ser un estudio bajo una metodología experimental se asignó grupos experimental y control, de manera tal que cada grupo quedó compuesto por 19 sujetos. Los resultados arrojan a través del análisis estadístico que en la etapa de pre-tratamiento el grupo experimental ($M=17,47$; $p<0,01$) y el grupo control ($M=31,21$; $p<0,01$) comenzaron igualados en términos estadísticos, en el transcurso de la aplicación del tratamiento y en la etapa de seguimiento los niveles de ansiedad-estado en el grupo experimental ($M= 10,11$; $p<0,01$) disminuyeron de forma progresiva, en comparación de los valores del grupo control ($M=31,47$; $p<0,01$); de tal manera que estos resultados indican que las diferencias y efectos estarían dadas por la intervención cognitivo-conductual.

Cornejo (2012) desarrolló un estudio denominado Control psicológico y ansiedad rasgo en una muestra clínica de adultos tempranos que tuvo como objetivo explorar la relación entre control psicológico y ansiedad rasgo en 50 participantes con edades entre los 18 y 30 años, todos ellos diagnosticados con algún trastorno de ansiedad y que acuden a atenderse a la consulta externa de un Hospital de Salud Mental de Lima Metropolitana, siendo una investigación que significa el primer esfuerzo por vincular el control psicológico con el desarrollo de patologías en una población adulta, a quienes se los evaluó con la Escala del Control Psicológico Orientado al Logro o a la Dependencia (CPLD) y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Los autores encontraron una correlación positiva alta entre el control psicológico paterno, orientado a la dependencia y al logro ($r=.62$; $p<.01$).

Se observó la misma tendencia correlacional significativa entre el control psicológico materno orientado a la dependencia y al logro ($r=.50$; $p<.01$) siendo la magnitud de la asociación moderada. Ello indica que en ambos casos a mayor control psicológico del padre/madre orientado a la dependencia habrá mayor control psicológico del padre/madre orientado al logro. Asimismo, se halló una correlación positiva (aunque baja) entre las variables control psicológico de la madre orientado a la dependencia y ansiedad rasgo ($r=.29$; $p=.04$), lo cual indica que a mayor control psicológico de la madre orientado a la dependencia, mayor es la ansiedad rasgo. Sin embargo, las demás áreas del control psicológico no correlacionaron significativamente con la variable ansiedad rasgo.

Segura, Peña-Sánchez y Gonzáles (2014) desarrollaron un estudio que tuvo por finalidad estimar el nivel de ansiedad y depresión en los cuidadores informales del adulto mayor dependiente del policlínico Chiclayo – Oeste, bajo una metodología descriptiva, observacional, no experimental con enfoque cuantitativo. Para la selección de la muestra, se seleccionaron al azar de tal forma que todos los elementos de la población tuvieron las mismas probabilidades de ser elegidos, empleando el tipo de muestreo aleatorio simple, a quienes evaluaron con tres instrumentos para la recolección de datos el inventario de depresión de Beck; el inventario de ansiedad rasgo estado y Cuestionario de información general sobre el cuidador informal y adulto mayor dependiente. El estudio reportó que un 52,3% de los cuidadores presentan ansiedad – rasgo y 54,2% de ansiedad - estado en un nivel mayor del promedio normal. Asimismo, encontraron que existe asociación de la ansiedad-estado con las horas al día de cuidado que le dedica el cuidador al adulto mayor, la cual en promedio entre 12 y 15 horas al día, indicando que la cantidad de tiempo en horas dedicadas al cuidado del adulto mayor, aumentará la probabilidad en el cuidador de experimentar mayor ansiedad - estado.

Modelo Cognitivo – Conductual

El modelo Cognitivo – Conductual tiene como máximos representantes son Albert Ellis con su Modelo ABC y Aarón Beck con su Terapia Cognitiva. Aquellos autores basan sus modelos de terapias, en el siguiente postulado: “las situaciones no determinan los sentimientos, sino el modo como las personas las interpretan; es decir, la respuesta emocional está condicionada por la percepción de la circunstancia” (Ellis, 1962; Beck, 1964 citado en Naranjo, 2004).

Modelo Cognitivo de Ellis

El concepto de ABC es uno de los conceptos básicos del modelo de Ellis. En principio A se refiere a los hechos activadores mientras B correspondería al bloque de pensamientos, creencias o evaluaciones de los pacientes y finalmente el bloque C serían las consecuencias emocionales y conductuales que tiene la persona al momento de pensar ante determinados hechos activadores.

Terapia Cognitiva de Beck

Mainieri. (S/F) en su trabajo "El Modelo de Terapia Cognitivo Conductual", realiza una compilación y un análisis de dicho modelo, donde refiere “Las distorsiones cognitivas se

producen por una dinámica cognitiva, que se da a tres niveles: creencias nucleares, creencias intermedias, y pensamientos automáticos” (p.58), con fines de clarificar aquellos niveles, se detallan a continuación:

Creencias centrales o nucleares: Son creencias inconscientes sobre el mundo, los demás y el sí mismo. Estas creencias son adquiridas por lo general en las experiencias de etapas tempranas, producto de la interacción con el mundo y otras personas, además representan el nivel más fundamental de creencias, siendo consideradas por las personas como verdades absolutas debido a su rigidez y sobregeneralización.

Creencias intermedias: Las creencias centrales generan creencias intermedias en forma de actitudes, reglas y suposiciones. Las actitudes son una opinión sobre algún problema específico y son expresadas como una proposición; Las reglas se caracterizan por ser imperativos que inducen comportamientos y tienen un alto componente emocional/motivacional. Por último, las suposiciones son conjeturas que responden a la regla “si..., entonces” (Beck, 2000; Riso, 2006 citados en Toro y Ochoa, 2010).

Pensamientos automáticos: Los eventos estresantes o situaciones vitales facilitan la activación de los esquemas, que permanecían latentes, luego interrumpen el pensamiento racional en forma de distorsiones cognitivas a través de pensamientos automáticos, considerados como pensamientos sobre acontecimientos actuales y ajenos al análisis racional, reflejando las distorsiones del pensamiento, guiadas por los significados personales inconscientes.

Definiciones de la ansiedad

La ansiedad es un estado emocional caracterizado por inquietud, aprensión y temor; experimentado frente a situaciones difícil de controlar o predecir, o sobre situaciones que parecen amenazantes o peligrosas (Zung, 1971).

La ansiedad es un estado psicológico desencadenado por la anticipación de peligros inexistentes o vagamente identificados. Se acompaña de indicadores exagerados de alerta y excitación fisiológica, prepara al organismo para la acción; en este sentido, la ansiedad posee un potencial adaptativo a las situaciones de emergencia (Vidal, 1995)

Según Morell (2006), define que la ansiedad es una reacción de miedo. El miedo por sí mismo es muy útil y perfectamente natural, el problema sobreviene cuando no hay una razón racional para sentir esa angustia.

Dimensiones de la ansiedad

Reynolds, Richmond y Lowe (2007) elaboraron una escala para medir la ansiedad manifiesta en adultos mayores, los cuales consideraron las siguientes escalas teóricas para dicha escala:

- 1) ***Inquietud/Hipersensibilidad:*** Esta subescala tiene varios reactivos que contienen el término “preocupada” y otros que describen un nerviosismo

excesivo o una hipersensibilidad al estrés. Una puntuación elevada corresponde a un individuo que interioriza la ansiedad y que consume un exceso de energía emocional al enfrascarse en ideas improductivas. Las puntuaciones altas en esta subescala parecen ser más características de individuos que no cuentan con canales adecuados o con un sistema de apoyo para analizar sus preocupaciones y ansiedades o de aquello que no aprovecha esas opciones.

- 2) **Ansiedad Fisiológica:** Esta contiene reactivos que principalmente reflejan las repuestas físicas a la internalización de las ansiedades de una persona. Así, la puntuación de la subescala FIS brinda un indicador de las manifestaciones físicas de la ansiedad y denota la propensión general a la sintomatología somática. Por supuesto, siempre existe la posibilidad de que los signos fisiológicos que con frecuencia se asocian con la ansiedad como son frecuencia cardiaca elevada o sudoración en las palmas de las manos, sean síntomas de alguna enfermedad no detectada con anterioridad.
- 3) **Temor al envejecimiento:** Esta subescala, evalúa la preocupación por los efectos degenerativos normas del envejecimiento, incluyendo el deterioro físico y mental, así como por problemas económicos. Es frecuente que los individuos con puntuaciones altas en esta subescala estén tensos y es probable que presenten síntomas de depresión. Existe la posibilidad de que tiendan a recluirse, a medida que continúan preocupándose por los efectos del envejecimiento. Las inquietudes y temores que se asocian con una puntuación elevada van más allá de las preocupaciones existenciales normas relacionadas con la vida, el envejecimiento y la perspectiva de la muerte.

Componentes de la ansiedad

La intervención en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, es fundamental tener en cuenta los tres componentes implicados en dicho trastorno.

- a) *Fisiológico.* Hace referencia a los síntomas del organismo, produciendo efectos como (sudoración, sequedad de boca, mareos, hiperventilación, palpitaciones, taquicardias, etc.).
- b) *Cognitivo.* Hace referencia a alteraciones de los procesos mentales, ligados a la manera de procesar la información (preocupación excesiva, sensación de agobio, problemas de memoria, anticipaciones amenazantes, pensamientos intrusivos, evaluación del riesgo, obsesiones, etcétera).
- c) *Conductual.* Se refiere a conductas desadaptativas (agresividad, evitación de situaciones que provocan el malestar asociado a la ansiedad, hipoactividad, hiperactividad, etc.).

V. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES GENERALES

✓ **ACTIVIDADES PREVIAS**

- Coordinación con superiores del Centro del Adulto Mayor (Chiclayo-Lambayeque)
- Invitación personal a los adultos mayores
- Aplicación de instrumento para criterio de exclusividad (MINI MENTAL)

✓ **ACTIVIDADES CENTRALES**

- Control de asistencia
- Presentación de estudiante de Psicología.
- Se rompe el hielo con una dinámica
- Se presenta la aplicación del Pre – Test

✓ **ACTIVIDADES FINALES**

- Comportamientos experiencias
- Conclusiones
- Aplicar el post – test
- Refrigerio

✓ **ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN**

Las 11 sesiones del programa fueron totalmente vivenciales, donde se pudo corregir y orientar el aprendizaje del participante; de igual manera los pacientes fueron evaluados al final de cada actividad a través de retroalimentación, y preguntas simples, agregándoles en algunas sesiones fichas de trabajo para casa, las cuales fueron llevadas a la sesión siguiente para compartir y/o corregir en grupo.

VI. TEMATICA A DESARROLLAR:

| Nº SESIÓN | TEMAS O DENOMINACIÓN DEL TALLER |
|-----------|--|
| 1 | Conozcamos del tema |
| 2 | Identifico la ansiedad en mi vida diaria |
| 3 | Pensamientos no productivos |
| 4 | Conociendo nuestras emociones |
| 5 | Busquemos una solución |
| 6 | Respirar para vivir mejor |

| | |
|----|------------------------------------|
| 7 | Vamos a relajarnos |
| 8 | Relajación y felicidad |
| 9 | Autoinstrucciones para la ansiedad |
| 10 | Relajación imaginaria |
| 11 | Relajación auditiva |

VII. METODOLOGÍA

- Dinámica de llenado de formato
- Exposición
- Dinámica grupal
- Técnicas participativas:
- Técnicas de presentación
- Técnicas de animación
- Técnicas de integración y cohesión
- Técnicas de trabajo grupal: lluvia de ideas

VIII. RECURSOS

✓ RECURSOS HUMANOS

- Adultos mayores
- Internas de psicología

✓ RECURSOS MATERIALES

- Papelotes
- Plumones
- Colores
- Cartulinas
- Tijeras
- Música
- Cinta
- Caja

IX. EVALUACIÓN

- Aplicación de pre y post test
- Criterios de exclusión – TEST MINI – MENTAL
- Puntualidad
- Participación activa durante todas las sesiones

- Trabajo en equipo

X. CRONOGRAMA

| ACTIVIDADES | Setiembre- Noviembre |
|-------------------------|-----------------------------|
| Elaboración de talleres | X |
| Primera sesión | X |
| Segunda sesión | X |
| Tercera sesión | X |
| Cuarta sesión | X |
| Quinta sesión | X |
| Sexta sesión | X |
| Sétima sesión | X |
| Octava sesión | X |
| Novena sesión | X |
| Decima sesión | X |
| Onceava sesión | X |

Luicita Mabel Valdiviezo Chonto

Autora

Carol Yamily Ramírez Cueva

Autora

SESIÓN I – “CONOZCAMOS DEL TEMA”

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la ansiedad en los participantes del taller con una metodología cuantitativa.

| OBJETIVOS ESPECIFICOS | ACTIVIDADES | PROCEDIMIENTO | TECNICA | MATERIALES | TIEMPO |
|--|---|---|--|---|--|
| <p>Presentar al equipo de trabajo a los participantes</p> <p>Registrar la asistencia de los participantes.</p> <p>Describir el módulo.</p> | <p>Registro de asistencia.</p> <p>Descripción del objetivo general del módulo</p> <p>Reglas básicas de terapia.</p> | <p>Las facilitadoras iniciarán la sesión presentándose y entregando los solapines a cada uno de los miembros del taller mientras se registran los asistentes.</p> <p>Acto seguido, se les indicará los objetivos del programa y de la primera sesión: evaluación de la ansiedad</p> | | <p>Hoja de registro de asistencia.</p> <p>Solapines.</p> | 10' |
| <p style="text-align: center;">Evaluar niveles/grado/categoría de ansiedad</p> | <p><i>Evaluación psicométrica</i></p> | <p>Las facilitadoras les comentarán a los participantes la prueba que utilizarán y los objetivos de la evaluación psicométrica. (ANEXO 1)</p> | <p>Psicometría</p> | <p>Test AMAS - E</p> | 5' |
| <p>Educar sobre pensamientos y creencias.</p> | <p><i>Esclarecer los términos esenciales que se trabajarán a lo largo de las sesiones</i></p> | <p>A través de diapositivas se plasmarán conceptos y ejemplos de: PENSAMIENTO Y CREENCIAS</p> <p>Con la finalidad de que el participante pueda ubicarse en el presente y pueda identificar ideas equivocadas.</p> | | | 15' |
| <p>Identificar el evento activador</p> | <p><i>Entrenamiento en evaluación cognitivo – conductual</i></p> | <p>Esta actividad se desarrollará en base a las siguientes preguntas:</p> | <p>Análisis de la Conducta</p> <p>Modelamiento</p> | <p>Registro de situación-pensamiento-emoción-conducta</p> | 15' 50 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|-----|
| | Llenado del registro cognitivo – conductual: “Así podemos hacerlo” | <p>MENCIONE USTED ALGO QUE LE GENERE ANSIEDAD.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Podría darme un ejemplo específico o reciente de alguna vez en que eso le haya sucedido? ✓ ¿Qué fue exactamente lo que sucedió?, ¿dónde estaba?, ¿con quién?, ¿Cómo y cuándo fue? ✓ ¿Qué pasó por su mente en ese instante?, ¿Cómo interpretó esa situación? | | | |
| Practicar el llenado del registro cognitivo – conductual | Practicar descripción de eventos de ansiedad Llenado del registro cognitivo – conductual: “Intentémoslo juntos” | Las facilitadoras invitarán a los participantes a llenar el registro conductual con un evento que haya desencadenado una experiencia valorada como ansiosa. Luego, brindarán retroalimentación individual al llenado del registro. | Análisis de la Conducta Retroalimentación | Registro de situación-pensamiento-emoción-conducta | 10’ |

| | | | | | |
|--|--|---|--------------------------------|---|-----------|
| <p>Asignar tarea de practicar el llenado del registro cognitivo – conductual</p> | <p>Practicar descripción de eventos de ansiedad Llenado del registro +cognitivo – conductual: “Inténtalo tú solo”</p> | <p>Finalmente, las facilitadoras le pedirán a los participantes que rellenen el registro de situación-pensamiento-emoción-conducta (ANEXO 2) cada vez que sientan o vivencien un episodio de ansiedad (ya sea de gran o poca intensidad).</p> | <p>Análisis de la Conducta</p> | <p>Registro de situación-pensamiento-emoción-conducta</p> | <p>5'</p> |
|--|--|---|--------------------------------|---|-----------|

ANEXO 1

ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN ADULTOS (AMAS –E)

(REYNOLDS, RICHMOND Y LOWE)

Nombres y apellidos: _____

Edad: _____ Género: _____ Fecha de evaluación: ____/____/____

A continuación, hay algunas afirmaciones que describen la manera en que algunas personas piensas, sienten o actúan en diferentes momentos. Lea cuidadosamente cada afirmación. Encierre en **Sí** que está junto a la pregunta en un círculo si usted piensa que, en general, esto es cierto en su caso. Encierre el **No** en un círculo si usted piensa que esto no es cierto en su casa. Si quiere cambiar alguna de sus respuestas, ponga un tache sobre su respuesta original y encierra su nueva respuesta en un círculo. Su propia opinión acerca de sus pensamientos y sentimientos es la única respuesta correcta.

| RESPUESTA | | AFIRMACIONES |
|-----------|----|---|
| Sí | No | 1. Me pongo inquieto (a) cuando alguien me ve trabajar. |
| Sí | No | 2. Me agradan todas las personas que conozco. |
| Sí | No | 3. Me parece que los demás hacen las cosas con más facilidad que yo. |
| Sí | No | 4. Me cuesta trabajo tomar decisiones. |
| Sí | No | 5. Me pongo ansioso (a) cuando las cosas salen bien para mí. |
| Sí | No | 6. Me preocupo gran parte del tiempo. |
| Sí | No | 7. Siempre soy amable. |
| Sí | No | 8. Me preocupa lo que los demás piensen de mí. |
| Sí | No | 9. Me preocupa que me dé la enfermedad de Alzheimer. |
| Sí | No | 10. Es fácil que lastimen mis sentimientos. |
| Sí | No | 11. Me preocupa hacer lo correcto. |
| Sí | No | 12. Siempre soy bueno (a). |
| Sí | No | 13. Me preocupa lo que va a pasar. |
| Sí | No | 14. Siempre digo la verdad. |
| Sí | No | 15. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal. |
| Sí | No | 16. Nunca me enojo. |
| Sí | No | 17. Me preocupo cuando me acuesto a dormir. |
| Sí | No | 18. Es frecuente que me sienta cansado (a). |
| Sí | No | 19. Estoy ansioso (a) |
| Sí | No | 20. No me acuerdo bien de las cosas. |
| Sí | No | 21. Muchas veces me siento ansioso (a) o tenso (a). |
| Sí | No | 22. A menudo me siento inquieto (a) |
| Sí | No | 23. Me canso con facilidad. |
| Sí | No | 24. Es frecuente que sienta mi cuerpo tenso. |
| Sí | No | 25. Es frecuente que me preocupe por lo que le podría pasar a mi familia. |
| Sí | No | 26. La gente me dice que me preocupo demasiado. |
| Sí | No | 27. Me molesto mucho por cosas sin importancia. |
| Sí | No | 28. Me preocupa que voy a ser una carga para mi familia. |
| Sí | No | 29. Es frecuente que me sienta agitado(a) |
| Sí | No | 30. En ocasiones me siento preocupado (a) y no sé por qué. |
| Sí | No | 31. Me preocupa perder la memoria. |

| | | |
|----|----|---|
| Sí | No | 32. Siempre soy educado (a). |
| Sí | No | 33. Temo que se me acabe el dinero. |
| Sí | No | 34. Muchas veces la gente dice que soy intranquilo (a). |
| Sí | No | 35. Me siento ansioso (a) cuando estoy en medio de muchas personas. |
| Sí | No | 36. Es fácil que me impaciente sin ningún motivo. |
| Sí | No | 37. Mi mente se cansa con facilidad. |
| Sí | No | 38. Me despierto pensando en mis problemas. |
| Sí | No | 39. Es frecuente que me sienta estresado (a). |
| Sí | No | 40. Me preocupa el futuro de mi familia. |
| Sí | No | 41. Me preocupa envejecer. |
| Sí | No | 42. Trabajo para evitar pensar en lo que me preocupa. |
| Sí | No | 43. Siempre soy agradable con todos. |
| Sí | No | 44. No puedo controlar la manera en que me preocupo. |

ANEXO 2

HOJA DE AUTOREGISTRO SITUACIÓN-PENSAMIENTO-EMOCIÓN-CONDUCTA

| FECHA | DÍA Y HORA | SITUACIÓN | CON QUIÉN | PENSAMIENTO | EMOCIÓN | CONDUCTA |
|-------|------------|---|---|---|--|--|
| | | <p>En esta sección los participantes deberán describir el contexto donde surgió el evento valorado como ansioso, además indicar cuál fue el elemento con el que se tuvo interacción previa y durante dicho proceso.</p> | <p>Los participantes deberán señalar con quién tuvieron interacción en ese instante que pudo haber influido en la reacción señalada). De no haber nadie, se indicará que estuvo solo.</p> | <p>Los participantes rellenarán esta sección especificando qué ideas pasaron por su mente en ese instante. Además, deberán indicar el grado de credibilidad que ellos consideran respecto a este pensamiento. Los facilitadores deben recalcar que no hay pensamiento bueno o malo, solo pensamientos y que es necesario conocerlos para poder generar cambios significativos en ellos.</p> | <p>Los participantes deben señalar cuales son las emociones que experimentaron en dicha situación. A su vez, indicarán en qué grado consideran que la experimentaron (en una escala del 1 al 100).</p> | <p>En esta sección, los participantes señalarán que conductas realizaron luego que se dieron dichos eventos.</p> |

SESIÓN II – “IDENTIFICO LA ANSIEDAD EN MI VIDA DIARIA”

OBJETIVO GENERAL: Reconocer los pensamientos irracionales que causan ansiedad en los participantes.

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | PROCEDIMIENTO | TECNICA | MATERIALES | TIEMPO |
|---|---|--|---|--|--------|
| <p>Presentar al equipo de trabajo a los participantes</p> <p>Registrar la asistencia de los participantes.</p> <p>Describir el módulo.</p> | <p>Registro de asistencia.</p> <p>Descripción del objetivo general del módulo</p> <p>Reglas básicas de terapia.</p> | <p>Las facilitadoras iniciarán la sesión entregando los solapines a cada uno de los miembros del taller mientras revisan quiénes fueron los participantes que han faltado. A continuación, se les indicará el objetivo de la sesión.</p> | --- | <p>Hoja de registro de asistencia.</p> <p>Solapines.</p> <p>Hoja con los acuerdos del módulo.</p> | 10' |
| <p>Brindar información básica acerca de la ansiedad</p> | <p><i>Pensamientos saludables</i></p> | <p>Las facilitadoras mostrarán diapositivas explicando conceptos como la distorsión cognitiva y cuáles son las más frecuentes en la ansiedad.</p> | Psicoeducación | <p>Diapositivas: Distorsiones cognitivas: Conclusión precipitada, Magnificación o Minimización y Los deberías.</p> <p>Registros de relajación.</p> | 10' |
| <p>Practicar con los participantes la discriminación de las distorsiones cognitivas que perpetúan las conductas de ansiedad.</p> <p>Enseñar los principios para la evaluación cognitivo – conductual.</p> | <p><i>Entrenamiento en discriminación de pensamientos irracionales</i></p> <p>Llenado del registro cognitivo – conductual: “Así es como yo pienso”</p> | <p>Las facilitadoras ejemplificarán un caso de ansiedad, haciendo énfasis en las distorsiones más comunes que se presentan en dichos casos.</p> | <p>Análisis de la Conducta</p> <p>Modelamiento</p> | <p>Registro de situación-pensamiento-emoción-conducta</p> | 15' |
| <p>Practicar el llenado del registro cognitivo – conductual</p> | <p><i>Entrenamiento en discriminación de pensamientos irracionales</i></p> | <p>Las facilitadoras invitarán a los participantes a llenar el registro conductual con un evento que haya desencadenado una experiencia valorada como</p> | <p>Análisis de la Conducta</p> <p>Retroalimentación</p> | <p>Registro de situación-pensamiento-emoción-conducta</p> | 15' |

| | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|---|------------|
| | <p>Llenado del registro cognitivo – conductual: “Así es como yo suelo pensar”</p> | <p>ansiosa en los últimos días o a usar un evento ya anteriormente descrito. Acto seguido, las facilitadoras le indicarán a los participantes que intenten encontrar cuál es distorsión asociada con los eventos valorados como estresantes. Finalmente, las facilitadoras revisarán algunos de los casos de manera grupal para brindar retroalimentación y/o corrección al trabajo realizado.</p> | | | |
| <p>Asignar tarea de practicar el llenado del registro cognitivo – conductual</p> | <p><i>Entrenamiento en discriminación de pensamientos irracionales</i> Llenado del registro cognitivo – conductual: “Te toca a ti intentarlo”</p> | <p>Finalmente, las facilitadoras le pedirán a los participantes que rellenen el registro de situación-pensamiento-emoción-conducta (ANEXO 3) cada vez que sientan o vivencien un episodio de ansiedad (ya sea de gran o poca intensidad). Además, se les pedirá que busquen identificar cuáles son las distorsiones que encajan con los eventos de ansiedad señalados por sí mismo.</p> | <p>Análisis de la Conducta</p> | <p>Registro de situación-pensamiento-emoción-conducta</p> | <p>10’</p> |

ANEXO 3

DISTORSIONES COGNITIVAS (Burns, 1980)

Una distorsión cognitiva, es una forma de error en el procesamiento de información. Las distorsiones cognitivas desempeñan un papel predominante en la psicopatología al producir la perturbación emocional.

El psiquiatra David Burns, especializado en terapia cognitivo conductual, explica en su libro "Sentirse bien" (2006), que todo sentimiento negativo es el resultado de un pensamiento distorsionado. Incluso un episodio depresivo tiene su origen en pensamientos distorsionados y se puede curar si se aprende a reconocer esos pensamientos y a refutarlos racionalmente.

Lo que él propone es que cada vez que estemos deprimidos por algo, tratemos de identificar los pensamientos negativos que hemos tenido, porque son estos pensamientos los que en realidad crearon ese estado de ánimo.

DISTORSIONES COGNITIVAS MÁS FRECUENTES

En la siguiente tabla se muestran las distorsiones cognitivas más frecuentes:

| DISTORSIONES COGNITIVAS | |
|-------------------------|---|
| # | DESCRIPCIÓN |
| D1 | Pensamiento todo o nada. |
| D2 | Generalización excesiva. |
| D3 | Filtro mental. |
| D4 | Descalificación de lo positivo. |
| D5a | Conclusión precipitada: Lectura del pensamiento. |
| D5b | Conclusión precipitada: Anticipación negativa. |
| D6 | Magnificación o minimización. |
| D7 | Razonamiento emocional. |
| D8 | Los deberías. |
| D9 | Etiquetación. |
| D10 | Personalización. |

DISTORSIONES COGNITIVAS RELACIONADAS CON EL TRASTORNO DE ANSIEDAD

DISTORSIÓN N.º 5: CONCLUSIÓN PRECIPITADA (también llamada inferencia arbitraria):

Interpretar las cosas de forma negativa sin datos que fundamenten las conclusiones. Existen dos muy frecuentes.

- LECTURA DEL PENSAMIENTO, PENSAR MAL: Suponer, sin pruebas, lo que otros piensan sin comprobarlo.
- ANTICIPACIÓN NEGATIVA (también llamada error del adivino): esperar que las cosas salgan mal sin tener pruebas suficientes para ello. Transformar una posibilidad en un hecho cierto y actuar en consecuencia.

DISTORSIÓN N.º 6: MAGNIFICACIÓN (CATÁSTROFE) O MINIMIZACIÓN:

Exagerar la importancia de las situaciones o los hechos, o por el contrario reducirlas hasta que parecen diminutas.

DISTORSIÓN N.º 8: LOS DEBERÍAS (también llamados imperativos):

Utilizar exigencias absolutistas y rígidas, como si fueran dogmas acerca de uno/a mismo/a: «debo de», «tengo que»; acerca de los demás: «deben de» o «tienen que»; o acerca de la vida: «la vida no debería ser así».

Sesión III – “PENSAMIENTOS NO PRODUCTIVOS”

OBJETIVO GENERAL: Intervenir en los pensamientos que producen la ansiedad en los participantes del taller.

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | PROCEDIMIENTO | TECNICA | MATERIALES | TIEMPO |
|---|---|--|----------------------------|---|----------------------|
| <p>Presentar al equipo de trabajo a los participantes.</p> <p>Registrar la asistencia de los participantes.</p> <p>Describir el módulo.</p> | <p>Recepción Registro de asistencia.</p> <p>Descripción del objetivo general del módulo</p> <p>Reglas básicas de terapia.</p> | <p>Las facilitadoras iniciarán la sesión entregando los solapines a cada uno de los miembros del taller mientras revisan quiénes fueron los participantes que han faltado.</p> <p>A continuación, se les indicará el objetivo de la sesión.</p> | --- | <p>Hoja de registro de asistencia.</p> <p>Solapines.</p> <p>Hoja con los acuerdos del módulo.</p> | 10' |
| <p>Revisar las actividades designadas para el hogar.</p> | <p>“Actividad semanal” Revisión del llenado del registro Situación-Pensamiento-Emoción-Conducta y la respectiva asociación con los pensamientos distorsionados</p> | <p>Las facilitadoras revisarán el avance el llenado correcto de los autorregistros y harán la retroalimentación de dicha actividad.</p> | Retroalimentación | Registro de situación-pensamiento-emoción-conducta | 10' |
| <p>Generar la apertura para la sesión.</p> | <p>Inicio de la sesión Aplicación práctica: “Yo soy”.</p> | <p>Las facilitadoras pedirán a los participantes que escriban en una hoja de papel todas aquellas cosas que consideran son ahora. Luego, pedirán voluntarios para comentar algunas de estas valoraciones que se relacionen con eventos de ansiedad.</p> <p>Finalmente, pedirán a los participantes que les ayuden a identificar los pensamientos</p> | Reestructuración cognitiva | Música relajante | 15' 60 |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|-----|
| | | distorsionados circunscritos a dichas valoraciones. | | | |
| Facilitar información y casos prácticos sobre la presencia de pensamientos distorsionados y una reestructuración cognitiva. | Los pensamientos irracionales existen Actividad informativa y practica: "Identifico situaciones con presencia de pensamientos irracionales" | Las facilitadoras explicarán la existencia de "Los pensamientos irracionales" y como afectan directamente en nuestro estado emocional. Proyectarán y explicarán las estrategias para la modificación de los pensamientos distorsionados (ANEXO 4). | Reestructuración cognitiva Psicoeducación | Diapositivas con estrategias de intervención en base a las distorsiones cognitivas más comunes en casos de ansiedad. | 15' |
| Fomentar un ambiente donde los participantes logren proponer sus experiencias y estrategias para la modificación de los pensamientos distorsionados asociados a la ansiedad. | Evalúo mis pensamientos Aplicaciones prácticas a la modificación del pensamiento | Las facilitadoras actuarán de moderadoras para que los participantes comenten y analicen los pensamientos distorsionados que han usado alguna vez para conducir su vida. Las facilitadoras retroalimentaran los comentarios útiles para la modificación de los pensamientos distorsionados. | Reestructuración cognitiva Retroalimentación Reforzamiento | --- | 10' |

ANEXO 4

DISTORSIONES COGNITIVAS RELACIONADAS CON EL TRASTORNO DE ANSIEDAD

DISTORSIÓN N.º 5: CONCLUSIÓN PRECIPITADA (también llamada inferencia arbitraria):

Interpretar las cosas de forma negativa sin datos que fundamenten las conclusiones. Existen dos muy frecuentes.

- LECTURA DEL PENSAMIENTO, PENSAR MAL: Suponer, sin pruebas, lo que otros piensan sin comprobarlo.
 - ANTICIPACIÓN NEGATIVA (también llamada error del adivino): esperar que las cosas salgan mal sin tener pruebas suficientes para ello. Transformar una posibilidad en un hecho cierto y actuar en consecuencia.
1. Para las dos conclusiones precipitadas es muy conveniente buscar los hechos a favor y en contra del pensamiento (primera fase de la reestructuración cognitiva).
 2. Diseñar situaciones en nuestra vida cotidiana que pongan a prueba nuestras conclusiones precipitadas. Considerar nuestro pensamiento como una hipótesis que hay que contrastar, es decir, averiguar su validez o veracidad.

LECTURA DEL PENSAMIENTO, PENSAR MAL:

1. Ante esta distorsión que, si es frecuente, genera un estilo personal «malpensado» o suspicaz, nos conviene observar las respuestas de los demás de manera más objetiva.
2. Preguntar al otro, cuando alberguemos la duda o tengamos la «certeza» de que piensa mal de nosotros o de que realiza acciones porque está disgustado con nosotras/os.

ERROR DEL ADIVINO:

1. Si se produce con frecuencia esta distorsión genera un estilo pesimista, y para modificarlo, observar si en la práctica ocurre lo que tememos o salen mal las cosas.

2. Calcular en porcentajes la probabilidad de que ocurra lo que predecimos.
3. Cuidar de no provocar sin querer lo que anticipamos (profecía autocumplida) con nuestra actitud negativa.
4. En caso de que sucediera, valorar los recursos de que disponemos para hacerle frente.

DISTORSIÓN N.º 6: MAGNIFICACIÓN (CATÁSTROFE) O MINIMIZACIÓN:

Exagerar la importancia de las situaciones o los hechos, o por el contrario reducirlas hasta que parecen diminutas.

1. Cuando magnificamos con frecuencia la importancia de los acontecimientos, adoptamos un estilo catastrofista que conviene modificar adquiriendo la habilidad de desdramatizar/ preguntándonos: «¿cómo es de importante para nosotros/as el hecho?, ¿en la realidad es tan horrible y tremendo como lo vemos?»
2. Procurar corregir la visión que nos ofrece la potente lupa mental con la que contemplamos el hecho tratando de distanciarnos de esa percepción cuestionándonos: «¿cómo lo veremos dentro de algún tiempo (una semana, un mes, un año...)?, ¿seguirá afectándonos de la misma manera?, ¿a los demás les parece tan terrible como a nosotras/os?»
3. Cuando la autoatención negativa me hace infravalorar mis posibilidades de afrontar la situación y los mensajes «no lo soporto», «no lo aguanto», «no puedo con ello» (Ellis lo llamó «no soportantitis») aparecen en nuestra pantalla mental, discutirnos si en verdad no soportamos lo que ocurre o sencillamente nos resulta muy desagradable. ¿Qué significa «no lo soporto»? ¿acaso no lo estoy soportando de hecho/ aunque no me guste?
4. Esta distorsión suele acompañar a las ideas irracionales 4.

DISTORSIÓN N.º 8: LOS DEBERÍAS (también llamados imperativos):

Utilizar exigencias absolutistas y rígidas, como si fueran dogmas acerca de uno/a mismo/a: «debo de», «tengo que»; acerca de los demás: «deben de» o «tienen que»; o acerca de la vida: «la vida no debería ser así».

1. Es cierto que nuestra sociedad se regula de manera convencional, por leyes que dirigen la convivencia entre sus componentes, basadas en unos valores y criterios de justicia que van evolucionando a través del tiempo. Respetar estas leyes facilita la coexistencia pacífica entre sus miembros. Pero en el campo de la vida personal, existen opiniones muy variadas sobre lo correcto y lo incorrecto. Lo que «está bien» para unos puede «estar mal» para otros.
 2. Es lógico que nuestras normas de funcionamiento nos parezcan las mejores (por eso las hemos incorporado a nuestra manera de pensar) y nos acompañen desde hace mucho tiempo (por lo que las percibimos como naturales), pero podemos plantearnos ¿Por qué «debe» ser así? ¿Cuáles son los hechos a favor de que «tiene que» ser así?, diferenciando lo que es un hecho de una opinión personal.
 3. Los «deberías» nos presentan muchas veces de manera distorsionada nuestros objetivos, preferencias o conveniencias. Es necesario diferenciarlos, ya que entender lo que nos conviene es saludable y adaptativo para nuestras vidas (perspectiva constructivista), pero no es necesario considerarlo como un deber o una norma que nos genere culpa si no lo cumplimos. En lugar de pensar «debo hacer», puedo decir «me conviene hacer» o «prefiero hacer».
 4. Más difícil aún es distinguir los «tengo que» de los compromisos o roles que adquirimos. Incluso en este caso, ha sido una decisión personal la que nos ha llevado a contraer esa responsabilidad y es conveniente facilitar los medios para atenderla adecuadamente. Sin embargo, no tenemos por qué considerarla ni vivirla como una obligación, con el consiguiente peso psicológico que deposita sobre nuestros hombros, sino como una tarea que vamos acometiendo, unas veces con más dedicación y satisfacción y otras con menos. Es saludable plantearse de vez en cuando, si seguimos decididos a mantener el compromiso. Si hay razones para continuar asumiéndolo, son estas razones y no las obligaciones, las imposiciones o los «deberías», las que están en la base de nuestra decisión.
 5. Observar que las leyes sin sentido que nos autoimponemos como si quisiéramos agradar a una imaginaria figura de autoridad, nos llevan a realizar comportamientos o funciones desagradables que no queremos, y a adoptar un estilo autoexigente perjudicial que nos fatiga y abruma, generando con frecuencia una concepción de la vida, en la que la importancia concedida al sufrimiento se magnifica y se minimiza o empequeñece el valor otorgado al placer y a las gratificaciones.
 6. Acallar la voz del/de la juez/a o tirano/a si lo/la llevamos dentro, rebelándonos contra la servidumbre que nos impone. Nos podemos preguntar: ¿quiero hacerlo?, ¿lo deseo de verdad?, ¿lo hago movido/o por los «deberes» y obligaciones, o porque de verdad he decidido hacerlo? También es útil lanzarnos mensajes interiores como autoinstrucciones, con tono firme: ¡no tengo por qué hacerlo!, ¡no es obligatorio que lo haga!, ¡es mi decisión/ no mi obligación!/ ¡es mi responsabilidad/ no mi deber!
 7. Reflexionar acerca del engaño emocional que nos producen los «deberías». Si conseguimos cumplir las normas autoimpuestas nos sentimos gratificadas/os y relajadas/os (de momento), con lo que se refuerza nuestro interés por seguir a la altura de nuestras reglas. Pero si no lo logramos, como ocurre con frecuencia, nos sentimos culpables, frustradas/os y abatidas/os/ con la impresión de que nos hemos fallado a nosotras/os mismas/os. Nos conviene desterrar de nuestras mentes las reglas innecesarias, flexibilizar nuestras normas y pautas de comportamiento para corregir la carga de tensión e insatisfacción perpetua a que nos somete ese exceso de autoexigencia.
 8. Cuando los «deberías» los proyectamos hacia los demás/ en lugar de culpa suele aparecer enfado, rabia, ira, o resentimiento. Nos podemos plantear las mismas cuestiones que antes/ pero aplicadas a la otra persona: ¿por qué «no debe» o «no tiene que» hacerlo así? ¿Tiene que pensar o verlo como yo?
 9. El que a mí me moleste o no me parezca correcta alguna acción de la otra persona ¿indica realmente que la otra persona tiene que cambiar. Nos conviene diferenciar de nuevo nuestras preferencias y opiniones/ de los deberes y obligaciones de los demás.
- Cuando nos sintamos mal por determinada actuación desagradable o injusta de alguien y deseemos que cambie/ plantearnos comunicarle nuestros sentimientos de manera asertiva (ver Cuaderno 2) pero sin condenas ni ira/ avisándole cuáles serán las consecuencias si el cambio no se produce. Por ejemplo/ más que pensar y decir «no debes hacer esto»/ comentar «me siento mal si lo haces/ y si no lo cambias/ me sentiré insatisfecho/o o perderá interés para mí la relación».

Sesión IV – “CONOCIENDO NUESTRAS EMOCIONES”

OBJETIVO GENERAL: Entrenar al adulto mayor en el reconocimiento de pensamientos irracionales y la modificación cognitiva de los mismos.

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | PROCEDIMIENTO | TECNICA | MATERIALES | TIEMPO |
|--|---|--|-----------------------------------|---|--------|
| <p>Registrar la asistencia de los participantes.</p> <p>Registrar el pulso y el grado de ansiedad con el que los participantes llegan a la sesión.</p> | <p>Registro de asistencia.</p> <p>Descripción del objetivo general del módulo</p> <p>Reglas básicas de terapia.</p> | <p>Las facilitadoras iniciarán entregando los solapines a cada uno de los miembros del taller mientras revisan quiénes fueron los participantes que han faltado.</p> | | <p>Hoja de registro de asistencia.</p> <p>Solapines.</p> <p>Hoja con los acuerdos del módulo.</p> | 10' |
| <p>Generar la apertura para la sesión.</p> | <p>Inicio de la sesión</p> <p>Aplicación práctica de inicio: “Si yo fuera”</p> | <p>En este momento, las facilitadoras les indicarán a los participantes que en las hojas que se les brinda expresen lo que les gustaría ser o el estado al cual le gustaría llegar, mediante cualquier medio de expresión y luego lo describan con palabras.</p> | <p>Reestructuración cognitiva</p> | <p>Hojas de colores.</p> <p>Audio de relajación.</p> | 10' |
| <p>Instruir al reconocimiento de pensamientos irracionales</p> | <p>Identificar las emociones</p> | <p>Las facilitadoras mostraran a los participantes el (ANEXO 5) explicando brevemente en que consiste el llenado de dicha ficha, esta actividad deberá basarse en situaciones simples que lo ubiquen en episodio de ansiedad.</p> <p>Donde deberán traer al recuerdo un evento específico que haya generado malestar en si mismo, para luego poder</p> | <p>Psicoeducación</p> | <p>Registro de técnica de la terapia Racional Emotivo Conductual</p> <p>Lapiceros.</p> | 15' |

| | | | | | |
|---|--|---|-----|--|-----|
| | | <p>ubicar cuales son los pensamientos automáticos, que emoción generan estos en ellos, que porcentaje de esa emoción experimentaron en el momento exacto; a continuación, deberán colocar que justificación podrían darle al evento o actividad para que sucediera.</p> | | | |
| <p>Practicar en casa la técnica de la terapia Racional Emotivo Conductual</p> | <p>“Actividad semanal” Asignación de la práctica de la técnica de la terapia Racional Emotivo Conductual Registros de relajación.</p> | <p>Se señalará que deben realizar el ejercicio de llenado de formato en casa para poder identificar las emociones que se experimentan y poder discutirlo en la siguiente sesión de cómo se puede manejar dichos pensamientos.</p> | --- | <p>Registro de técnica de la terapia Racional Emotivo Conductual</p> | 10' |

ANEXO 5

REGISTRO DE TÉCNICA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL

- Nombre: _____ Fecha: _____
- Edad: _____ • Sexo: _____ • Ocupación: _____

| EVENTO O ACTIVIDAD | PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (B) | EMOCIONES | NIVEL DE LA EMOCIÓN (0-10) |
|--------------------|---------------------------------|-----------|----------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Conclusiones:

Antecedentes importantes de la problemática

Observaciones:

Sesión V – “BUSQUEMOS UNA SOLUCIÓN”

OBJETIVO GENERAL: Entrenar al adulto mayor en el reconocimiento de pensamientos irracionales y la modificación cognitiva de los mismos.

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | PROCEDIMIENTO | TECNICA | MATERIALES | TIEMPO |
|--|---|---|-----------------------------------|---|--------|
| <p>Registrar la asistencia de los participantes.</p> <p>Registrar el pulso y el grado de ansiedad con el que los participantes llegan a la sesión.</p> | <p>Registro de asistencia.</p> <p>Descripción del objetivo general del módulo</p> <p>Reglas básicas de terapia.</p> | <p>Las facilitadoras iniciarán entregando los solapines a cada uno de los miembros del taller mientras revisan quiénes fueron los participantes que han faltado.</p> | | <p>Hoja de registro de asistencia.</p> <p>Solapines.</p> <p>Hoja con los acuerdos del módulo.</p> | 10' |
| <p>Generar la apertura para la sesión.</p> | <p>Inicio de la sesión</p> <p>Aplicación práctica de inicio: “Si yo pudiera</p> | <p>Las facilitadoras les preguntarán a los participantes cuántos de ellos han escalado o han hecho caminata en las montañas y cuál creen que es la montaña más alta y difícil de escalar. Luego, les contarán a los participantes que todos los montañistas tienen como meta escalar el Everest, la montaña más alta del mundo. Acto seguido, le preguntarán qué es lo que creen que hacen para lograr su objetivo. Finalmente, las facilitadoras guiarán el diálogo hacia la importancia de entrenar en actividades más sencillas para lograr los objetivos más grandes; aspecto que se aplica a cualquier campo de la vida, incluso</p> | <p>Reestructuración cognitiva</p> | <p>Verbalización del ponente y de los participantes</p> | 10' |

| | | | | | |
|---|---|---|-----------------------|--|------------|
| | | enfrentar los momentos de ansiedad. | | | |
| <p>Brindar información básica acerca de la ansiedad.</p> <p>Informar sobre el reconocimiento de pensamientos irracionales</p> | <p>Identificar las emociones</p> | <p>Las facilitadoras mostrara a los participantes el (ANEXO 6) explicando brevemente en que consiste el llenado de dicha ficha, esta tiene que hacerse en base de la primera ficha de la sesión anterior donde se podrá llenar después de haber evidenciado los pensamientos, actitudes, emociones, que poseemos en una imaginación irracional.</p> <p>En el nuevo cuadro ejecutarán el llenado donde luego de la justificación identificaremos nuevas emociones con pensamientos racionales.</p> | <p>Psicoeducación</p> | <p>Registro de técnica de la terapia Racional Emotivo Conductual</p> <p>Lapiceros.</p> | <p>15'</p> |
| <p>Practicar en casa la técnica de la terapia Racional Emotivo Conductual</p> | <p>“Actividad semanal” Asignación de la práctica de técnica de la terapia Racional Emotivo Conductual Registros de relajación.</p> | <p>Se señalará que deben realizar el ejercicio de llenados de formatos en sus casas, en episodios de ansiedad de su vida cotidiana y así comparar los resultados que se tiene antes en un pensamiento irracional, como después en un pensamiento racional.</p> | <p>---</p> | <p>Registro de técnica de la terapia Racional Emotivo Conductual</p> | <p>10'</p> |

ANEXO 6

REGISTRO DE TÉCNICA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL

• Nombre:

Fecha:

• Edad:

• Sexo:

• Ocupación:

| JUSTIFICACION | EMOCIONES (B) | NIVEL DE LA EMOCIÓN (0-10) | PENSAMIENTOS RACIONALES |
|---------------|---------------|----------------------------|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Conclusiones:

Antecedentes importantes de la problemática

Observaciones:

Sesión VI – “RESPIRAR PARA VIVIR MEJOR”

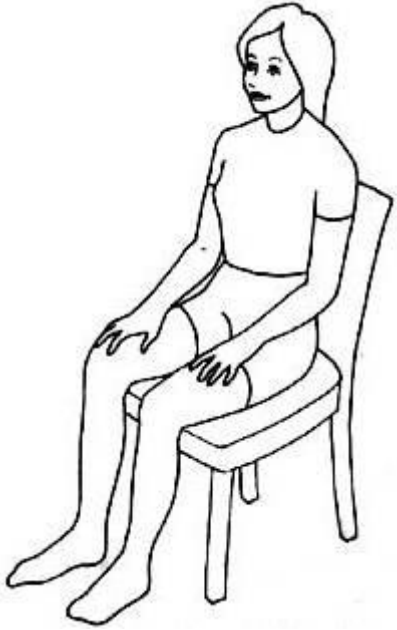
OBJETIVO GENERAL: Adoptar como herramienta la Relajación muscular progresiva por medio de la respiración para el manejo de la ansiedad.

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | PROCEDIMIENTO | TECNICA | MATERIALES | TIEMPO |
|--|---|--|----------------------------|--|--------|
| Registrar la asistencia de los participantes. | Registro de asistencia. Reglas básicas de terapia. | Las facilitadoras iniciarán entregando los solapines a cada uno de los miembros del taller mientras revisan quiénes fueron los participantes que han faltado. Acto seguido, se presentará las diapositivas y se les entregará a los participantes una hoja donde se señala los objetivos del taller y los acuerdos a seguir durante el proceso de terapia: seguir las instrucciones de las facilitadoras: levantar la mano si tienen alguna consulta... | | Hoja de registro de asistencia. Solapines. Hoja con los acuerdos del módulo. | 10' |
| Generar la apertura para la sesión. | <i>Inicio de la sesión</i> Aplicación práctica de inicio: “Si yo fuera” | En este momento, las facilitadoras les indicarán a los participantes que en las hojas que se les brinda expresen lo que les gustaría ser o el estado al cual le gustaría llegar, mediante cualquier medio de expresión y luego lo describan con palabras. | Reestructuración cognitiva | Hojas de colores. Audio de relajación. | 10' |
| Brindar información básica acerca de la ansiedad. Informar sobre el proceso de la Relajación muscular progresiva. | <i>Ansiedad y relajación</i> Exposición de la sesión. | Las facilitadoras mostrarán diapositivas explicando brevemente conceptos como: ansiedad, relación entre el estrés y la ansiedad, la postura básica de relajación - ANEXO 7 -, Tipos de respiración (costal, abdominal, diafragmática) - | Psicoeducación | Diapositivas: Postura básica de relajación. Tipos de Respiración | 15' |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|-----|
| | | ANEXO 8 -, Tipos de ejercicios de respiración – ANEXO 9 - y registros de relajación - ANEXO 10 -.Después, se aceptarán preguntas de los participantes sobre la temática vertida. | | abdominal o diafragmática. Registros de relajación. | |
| Ejecutar correctamente la respiración abdominal. | Respiración | Esta actividad consiste en entrenar a los participantes en respiración diafragmática. El entrenamiento se realizará mientras de fondo suena una música relajante. Se hará uso de un cronómetro para contabilizar el tiempo que deberán realizar el proceso de inspiración-expiración. | Respiración diafragmática. Modelaje | Audio de relajación. Cronómetro. | 20' |
| Practicar en casa la técnica de Relajación muscular progresiva aprendida. | “Actividad semanal” Asignación de la práctica de Relajación Muscular Progresiva. Registros de relajación. | Se señalará que deben realizar el ejercicio de respiración en casa durante un tiempo de entre 10 – 15 minutos diarios y llenar su registro de relajación antes y después de la actividad. | --- | Registro de relajación. | 5' |

ANEXO 7

POSTURA BÁSICA DE RELAJACIÓN



Para mantener una postura que favorezca la relajación, el participante deberá:

- Sentarse en una silla con la espalda recta y recostada sobre el espaldar.
- Mirada hacia el frente.
- Brazos ligeramente flexionados de modo tal que las manos se posen sobre los muslos.
- Piernas en paralelo con los pies sobre el suelo.

ANEXO 8

TIPOS DE RESPIRACIÓN

- a) Respiración costal. La respiración costal superior, o clavicular es el patrón respiratorio más superficial, si bien es el más frecuente, a la vez que el menos saludable. La mayor parte del aire se concentra en la zona clavicular y de las costillas superiores, por lo que llega a producirse una ventilación completa y gran parte de los músculos de la respiración (especialmente el diafragma) permanecen inmóviles o con baja actividad. Respecto a los tipos de respiración costal, podemos distinguir entre respiración costal superior con ascenso o sin ascenso clavicular. En el caso de que se produzca elevación de la clavícula, ascienden los hombros, se acorta el cuello y resta movilidad a los músculos laríngeos responsables de la fonación, lo que puede conducir a alteraciones en el habla.

- b) Respiración diafragmática. En este caso se produce gran movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen. El diafragma participa activamente. Se trata del tipo de respiración fisiológicamente más adecuado, además del idóneo para la fonación, puesto que la musculatura implicada en el habla no manifiesta la tensión excesiva que se presenta en la respiración clavicular.

- c) Respiración abdominal. El tórax permanece inmóvil y es el abdomen quien demuestra una extraordinaria movilidad. Es el tipo de respiración utilizado por los bebés y por los adultos cuando se encuentran tumbados. Es un patrón adecuado fisiológicamente, aunque en lo que se refiere a la fonación resulta menos apropiado que el tipo diafragmático.

ANEXO 9

TIPOS DE EJERCICIO DE RESPIRACIÓN

Respiración profunda. Ejercicio para la reducción del nivel de activación general.

- Sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la pierna izquierda.
- Imaginar una bolsa vacía dentro del abdomen debajo de donde apoyan las manos. Comenzar a respirar e ir llenando de aire la bolsa y la onda asciende hasta los hombros. Inspirar durante 3-5 segundos.
- Mantener la respiración. Repetirse interiormente "mi cuerpo está relajado"
- Exhalar el aire despacio al mismo tiempo que se repite a uno mismo órdenes de relajación.

Respiración Rítmica controlada.

Con los ojos cerrados, realizar un tipo de respiración diafragmática, al tiempo que se concentra en el flujo de aire por las vías respiratorias. Debe

-

contarse el pulso durante un minuto y modificar el ritmo de la inspiración y espiración hasta localizar un ritmo apropiado. Seleccionar un número de pulsaciones (por ejemplo 5) y hacer que cada una de las fases de la respiración dure ese número de latidos.

Respiración alternada.-

- Utilizar una posición cómoda y relajada.
- Colocar el dedo pulgar en la ventana nasal derecha y los dedos anular y medio en la izquierda.
- Ocluir la ventana derecha con el pulgar e inspirar con la izquierda lenta y tranquilamente.
- Separar el pulgar y ocluir con los otros dedos la ventana izquierda. Espirar por la ventana derecha.
- Mantener el aliento un instante e inspirar por la derecha, manteniendo cerrada la izquierda. Cuando se desee espirar debe hacerse con la otra, la izquierda.
- Respirar de esta manera 5-10 minutos, o menos si comienza a notar antes la somnolencia.

Sesión VII – “VAMOS A RELAJARNOS”

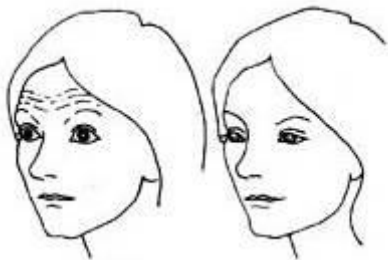
OBJETIVO GENERAL: Adoptar como herramienta la relajación muscular progresiva para el manejo de su ansiedad identificando el grupo muscular que mayor efecto recibe.

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | PROCEDIMIENTO | TECNICA | MATERIALES | TIEMPO |
|--|--|--|---------------------|--|--------|
| Registrar la asistencia de los participantes | <p style="text-align: center;">Recepción</p> <p>Registro de asistencia</p> | <p>Las facilitadoras iniciarán entregando los solapines a cada uno de los miembros del taller mientras revisan quiénes fueron los participantes que han faltado.</p> <p>A continuación, se procederá a tomar el pulso de cada uno de los participantes para desarrollar la línea base de ansiedad/relajación en la sesión.</p> | | <p>Hoja de registro de asistencia.</p> <p>Solapines.</p> | 10' |
| Comentar la experiencia con el ejercicio asignado la sesión anterior. | <p style="text-align: center;">Revisión de tareas</p> <p>Exposición de casos.</p> | <p>Los participantes expondrán brevemente sobre su experiencia con el uso de la técnica de respiración diafragmática y los efectos percibidos con el uso de la misma.</p> <p>Después, las facilitadoras realizarán una retroalimentación apoyándose de las valoraciones de mejoría de alguno(s) de los pacientes.</p> | Aprendizaje Vicario | Cuaderno de tareas. | 10' |
| <p>Generar la apertura para la sesión.</p> <p>Fomentar un espacio para el reforzamiento de conductas en el</p> | <p style="text-align: center;">Inicio de la sesión</p> <p>Aplicación práctica de inicio: “Concentración de miradas”</p> | <p>Los participantes del taller caminarán por la sala y con quienes pasen por su lado cruzarán una mirada sin esquivarla y esbozaran una sonrisa.</p> | Psicoeducación | --- | 10' |

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|-----|
| marco del repertorio básico social. | | Después de unos minutos, las facilitadoras le pedirán que se sienten y preguntarán cómo se sintieron con el ejercicio. Luego, se les explicará a los pacientes que existen conductas que al principio pueden parecernos incómodas, pero a medida que vamos practicándolas más, estas se van haciendo más sencillas de realizar | | | |
| Informar sobre la relajación muscular progresiva. | <p>relajación muscular progresiva</p> <p>Exposición de la sesión.</p> <p>relajación muscular progresiva de los miembros superiores</p> | Las facilitadoras mostrarán diapositivas explicando brevemente en qué consiste la relajación muscular progresiva de los músculos de la cara: frente, ojos, nariz y sonrisa y del mismo modo los miembros superiores | Psicoeducación relajación muscular progresiva de los miembros superiores | Diapositivas explicando brevemente el siguiente tema: Relajación muscular progresiva: Músculos de la cara. | 10' |
| Entrenar en la correcta aplicación de relajación muscular progresiva en los músculos de su cara. | <p>Desarrollo de la técnica de relajación muscular progresiva, centrada en los músculos de la cara.</p> <p>relajación muscular progresiva de los miembros superiores</p> | <p>En esta sección de la sesión, las facilitadoras invitarán a los participantes a realizar la respiración diafragmática.</p> <p>Luego, las facilitadoras ejemplificarán el proceso de RMP de los músculos de la cara: frente, ojos, nariz y sonrisa, y se les invitará a los participantes a imitarlo. (ANEXO 11)</p> <p>Luego, las facilitadoras ejemplificarán el proceso de relajación muscular progresiva de los miembros superiores y se les invitará</p> | Relajación Muscular Progresiva Respiración Diafragmática Modelamiento | Audio de relajación. Cronómetro. | 10' |

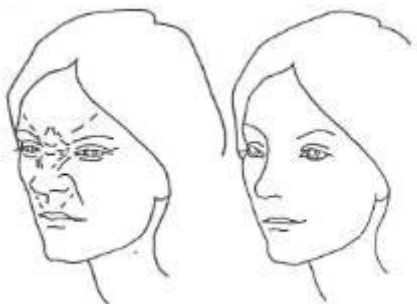
| | | | | | |
|--|--|--|--------------------------|---------------------|-----|
| | | a los participantes a imitarlo. (ANEXO 12) | | | |
| Practicar las técnicas de relajación muscular progresiva aprendidas, mezclándolas entre ellas. | “Actividad semanal” Asignación de la práctica de relajación muscular progresiva. | Se señalará que deben realizar el ejercicio de respiración, alternando con la relajación de miembros superiores en casa durante un tiempo de entre 10 – 15 minutos diarios y llenar su registro de relajación antes y después de la actividad. | Registros de relajación. | Cuaderno de tareas. | 10’ |

FRENTE



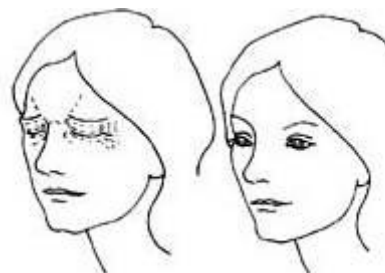
- Arrugar la frente subiéndola hacia arriba.
- Ejercer tensión en la zona sobre el puente de la nariz y alrededor de cada ceja.
- Relajar rápidamente poniendo atención en las zonas de tensión.
- Brindar unos segundos para prestar atención a la ausencia de tensión en todos los músculos de la frente.

NARIZ



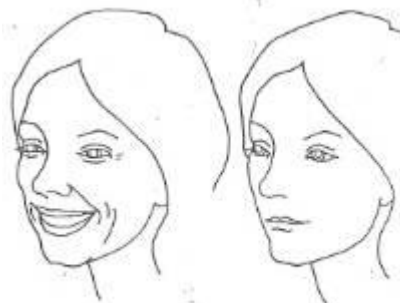
- Arrugar la nariz.
- Tensionar el puente y los orificios de la nariz.
- Brindar unos segundos para enfocarse en la tensión de dichos músculos.
- Relajar los músculos de la nariz.
- Brindar unos segundos para prestar atención a la ausencia de tensión en todos los músculos.

OJOS



- Cerrar los ojos.
- Presionar fuertemente.
- Tensionar la zona alrededor de los ojos, en cada párpado y sobre los bordes interior y exterior de cada ojo.
- Brindar unos segundos para enfocarse en la tensión de dichos músculos.
- Relajar los músculos de los ojos.
- Brindar unos segundos para prestar atención a la ausencia de tensión en todos los músculos.

SONRISA



- Ejecutar una sonrisa forzada.
- Tensionar los labios superior e inferior y también las mejillas.
- Presionar fuertemente los labios sobre los dientes.
- Relajar los músculos de cada lado de la mejilla y cara.
- Brindar unos segundos para prestar atención a la ausencia de tensión en todos los músculos.

ANEXO 12

RMP DE MIEMBROS SUPERIORES – BRAZOS



El proceso de relajación de los brazos inicia:

- Extendiendo el brazo derecho y poniéndolo tan rígido como se pueda, manteniendo el puño cerrado.
- Ejerciendo tensión en todo el brazo, desde la mano hasta el hombro.
- Comprobar (tocando) cómo se incrementa la tensión muscular en el bíceps, antebrazo, alrededor de la muñeca y en los dedos.
- Acto seguido, relajar rápidamente el brazo dejándolo caer hasta que de nuevo descansa sobre sus muslos en la posición de relajación.
- Detenerse (15 – 30 segundos) para percibir la sensación de relajación en esta área.
- Note (tocando) cómo los músculos se van relajando.
- Repetir el mismo proceso con el brazo izquierdo.
- Alternar los brazos.

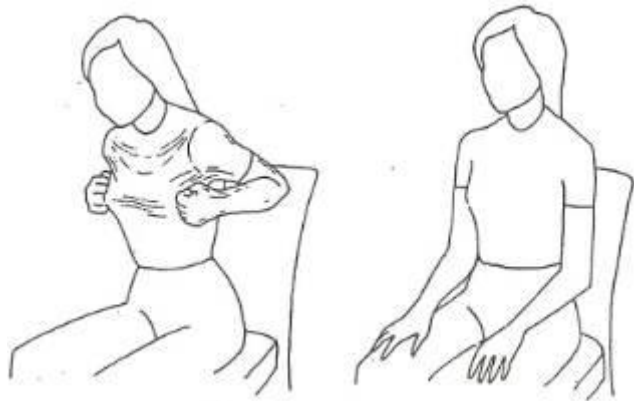
Sesión VIII – “RELAJACIÓN Y FELICIDAD”

OBJETIVO GENERAL: Adoptar como herramienta la Relajación muscular progresiva para el manejo de su ansiedad identificando el grupo muscular que mayor efecto recibe.

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | PROCEDIMIENTO | TECNICA | MATERIALES | TIEMPO |
|---|----------------------------|---|---|--|------------|
| Registrar la asistencia de los participantes | Recepción | Las facilitadoras iniciarán entregando los solapines a cada uno de los miembros del taller mientras revisan quiénes fueron los participantes que han faltado. | | Hoja de registro de asistencia. Solapines. Cronómetro. | 10' |
| Comentar la experiencia con el ejercicio asignado la sesión anterior. | Revisión de tareas | Los participantes expondrán brevemente sobre su experiencia con el uso de la técnica de respiración diafragmática y los efectos percibidos con el uso de la misma. Después, las facilitadoras realizarán una retroalimentación apoyándose de las valoraciones de mejoría de alguno(s) de los pacientes. | Psicoeducación | Cuaderno de tareas. | 10' |
| Generar la apertura para la sesión. | Inicio de la sesión | Las facilitadoras mencionarán una de las variables involucradas en la dinámica emocional: contexto, situación, pensamiento, emoción, conducta, y los participantes deberán completar el autorregistro con situaciones que sean concordantes a la variable propuesta. | Retroalimentación Psicoeducación | Fichas de autorregistro de pensamientos | 15' |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|-------------------|
| <p>Entrenar a la paciente en el proceso de la relajación muscular progresiva.</p> | <p><i>Relajación muscular progresiva</i></p> | <p>Las facilitadoras mostrarán diapositivas explicando brevemente en qué consiste la Relajación Muscular Progresiva de los músculos del torso (ANEXO 13). y posteriormente se repetirá la dinámica con el (ANEXO 14) de extremidades inferiores</p> | <p>Psicoeducación</p> | <p>Diapositivas explicando brevemente el siguiente tema: Relajación Muscular Progresiva: Músculos del torso.</p> | <p>15'</p> |
| <p>Usar correctamente la relajación muscular progresiva en los músculos de su torso.</p> | | <p>En esta sección de la sesión, las facilitadoras invitarán a los participantes a realizar la respiración diafragmática. En segundo lugar, las facilitadoras ejemplificarán el proceso de Relajación Muscular Progresiva de los músculos de la espalda y tórax y se les invitará a los participantes a imitarlo. Y para finalizar, las facilitadoras ejemplificarán el proceso de Relajación Muscular Progresiva de los miembros inferiores, y se les invitará a los participantes a imitarlo.</p> | <p>Respiración diafragmática. Relajación Muscular Progresiva de la espalda y tórax Relajación Muscular Progresiva de los miembros inferiores Autorregistro de relajación</p> | <p>Audio de relajación.</p> | <p>10'</p> |
| <p>Practicar las técnicas de Relajación muscular progresiva aprendidas, mezclándolas entre ellas.</p> | <p><i>“Actividad semanal”</i></p> | <p>Se señalará que deben realizar el ejercicio de respiración, alternando con la relajación de miembros superiores en casa durante un tiempo de entre 10 – 15 minutos diarios y llenar su registro de relajación antes y después de la actividad.</p> | <p>Registros de relajación.</p> | <p>Cuaderno de tareas.</p> | <p>10'</p> |

ESPALDA



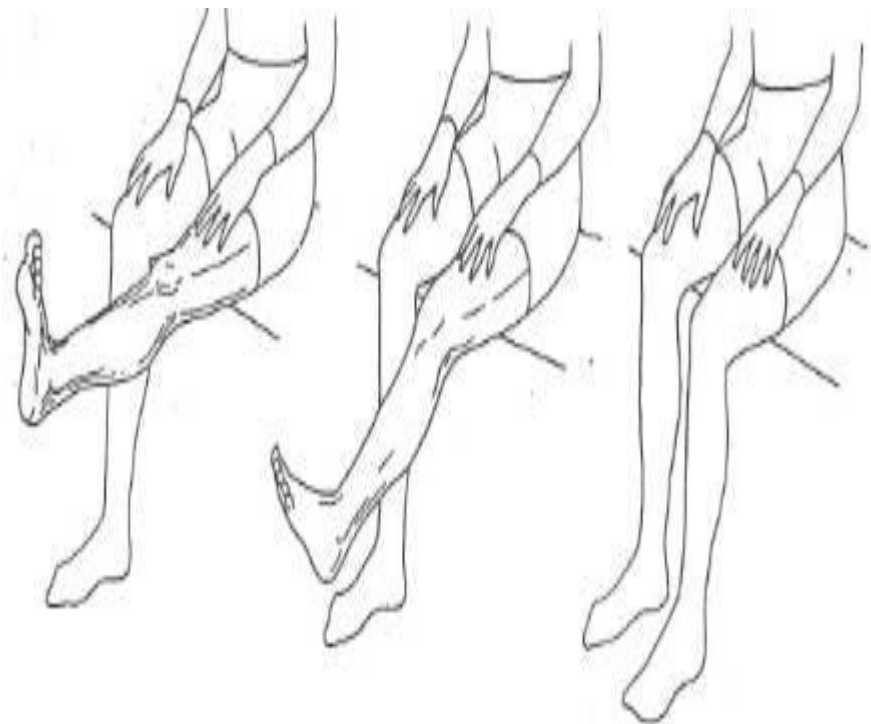
- Elevar los hombros como si intentarás tocar con ellas las orejas, mientras al mismo tiempo ofrece resistencia.
- Focalizar la atención por unos segundos en las zonas tensionadas: hombros y algo más debajo de la mitad de la espalda.
- Relajar los músculos llevando el cuerpo hacia la silla en posición original.
- Brindar unos segundos para prestar atención a la ausencia de tensión en todos los músculos.

TÓRAX

- Tensar y poner el pecho rígido, como si quisiera constreñir los pulmones.
- Focalizar la atención en la zona tensionada: hacia la mitad del tórax y en la parte superior e inferior de cada pecho.
- Relajar los músculos llevando el cuerpo hacia la silla en posición original.
- Brindar unos segundos para prestar atención a la ausencia de tensión en todos los músculos.

ANEXO 14

PIERNAS



- Levantar horizontalmente la pierna derecha.
- Arquear el pie derecho hacia atrás en dirección de la rodilla.
- Ejercer el máximo nivel de tensión.
- Focalizar la atención por unos segundos en los músculos del trasero, pantorrilla, muslo, rodilla y pie.
- Relajar todas estas zonas.
- Bajar la pierna rápidamente hasta que el pie derecho descanse sobre el suelo y relajar también la rodilla.
- Brindar unos segundos para prestar atención a la ausencia de tensión en todos los músculos.
- Repetir todo el ejercicio con la pierna izquierda.

Sesión IX – “AUTOINSTRUCCIONES PARA LA ANSIEDAD”

OBJETIVO GENERAL: Instruir en la aplicación de la técnica de autoinstrucciones para el manejo de la ansiedad.

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | PROCEDIMIENTO | TECNICA | MATERIALES | TIEMPO |
|---|-----------------------------------|---|----------------------------|---|------------|
| Registrar la asistencia de los participantes | <i>Recepción</i> | Las facilitadoras iniciarán entregando los solapines a cada uno de los miembros del taller mientras revisan quiénes fueron los participantes que han faltado. | | Hoja de registro de asistencia. Solapines. | 10' |
| Comentar la experiencia con el ejercicio asignado la sesión anterior. | <i>Revisión de tareas</i> | Los participantes expondrán brevemente sobre su experiencia con el uso de la técnica de respiración diafragmática y los efectos percibidos con el uso de la misma. Después, las facilitadoras realizarán una retroalimentación apoyándose de las valoraciones de mejora de alguno(s) de los pacientes. | Psicoeducación | Cuaderno de tareas. | 10' |
| Generar la apertura para la sesión. | <i>Inicio de la sesión</i> | Los participantes del taller comentarán las emociones que han experimentado durante el día o la semana. Las facilitadoras preguntarán qué significan para ellos experimentar estas emociones y si consideran que estas tienen una función y cuál es. Después de conocer sus apreciaciones se les mostrará un video para | Reestructuración cognitiva | --- | 10' |

| | | | | | |
|---|---------------------------------------|---|---|---|------------|
| | | explicar la utilidad de las emociones. | | | |
| Retroalimentar los conocimientos acerca de la ansiedad. | Video: “Fisiología del estrés” | Se les indicará a los participantes del taller que este video les permitirá conocer un poco más sobre las emociones y para qué sirven. | Psicoeducación | Video: “Fisiología del estrés” https://www.youtube.com/watch?v=5sjhyD0Y uYE | 10' |
| Informar sobre la técnica de las autoinstrucciones. | Autoinstrucciones | Las facilitadoras mostrarán diapositivas explicando brevemente en qué consiste la técnica de las autoinstrucciones (ANEXO 15). | Psicoeducación | Diapositiva explicando brevemente el siguiente tema: Autoinstrucciones. | 10' |
| Utilizar correctamente la Relajación Muscular Progresiva, centrándose en los músculos trabajados hasta el momento. | Relajación Muscular Progresiva | En esta sección de la sesión, las facilitadoras invitarán a los participantes a realizar la respiración diafragmática. Asimismo se asociarán los ejercicios de relajación aprendido hasta ahora con las autoinstrucciones propuestas por las facilitadoras. | Autorregistro de relajación Respiración diafragmática. | Audio de relajación. Cronómetro. | 10' |
| Asignar actividad de práctica de las técnicas de Relajación Muscular Progresiva aprendidas, mezclándolas entre ellas. | “Actividad semanal” | Se señalará que deben realizar el ejercicio de respiración, alternando con la relajación de miembros superiores en casa durante un tiempo de entre 10 – 15 minutos diarios y llenar su registro de relajación antes y después de la actividad. | Registros de relajación | Cuaderno de tareas. | 10' |

ANEXO 15

AUTOINSTRUCCIONES

Técnica de corte cognitivo que consiste en modificar el diálogo interno de la persona para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea, situación o autoconocimiento.

PASOS

Definición del problema. Debo determinar el objetivo específico de lo que deseo lograr.

- ¿Qué tengo que hacer?
- Voy a relajarme

Aproximación al problema. Debo considerar los posibles caminos para lograr el objetivo.

- ¿Qué haré para relajarme?
- Usaré la respiración para relajarme

Focalización de la atención. Debo prestar atención a lo que estoy haciendo ahora y no distraerme con nada más.

- ¿En qué debo concentrarme?
- Mi respiración y la distensión de mis músculos hacen que me relajen y que la ansiedad se vaya.

Autoreforzo. Debo felicitarme por las cosas que hago o salen bien.

- Respirar lentamente y tensionar y relajar los músculos hacen que poco a poco me relaje.

Verbalizaciones para hacer frente a los errores. Si cometo un error o algo sale mal puedo corregirlo para que se solucione.

- Relajarme puede tomar tiempo porque por mucho tiempo he vivido con esta tensión.

Autoevaluación. Analizar cómo voy haciendo las cosas.

No me estoy relajando. ¿Estoy haciendo exactamente cómo me indicaron la técnica?

Sesión X – “RELAJACIÓN IMAGINARIA”

OBJETIVO GENERAL: Entrenar en la técnica de la relajación imaginaria para el manejo de la ansiedad.

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | PROCEDIMIENTO | TECNICA | MATERIALES | TIEMPO |
|---|------------------------------|--|---|--|------------|
| Registrar la asistencia de los participantes. | Recepción | Las facilitadoras iniciarán entregando los solapines a cada uno de los miembros del taller mientras revisan quiénes fueron los participantes que han faltado. | Autoregistro de relajación. | Hoja de registro de asistencia. Solapines. Cronómetro. | 10' |
| Comentar la experiencia con el ejercicio asignado la sesión anterior. | Revisión de tareas | Los participantes expondrán brevemente sobre su experiencia con el uso de la técnica de respiración diafragmática y los efectos percibidos con el uso de la misma. Después, las facilitadoras realizarán una retroalimentación apoyándose de las valoraciones de mejora de alguno(s) de los pacientes. | | Cuaderno de tareas. | 10' |
| Generar la apertura para la sesión. | Inicio de la sesión | Las facilitadoras brindarán la apertura para que los participantes comenten las conductas que presentan ahora en comparación con las que presentaban antes y reforzarán la valoración de logro de cada uno de los participantes. | Reestructuración cognitiva Reforzamiento | Audio de relajación. | 15' |
| Entrenar a los participantes en la técnica de la relajación imaginaria. | Relajación imaginaria | Las facilitadoras mostrarán diapositivas explicando brevemente en qué | Psicoeducación | Diapositiva explicando brevemente el siguiente tema: | 15' |

| | | consiste la relajación imaginaria (ANEXO 16) | | Relajación Imaginaria | |
|---|-----------------------------------|---|---|-----------------------|------------|
| Fomentar la relajación con la técnica de la relajación imaginaria | | <p>En esta sección de la sesión, las facilitadoras invitarán a los participantes a realizar la respiración diafragmática.</p> <p>Luego, las facilitadoras realizarán el proceso de relajación imaginaria con los participantes.</p> | <p>Relajación imaginaria.</p> <p>Autorregistro de relación.</p> | Audio de relajación. | 5' |
| Asignar actividad de práctica de las técnicas de relajación muscular progresiva aprendidas, mezclándolas entre ellas. | <i>“Actividad semanal”</i> | <p>Se señalará que deben realizar el ejercicio de respiración, alternando con la relajación de miembros superiores en casa durante un tiempo de entre 10 – 15 minutos diarios y llenar su registro de relajación antes y después de la actividad.</p> | Registros de relajación | Cuaderno de tareas. | 10' |

ANEXO 16

RELAJACIÓN IMAGINARIA

Colócate en una posición cómoda, si puedes..... tumbado en una colchoneta, con los brazos extendidos cómodamente a los lados, las piernas estiradas, con los pies ligeramente abiertos hacia fuera, con una disposición a relajarte.....cierra los ojos.....y siente tu respiración, tranquila, en calma.

Vamos A realizar un sencillo ejercicio de relajación:

A partir de este instante vas a tomar conciencia de tu respiración.....no la modifique en absoluto, simplemente observa como respiras, no te identifiques con el proceso, has de realizarlo sin juicio, de igual forma en que mirarías como se mueve la llama de una vela, observando sin juzgar.

Observa tu respiración....sin modificarla, toma conciencia de que algo respira en ti, no te cuesta esfuerzo alguno respirar, respiras y te llenas de calma, respiras y te llenas de paz.

Vas a ir visualizando una serie de objetos y colores, se te van a dar unas indicaciones básicas, pero tú puedes añadir lo que desees para que te permita mejorar la visualización sugerida.

Vas a comenzar visualizando un prado verde.....del color verde que más te gusta.....visualiza una extensión de césped verde que se extiende hasta un bosque cercano..... observas la hierba verde..... Los reflejos verdes del sol sobre la pradera.....

Extiendes la mirada hacia el bosque y ves hojas de todos los tonos de verde posibles..... Es relajante.....Muy relajante, el sol se refleja en las verdes hojas de los árboles y se forma ante tus ojos una mirada de delicadas tonalidades de verde que se reflejan entre si creando un espacio tridimensional de color verde..... es hermoso y lo disfrutas....respiro tranquilo y en calma un aire puro, lleno de oxígeno que producen los árboles del bosque, me encuentro respirando un aire puro, verde, relajante..... Con cada respiración me relajo más y más..... Escucho el susurro que produce el aire al pasan entre las hojas de los árboles, es relajante, muy relajante, escucho el sonido del viento en las

hojas y me relajo...más y más.....me quedo por unos instantes observando el prado verde, los viejos árboles centenarios, sus hojas hermosas..... Y sintiendo mi respiración.....

Observa tu respiración....sin modificarla, toma conciencia de que algo respira en ti, no te cuesta esfuerzo alguno respirar, respiras y te llenas de calma, respiras y te llenas de paz.

A partir de este instante vas a visualizar una playa de arena dorada, es del tipo de arena que más te gusta y tiene un color bajo el sol para disfrutar observándolo..... Me gusta esta playa.....la visualizo..... miro hacia el horizonte y observo un mar tranquilo y azul que se desliza con suavidad hasta la orilla, donde lentamente las olas se deshacen mientras se desgrana el dulce sonido de la espuma.

Visualizo toda la playa, el mar azul.... la arena dorada.....me tumbo sobre la arena y resulta muy placentero absorber su calor.... la energía del sol acumulada en los granos de arena penetra en mi espalda y la relaja, siento ese calor acumulado y como se infiltra en mi espalda....es relajante...es muy agradable..... Es una sensación deliciosa..... El mar azul..... El cielo azul sin nubes..... El sonido del viento en las hojas de los árboles que hay detrás de mí..... el calor en mi espalda.....el sol incide sobre mis brazos y los calienta..... al tiempo que se hunden pesados en la arena que los calienta ...Relajándose más y más.....el sol calienta mi pecho y mis piernas.... mi piernas.....que se hunden pesadas en la arena que las calienta, relajándose más y más...Escucho el sonido rítmico y balanceado de las olas que parecen mecerse en este mar azul tranquilo....bajo este cielo azul precioso...escucho el sonido del viento en las hojas de los árboles.... percibo el olor salobre del mar azul.....Tomo conciencia de mi cuerpo descansando relajado... más relajado.

Tomo conciencia de este estado de conciencia tranquila, relajante, llena de paz y tranquilidad.....y.....

Me preparo para abandonar el ejercicio....conservando todos los beneficios conscientes o inconsciente que me aporta.....contamos lentamente 1..... 2..... 3..... Abro y cierro las manos lentamente tomando conciencia de las pequeñas articulaciones de los dedos.....tomo aire con más intensidad.....realizando una respiración profunda..... y abro los ojos....conservando el estado de relax y calma que he logrado con el presente ejercicio de relajación.

Sesión XI – “RELAJACIÓN AUDITIVA”

OBJETIVO GENERAL: Entrenar en la técnica de la relajación mediante estímulos sonoros para el manejo de su ansiedad.

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | PROCEDIMIENTO | TECNICA | MATERIALES | TIEMPO |
|---|----------------------------|--|--|--|------------|
| Registrar la asistencia de los participantes. | Recepción | Las facilitadoras iniciarán entregando los solapines a cada uno de los miembros del taller mientras revisan quiénes fueron los participantes que han faltado. | Autoregistro de relajación. | Hoja de registro de asistencia. Solapines. | 10' |
| Comentar la experiencia con el ejercicio asignado la sesión anterior. | Revisión de tareas | Los participantes expondrán brevemente sobre su experiencia con el uso de la técnica relajación imaginaria , en cómo les sirvió y en que ocasiones le utilizaron | | Cuaderno de tareas. | 10' |
| Generar la apertura para la sesión. | Inicio de la sesión | Las facilitadoras brindarán la apertura para que los participantes comenten las conductas que presentan ahora en comparación con las que presentaban antes y reforzarán la valoración de logro de cada uno de los participantes. | Reestructuración cognitiva Reforzamiento | Audio de relajación. | 15' |
| Entrenar a los participantes en la técnica de la relajación auditiva. | Relajación auditiva | Las facilitadoras mostrarán diapositivas explicando brevemente en qué consiste la relajación auditiva | Psicoeducación | Diapositiva explicando brevemente el siguiente tema: Relajación Imaginaria | 15' |
| Fomentar la relajación con la técnica de la relajación auditiva | | En esta sección de la sesión, las facilitadoras invitarán a los participantes a realizar la respiración diafragmática. | Relajación imaginaria. Autorregistro de relación. | Audio de relajación. Como por ejemplo. (Olas del mar, agua en un manantial, notas musicales de intro como | 5' |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--|---------------------------|---|------------|
| | | Luego, las facilitadoras realizarán el proceso de relajación imaginaria con los participantes en un escenario fantástico que provoque tranquilidad y satisfacción, la compañía de las notas musicales serán esenciales en esta sesión ya que nos permitirán contribuir al aumento de la fantasía y la disminución de la ansiedad. | | guitarra, quena, flauta, naturaleza, etc.) Cronómetro. | |
| Registrar el nivel de ansiedad con el que la paciente culmina el taller. | Cierre del módulo | Se les comentará a los pacientes que las actividades realizadas durante el presente programa servirán para manejar las conductas de ansiedad, pero que para su generalización en la vida diaria estas deben ser practicadas diariamente. Finalmente, se tomará las pruebas para la evaluación post test y se dará por concluido el programa. | Evaluación de la ansiedad | Test AMAS - E | 10' |

BIBLIOGRAFIA

- Contreras, D., Moreno, M., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas, P., y Villarroel, P. (2006). Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 45-58. Recuperado de <https://goo.gl/9WbV3V>
- Cornejo, C. (2012). *Control psicológico y ansiedad rasgo en una muestra clínica de adultos tempranos* (Tesis de grado), Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <https://goo.gl/6FvNkx>
- Mainieri, R. (S/F). *El modelo de terapia cognitivo conductual (Terapias cognitivo conductual)* Recuperado de <https://goo.gl/CuUm6k>
- Merryl, M., y Peña, J. (2009). *Teoría de la medición y la evaluación psicológica*. Huancayo, Perú. IMPRESOS S.R.L
- Morell, M. (2006). *Psicología y bienestar, Ansiedad, reacción de miedo*. Recuperado de <https://goo.gl/w2eUUz>
- Naranjo, M. (2004). *Enfoques Conductistas, Cognitivos y Racional Emotivos. (1era ed.)*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Reynolds, C., Richmond, B., y Lowe, P. (2007). *Escala de ansiedad manifiesta en adultos (AMAS)*. México, DF: Editorial El Manual Moderno S.A.
- www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v4n2/art3.pdf FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA RELAJACION Y APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO AUTOGENO A UN GRUPO DE DEFICIENTES MENTALES* Celedonio Castanedo.

Joseph R. Cautela y June Groden - Manual práctico para adultos, niños y educación especial- Técnicas de relajación.

Jorge Ramírez Treviño y Mónica Teresa González Ramírez - Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del estrés en alumnos mexicanos bachillerato internacional.

Mariano Chóliz: Técnicas para el control de la activación www.uv.es/~choliz -
TÉCNICAS PARA EL CONTROL DE LA ACTIVACIÓN: Relajación y respiración / Universidad de Valencia.

Mtra. Psic. María teresa De Lucio-Tapia (IPSI) Taller; Terapia Racional Emotivo Conductual y sus Técnicas en la Consulta Psicológica (2015)

ANEXOS

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

MINIMENTAL

Para la aplicación del programa cognitivo conductual sobre la ansiedad en el adulto mayor de Lambayeque, se optó por evaluar al grupo experimental con el test MINI MENTAL, pudiendo así establecer el criterio de exclusión adecuado y oportuno.

Mediante la mencionada prueba psicométrica se pudo evaluar el estado cognoscitivo del paciente y eliminar la posibilidad de la presencia de participantes con demencia o delirium, con los 11 reactivos pudimos obtener como resultados, que el 100% de los participantes posee orientación en tiempo y espacio, de igual manera su memoria a corto plazo no presenta dificultad, con respecto al área de atención y cálculo solo el 20% obtuvo un puntaje que indica que el paciente puede realizar operaciones matemáticas básicas mentalmente; por otro lado el total de los adultos mayores logró sin dificultad la resolución de los ejercicios de memoria, por lo tanto cabe resaltar que no se halló déficit en cuanto a verbalización exacta de frases, comprensión de tareas, lectura, escritura y reproducción de figuras.

Como resultado final y total en la aplicación del MINI MENTAL a personas adultas mayores de edades de 60 a 77 años, se obtuvo un puntaje mínimo y un puntaje máximo de 30 lo que las ubica en un rango de una persona con adecuada capacidad cognoscitivo y estudios superiores.

Luego de obtener los resultados anteriores se procedió a la aplicación del programa cognitivo conductual, teniendo en cuenta que las personas miembros del grupo experimental poseen condiciones para entender y ejecutar con o sin guía los procedimientos que en el manual se estipulan.

FOTOS





