



ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA
REDUCIR LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA EN
PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD DE
CHICLAYO**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Autora:

**Bach. Serquen Quispe Juliana Elizabeth
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8668-4858>**

Asesora:

**Mg. Carmona Brenis Karina Paola
ORCID <https://orcid.org/0000-0003-4164-9124>**

Línea de Investigación:

**Calidad de vida, promoción de la salud del individuo y la
comunidad para el desarrollo de la sociedad**

Sublínea de Investigación:

**Nuevas alternativas de prevención y el manejo de
Enfermedades crónicas y/o no transmisibles
Pimentel – Perú**

2024

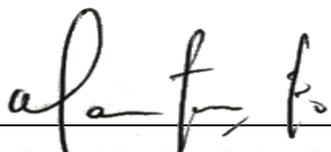
**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LA ANGUSTIA
PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE UN CENTRO MÉDICO DE SALUD DE
CHICLAYO**

APROBACIÓN DE LA TESIS



Dr. Juan Carlos Callejas Torres
Orcid 0000-0001-8919-1322
Renacyt P0098518
Scopus Author ID 57222188256

Dr. Juan Carlos Callejas Torres
Presidente del jurado de tesis



Mg. Perez Martinto Pedro Carlos
Secretario del jurado de tesis



Mg. Carmona Brenis Karina Paola
Vocal del jurado de tesis

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quien(es) suscribe(n) la **DECLARACIÓN JURADA**, soy(somos) **egresado (s)** del Programa de Estudios de **MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA** de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaro (amos) bajo juramento que soy (somos) autor(es) del trabajo titulado:

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán (CIEI USS) conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación a las citas y referencias bibliográficas, respetando al derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y autentico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

SERQUEN QUISPE JULIANA ELIZABETH	DNI: 45568047	
----------------------------------	---------------	---

Pimentel, 06 de junio de 2024.

REPORTE DE SIMILITUD TURNITIN

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

36-SERQUEN QUISPE-turnitin.docx

RECuento DE PALABRAS

21249 Words

RECuento DE CARACTERES

119102 Characters

RECuento DE PÁGINAS

77 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

295.2KB

FECHA DE ENTREGA

Jun 6, 2024 3:31 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 6, 2024 3:33 AM GMT-5

● 18% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 9% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)
- Material citado

Índice General

Índice General	v
Índice de tablas	vii
Índice de figuras	ix
Dedicatoria	x
Agradecimiento	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
I. INTRODUCCIÓN	14
1.1. Realidad problemática	14
1.2. Formulación del Problema.....	18
1.3. Justificación e importancia del estudio.....	19
1.4. Objetivos.....	19
1.4.1. Objetivos General	19
1.4.2. Objetivos Específicos.....	19
1.5. Hipótesis	20
II. MARCO TEÓRICO	21
2.1. Trabajos previos.....	21
2.2. Teorías relacionadas al tema.....	28
2.3.1 proceso cognitivo conductual y su relación con el fenómeno de la angustia psicológica en pacientes	28
2.3.2 Factores asociados a la Angustia Psicológica.....	32
2.3.3 Modelo de Estrés y Afrontamiento.....	34
2.3.4 Teoría del Aprendizaje Social	34
2.3.5 Teoría de la Autoeficacia.....	36

2.3.6 Determinación de las tendencias históricas del objeto y su relación con el campo de investigación	37
2.3.7 Programa cognitivo conductual	39
2.3. Marco Conceptual.....	43
III. MÉTODO.....	45
3.1. Tipo y Diseño de Investigación	45
3.2. Variables, Operacionalización.....	46
3.3. Población, muestreo y muestra.....	47
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	48
3.5. Procedimientos de análisis de datos	50
3.6. Criterios éticos.....	51
3.7. Criterios de Rigor científico	52
IV. RESULTADOS.....	53
4.1. Diagnóstico de la Angustia Psicológica	53
V. DISCUSIÓN.....	58
VI. APORTE PRÁCTICO	63
6.1 Fundamentación del aporte practico.	63
6.2 Construcción del Aporte Práctico	64
VII. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	82
VIII. CONCLUSIONES.....	88
IX. RECOMENDACIONES.....	89
REFERENCIAS	90
ANEXOS	100

Índice de tablas

Tabla 1. Proceso histórico de la Terapia Cognitiva Conductual	38
Tabla 2. Confiabilidad del cuestionario para medir la angustia psicológica.....	49
Tabla 3. Distribución de la Angustia Psicológica en pacientes y personal de salud.....	53
Tabla 4. Distribución de la Angustia Psicológica en pacientes y personal de salud según pretest	54
Tabla 5. Distribución de la Angustia Psicológica en pacientes según dimensiones del pretest	55
Tabla 6. Distribución de la Angustia Psicológica en personal de salud según dimensiones del pretest	56
Tabla 7. Resumen detallado del Programa.....	67
Tabla 8. Breve reseña descriptiva de la sesión 2	69
Tabla 9. Breve reseña descriptiva de la sesión 3	70
Tabla 10. Breve reseña descriptiva de la sesión 4	71
Tabla 11. Breve reseña descriptiva de la sesión 5	72
Tabla 12. Breve reseña descriptiva de la sesión 6	73
Tabla 13. Breve reseña descriptiva de la sesión 7	74
Tabla 14. Breve reseña descriptiva de la sesión 8	75
Tabla 15. Breve reseña descriptiva de la sesión 9	76
Tabla 16. Breve reseña descriptiva de la sesión 10	77
Tabla 17. Actividades ejecutadas del programa cognitivo conductual para la angustia psicológica.....	78

Tabla 18. Presupuesto del programa cognitivo conductual para reducir la Angustia psicológica en pacientes de un Centro de Salud de Chiclayo	80
Tabla 19. Distribución de la Angustia Psicológica en pacientes y personal de salud post test	82
Tabla 20. Distribución de la Angustia Psicológica en pacientes según dimensiones	83
Tabla 21. Distribución de la Angustia Psicológica en personal de salud según dimensiones	84
Tabla 22. Prueba de normalidad para medir la distribución de los datos.....	86
Tabla 23. Comparación de rangos obtenidos en el pretest y post test de la Escala de angustia psicológica.....	86
Tabla 24. Prueba de muestras emparejadas entre el pretest y post test del Bienestar Social	87

Índice de figuras

Figura 1. Guía del aporte práctico.....	81
Figura 2. Distribución de la Angustia Psicológica en pacientes y personal de salud según post test	82
Figura 3. Distribución de los puntajes del pretest y post test.....	85

Dedicatoria

Dedico mi estudio de investigación a mis padres que siempre son el sostén para mi crecimiento personal y profesional. A mis hermanos por ser fuente de motivación en este proceso de aprendizaje, quienes me brindaron mucho apoyo emocional.

Serquen Quispe Juliana Elizabeth.

Agradecimiento

Agradezco a mi profesor Juan Carlos Callejas Torres, por haber sido un excelente guía, maestro. Así mismo agradezco a José por su apoyo incondicional y aliento para concluir esta tesis pese a las dificultades que se presentaron en su momento.

Serquen Quispe Juliana Elizabeth.

RESUMEN

Este estudio tuvo como principal propósito aplicar un programar cognitivo conductual para la reducción de la angustia psicológica (AP) de un centro de salud de Chiclayo. Para ello, se indagaron las causas que originaron el problema concerniente al alto nivel de AP. En consecuencia, se trabajó a través de un enfoque mixto, nivel explicativo, tipo aplicado, corte transversal y diseño preexperimental, cuya población fue triangulada y estuvo conformada por 20 pacientes y 11 trabajadores personal de salud del C.M. salud vida de Chiclayo, a quienes se les aplico cuestionarios basados en el inventario de ansiedad de Beck. Como resultados iniciales se tuvo que, respecto a los indicadores del pretest de la angustia psicológica obtenidos en los pacientes el 65% se ubicó dentro del nivel moderado y el 35 % en severo; luego, respecto a los indicadores del personal de salud se tuvo que el 9% se ubicó en el rango 9 y el 91 % en moderado. Por otro lado, los resultados del post test arrojaron indicadores favorables para el programa de modo que para el caso de los pacientes el 70% tuvo un nivel leve de angustia psicológica, 25% moderado y 5% severo; y para el caso del personal de salud el 82 % se ubicó en el rango leve y 18% en moderado. Finalmente, se concluyó que el programa aplicado redujo de manera considerable los niveles de AP en los pacientes del C.M., obteniendo diferencias de nivel significativo en los puntajes antes y después de aplicar el programa cognitivo conductual.

Palabras Clave: Conducta, Personalidad, Proceso mental, Psicometría, Adaptación social

ABSTRACT

The main purpose of this study was to apply a cognitive behavioral program to reduce psychological distress (PA) in a health center in Chiclayo. For this, the causes that originated the problem concerning the high level of AP were investigated. Consequently, we worked through a mixed approach, explanatory level, applied type, cross section and pre-experimental design, whose population was triangulated and consisted of 20 patients and 11 health workers from the C.M. health life of Chiclayo, to whom questionnaires based on Beck's anxiety inventory were applied. As initial results, it was found that, regarding the pretest indicators of psychological distress obtained in the patients, 65% were located within the moderate level and 35% in severe; then, regarding the indicators of health personnel, it was found that 9% were located in range 9 and 91% in moderate. On the other hand, the results of the post test showed favorable indicators for the program so that in the case of the patients, 70% had a mild level of psychological distress, 25% moderate and 5% severe; and in the case of health personnel, 82% were in the mild range and 18% in moderate. Finally, it was concluded that the applied program considerably reduced the AP levels in the C.M. patients, obtaining significant level differences in the scores before and after applying the cognitive behavioral program.

Keywords: Behavior, Personality, Thought process, Psychometrics, Social adaptation.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

La realidad actual refleja cómo la pandemia ha creado un gran problema de salud mental en el mundo, convirtiéndose en una de las regiones más afectadas, según la OMS (2020) donde los servicios de salud podrían verse colapsados por el COVID-19, ha aumentado la demanda, la sensibilidad y el riesgo de las personas. Naciones Unidas (2020), explica que el estrés, la ansiedad y la depresión suelen ser las enfermedades más comunes, donde el estrés es responsable de 52,2% de personas enfermas (Ministerio de Salud, 2021); además, la ansiedad alcanza un nivel alto de hasta el 32,6% (Gaitán, et al., 2021), y la depresión continúa con una incidencia del 22% (Organización Panamericana de la Salud, 2022). En relación con lo anterior, Naciones Unidas (2020) advierte del estrés psicológico como uno de los problemas de salud mental más comunes en las personas infectadas por COVID 19, como también en aquellas que no están infectadas, debido al miedo a contraer la enfermedad, morir o sufrir la pérdida de un miembro de la familia. Como resultado de lo anterior, es de suma importancia considerar el malestar psicológico como el principal tema abordado en este estudio.

Por lo tanto, la angustia o malestar psicológico (AP) es un elemento que excede las capacidades cognitivas de una persona, es decir, nubla el juicio y el razonamiento (González y Parra, 2023). A pesar de esto, la situación ha cambiado después de la pandemia, aunque constantemente se informa reportes de contagios, muertes por regiones, en su mayoría son razones suficientes para incitar a los ciudadanos a preocuparse, si solo piensan en contagiarse y enfermarse. Los síntomas de la enfermedad COVID 19, el contagio de un familiar o, en el peor de los casos, pensar en la muerte de uno mismo o de un ser querido les provoca estrés psicológico (Valero, et al., 2020). Esta investigación, aborda el concepto de AP como el conjunto de síntomas no específicos, psíquicos y físicos, propios de la ansiedad, estrés y depresión. La AP en altos niveles, suele ser indicador de conflictos en la salud mental y podría indicar trastornos mentales concurrentes como son la depresión y ansiedad (Viertio et al., 2021)

Analizando los factores que se conocen sobre la AP y como esta ha ido predominando debido al COVID 19, los estudios internacionales han presentado que la población experimento ansiedad y depresión, especialmente los adultos jóvenes, que informaron menos espacio, actividad, contacto social, pero más ansiedad, depresión e incertidumbre en comparación con los participantes mayores (Glowacz y Schmits, 2020). Por otra parte, Wang, et al., (2020) explica que algunos estudios recientes sugieren que las mujeres, las personas con un estatus socioeconómico más bajo (menores niveles de educación e ingresos y desempleo), los que residen en áreas rurales y aquellos con mayor riesgo de infección por COVID-19 tienen una mayor prevalencia de depresión y ansiedad en comparación con sus contrapartes. Kagan (2021), menciona que uno de los aspectos que se deberían considerar para reducir la AP es el apoyo social, aspecto que también influye de forma positiva en la reducción de la ansiedad, así mismo el bienestar psicológico demostró ser un elemento con impacto favorable ya que participa en la regulación de la ansiedad y depresión (Duarte y Jiménez, 2021), en tanto que las estrategias de afrontamiento y el miedo, favorecen en el entendimiento de la AP y la adecuación del escenario de la pandemia (Rahman, et al., 2021).

Respecto al tema a nivel nacional, por el Covid-19, según Garay (2020), estudios preliminares del Ministerio de Salud (Minsa) indican que el 70% de los peruanos ha experimentado algún tipo de impacto en su salud mental durante la pandemia del coronavirus, y se ha observado un aumento significativo en los casos de ansiedad. Se ha observado que algunas personas han experimentado problemas psicológicos, angustia psicológica, ansiedad, depresión, lo que puede resultar en una red de síntomas relacionados entre sí, como la incapacidad para relajarse y una reducción en las emociones positivas (Pacheco y Guerrero, 2021). Aunque las afectaciones no afectan a todas las personas de la misma manera, hay grupos que están en mayor riesgo de vulnerabilidad, como las mujeres, los estudiantes universitarios y los adultos mayores (De la Hoz, et al., 2022). Además, según Mejia, et al., (2020), el personal de salud y otros que han estado en primera línea de defensa contra el COVID-19 han sufrido directamente un mayor impacto por la angustia psicológica.

En cuanto al contexto local, son inexistentes los estudios teóricos y prácticos, así como literatura que nos demuestren un análisis sobre la AP en el contexto de la pandemia, al igual que existe desinformación del tema, también se observa la carencia de métodos de afrontamiento para la AP en el entorno, debido a ello, es necesario realizar una investigación que nos permita cubrir la brecha del conocimiento y el abordaje de este.

En cuanto, las manifestaciones del problema que transcurren en la población de pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo, se ha determinado los siguientes indicadores:

- Agitación por la covid-19
- Temor a contagiarse
- Taquicardia (Aumento de la frecuencia cardiaca)
- Respiración rápida y profunda (Hiperventilación esporádica)
- Hiperhidrosis (Aumento en la sudoración)
- Pensamientos de temor por sucesos futuros peligrosos
- Desesperación
- Escepticismo sobre las situaciones
- Agotamiento y cansancio
- Desbordamiento emocional

Estas dificultades que se transcurren en el contexto del estudio es que permite plantear el presente **problema científico**; insuficiencia en el proceso cognitivo conductual limita la disminución de angustia psicológica.

En cuanto a las causas del problema, se pueden dar con distintos criterios, los mismos criterios que pueden formar los siguientes conjuntos:

- Inadecuadas estrategias terapéuticas para reducir el estrés psicológico del proceso cognitivo conductual.
- Inadecuados padecimientos psicológicos tratables. en el desarrollo del proceso cognitivo conductual.
- Falta de medidas psicoeducativas relacionadas con el proceso cognitivo conductual para prevenir el aumento del malestar psicológico.

- Falta del proceso cognitivo conductual en los protocolos institucionales para el abordaje del malestar psicológico.

Es así que el **objeto de la investigación** es: el Proceso cognitivo conductual.

En tanto que el **objeto de la investigación**, ha sido establecido desde la concepción de diversos autores, que ha permitido la comprensión de la terapia cognitivo conductual (TCC) como la interacción de diversas teorías cognitivas, de conducta y aprendizaje que se relacionan con el funcionamiento de las personas, dicha terapia pretende cambiar los trastornos de comportamiento y los estados desadaptativos (VandenBos, 2015), al tiempo que se determina como un sistema de técnicas comportamentales y cognitivas que emplean psicoeducación (VandenBos, 2015) .

Por otro lado, otros investigadores consideran que es una terapia que se enfoca en alcanzar objetivos claros, en una determinada cantidad de sesiones en el que se conjugan variadas técnicas tanto cognitivas como emocionales y del comportamiento (Fernández y Fernández, 2017), dichas intervenciones pretenden aminorar el deterioro psíquico y modificar los comportamientos inadaptados a través de la modificación de los aspectos del proceso cognitivo, centrándose en la relación pensamiento-sentimiento-conducta (Fernández y Fernández, 2017).

Así mismo, Hofmann (2021), considera que la TCC es un adelanto relevante para la intervención de la psicopatología en estos últimos 50 años debido a que una diversidad de estudios demuestra su eficacia. Además, considera inexacto sintetizar a la TCC como una estrategia o enfoque debido a su evolución en cuanto a la variedad de procedimientos psicológicos fundamentados en evidencias que se focalizan en una gran gama de problemas de salud mental. Por poseer una gran variedad de procedimientos sistemáticos orientados al tratamiento de diversos problemas tanto emocionales, de conducta y cognitivos disfuncionales. Se basa en objetivos y se desarrolla mediante la suma de las terapias conductual y conductiva. Su finalidad es brindar a los pacientes el aprendizaje necesario para que logren identificar patrones de pensamiento desviados y suplirlos por formas de pensar adecuados (Hofmann, 2021).

Beck (2019), considera que la expansión a nivel mundial de la TCC, se debe a eficacia transdiagnóstica, puesta en evidencia en miles de investigaciones, así como sus avances clínicos, la activación y expansión de la TCC. Actualmente, investigadores innovadores han empleado la TCC en gran variedad de trastornos médicos (como demencia, enfermedades de la piel, diabetes, hipertensión, insomnio y síndrome del intestino irritable) con resultados magníficos, trastornos que el autor había considerado imposibles de tratar con psicoterapia debido a su interés por los trastornos psicológicos.

Desde esta visión, la TCC puede considerarse como la terapia dotada de una potente autenticidad empírica, de modo que las intervenciones fundadas a partir de este enfoque se revelan como eficaces a la hora de abordar problemáticas psicológicas que intervienen a nivel particular o social (Díaz et al., 2012), por lo cual, es definida como aquella terapia que proporciona respuestas a una serie de sintomatologías y trastornos psíquicos a través del aumento del bienestar a causa de la interacción de sesiones organizadas (Gillihan, 2020).

Aunque la conceptualización se ha establecido a partir de las aportaciones de diversos autores, sin embargo, no existen suficientes antecedentes de estudios y trabajos prácticos en torno a la metodología del tratamiento cognitivo-conductual en función de la intencionalidad y el mecanismo del sufrimiento psíquico.

Así mismo, la dinámica del proceso cognitivo conductual es el **campo de acción** del presente estudio.

Para finalizar, se constata con el soporte previo, que se presenta un desafío, por una parte, las complicaciones con respecto al malestar psicológico por la pandemia del covid-19 y, también, la carencia de un proceso terapéutico fundamentado en la dinámica del proceso cognitivo-conductual.

1.2. Formulación del Problema

Insuficiencia en el proceso cognitivo conductual limita la disminución de angustia psicológica.

1.3. Justificación e importancia del estudio

Esta tesis posee conveniencia, es decir, admite evidenciar la problemática de la angustia psicológica en pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo, con lo cual se podrá establecer que sujetos requieren una intervención progresiva y guiada.

La presente tesis posee relevancia social, es decir, los beneficiarios son los pacientes que acuden y se tratan en el Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo, quienes podrán acceder a un programa cognitivo conductual que busca disminuir la angustia psicológica, maximizando los beneficios para su salud mental.

La presente tesis posee implicancia práctica, es decir, el estudio proporciona una solución al problema de la angustia psicológica que está presente en pacientes que atienden en el Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo, quienes participan de un programa de TCC.

La presente tesis posee valor teórico, es decir, el estudio comprueba que el modelo teórico cognitivo conductual permite explicar la angustia psicológica, lo cual refuerza los hallazgos previos, que respaldan el uso de la TCC para abordar problemas psicológicos.

La presente tesis posee utilidad metodológica, es decir, el estudio proporciona un programa estructurado de sesiones, validado por expertos en la materia, para abordar la angustia psicológica

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivos General

Aplicar un programa cognitivo conductual basado en la dinámica del proceso para la reducción de la angustia psicológica de un Centro de Salud de Chiclayo.

1.4.2. Objetivos Específicos

Fundamentar epistemológicamente el proceso cognitivo conductual, su evolución histórico científico y su dinámica

Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en la reducción de la angustia psicológica de pacientes de un Centro de Salud de Chiclayo.

Elaborar el programa cognitivo conductual para la reducción de la angustia psicológica

Corroborar los resultados de la investigación mediante un pre experimento

Validar estadísticamente los cambios producidos por la aplicación del programa cognitivo conductual en pacientes de un Centro de Salud.

1.5. Hipótesis

Si se aplica un Programa cognitivo conductual que tenga en cuenta la dimensión contextual responsable y la dimensión sistematizada integral, entonces se contribuye a reducir la angustia psicológica en pacientes de un Centro de Salud de Chiclayo.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Trabajos previos

2.2.1. Referencia Histórica del problema

El término de angustia psicológica o también denominado como malestar psicológico, proviene del inglés *psychological distress*, que se puede definir como el grupo de síntomas dolorosos y psicofísicos que se relaciona con los cambios comunes del estado de ánimo de las personas y, que, puede ser un indicador del inicio de un desorden mental como depresión, ansiedad, esquizofrenia, somatización y otros (VandenBos, 2015), asimismo, el término viene siendo investigado desde la segunda guerra mundial, con énfasis en saber si soldados estaban aptos para enlistarse al ejército y poder descartar a aquellos que no puedan realizar su función como es debida por alguna condición mental (Dohrenwend, et al., 1980), en ese sentido, la medida de la angustia no especificada -que posteriormente viene a ser angustia psicológica- paso por varios procesos, primero como una medida de la condición mental y establecer patrones epidemiológicos (Dohrenwend, 1980), hasta la versión actual, que busca establecer un diferencial que permita reconocer la gravedad de los síntomas (Kessler et al., 2002)

Según Dohrenwend (1980) explica que la medida de la AP subyace como dimensión única dentro de otros instrumentos de medición epidemiológica, que si bien, cumple con las propiedades psicométricas adecuadas, estas no muestran que concepto en sí es lo que mide, es decir, carece de validez de constructo e incluso, el concepto de desmoralización que es descrito por Frank Jerome como el sentido de amenaza o quiebre de los valores y cultura producto de una suceso vital que produce desanimo, indefensión, desconcierto e inseguridad (VandenBos, 2015) comparte muchos elementos de la angustia psicológica (Dohrenwend, 1980).

A partir de lo descrito anteriormente, Kessler et al., (2002) describe que la medida de la angustia psicológica presenta un único factor, que, si bien tiene características de orden cognitivo, emocional, conductual y psicofísico, todos los cuales muestran un único patrón, por lo que, la angustia psicológica es una medida unidimensional. Asimismo, tratando de adecuar la medida de la angustia como parte del sistema de evaluación del NHIS de Estados Unidos, es que, el modelo

unidimensional fue desarrollado en ítems con suma precisión de los síntomas clínicos (Kessler et al., 2022).

El modelo propuesto por Kessler, et al. (2002), ha sido examinado en la realidad peruana, cuyos resultados evidencian que el modelo original muestra un patrón semejante, asimismo, los valores de fiabilidad por Alpha y Omega, dan cuenta de la estabilidad del modelo de evaluación (Cordova y Ore , 2021).

Además de lo anterior, es preciso entender que teorías permiten explicar la AP, según Mabitsela (2003) son cuatro las teorías que ayudan a entender la angustia: el modelo médico, la teoría interpersonal, la teoría del psicoanálisis y, la teoría cognitiva.

El modelo médico, que viene a ser la forma predominante de entender la salud mental en el mundo y, desde esta perspectiva, la AP es entendida como un defecto neurológico que ocasiona una conducta desordenada (Mabitsela, 2003)

La teoría interpersonal, que explica que los desórdenes se deben a una disfunción en las interacciones con otros y, que la angustia, es una conducta desadaptada que surge por la ocurrencia de relaciones insatisfactorias actuales o pasadas (Mabitsela, 2003).

La teoría psicoanalítica, que explica que la AP se da a nivel intrapsíquico y que son una manifestación de procesos inconscientes que determinan un comportamiento anormal producto de conflictos pasados (Mabitsela, 2003)

La teoría cognitiva, que la AP surge como un proceso cognitivo negativo y que ocurre en lo que se denomina la tríada cognitiva, porque, la angustia se presenta ante una visión sesgada de sí mismo, el entorno y el futuro (Mabitsela, 2003)

2.2.2. Investigaciones anteriores

Investigaciones internacionales

Holdgaard, et al. (2021), en su estudio, tuvo como objetivo el efecto de un tratamiento breve de TCC para la disminución de la AP en pacientes con

enfermedad cardiaca. El estudio de diseño experimental aleatorio-prospectivo contó con la participación de 148 pacientes aleatorizados con enfermedad de arterias coronarias o valvular del corazón y, otros 40 pacientes no aleatorizados quienes tenían diagnóstico de angustia psicológica concomitante a través del instrumento HADS (por sus siglas en inglés). En tanto, la intervención en TCC se dio en grupos de 3-4 personas y se estructuró cinco sesiones de dos horas. El ensayo aleatorizado recibió la aprobación del comité ético y la Agencia Danesa, asimismo, cumple con la Declaración de Helsinki. Esto demuestra que programas basados en TCC estructurados son factibles de aprobación para ensayos clínicos rigurosos.

Ying, et al. (2021), realizan un estudio, cuyo objetivo se propuso analizar el efecto de una intervención de TCC vía virtual en la angustia psicológica con adultos mayores durante el contexto de la pandemia por covid-19. La investigación preexperimental contó con la participación de 137 adultos mayores sin deterioro cognitivo de cuatro regiones de China. Uno de los instrumentos aplicados fue la escala K10 de Kessler y, la intervención se hizo mediante una plataforma de cinco sesiones. Los resultados muestran que el programa de TCC tuvo efectos positivos para reducir la angustia psicológica, que se mantenía incluso un mes después de aplicado la posprueba ($p < .01$).

Amoke, et al. (2020), analizan el efecto de la terapia cognitivo conductual en la angustia psicológica de personas internadas en penales a espera de juicio. La investigación contó con la participación de 34 prisioneros a espera de juicio de Enugu, Nigeria. La intervención de TCC se basó en el esquema de Beck, con 12 sesiones (1 x semana) de 2 horas por sesión. Los resultados de la evaluación del Tiempo 1 (antes de aplicado la intervención) muestra que no hay diferencias significativas en la angustia psicológica del grupo de tratamiento ($M=14.04$, $DE=5.67$) con el grupo control ($M=15.01$, $DE=4.67$, $p > .05$, $F=1.10$). Los resultados de la evaluación del Tiempo 2 (posterior de aplicado el programa) muestra que hay diferencias significativas en la angustia psicológica del grupo de tratamiento ($M=4.34$, $DE=0.28$) con el grupo control ($M=12.67$, $DE=5.20$, $p < .01$, $F=87.90$). Finalmente, en la evaluación del Tiempo 3 (seguimiento post tratamiento) muestra que hay diferencias significativas en la angustia psicológica

del grupo de tratamiento ($M=4.04$, $DE=0.90$) con el grupo control ($M=13.52$, $DE=4.97$, $p<.01$, $F=80.74$).

Seiedi, et al. (2020) en su estudio buscan evaluar el efecto que tiene la TCC en el alivio de la AP y síntomas clínicos (depresión, ansiedad, estrés y TEPT) en madres posterior a un parto prematuro. La investigación de meta-análisis realizó un análisis de estudios de las principales bases de datos: PubMed, Scopus, Embase, Web of Science, PsycInfo, Google Scholar, SID, Magiran e Iran Medex. Los resultados con base a la revisión de cuatro ensayos y una muestra total de 455 madres con bebés prematuros demuestran que las intervenciones de TCC permite reducir la AP de dichas madres, especialmente, en los síntomas clínicos de TEPT y ansiedad ($p<.01$).

Burnette et al. (2020), en su estudio exploraron si la mentalidad de crecimiento, la cual se refiere a la creencia de que los atributos humanos pueden ser desarrollados y mejorados, tiene una conexión negativa con la angustia psicológica. Utilizando un enfoque de efectos aleatorios y una muestra de 72 participantes, los resultados indicaron que hay una correlación negativa significativa entre la mentalidad de crecimiento y el malestar psicológico ($r = -0,220$).

Investigaciones nacionales

Carhuajulca y Zavaleta (2021), en su estudio, analizan el estado de la angustia psicológica en universitarios. El estudio que comprende un nivel de investigación descriptivo, contó con la participación de 342 universitarios de 18 a 50 años ($F=230$, $M=112$) de Lima. El instrumento aplicado fue con la escala K10 de Kessler. Los resultados muestran que el 62.3% presenta un nivel moderado o alto de angustia psicológica, además, existe diferencias significativas en el nivel de angustia psicológica, siendo las mujeres quienes presentan un nivel superior en comparación de los varones.

Gomez y Aguilar (2021), en su investigación, tuvo como objetivo analizar el estado de la angustia psicológica en trabajadores sanitarios. La investigación contó con la participación de 319 trabajadores de salud de 22 a 65 años ($F=243$,

M=76) de la DIRESA de Puno. Los hallazgos demuestran que la media de la AP en el total de la muestra fue de $M=11.53$, los varones mostraron tener una media inferior a la media general en la angustia psicológica ($M=10.98$), mientras que las mujeres mostraron una media superior a la media general ($M=11.70$). Si bien las mujeres presentan una media mayor que los varones, esta diferencia no es significativa.

Colorado (2019) en su estudio, tuvo como objetivo analizar el estado de la angustia psicológica en pacientes con tuberculosis. Contó con la participación de 71 pacientes con tuberculosis en fase de tratamiento ($F=29$, $M=42$) desde adolescentes hasta adultos mayores. Los resultados muestran que el 94.4% presenta un nivel alto o muy alto de angustia psicológica, mientras que, se establece que hay diferencias significativas según el estado civil y la fase de tratamiento en el nivel de la angustia psicológica, siendo los solteros y los que están en la fase 1 de tratamiento quienes muestran una mayor AP.

Cordova y Ore (2021), en su investigación, tuvo como objetivo evaluar las propiedades psicométricas de la escala de angustia psicológica. El diseño instrumental y cuantitativo del estudio evaluó a 461 colaboradores de una empresa expuestos al Covid-19 en la ciudad de Lima, incluyendo ambos sexos. Los resultados indicaron que la escala tiene evidencias de validez de contenido óptimo, según la evaluación de jueces expertos ($V\text{-Aiken} >.80$), lo que sugiere que los 10 ítems de la escala fueron claros, pertinentes y representativos de la variable que se mide. Este modelo unidimensional de 10 ítems fue coherente con la teoría y los datos de la muestra. Concluyendo que las propiedades psicométricas de la escala de angustia psicológica fueron evaluadas de manera óptima en colaboradores de una empresa expuestos al Covid-19 en Lima.

Leandro y Malqui (2022), en su investigación, tuvo como objetivo examinar la relación entre la angustia psicológica y la agresividad en estudiantes universitarios de Lima Norte. La muestra consistió en 201 estudiantes de ambos sexos de universidades nacionales y privadas, con edades comprendidas entre 16 y 54 años. El estudio tuvo un diseño descriptivo-correlacional y no experimental. Los resultados revelaron correlaciones estadísticamente significativas, directas y

moderadas ($\rho = .496$; $p < .05$) entre los síntomas de la angustia psicológica y las conductas agresivas en los estudiantes universitarios de Lima Norte. Concluyendo que existe una relación entre los síntomas de la angustia psicológica y las conductas agresivas en estudiantes universitarios de Lima Norte.

Investigaciones locales

Flores (2021) se propuso desarrollar un Programa Cognitivo Conductual destinado a abordar la ansiedad social en adolescentes que asisten al Colegio Privado “Juan Mejía Baca” en la ciudad de Chiclayo. La muestra de estudio estuvo compuesta por 50 estudiantes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 14 y 16 años, pertenecientes al cuarto grado de secundaria del mencionado colegio. Los resultados obtenidos indicaron la presencia de niveles de ansiedad social que variaban de moderados a graves, lo cual fue corroborado tanto por los propios padres como por los docentes de la institución educativa. Se destacó que aproximadamente el 90% de los adolescentes manifestaba experimentar algún grado de ansiedad social. En cuanto a las conclusiones de la investigación, se observó que la implementación del programa generó un impacto considerablemente positivo entre los adolescentes.

Guevara (2022), planteó diseñar un Programa Cognitivo Conductual con el objetivo de reducir los niveles de dependencia emocional en mujeres que eran víctimas de violencia familiar y que estaban siendo atendidas en un Centro de Salud de Lambayeque en el año 2018. El estudio se enmarcó en una metodología de tipo descriptivo prospectivo, de carácter no experimental, y contó con la participación de 110 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 55 años. Los resultados obtenidos revelaron que un 67,3% de las mujeres que sufrían violencia familiar presentaban un nivel de dependencia emocional alto, mientras que un 21,8% exhibía niveles moderados de dependencia emocional. Estos resultados indicaron una fuerte asociación entre la violencia familiar y la dependencia emocional en este grupo de mujeres. En conclusión, se destacó que la mayoría de las mujeres que experimentaban violencia familiar también presentaban niveles significativamente altos de dependencia emocional, lo que resalta la importancia

de abordar esta problemática desde una perspectiva terapéutica como la propuesta en el programa cognitivo conductual.

Carrasco (2021) optó por reducir los niveles de ansiedad estado-rasgo en estudiantes pertenecientes a los últimos ciclos de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. La metodología empleada se enmarca en un diseño descriptivo propositivo, y el estudio se llevó a cabo con la participación de una muestra compuesta por 93 estudiantes del último ciclo de la carrera. Para evaluar los niveles de ansiedad, se aplicó el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). Los resultados obtenidos indicaron la presencia de niveles significativamente altos de ansiedad en la población estudiantil, con un 58% de las mujeres y un 42% de los hombres manifestando niveles elevados de ansiedad. Esta ansiedad se asoció a situaciones específicas como la realización de tareas, la participación en prácticas preprofesionales y la elaboración de sus tesis. En conclusión, se resalta la importancia de implementar estrategias y programas de intervención para abordar este problema en la población estudiantil.

La investigación de Alcántara (2023) tuvo como objetivo la implementación de un programa cognitivo conductual destinado a mejorar el afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia en un Centro de Salud Mental Comunitario en Lambayeque. El enfoque metodológico empleado fue pre-experimental, y en términos de inferencia, se adoptó un enfoque hipotético-deductivo. La muestra estuvo compuesta por 20 participantes, a los que se sumaron 4 profesionales de la misma institución para el estudio. Los resultados revelaron que había un bajo nivel de afrontamiento al estrés, así como en sus dimensiones específicas, lo que proporcionó indicadores clave que se utilizaron para diseñar los objetivos del programa de intervención. En general, se concluyó que el 75% de los participantes presentaba dificultades en el afrontamiento al estrés en el contexto de cuidadores de usuarios con esquizofrenia.

Segura (2022) llevó a cabo una investigación con el propósito de desarrollar un programa cognitivo conductual destinado a disminuir el nivel de ansiedad estado-rasgo en docentes del Centro de Educación Básica Especial (CEBE) San Judas Tadeo, ubicado en Ferreñafe. La metodología empleada fue de

carácter descriptivo propositivo, adoptando un enfoque mixto que combinó elementos cualitativos y cuantitativos en su análisis. La población de estudio estuvo compuesta por 13 docentes pertenecientes al CEBE San Judas Tadeo de Ferreñafe. Los resultados obtenidos indicaron la presencia de un nivel significativamente alto de ansiedad, con un 92.3% de incidencia en el caso de las mujeres y un 7.7% en el de los hombres. Estos hallazgos condujeron a la formulación de un Programa Cognitivo Conductual diseñado específicamente para reducir el nivel de ansiedad estado-rasgo en los docentes del CEBE San Judas Tadeo, Ferreñafe.

2.2. Teorías relacionadas al tema

2.3.1 Proceso cognitivo conductual y su relación con el fenómeno de la angustia psicológica en pacientes

La TCC posee gran diversidad de tendencias psicológicas con influencia en la misma. Ruiz y Cano (2002) destacan el psicoanálisis, la psicología individualista, cognitiva, logoterapia de Frankl, la fenomenología, la soviética y aprendizaje, como la terapia conductual y la teoría de la personalidad de Kelly. En cambio, para Díaz et al, (2012) la TCC se fundamenta expresamente en teorías de la conducta tales como el condicionamiento clásico, el conexionismo, el conductismo, el neoconductismo y el condicionamiento operante.

A. Psicoanálisis: Según Ruiz y Cano (2002) el psicoanálisis fue el origen, cuyos pasos iniciales fueron establecidos por Lungwitz, quién pretendía darle a esta terapia una reforma, de ahí que se acuñara el término de terapia psicoanalítica renovada, la misma que guarda similitudes con lo que posteriormente sería la terapia de Beck. Uno de los términos que sirvió para abordar las cogniciones fue el proceso primario descrito en las obras de Freud para referirse al inconsciente y, en la que intervienen los mecanismos de defensa y el placer (ello), asimismo, la ocurrencia de un proceso secundario que representa la cognición, lo consciente, la misma que tiene un rol restrictivo del primer proceso, de esta forma, los procesos mentales vienen a ser uno de los focos introducidos para entender cómo se generan las cogniciones, en este punto, los deberías que posteriormente es una de los conceptos tomados por Ellis, fue inicialmente fundamentado por Horney,

posterior, la idea de que las etapas tempranas constituyen la base para la formación de esquemas, esto fue sustentado por Beck y, posteriormente, en 1990 Young lo toma para formar la terapia de esquemas” (Ruiz y Cano, 2022).

B. Psicología individual: Según Ruiz y Cano (2002) “fue la propuesta de Adler sobre un modelo cognitivo que toma en cuenta la inteligencia y los procesos mentales los que permiten explicar la psicopatología, esto desde una visión individualista, en la que se acuñan términos como: opinión, idea de ficción y esquema a perceptivo; claramente estos conceptos son la base con lo que posteriormente constituirán las ideas irracionales y los esquemas desadaptativos, además, estas ideas y esquemas se van formando en la edad temprana y que forma posteriormente opiniones primarias y secundarias, estas opiniones son tomadas en cuenta por Beck para sustentar su terapia. Por otra parte, la psicología individualistas se centra en que: 1) todo comportamiento tiene una razón de ser que va desde una situación, genera una creencia/objetivo y desarrolla una conducta, 2) esta conducta manifiesta es organizada a partir de las vivencias tempranas y el estilo de vida, 3) las conductas son el reflejo de una percepción subjetiva, 4) se centra en entender los simbolismos, objetivos, creencias personales, 5) cada objetivo aporta al individuo experiencias y comportamientos que lo indivisible, 6) cada conducta tiene un significado y, 7) cuando los objetivos se logran siguiendo pautas asociales, egocéntricas e inconscientes es que da lugar a psicopatologías”.

C. Reflexología rusa y condicionamiento clásico: Según Díaz et al. (2012), denominaba así a los orígenes de la psicología en Rusia, en estudios realizados por los fisiólogos rusos a inicios de siglo, esto significó un gran aporte para la evolución del conductismo y su terapia. Dichos fisiólogos emplearon la metódica objetiva correspondiente a su especialidad para estudiar aspectos psicológicos, a pesar de que se propuso como inicio de las investigaciones a la neurofisiología, es así se fijaron interpretaciones de carácter mecanicistas de los procesos subjetivos y del comportamiento observable, debido a los resultados experimentales enfocó su interés al objeto de la psicología. Con sus aportes resaltaron al aprendizaje en el entendimiento de la conducta, indicando la relevancia del entorno como factor de conductas (Díaz et al., 2012).

D. Conexionismo de Thorndike: Para López (2021), el origen de este paradigma representó un cambio para la ciencia, su autor Thorndike instauró un sin número de normas, entre las que destaca la “ley del efecto”, esta, consiste en que las reacciones derivadas de agrado tenían una estrecha asociación a la situación, por ello se incrementa la posibilidad de que esa actividad vuelva a ocurrir. De caso contrario, si esta situación causa incomodidad, la relación con la actividad va desapareciendo y de volver a ocurrir la misma situación, la ocurrencia de la conducta es poco viable. Lo que se enfatiza de esta “ley del efecto” es su carácter funcional o empírico, en conclusión, el comportamiento depende de los resultados (López, 2021).

E. Conductismo de Watson: Díaz et al., (2012) valoran a Watson como el mayor exponente de la teoría, quien le otorgó sus fundamentos más resaltantes: El comportamiento manifiesto es el objeto de estudio de la psicología, en sí las respuestas (R) licitadas por estimulación ambiental (E), el segundo principio trata sobre la metodología con el animal, la experimentación es un método que debería ser tratado por la investigación psicológica. El tercero se enfoca en el conductismo, lo cual significó el quiebre radical con los enfoques tradicionales de la psicología, es decir ya no definen la conducta en terminología de comportamientos observables. Finalmente, la conducta explicada en términos del condicionamiento clásico de Pávlov, se enfoca en los reflejos estímulo- respuesta del sistema nervioso del sujeto (Díaz et al., 2012).

F. Fenomenología y logoterapia: Según Ruiz y Cano (2002) son “Husserl y Frankl los que dan un concepto existencial a los problemas psicológicos, para Husserl la conciencia se genera a partir de las experiencias externas, lo cual forma la conciencia, por lo que, estas experiencias forman una forma de pensamiento que puede ser anómalo debido a lo subjetivo de cada persona, por su parte, Frankl al desarrollar la logoterapia busca que cada persona le dé un significado a las vivencias, por lo que, desarrollar valores existenciales es uno de los pilares de este abordaje, en ese sentido, ocurre una reconstrucción del significado que se otorga a las experiencias. Desde la perspectiva de la TCC esta revaloración constituye uno de los focos centrales a la hora de usar una técnica cognitiva: confrontación de ideas” (Ruiz y Cano, 2002).

G. Neoconductismo: Díaz et al., (2012) consideran que la teoría del “neoconductismo” recibe la influencia de diversos autores como Guthrie, con sus principios de contigüidad, donde para aprender es necesario relacionar el estímulo con la respuesta anhelada. Para Hull, es la teoría formal de la conducta, se creyó en la posibilidad de una ley de aprendizaje, aplicada a animales y humanos, con la cual se creyó que sería factible una ley de aprendizaje aplicable a la humanidad y animales, dispersándose a las demás ciencias, mientras Tolman considera que los estímulos que se relaciona con un objetivo, no requieren de aprender conductas concretas porque son manifestaciones propias (Díaz et al., 2012).

H. Skinner y el condicionamiento operante: Díaz et al., (2012) determinaron que “las aportaciones conceptuales de Skinner, le condujo al planteamiento de una metodología destinada al análisis de la conducta, estudio experimental de la conducta, esto se enfoca a las relaciones entre la conducta y los estímulos del ambiente. Su principal meta es desarrollar una ciencia del comportamiento para poder describir, predecir y modificar la misma, considerando exclusivamente las relaciones de funcionalidad, evitando el recurso a los constructos implícitos. Skinner propició un ambientalismo riguroso que facilitó el diseño de ámbitos terapéuticos” (Díaz et al., 2012).

I. Teoría de personalidad de Kelly: Según Ruiz y Cano (2002) “la teoría de Kelly sobre que la personalidad está en función de las cogniciones personales, lo que se aleja de la perspectiva de la teoría de los rasgos y de la teoría del aprendizaje que, por los años 60 del siglo XX imperaban sobre otras teorías. Esta teoría del funcionamiento cognitivo personal explica que, la personalidad se construye a partir de los componentes cognitivos individuales, en la que se categoriza las vivencias con base a como se interpreta la realidad del ambiente, ergo, se actúa según dicha interpretación, por lo tanto, para abordar las disfunciones se revisa las percepciones del individuo, con el objeto de modificar lo disfuncional a funcional” (Ruiz y Cano, 2002).

J. Psicología cognitiva: Según, Ruiz y Cano (2002) explican que la “psicología cognitiva surge a partir de los estudios iniciales sobre la memoria, en especial, el trabajo de Bartlett que redefine a la memoria no como depósito, sino que, lo

entiende como algo que se construye, esto implica que tiene un proceso para agrupar la información, reorganizar dicha información y, evocarlas según los esquemas contruidos. Posteriormente, los aportes de Piaget referente al desarrollo cognitivo permiten tener una mejor comprensión sobre la inteligencia y el pensamiento, los cuales se van originando a partir de la asimilación y acomodación de la información que proviene de los esquemas sensomotrices y, que posteriormente hace posible el desarrollo de la abstracción. Estas características es lo que da sustento a que la persona se va construyendo según las vivencias. Ruiz y Cano (2002) sostienen que la psicología cognitiva propone el procesamiento de información como eje central de: a) el comportamiento de las personas, b) diferencia entre procesos y estructuras del funcionamiento y sistema cognitivo, c) demuestra la existencia de cuatro procesos cognitivos: atención, almacenamiento, cifrado y aplicación de la información y, d) se han propuesto tres funciones: el receptor sensitivo, la memoria primaria o a corto plazo y la memoria secundaria (largo plazo).

2.3.2 Factores asociados a la Angustia Psicológica

Según Mulatu, et al. (2019), la angustia psicológica (AP) es un término amplio que se emplea para describir un estado subjetivo desfavorable caracterizado por sentimientos de tristeza y ansiedad, que se manifiestan tanto a nivel emocional como fisiológico, y que afecta las actividades cotidianas. La angustia puede surgir debido a diversas causas, como dificultades económicas, falta de empleo, pérdida de un ser querido, término de una relación, problemas de salud física o médica, así como el consumo de sustancias como alcohol y drogas. En consecuencia, la enfermedad puede plantear desafíos de naturaleza psicológica para numerosos pacientes.

Wang, et al. (2020) proporcionan una explicación respecto a que no se cuenta con un conocimiento sólido acerca de los factores relacionados con una mayor susceptibilidad a experimentar angustia psicológica. Investigaciones recientes han revelado que las mujeres, individuos con un nivel socioeconómico (SES) más bajo, que poseen niveles educativos e ingresos menores, así como aquellos que enfrentan el desempleo y residen en zonas rurales, tienen una mayor

prevalencia de depresión y ansiedad en comparación con sus contrapartes respectivas.

Por otra parte, Hockey, et al. (2022) indican que la relación entre la angustia psicológica y la mortalidad relacionada con enfermedades crónicas se ve influenciada por factores de comportamiento y estilo de vida. A nivel teórico, se ha establecido que esta conexión se debe en gran medida a comportamientos como el aumento del consumo de tabaco, la falta de actividad física y una alimentación deficiente, que pueden ser parte de la manera en que las personas enfrentan la angustia psicológica y, al mismo tiempo, pueden agravar la progresión de la enfermedad. Sin embargo, estos comportamientos no explican completamente los resultados de salud desfavorables observados en personas con niveles elevados de angustia psicológica. Otras causas de estas disparidades incluyen la utilización de servicios de atención médica, obstáculos sociales y el sistema de atención médica.

Luego, Yang, et al. (2021), argumentan que varios académicos han propuesto la teoría del sufrimiento psicológico como un factor mediador entre los factores estresantes, como trastornos físicos o eventos de la vida, y su impacto en el cuerpo a través de mecanismos mediadores, como la percepción del estrés y la evaluación cognitiva. Estos mecanismos pueden resultar en problemas de salud mental, como la angustia psicológica. De acuerdo con esta teoría, el estrés crónico, que incluye condiciones crónicas y dolor persistente, podría ser considerado como uno de esos factores estresantes.

Después, Koyanagi, et al. (2014) plantean que la calidad del sueño podría desempeñar un papel mediador adicional según la teoría de la angustia psicológica. Investigaciones han indicado que las personas de edad avanzada que padecen enfermedades crónicas tienen una mayor tendencia a experimentar angustia psicológica, en parte debido a la mala calidad del sueño y a una percepción negativa de su salud. Los trastornos del sueño son frecuentes en diversas condiciones crónicas y son prevalentes en poblaciones con problemas de salud mental.

2.3.3 Modelo de Estrés y Afrontamiento

Bedoya (2021) explica que el estrés, según el modelo transaccional, es una respuesta a situaciones inesperadas que requieren un esfuerzo significativo y pueden ser amenazantes o estimulantes. Este estrés involucra tensión física, mental y emocional mediada por procesos cognitivos y emocionales. Siguiendo el modelo sistémico cognitivista del estrés, se observan respuestas físicas, psicológicas y comportamentales variadas. Bedoya (2021) indica también que el estrés puede afectar la homeostasis del cuerpo, manifestándose en dolor, falta de energía, cambios en la alimentación y problemas de sueño. En estudiantes, el estrés se asocia con trastornos del sueño, falta de energía, quejas físicas y falta de motivación para actividades académicas.

En concordancia con Elsevier Connect (2023), las estrategias para manejar el estrés se centran principalmente en aumentar la conciencia del paciente sobre su nivel de estrés y en reducir la reacción negativa que este genera. Estas estrategias engloban técnicas de relajación, promoción de un estilo de vida saludable (como el ejercicio), y enfoques cognitivo-conductuales (como la terapia de inoculación de estrés, reestructuración cognitiva o mindfulness). Se profundiza en las técnicas cognitivo-conductuales debido a su mayor complejidad, pero se subraya que es fundamental incluir recomendaciones generales de salud, como reducir el consumo de estimulantes y alcohol, mantener hábitos de sueño regulares y realizar ejercicio moderado. Además, se sugiere la implementación sistemática de técnicas de relajación, como la relajación progresiva de Jacobson, en pacientes afectados por el estrés.

2.3.4 Teoría del Aprendizaje Social

De acuerdo con Vega (2019), las teorías que envuelven al aprendizaje son:

a) Conductismo: Esta corriente de la psicología se centra en el comportamiento observable y medible tanto en seres humanos como en animales. Se presta poca atención a aspectos intrínsecos y se enfoca en el impacto de refuerzos y castigos en la conducta. J.B. Watson es considerado el fundador de esta teoría.

b) Constructivismo: En esta perspectiva, se permite que el individuo construya su propio aprendizaje. Destaca la idea de que cada individuo es activo en su proceso de adquirir conocimiento. Los principales exponentes del constructivismo son Piaget y Ausubel.

c) Cognoscitivismo: Esta teoría considera al ser humano como un pensador que transforma su pensamiento como resultado de influencias tanto internas como externas.

d) Aprendizaje social: En contraposición al aprendizaje directo, esta teoría resalta la importancia de la interacción social como la base para la adquisición de nuevos conocimientos por parte de los individuos.

e) Socioconstructivismo: Esta perspectiva, desarrollada por L.S. Vigotsky en la década de 1920, se basa en la noción de que el individuo es un ser social cuyo aprendizaje es fuertemente influenciado o incluso creado por la cultura y la interacción social.

Según Guerrero y Mateo (2021), el concepto de aprendizaje social fue introducido por Albert Bandura. Bandura distingue entre dos formas de aprendizaje: el aprendizaje activo, que implica adquirir conocimientos mediante la acción directa, y el aprendizaje vicario, que consiste en aprender al observar a otros. Para Ahn et al. (2019), simplemente al observar lo que hacen los demás, uno puede aprender a imitar o evitar ciertas conductas. Asimismo, al presenciar las consecuencias positivas o negativas de las acciones de otras personas, el individuo asimilará esas experiencias como si fueran propias y las aplicará en situaciones similares.

La teoría del aprendizaje de Bandura se divide en dos etapas, cada una compuesta por dos subetapas: la primera es la fase de adquisición de la conducta, que incluye la atención y la retención, y la segunda es la fase de ejecución de la conducta, que comprende la reproducción y el refuerzo. Al examinar los modelos de estudio más relevantes relacionados con la autorregulación del aprendizaje desde una perspectiva socio-cognitiva, se percibe un supuesto común en propuestas como las de Pintrich y Schunk (2006) y Zimmerman (2008).

Este supuesto considera que los estudiantes son agentes activos que construyen su propio proceso de aprendizaje y, por lo tanto, tienen la capacidad de controlar y regular aspectos de su cognición, motivación-afecto, comportamiento y, en cierta medida, su entorno. Los autores mencionados anteriormente, también argumentan que existe algún criterio que ayuda a los estudiantes a determinar si es necesario ajustar el proceso de regulación, y este proceso puede aplicarse en diversas situaciones mediante fases cíclicas de autorregulación: planificación, ejecución y autorreflexión. Desde esta perspectiva, el desarrollo del aprendizaje autorregulado está influenciado por factores personales (cognitivos, emocionales y motivacionales) y ambientales que operan de manera continua e interdependiente (Gaeta et al., 2021).

2.3.5 Teoría de la Autoeficacia

Según la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) desarrollada por Aaron Beck, las distorsiones en el pensamiento tienen un impacto en el estado emocional y en la conducta de los individuos. Cuando se evalúa una perspectiva más realista y se realizan ajustes en el pensamiento, esto conduce a una mejora en el estado emocional y en el comportamiento. Esta mejora continua se produce como resultado de la modificación de creencias subyacentes disfuncionales (Beck, 1995).

Siguiendo el enfoque del modelo cognitivo-conductual para el tratamiento de la ansiedad, Brown et al. (2001) presentan un plan de intervención basado en la Terapia Cognitivo-Conductual para el Trastorno de Ansiedad Generalizada. En este plan, se incorporan los elementos terapéuticos propuestos por Clark y Beck (2010). El protocolo propone abordar las cogniciones distorsionadas, la elevada activación simpática y las conductas de evitación, ya que se consideran las principales causas de la ansiedad.

La emoción de ansiedad se compone de tres sistemas o elementos. En el aspecto cognitivo, implica la percepción de una amenaza, ya sea interna o externa. En el plano fisiológico, se relaciona con la activación del sistema simpático, manifestada a través de síntomas como taquicardia, sudoración, dilatación de las pupilas, temblores, mareos, vasoconstricción, sensación de frío en las

extremidades, cambios en el color de la piel (palidez o rubor) y tensión muscular. Por último, en el componente comportamental, se incluyen respuestas de "lucha o huida" que pueden traducirse en evitación activa, evitación pasiva, intentos de escapar o alteraciones en la actividad motora (Méndez, 2022).

Según Bandura (2012), la autoeficacia se refiere a la evaluación que las personas hacen de su capacidad para llevar a cabo tareas requeridas por los entornos en los que se desenvuelven. Al igual que la autorregulación del aprendizaje, no se trata de un rasgo fijo o una característica innata de la persona. Aunque las habilidades y competencias son relevantes para las creencias de autoeficacia, lo que realmente importa es lo que las personas creen que pueden lograr con esas habilidades. Es importante señalar que creencias de autoeficacia fuertes o débiles tienen efectos distintos en los pensamientos, emociones y acciones de las personas en una amplia variedad de situaciones y contextos. Estas creencias de eficacia son cruciales para individuos autodirigidos y que funcionan de manera efectiva en su vida cotidiana (Covarrubias et al., 2019).

2.3.6 Determinación de las tendencias históricas del objeto de la investigación y su relación con el campo de investigación

Para determinar cada una de las fases del proceso de desarrollo de la TCC, se señalan los siguientes indicadores:

- Eclósión de la nueva forma de entender la Terapia como movimiento formal.
- Convergencia del enfoque cognitivo con lo conductual.
- Transformación sustancial, esto se manifiesta en la dualidad de los criterios teóricos de la TCC.

A) *Primera generación, emergencia de la terapia conductual (1900-1959).*

Díaz et al., (2012) señalan que esta generación establece “el surgimiento de la identidad conceptual de la terapia, es conveniente realizarla, teniendo en cuenta la clásica orientación regional de su desarrollo, pues si bien es difícil determinar con precisión el tiempo y el espacio de su aparición en la forma es precisamente una

forma de mostrar el surgimiento del enfoque terapéutico de la terapia de conducta en su conjunto (Díaz et al., 2012).

B) Segunda generación, convergencia de lo cognitivo y conductual (1960-1980). Díaz et al, (2012) describen cómo avanza esta segunda generación en la década de 1970 y afirma que “En cuanto a los avances más teóricos que se dan en esta fase, encontramos las denominadas teorías del aprendizaje social, que se caracterizan por la influencia social y el autocontrol. La regulación del sujeto. y cuya influencia sobre todo en la obra de Albert Bandura a la luz de los resultados y el surgimiento de un enfoque cognitivo en la terapia conductual, muy difundido e influyente, que refleja- se denominó revolución cognitiva (en la década de 1970), y que se caracteriza por el papel causal, o más bien el determinante, atribuido a los procesos y estructuras mentales del comportamiento humano (Díaz et al., 2012).

C) Tercera generación, TCC (1980-actualidad). Díaz et al., (2012) describe esta generación por etapas: Por un lado, rastrea nuevos avances en el análisis conductual aplicado, las llamadas terapias contextuales, por otro lado, nuevas ramas de modelos cognitivos influenciados por teorías de aprendizaje constructivistas, terapias de distanciamiento del modelo mecanicista y asociativo subyacente a las primeras terapias cognitivas. Cabe señalar que si bien ambas posiciones (constructivista contextual y cognitiva) parten de bases emocionales diferentes, es posible identificar algunos puntos en común entre ellas, caracterizados por la nueva influencia del Zeitgeist posmoderno, responsable de la contextualización filosófica del constructivismo.

Tabla 1
Proceso histórico de la Terapia Cognitiva Conductual

Indicadores	Primera Generación	Segunda Generación	Tercera Generación
(50-60) Origen de la identidad conceptual de la Terapia como movimiento formal.	Origen de la identidad conceptual de la Terapia.	Desarrollos teóricos, como las teorías del aprendizaje social y el enfoque cognitivo en Terapia de la Conducta.	Novedosos análisis de conducta aplicado.

(Años 70)			
Convergencia del enfoque cognitivo con lo conductual.	La terapia se enfoca en el comportamiento en manifiesto.	La terapia acentúa la influencia social y la capacidad autorregulatoria del individuo.	Terapias que se alejan del modelo mecanicista y asociacionista subyacente de las primeras terapias cognitivas
(90 a la actualidad)			
Modificación esencial que se comprueba con la separación de los enfoques teóricos de la TCC.	La terapia de conducta surge como un enfoque terapéutico con entidad propia	Aparición del enfoque cognitivo en Terapia de la Conducta	Surgen las llamadas terapias contextuales.

Nota. Resumen evolutivo según generaciones de la terapia cognitivo conductual

Sin embargo, el recorrido histórico de los procesos cognitivo-conductuales emprendido por los investigadores revela deficiencias conceptuales en la práctica y la teoría, así como una gama general de diagnósticos, sus fundamentos teóricos y la estructuración y funcionamiento de las intervenciones y diagnósticos conductuales.

2.3.7 Programa cognitivo conductual

Partiendo de una perspectiva cognitivo-conductual, el programa asume la TC como estructura terapéutica, partiendo de Beck y el modelo que propone, en el que se detalla la importancia de identificar las características del terapeuta en cada proceso de intervención, así como el diseño y las técnicas. uso (a nivel conductual, cognitivo, emocional y en actividades domésticas) en el proceso terapéutico (Díaz et al., 2012).

Cualidades del terapeuta y de la relación con el paciente

Díaz et al. (2012) aseveran que los terapeutas que realizan actividades basadas en TCC necesitan desarrollar sus habilidades de manera general y específica para saber relacionarse adecuadamente con el paciente, para prestar suficiente atención a los síntomas, para crear competencias que le permitan responder a sus síntomas. Por lo tanto, el especialista debe tener las siguientes habilidades:

Competencias generales: Ha de poseer un amplio dominio de la sintomatología psicológica y de la psicopatología, así como saber abordar la entrevista con el fin de entablar un adecuado rapport y, practicar empatía, saber escuchar, comunicación asertiva, trato cálido, autenticidad entre otras habilidades que aporten en la relación con el paciente (Díaz et al., 2012).

Habilidades específicas: Debe tener un amplio conocimiento del modelo cognitivo conductual, utilizar la cooperación de otros miembros relacionados con el paciente cuando sea necesario, ser educado y compasivo, haber desarrollado una escucha activa, ser flexible y profesional (Díaz et al., 2012).

Estructuración del proceso terapéutico

Díaz et al. (2012) enfatiza la importancia de estructurar la intervención terapéutica en la preparación de cada sesión, es necesario considerar la individualidad del paciente en la preparación de estas sesiones.

Autores como Ingram y Hollan (como se citó en Díaz et al. (2012)) determinaron una serie sucesiva de siete pasos: 1) se confiere al tratamiento poseedor de lógica; 2) el uso de la técnica de autorregistro para instruir al paciente; 3) incentivar la ejecución de conductas que se orientan de técnicas y actividades para la casa; 4) direccionar a la comprensión de ideas irracionales, así como su origen y prevalecen; 5) comparar las creencias y formularlas a juicio coherente y de dialéctica; 6) explicación de la estructura elemental del pensamiento; 7) adiestrar al individuo para el fin de la terapia y prevenirlo de reincidencias.

Por ello, Díaz et al., (2012) sostiene que el proceso terapéutico posee dos fases, indispensables para que se produzca la intervención, estos fundamentos son: 1) la primera sesión, da inicio, representa el punto de inicial y de estructuración del proceso de terapia; 2) las demás sesiones, demuestran su estructura propia.

La 1ª sesión. Es imprescindible para la continuidad del procesamiento terapéutico, donde se manifiesta esta problemática y necesita que la conexión terapeuta-paciente se efectúe con un óptimo rapport, de modo que es preciso presentar en qué consiste la TCC, como se formulará el procedimiento y

determinar las posibilidades de transformación en el contexto del abordaje. En ese sentido, Scott (como se cita en Díaz et al, 2012) fija un curso de actuación en la primera entrevista: 1) posibilidad de establecer un diagnóstico de la psicopatología del paciente por medio de la entrevista no estructurada, el diagnóstico diferencial, la entrevista estructurada y el mismo diagnóstico; 2) utilización del instrumento psicométrico, indicando los trastornos encontrados, recabando datos acerca de las pretensiones de mejora del paciente, determinando los problemas prioritarios y sugiriendo objetivos coherentes, estableciendo el rol del profesional y las actividades a realizar en el domicilio, informar sobre las actividades a llevar a cabo entre las sesiones la eficacia del tratamiento y, reconocer la opinión del paciente sobre la primera entrevista (Díaz et al., 2012).

La 2ª sesión y subsiguientes. Desde la segunda sesión hasta finalizar la terapia, su estructuración se compone de seis etapas: 1) designa tiempo para analizar cómo se encuentra el paciente y asignar su objetivo al finalizar la terapia 2) determinar la situación emocional del paciente desde la primera sesión; 3) supervisar que se cumplan los ejercicios propuestos para la casa, resaltando los puntos conflictivos; 4) exponer los pensamientos automáticos originados en lo cotidiano del hogar; 5) ejecutar novedosas actividades, consultando al paciente y teniendo en cuenta los problemas que puedan surgir, por ello es necesario ensayar posibles conductas respuestas; 6) finalmente, se realiza la retroalimentación de la sesión, reseñar la información (Díaz et al., 2012).

Técnicas a emplear

Según Díaz et al, (2012) existe una infinidad de técnicas para el tratamiento e intervención en cada sesión terapéutica, las más importantes se centran en procesos (conducta, emotiva, cognitiva, actividades en casa).

A) Técnicas conductuales

Programación de actividades: En sesión se realiza la programación de actividades que el paciente desarrollara día a día, teniendo en cuenta el orden jerárquico y la dificultad identificada por el paciente.

Role-playing: Actividad empleada en terapia, se da por medio de la prueba de comportamiento o modelado con el profesional terapeuta, técnica experimental que trata de observar la hipótesis subjetiva del paciente frente a una acción o interacción específica.

Técnicas de afrontamiento: Dominio de estímulos, presentación controlada, dominar la respiración, adiestramiento asertivo.

B) Técnicas emotivas

Inducción de autocompasión. Iniciación a la autocompasión. Usado excepcionalmente por pacientes que se encuentran incapaces de llorar aunque tengan la necesidad de hacerlo.

Inducción de cólera controlada. Trata de indicar los efectos de la vivencia o de la circunstancia que podrían generar determinado enojo frente a la vida, a otros individuos o a circunstancias

Distracción externa. Se le dan una serie de recomendaciones como leer un libro, ir al cine, etc., con la finalidad de atenuar las sensaciones de desconsuelo, ansiedad o angustia.

Hablar de forma limitada de los sentimientos. Es otra forma para disminuir el sentimiento de tristeza, al procurar no hablar de forma permanente de los sentimientos con su entorno cercano.

Evitar verbalizaciones internas Ideación negativa, pensamientos catastróficos o que incapacitan al individuo, como no soy capaz de soportar demasiado sufrimiento.

Análisis de responsabilidad. Con el fin de disminuir los sentimientos de culpa consecutivos en *los* pacientes con depresión, es necesario describir a detalle el motivo que tiene el paciente para sentir responsabilidad de conductas ajenas.

C) Técnicas cognitivas

Autorregistros. Se utilizan los autorregistros desde las fases iniciales para recabar los datos relativos al estado emocional del paciente durante el día y así saber con qué personas, situaciones o conductas se incrementa o reduce la incomodidad, además de analizar el nivel de manejo y goce de las tareas que desempeña.

Descubrimiento guiado. Hace referencia a un procedimiento que permite ayudar al paciente a alcanzar otras percepciones que cuestionan sus convicciones no funcionales a partir del interrogatorio socrático.

Técnicas de retribución. Destinado a cambiar los errores cognitivos vinculados a las categorías de control, estabilidad y especificidad de las atribuciones.

D) Técnicas de tareas para la casa

Planificación de actividades. Consiste en una serie de tareas que el paciente ha de realizar para moldear su conducta.

2.3.Marco Conceptual

Angustia psicológica. Síndrome doloroso y psicofísico asociado a cambios generales de humor en las personas, que pueden señalar la aparición de trastornos mentales como depresión, ansiedad, esquizofrenia, somatización y otros (Chillón, 2018).

Cognitiva en TCC. La palabra cognitiva en terapia indica que el tratamiento se centra en gran medida en los procesos cognitivos (Hofmann, 2021).

Desmoralización. El sentido de amenaza o quiebre de los valores y cultura producto de un suceso vital que produce desanimo, indefensión, desconcierto e inseguridad (Palacios y Sánchez, 2020).

Pensamientos automáticos. Creencias distorsionadas y parciales sobre las circunstancias, pensamientos que suceden automáticamente, sin ser consciente de ello. Según la psicología, estos son pensamientos negativos que causan sentimientos y emociones desagradables y pueden dañar gradualmente a una persona. Son difíciles de reconocer porque la persona no suele cuestionar sus pensamientos y asume que son ciertos, incluso si envía mensajes que no tienen sentido, como "no puedo" o "no puedo" (Shidara et al., 2022).

Programa. Viene a ser un plan que cuenta con una secuencia de actividades que se aplican a nivel social o en estudios experimentales (VandenBos, 2015).

Reconstrucción cognitiva. Reconoce los pensamientos erróneos e inútiles, utilizados de forma equivocada por los pacientes para modificar sus conflictos actuales (Beck, 2011, como se cita en Shidara et al., 2022).

Terapia cognitiva. Psicoterapia que sustenta que las dificultades de corte emocional y conductual son por pensamiento desadaptativos y actitudes distorsionadas sobre uno mismo y el entorno (Fordham et al., 2018).

TCC Efectiva. Se centra en todos los estados del sufrimiento humano, e incluye las experiencias emocionales, conductuales y cognitivas. (Hofmann, 2021).

Terapia cognitivo conductual. Es una modalidad terapéutica basada en la conversación que busca detectar y confrontar pensamientos y conductas desadaptativas para fomentar el desarrollo de alternativas más saludables. Su objetivo es mejorar el bienestar psicológico y físico de los pacientes a través de la modificación de patrones cognitivos y de comportamiento (Fordham et al., 2018).

Terapia de conducta. Psicoterapia basada en la aplicación de las teorías del aprendizaje, condicionamiento operante/clásico para la eliminación de síntomas y modificación de conductas (Fordham et al., 2018).

III. MÉTODO

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

3.1.1. Tipo

El estudio se llevó a cabo empleando un enfoque mixto de tipo aplicado. Siguiendo la definición de Bagur et al. (2021), el enfoque mixto en la investigación se caracteriza por su capacidad de integrar perspectivas cualitativas y cuantitativas, y es precisamente esta integración lo que otorga eficacia a la metodología de investigación mixta.

Adicionalmente, conforme a la descripción proporcionada por Sánchez y Reyes (2015), la investigación aplicada se enfoca en abordar y proporcionar soluciones a problemas específicos. En el contexto de la tesis actual, el propósito es abordar la angustia psicológica mediante la implementación de un programa de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) con el fin de encontrar una solución a este problema.

Por otro lado, en términos de la extensión en la investigación, el alcance fue explicativo. Según la definición de Nicomedes (2018), este nivel de investigación se centra en explicar y al mismo tiempo predecir la ocurrencia de un fenómeno utilizando factores que ayuden a comprender dicho fenómeno. En el contexto de la tesis actual, el objetivo es determinar si un programa de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) puede explicar la reducción de los niveles de angustia psicológica.

3.1.2. Diseño

En lo que respecta al diseño utilizado para manipular las variables, el presente estudio siguió un diseño preexperimental con pretest y posttest en un único grupo. De acuerdo con la definición proporcionada por Hernández y Mendoza (2018), este diseño implica un proceso de tres etapas. En primer lugar, se lleva a cabo la medición de la variable dependiente (angustia psicológica) en el pretest. Luego, se administra la variable independiente (programa de Terapia Cognitivo-Conductual) al grupo de participantes. Finalmente, se realiza una nueva medición de la variable dependiente (angustia psicológica) en el post-test.

Luego, en términos del tipo de inferencia, la investigación fue de naturaleza hipotético-deductiva, según la definición proporcionada por Arias (2021). En este tipo de estudio, se parte de una hipótesis que se aborda utilizando procedimientos deductivos, lo que permite una comprobación experimental y la realización de inferencias lógico-deductivas.

En lo que respecta al periodo temporal, la investigación adoptó un corte longitudinal, de acuerdo con la descripción de Arias (2021). Se trata de un estudio de corte evolutivo en el que, utilizando una misma muestra, se examina la variable dependiente (angustia psicológica) a lo largo de un período de tiempo específico. En el contexto de la presente tesis, este período de tiempo incluye dos momentos de medición (pre y post test).

3.2. Variables, Operacionalización

Variable independiente. Programa cognitivo-conductual, se refiere a un conjunto de técnicas terapéuticas basadas en la interacción de teorías cognitivas y de comportamiento. Su objetivo fundamental es abordar y modificar trastornos de comportamiento y estados desadaptativos (VandenBos, 2015). Este programa se caracteriza por comprender varias dimensiones, entre las cuales se incluyen: Introducción-fundamentación, diagnóstico, planteamiento del objetivo general, sistema de procedimiento, instrumentación, evaluación. En síntesis, el programa cognitivo-conductual se estuvo enfocado en la modificación de trastornos de comportamiento y estados desadaptativos.

Variable dependiente. Angustia psicológica, hace referencia a una serie de síntomas dolorosos y psicofísicos relacionados con cambios en el estado de ánimo de las personas. Estos síntomas pueden servir como indicadores iniciales de trastornos mentales como la depresión, la ansiedad y otros (VandenBos, 2015). Las dimensiones principales de esta variable incluyen: Subjetivo, neuropsicológico, pánico, autónomo. En este contexto, la angustia psicológica comprende síntomas relacionados con cambios en el estado de ánimo y su impacto en la experiencia emocional y física de los individuos.

3.3.Población, muestreo y muestra

De acuerdo con Carrasco (2018), la población se refiere a un conjunto de individuos, ya sean personas, objetos o eventos, que se agrupan en función de su definición específica. En el contexto de la investigación, la población se define en términos de aquellos individuos que experimentan angustia psicológica. Se ha observado que en el Centro Médico "Salud Vida" de Chiclayo, se atienden aproximadamente hasta 100 casos de angustia psicológica cada mes. Por lo tanto, en el presente estudio, la población estuvo conformada por pacientes que padecían angustia psicológica, triangulándose con el personal de salud del centro médico.

En cuanto al tipo de muestreo, se optó por utilizar el muestreo intencional. De acuerdo con Lerma, et al. (2021), este enfoque consiste en seleccionar una muestra que represente gráficamente una población específica, considerando las características y parámetros definidos por el investigador durante el proceso metodológico. En el presente estudio, se aplicó este tipo de muestreo debido a la necesidad de reclutar un número mínimo de participantes en el diseño experimental, que en este caso consistió en 21 pacientes que padecen angustia psicológica. La selección de estos participantes se basó en dos criterios:

Criterios de Inclusión:

- a) Individuos que presenten síntomas de angustia psicológica.
- b) Pacientes remitidos por el personal asistencial del Centro Médico "Salud Vida" de Chiclayo debido a su diagnóstico de angustia psicológica.
- c) Participantes que accedan de manera voluntaria al estudio con consentimiento informado.
- d) Participantes que estén presentes en las dos evaluaciones (pre y post test).
- e) Participantes que asistan al menos al 80% de las sesiones aplicadas.

Criterios de Exclusión:

- a) Individuos que no manifiesten síntomas de angustia psicológica.

- b) Pacientes que no hayan sido remitidos por el personal asistencial del Centro Médico "Salud Vida" de Chiclayo por su diagnóstico de angustia psicológica.
- c) Participantes que no respondan a las evaluaciones.
- d) Participantes que no cuenten con consentimiento informado.
- e) Participantes que asistan a menos del 80% de las sesiones aplicadas.

En cuanto a la selección de la muestra, de acuerdo con la metodología propuesta por Hernández y Carpio (2019), se llevó a cabo mediante un procedimiento que implicó tres pasos fundamentales. En primer lugar, se identificó la población objetivo, que en el presente estudio correspondió a los pacientes del Centro Médico "Salud Vida" de Chiclayo. En segundo lugar, se identificó la subpoblación a la que se podía acceder, la cual se refirió a los pacientes que padecían angustia psicológica. Finalmente, se procedió a extraer la muestra final del grupo de pacientes que cumplía con los criterios de inclusión establecidos. En este sentido, la muestra estuvo conformada por 20 pacientes que presentaban angustia psicológica y fue triangulada con 11 colaboradores (personal de salud) del Centro Médico "Salud Vida" de Chiclayo.

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

Del Sol, et al. (2017) declaran a los métodos teóricos como parte importante en la investigación ya que permiten descubrir las relaciones fundamentales que no pueden ser observadas directamente. Estos son:

- **Análisis síntesis:** Este método analiza los hechos, e inicia desde el fraccionamiento de cada parte del objeto a estudiar, los analiza de forma independiente, para finalmente integrar las partes y analizarlas de forma íntegra.
- **Abstracto concreto:** El recorrido de lo abstracto a lo concreto demuestra el cambio del conocimiento científico y su evolución. Su punto de inicio es el nivel sensorial (imagen) y se intercepta lo general a lo particular, factores esenciales y complementarios del objeto.

- **Histórico lógico:** Se encarga de estudiar el recorrido verdadero de los fenómenos y eventos en el transcurso de su historia, en conclusión, lo histórico es un reflejo de los eventos claves en el crecimiento del objeto.

Además, se emplea la **Experimentación**. Bernal (2016) como Ñaupas, et al. (2018), explican que esta técnica trata de aplicar una intervención en contexto determinado en la que se aplica una preprueba y posprueba (o solamente la última) con la finalidad de saber si la intervención produce resultados en la variable medida.

Producción metodológica. Según Hernández y Mendoza (2018) se trata de proponer una nueva metodología que permita, ya sea medir, un fenómeno o poder brindar una alternativa de solución a un problema que ocurre en un contexto determinado, siendo que, en la presente tesis, se desarrolló un programa cognitivo conductual para abordar el problema de la angustia psicológica.

Así mismo se emplea como **Método de medición, al Cuestionario**. Según Hernández y Mendoza (2018) es una forma de encuesta que presenta preguntas u oraciones con una respuesta cerrada, en que se deben elegir entre opciones, que principalmente suele ser de escalonamiento Likert, asimismo, Muñoz et al., (2009) indica que un cuestionario debe demostrar medir lo que dicen medir y, poder tener resultados coherentes en un entorno determinado, es decir, ser estandarizado.

Confiabilidad y validez de los instrumentos

En relación a la identificación y explicación de los elementos utilizados como baremos en el estudio, es importante destacar que se emplearon dos parámetros para enriquecer la interpretación de los datos. Estos elementos se registraron en la siguiente tabla:

Tabla 2
Confiabilidad del cuestionario para medir la angustia psicológica

Estadígrafo	Cantidad de ítems	N	Valor del coeficiente
Omega de McDonald	22	31	0.970
Alfa de Cronbach	22	31	0.970

Nota. La tabla presenta los coeficientes Omega de McDonald y Alfa de Cronbach para medir la fiabilidad de los cuestionarios aplicados

De acuerdo con la tabla 2, se pudo determinar que, tanto el Coeficiente Omega de McDonald (0.970) como el Coeficiente Alfa de Cronbach (0.970) permitieron concluir que el test para medir la Angustia Psicológica es confiable, pues los valores de ambos coeficientes son altos (García, 2011) y ubican al test en un nivel elevado para su aplicabilidad. Cabe destacar que la prueba piloto se llevó a cabo con la participación de 31 pacientes de otra institución que compartían características similares con la población objetivo del estudio.

En cuanto al cuestionario utilizado para medir la Angustia Psicológica, este se adaptó a partir del Inventario de Ansiedad de Beck (1988) y constó de un total de 22 ítems. El formato del cuestionario presentado constó con la siguiente escala de medición: 1 (En absoluto), 2 (Levemente), 3 (Moderadamente) y 4 (Severamente). En el marco de este estudio, se consideraron cuatro componentes o dimensiones para su medición, a saber: Subjetivo, Neuropsicológico, Pánico y Autónomo. Esta diversificación permitió evaluar la presencia de síntomas de ansiedad, así como su nivel de gravedad, contribuyendo a una interpretación más precisa de los resultados.

En relación a las escalas de medición utilizadas, se establecieron valores específicos para la variable A.P., que incluyeron categorías como 1 (menos o igual a 23 puntos), 2 (Moderado de 24 a 48 puntos) y 3 (Severo de 51 a 88 puntos). Para las dimensiones, se asignaron valores de 1 (Bajo), 2 (Regular) y 3 (Alto). Por ejemplo, en la dimensión Subjetivo, se consideró bajo (menor a 5 puntos), regular (6 a 11 puntos) y alto (12 a 20 puntos). Para la dimensión Neuropsicológico: Bajo (menor a 3 puntos), regular (4 a 7 puntos) y alto (8 a 12 puntos). En cuanto a la dimensión Pánico: Bajo (menor a 10 puntos), regular (11 a 22 puntos), alto (23 a 40 puntos). Finalmente, para la dimensión autónomo: Bajo (menor a 4 puntos), regular (5 a 8 puntos) y alto (9 a 16 puntos). De esta manera, se aseguró una categorización adecuada de los resultados en función de la gravedad de los síntomas.

3.5.Procedimientos de análisis de datos

Como primer punto, se detalla que, para aplicar los cuestionarios, se siguieron varios pasos clave. En primer lugar, se obtuvo el permiso de las autoridades del Centro Médico "Salud Vida" de Chiclayo para llevar a cabo la aplicación de los

instrumentos de investigación. Tras obtener la aprobación necesaria, se procedió a recopilar datos de una muestra conformada por 31 participantes, compuesta por 20 pacientes y 11 colaboradores del personal de salud.

El instrumento utilizado tuvo como objetivo medir el nivel de angustia psicológica y consistió en un cuestionario estructurado compuesto por 22 preguntas. La aplicación de este cuestionario tomó aproximadamente 10 minutos por cada participante. Antes de aplicar los cuestionarios de forma presencial, se obtuvo el consentimiento informado de cada participante, proporcionándoles una explicación detallada sobre el propósito y alcance de la investigación. La recopilación de datos se llevó a cabo durante el turno de la mañana, en horario comprendido entre las 08:00 a.m. y las 12:00 p.m., así como en el turno de la tarde, de 2:00 p.m. a 4:00 p.m. Se encuestó a un promedio de 8 personas por día a lo largo del mes de septiembre. Después de completar la encuesta inicial, a los pacientes se les informó que se les aplicaría un programa psicoterapéutico y que posteriormente se realizarían nuevas mediciones a través de la repetición del cuestionario en el post-test.

Para llevar a cabo el procesamiento y análisis de los datos recopilados, se empleó el programa Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) en su versión 27. Los datos recopilados, tanto en formato físico como virtual, se transfirieron al software, previamente descargados en una tabla Excel. A continuación, se realizaron conversiones de variables de cadena a variables numéricas, asignando valores categóricos, donde las variables relacionadas con el sexo se manejaron de manera dicotómica y los ítems se categorizaron de forma politómica. Esta metodología permitió realizar un análisis estadístico eficiente y preciso de los resultados obtenidos, tanto para evaluar la normalidad de los datos (a través de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov), como también para establecer las diferencias significativas entre el pretest y post test (a través de la prueba de los rangos con signos de Wilcoxon).

3.6. Criterios éticos

Los principios éticos que se aplican en la presente tesis son los expuestos por la Universidad Señor de Sipán (2019), quién expone que los *principios éticos* aplicados a la investigación en su rectoría se dividen en general y específicos.

Los *principios generales*, se pueden agrupar en dos: 1ro, el cuidado de las personas, es decir, en el proceso del estudio, la investigadora debe asegurar que los participantes sean respetados y, que su involucramiento en el estudio responde a su libre albedrío que da mediante escrito (consentimiento informado); 2do, la rigurosidad científica, es decir, la investigadora debe tener los conocimientos para abordar el tema de elección, cumplir con la ética de investigación y que los resultados sean precisos a la realidad examinada.

Los *principios específicos*, se pueden agrupar en dos. 1ro, el respecto al copyright, es decir, la investigadora asegura que, las ideas de otros autores han sido debidamente descritos en sus citas y referencias, cumpliendo con el estándar de APA7 (American Psychological Association, 2021); 2do, se debe garantizar el uso idóneo de los datos recopilados, es decir, respetar la confidencialidad y anonimato de los participantes.

3.7. Criterios de Rigor científico

Validez interna. Según Sánchez y Reyes (2015) se da cuando se sigue la línea de la evidencia de un programa que ya ha demostrado ser eficaz, por lo que, todo estudio posee dicha validez cuando el programa de tratamiento produce un cambio en la variable dependiente (angustia psicológica).

Validez externa. Según Sánchez y Reyes (2015) se da cuando un mismo modelo de investigación se puede replicar en otros contextos, por lo que, todo estudio tiene esta validez cuando sus hallazgos permiten replicarse o generalizarse.

Validez de conclusión estadística. Según Sánchez y Reyes (2015) se da cuando el proceso de una investigación responde a la evidencia estadística previa.

Validez de constructo de causa-efecto. Según Sánchez y Reyes (2015) se da cuando las variables de un estudio están bien operacionalizadas y conceptualizadas.

IV. RESULTADOS

4.1. Diagnóstico de la Angustia Psicológica

En esta sección, se presenta un diagnóstico detallado de la angustia psicológica, el cual se deriva de los resultados obtenidos en la muestra de participantes del Centro Médico "Salud Vida" de Chiclayo, en el contexto de la presente investigación. Previo al análisis de estos resultados, es esencial establecer los criterios y elementos que se emplearon como puntos de referencia para interpretar los datos, contribuyendo así a una comprensión más profunda y completa.

La evaluación de la angustia psicológica se ha abordado a través de una categorización en tres niveles: leve, moderado y severo. Estas categorías se sustentan en un cuestionario estructurado compuesto por 22 ítems, el cual fue adaptado del reconocido Inventario de Ansiedad de Beck (1988). Los participantes de la muestra proporcionaron sus respuestas a estas preguntas, permitiendo así la evaluación y clasificación del nivel de angustia psicológica experimentado por cada individuo.

El establecimiento de estos baremos y categorías resulta fundamental, ya que posibilita una comprensión más precisa de la extensión de la angustia psicológica dentro de la muestra analizada. Estos datos servirán como punto de partida para la formulación de estrategias terapéuticas efectivas, en la siguiente etapa de esta investigación.

Tabla 3

Distribución de la Angustia Psicológica en pacientes y personal de salud

		Pretest	
		f	%
Angustia Psicológica	Leve	1	3%
	Moderado	23	74%
	Severo	7	23%
	Total	31	100%

Nota. Datos obtenidos de la muestra triangulada en del Centro Médico "Salud Vida" de Chiclayo

En el pretest, se observó que un porcentaje significativo del 74%, de los participantes en el Centro Médico "Salud Vida" de Chiclayo experimentaron angustia psicológica de nivel moderado. Esto podría indicar que factores específicos dentro del entorno de atención médica, como pensamientos irracionales, rasgos negativos de la personalidad, miedo o temor, podrían contribuir al aumento de la angustia moderada en este grupo. Luego, es notable que el 23% de los participantes mostraron niveles severos de angustia psicológica. Después, solo el 3% experimentó angustia psicológica leve.

Estos datos sugieren que la angustia psicológica, en sus diferentes grados, es una preocupación relevante en el Centro Médico "Salud Vida". Los niveles moderados y severos indican la necesidad de intervenciones específicas y adaptadas para abordar la angustia psicológica en este entorno de atención médica.

Tabla 4

Distribución de la Angustia Psicológica en pacientes y personal de salud según pretest

		Pretest	
		f	%
Angustia Psicológica (en pacientes)	Leve	0	0%
	Moderado	13	65%
	Severo	7	35%
	Total	20	100%
Angustia psicológica (según personal de salud)	Leve	1	9%
	Moderado	10	91%
	Severo	0	0%
	Total	11	100%

Nota. Niveles de Angustia Psicológica antes de aplicar el programa

En concordancia con los resultados de la tabla 4, entre los pacientes, el 65% experimentó niveles moderados de angustia, mientras que el 35% mostró angustia severa, indicando una carga emocional significativa. Además, se destaca la ausencia de niveles leves en este grupo. En contraste, el personal de salud mostró una distribución diferente, con el 91% experimentando niveles moderados y el 9% con

niveles leves. No se observaron casos de angustia severa en este grupo. Estos resultados destacan las diferencias en la experiencia de la angustia psicológica entre pacientes y personal de salud en el pretest, subrayando la necesidad de abordar de manera diferenciada las intervenciones en el programa cognitivo-conductual.

Tabla 5

Distribución de la Angustia Psicológica en pacientes según dimensiones del pretest

		Angustia Psicológica en pacientes	
		f	%
Subjetivo	Bajo	0	0%
	Regular	12	60%
	Alto	8	40%
	Total	20	100%
Neuropsicológico	Bajo	3	15%
	Regular	11	55%
	Alto	6	30%
	Total	20	100%
Pánico	Bajo	1	5%
	Regular	12	60%
	Alto	7	35%
	Total	20	100%
Autónomo	Bajo	5	25%
	Regular	9	45%
	Alto	6	30%
	Total	20	100%

Nota. Niveles de las dimensiones de la Angustia Psicológica en pacientes antes de aplicar el programa

La Tabla 5 detalla la distribución de la angustia psicológica en pacientes del Centro Médico "Salud Vida" de Chiclayo, según las dimensiones evaluadas en el pretest. En la dimensión subjetiva, el 60% de los pacientes exhibió niveles regulares de angustia, mientras que el 40% mostró niveles altos. Resaltando que, no se observaron niveles bajos en esta dimensión. Esto indica que una proporción

significativa de pacientes experimenta angustia psicológica en niveles considerables en términos subjetivos.

En la dimensión neuropsicológica, se observa una distribución más equitativa, pero, aun así, el 55% de los pacientes presentó niveles regulares y el 30% niveles altos. Esto sugiere que las manifestaciones psicósomáticas y neuropsicológicas de la angustia están presentes en una proporción considerable de pacientes. En la dimensión de pánico, el 60% de los pacientes mostró niveles regulares y el 35% niveles altos, señalando una prevalencia notable de respuestas de pánico entre los pacientes del centro médico. En la dimensión autónoma, el 45% de los pacientes tuvo niveles regulares y el 30% niveles altos. La presencia de niveles bajos en esta dimensión sugiere cierta variabilidad en las respuestas autónomas de los pacientes.

En general, estos resultados resaltan la heterogeneidad de la angustia psicológica entre los pacientes en diferentes dimensiones, lo que respalda la necesidad de un programa cognitivo-conductual que aborde estas dimensiones específicas de manera individualizada para mejorar la salud mental en este contexto clínico.

Tabla 6

Distribución de la Angustia Psicológica en personal de salud según dimensiones del pretest

		Angustia Psicológica personal de salud	
		f	%
Subjetivo	Bajo	1	9%
	Regular	9	82%
	Alto	1	9%
	Total	11	100%
Neuropsicológico	Bajo	0	0%
	Regular	11	100%
	Alto	0	0%
	Total	11	100%
Pánico	Bajo	1	9%

	Regular	10	91%
	Alto	0	0%
	Total	11	100%
Autónomo	Bajo	5	45%
	Regular	6	55%
	Alto	0	0%
	Total	11	100%

Nota. Niveles de las dimensiones de la Angustia Psicológica en pacientes antes de aplicar el programa

La Tabla 6 presenta la distribución de la angustia psicológica entre el personal de salud del Centro Médico "Salud Vida" de Chiclayo, según las dimensiones evaluadas en el pretest. En la dimensión subjetiva, se observa que el 82% del personal de salud presenta niveles regulares de angustia, mientras que un 9% tiene niveles bajos y otro 9% tiene niveles altos. Esta variabilidad sugiere que la experiencia subjetiva de la angustia es diversa entre los profesionales de la salud.

En la dimensión neuropsicológica, se destaca que el 100% del personal de salud reporta niveles regulares, sin casos de niveles bajos o altos. Esto podría indicar que las manifestaciones psicósomáticas y neuropsicológicas son más uniformes en este grupo. En la dimensión de pánico, el 91% del personal de salud muestra niveles regulares, y el 9% restante tiene niveles bajos. No se observaron niveles altos en esta dimensión, lo que sugiere que las respuestas de pánico son menos prevalentes entre el personal de salud en comparación con los pacientes.

En la dimensión autónoma, el 55% del personal de salud obtuvo niveles regulares y el 45% tuvo niveles bajos. Se resalta que no se observaron niveles altos en esta dimensión. Esto indica una variabilidad en las respuestas autónomas del personal de salud.

En síntesis, estos resultados reflejan la diversidad en las experiencias de angustia psicológica entre el personal de salud, destacando la necesidad de enfoques diferenciados en un programa cognitivo-conductual para abordar la salud mental, en base a las respuestas de este grupo específico.

V. DISCUSIÓN

En el transcurso de la presente investigación sobre el desarrollo de un programa cognitivo-conductual para reducir la angustia psicológica en pacientes del Centro Médico "Salud Vida" de Chiclayo, se identificaron ciertas limitaciones. En primer lugar, la muestra limitada pudo afectar la generalización de los resultados a una población más amplia. Para mitigar este desafío, se emplearon estrategias de muestreo representativas y se realizó un análisis exhaustivo de las características de la muestra para ofrecer interpretaciones más cautelosas. Además, la naturaleza autoinformada de las mediciones pudo también introducir sesgos en la percepción de la angustia psicológica. En respuesta, se implementaron instrumentos validados y se fomentó la honestidad y la confidencialidad para reducir cualquier sesgo potencial en las respuestas. Estas consideraciones resultaron esenciales para contextualizar los resultados y proporcionar una base sólida para las discusiones subsiguientes sobre las implicaciones y aplicaciones prácticas de los hallazgos del estudio.

En consecuencia; de acuerdo a las respuestas analizadas, se asevera que la salud mental de los pacientes está intrínsecamente relacionada con su capacidad para enfrentar y recuperarse de enfermedades físicas. Al aplicar un programa cognitivo-conductual específicamente a los pacientes, se busca proporcionar herramientas prácticas y estrategias de afrontamiento que pueden contribuir a una recuperación más efectiva y a una experiencia de atención médica más positiva.

En los resultados iniciales de la presente investigación, se identificó que un porcentaje significativo del 65% de los participantes en el Centro Médico "Salud Vida" de Chiclayo experimentaron angustia psicológica de nivel moderado. Este hallazgo sugiere que diversos factores intrínsecos al entorno de atención médica, tales como pensamientos irracionales, rasgos negativos de la personalidad, y miedo o temor, podrían desempeñar un papel fundamental en el aumento de la angustia en este grupo. Asimismo, se destacó que el 35% de los participantes exhibieron niveles severos de angustia psicológica, subrayando la complejidad y la magnitud del impacto emocional en este entorno.

En paralelo, los resultados obtenidos por Carrasco (2021) en una población estudiantil añaden una perspectiva valiosa a la discusión. En dicho estudio, se observó que un notable 58% de las mujeres y un 42% de los hombres presentaron niveles

elevados de ansiedad. La ansiedad, según Carrasco, se asoció con situaciones específicas, como la realización de tareas, la participación en prácticas preprofesionales y la elaboración de tesis. Estos hallazgos subrayan la universalidad del impacto psicológico en contextos diversos y resaltan la necesidad de implementar estrategias y programas de intervención para abordar este problema en la población estudiantil.

En síntesis, tanto los resultados actuales como los de Carrasco enfatizan la urgencia de abordar la angustia psicológica en diversos entornos, desde el ámbito de la atención médica hasta el contexto educativo. Estos hallazgos respaldan la importancia de implementar estrategias y programas específicos de intervención para mitigar la angustia psicológica y mejorar la salud mental en estas poblaciones.

Por otro lado, los resultados obtenidos por Holdgaard, et al. (2021) y Ying, et al. (2021) aportan valiosa evidencia sobre la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en la reducción de la angustia psicológica en contextos clínicos específicos. Holdgaard et al. enfocaron su estudio en pacientes con enfermedad cardíaca, destacando la factibilidad de programas basados en TCC para ensayos clínicos rigurosos. Este enfoque estructurado y la aprobación ética subrayan la validez y la aplicabilidad de intervenciones psicológicas en el ámbito de la salud cardíaca.

Ying et al. (2021) complementan este panorama al evidenciar que el programa de TCC no solo tiene efectos inmediatos, sino que estos se mantienen incluso un mes después de su aplicación. Esta persistencia de los beneficios subraya la utilidad a largo plazo de la TCC en la gestión de la angustia psicológica. Seiedi, et al. (2020) aportan a la discusión al centrarse en madres después de un parto prematuro. Sus hallazgos refuerzan la efectividad de la TCC, particularmente en la reducción de la angustia psicológica asociada a síntomas clínicos específicos como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y la ansiedad. Este enfoque en poblaciones específicas destaca la adaptabilidad y relevancia de la TCC en contextos diversos.

Por otra parte, Burnette et al. (2020) exploraron la conexión entre la mentalidad de crecimiento y la angustia psicológica. Sus resultados sugieren una correlación negativa significativa entre la mentalidad de crecimiento y el malestar psicológico. Este enfoque en factores psicológicos más amplios contribuye a la comprensión de

cómo las creencias sobre el desarrollo personal pueden influir en la angustia psicológica.

En conjunto, estos estudios refuerzan la idea de que intervenciones basadas en TCC son efectivas en la reducción de la angustia psicológica en diversas poblaciones y contextos clínicos. Además, explorar factores psicológicos más amplios, como la mentalidad de crecimiento, añade una capa adicional de comprensión sobre los determinantes de la angustia psicológica. Estos resultados respaldan la pertinencia y la aplicabilidad de programas cognitivo-conductuales en la gestión de la salud mental.

Después, con respecto a la dimensión subjetiva de la angustia psicológica en los pacientes del centro de salud de Chiclayo, se pudo observar que el 60% de los pacientes manifestó niveles de angustia considerados como regulares, mientras que el 40% experimentó niveles elevados, sin detectarse la presencia de niveles bajos. Esto señala una proporción sustancial de pacientes que experimentaron angustia en términos subjetivos. En el estudio de Guevara (2022), se identificó que un 67,3% de las mujeres que enfrentaban violencia familiar presentaban un alto grado de dependencia emocional, mientras que un 21,8% mostraba niveles moderados de dependencia emocional.

Los resultados anteriores destacan una conexión significativa entre la violencia familiar y la dependencia emocional en el grupo de mujeres estudiado. En resumen, la mayoría de las mujeres que enfrentaban violencia familiar mostraron niveles significativamente altos de dependencia emocional, lo que subraya la importancia de abordar esta problemática desde una perspectiva terapéutica, como la propuesta en el programa cognitivo conductual.

En cuanto a la expansión global de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), Beck (2019) atribuye este crecimiento a su eficacia transdiagnóstica respaldada por numerosas investigaciones y avances clínicos. La TCC ha sido utilizada con éxito en una amplia gama de trastornos médicos, que anteriormente se consideraban difíciles de tratar mediante psicoterapia, como demencia, enfermedades de la piel, diabetes, hipertensión, insomnio y síndrome del intestino irritable. Esto demuestra la versatilidad y la efectividad de la TCC en tratar diversos trastornos médicos además de los psicológicos.

Por otro lado, los resultados obtenidos en la dimensión neuropsicológica revelan que, aunque existe una distribución más equilibrada en los niveles de angustia en comparación con la dimensión subjetiva, aún se observa una proporción considerable de pacientes con niveles regulares (55%) y altos (30%) de angustia. Esto sugiere que las manifestaciones psicosomáticas y neuropsicológicas de la angustia son relevantes en este grupo de pacientes.

Los hallazgos de Alcántara (2023) respaldan los resultados observados, al identificar dificultades en el manejo del estrés en un grupo de participantes. Estos hallazgos proporcionaron indicadores clave que fueron utilizados para establecer los objetivos del programa de intervención. En términos generales, se concluyó que el 75% de los participantes enfrentaba desafíos significativos en la gestión del estrés, especialmente en el contexto de cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Estos resultados subrayan la necesidad de abordar la angustia y el estrés en este grupo de pacientes a través de intervenciones terapéuticas adecuadas, como se propone en el programa cognitivo conductual.

En síntesis, estos hallazgos destacan la diversidad de la angustia psicológica en las dimensiones mencionadas entre los pacientes, lo que subraya la importancia de un programa cognitivo-conductual que aborde estas dimensiones de manera individualizada para mejorar la salud mental en el contexto clínico. Asimismo, el enfoque médico en la comprensión de la salud mental está ganando predominio, considerando la angustia psicológica como un posible defecto neurológico que desencadena comportamientos perturbados (Mabitsela, 2003).

Desde esta perspectiva, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se destaca como una terapia respaldada por una sólida base empírica, siendo efectiva para abordar problemas psicológicos tanto a nivel individual como social (Díaz et al., 2012). En consecuencia, se define como una terapia que puede abordar múltiples síntomas y trastornos psicológicos, mejorando el bienestar a través de sesiones estructuradas (Gillihan, 2020).

En relación a la dimensión de pánico, los resultados indican una clara prevalencia de respuestas de pánico entre los pacientes del centro médico, ya que el 60% manifestó niveles regulares y el 35% niveles altos. De manera paralela, en la dimensión

autónoma, el 45% de los pacientes presentaba niveles regulares, mientras que un 30% experimentaba niveles altos, lo que sugiere variabilidad en las respuestas autónomas.

Estos hallazgos son respaldados por la investigación de Segura (2022), que identificó un alto nivel de ansiedad, con una incidencia del 92.3% en las mujeres y del 7.7% en los hombres. Estos resultados llevaron al desarrollo de un Programa Cognitivo Conductual dirigido a reducir los niveles de ansiedad estado-rasgo en los docentes del CEBE San Judas Tadeo, Ferreñafe.

Es fundamental mencionar que el estrés psicológico, tal como advierte Naciones Unidas (2020), es un problema común en la salud mental, afectando tanto a personas infectadas como no infectadas por COVID-19. Esto se debe a factores como el miedo, la enfermedad, la muerte o la pérdida de seres queridos, lo que subraya la importancia de abordar el malestar psicológico en esta investigación.

En lo que respecta a las teorías que explican la ansiedad, Mabitsela (2003) identifica cuatro enfoques fundamentales: el modelo médico, la teoría interpersonal, la teoría psicoanalítica y la teoría cognitiva. Estas perspectivas proporcionan una comprensión integral de la angustia psicológica y destacan la necesidad de un abordaje personalizado para mejorar la salud mental de los pacientes.

En resumen, los resultados presentados a nivel general y en las diferentes dimensiones de la angustia psicológica demuestran que no se trata de un fenómeno uniforme, sino que se manifiesta de manera diversa en los pacientes. La alta prevalencia de respuestas de pánico y niveles significativos de ansiedad subraya la importancia de abordar este problema de manera individualizada. En consecuencia, se destaca la importancia de un enfoque terapéutico personalizado que aborde las dimensiones específicas de la angustia psicológica, permitiendo una mejora significativa en la salud mental de los pacientes atendidos en el centro de salud de Chiclayo. Esta perspectiva individualizada puede marcar la diferencia en el tratamiento y la atención de los pacientes en este contexto clínico.

VI. APOORTE PRÁCTICO

Programa cognitivo conductual para reducir la angustia psicológica en pacientes de un centro médico de salud de Chiclayo

Introducción

En este capítulo se fundamenta y desarrolla un programa de prevención del malestar psicológico, el cual se propone a la población de pacientes del centro de salud y Vida, cuyo problema de investigación es que la insuficiencia del proceso cognitivo-conductual limita la disminución del malestar psicológico. crisis en el centro de salud y Vida de Chiclayo. Para desarrollar el mencionado programa, se determinaron niveles estructurales que miden el estrés psicológico como subjetivo, neuropsicológico, pánico y autónomo. Díaz et al. (2012), según los terapeutas basados en TCC, necesitan desarrollar sus habilidades de manera general y específica para saber relacionarse lo suficiente con el paciente, para prestar suficiente atención a los síntomas, para crear habilidades que permitan al paciente. contestar sus síntomas.

6.1 Fundamentación del aporte practico.

El programa se ejecutó con el fin de conceptualizar y sistematizar el programa cognitivo conductual para reducir la angustia psicológica en pacientes de un centro de salud de Chiclayo. Se entiende por trastorno de ansiedad generalizada (TAG) aquello se caracteriza por preocupaciones sobre diversos temas y situaciones que provocan en la persona un malestar grave; Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), se deben cumplir seis criterios diagnósticos, como ansiedad y preocupación persistente por eventos o actividades como el trabajo o la escuela durante al menos 6 meses. Dicha ansiedad y preocupación deben ser difíciles de manejar y estar asociadas con tres o más de los siguientes síntomas: inquietud, cansancio o agotamiento fácil, dificultad para concentrarse o sensación de vacío, irritabilidad, tensión muscular y dificultad para dormir. Todos causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento; que no puede atribuirse a los efectos fisiológicos inmediatos de la sustancia o enfermedad y que no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (Cotrino et al., 2020).

Los autores plantean que la ansiedad se convierte en patológica cuando supera una determinada intensidad o supera la capacidad de adaptación de la persona, provocando un malestar importante y síntomas físicos, psicológicos y conductuales, en su mayoría muy

inespecíficos; En muchos casos, esto lleva a la práctica de actividades no rutinarias, como el consumo de bebidas alcohólicas, para “aliviar” el “agujero psicológico” que se ha producido, por lo que, dada la situación epidemiológica, los sanitarios no necesitan detectar. Solo personas con síntomas respiratorios. comunidad, sino también prestar atención a su condición y bienestar psicológico, tomar medidas oportunas (Arias et al., 2020).

En definitiva, es importante el papel de los programas de intervención en la reducción de la angustia psicológica, como hacer yoga para reducir los niveles de ansiedad o mindfulness para afrontar el estrés. Por tanto, la aplicación de programa reducirá significativamente los síntomas negativos concernientes a subjetividad, problemas neuropsicológicos, pánico y dificultades en autonomía, ello favorecerá el uso de soluciones eficaces de estos problemas, mejorarán la salud psicofísica y favorecerá una respuesta más adaptativa a las diferentes situaciones vividas (Soriano et al., 2019).

6.2 Construcción del Aporte Práctico

Al revelarse la presencia de un alto nivel en las dimensiones de la variable angustia psicológica en los pacientes cuya información fue corroborada el personal asistencial del Centro Médico “Salud Vida” – Chiclayo; se planteó el programa cognitivo conductual con el propósito de disminuir dichos niveles enfocados en las dimensiones subjetivo, neuropsicológico, pánico y autónomo con la finalidad de prevenir que esta problemática se siga desarrollando. Para ello, el programa consistió en 6 fases: Introducción-fundamentación, diagnóstico, objetivo general, planeación estratégica, instrumentación y evaluación.

Fase 1, introducción-fundamentación

En esta fase se definió la ubicación del entorno y el problema que hay que resolver. Asimismo, se expusieron las bases teóricas del enfoque cognitivo conductual que fundamentan el programa propuesto para la reducción de la angustia psicológica.

Fase 2, diagnóstico

Esta etapa demuestra la problemática real del grupo experimental; asimismo, revela datos necesarios para la construcción del programa, exponiendo de manera oportuna la sintomatología en los pacientes analizados, los cuales se identificaron para determinar los objetivos y actividades que realizadas en cada una de las sesiones del programa. En esta etapa fue necesario emplear una serie de herramientas de investigación, como son:

Análisis documental:

Cuando se habla de análisis de datos, se debe leer, identificar palabras claves, comprender, dominar o familiarizarse con un tema, conocer el significado de las palabras y caracterizar la estructura de un texto son procesos inseparables. Todos estos están diseñados para permitir que el analista rompa o separe partes, lo que promueve una comprensión profunda. El análisis de la información documental es, por tanto, un proceso que separa los elementos esenciales de los extras contenidos en el contenido y permite que una persona la comprenda y la utilice de acuerdo con sus necesidades, de manera que pueda fácilmente determinar su significado y modificar la información con base en el conocimiento cognitivo. metabolismo, es decir convertirlo en nueva información (Peña, 2019).

Encuesta:

El uso de una encuesta es común en la investigación porque es una herramienta de recopilación de datos muy útil. El aspecto principal de un cuestionario es que hace coincidir la redacción de las preguntas con la información necesaria para la encuesta. Es importante enfatizar que se pueden utilizar estudios ya preparados con diferentes bases de datos (Moya et al., 2022).

Luego, se obtuvo los siguientes resultados de la fase diagnóstica:

Dimensión Subjetivo:

Indicador 1: Pensamientos irracionales

- sienten que no pueden relajarse.
- suelen tener sensación de bloqueo
- sienten temor a que ocurra lo peor

Indicador 2: Rasgos negativos de personalidad

- sienten inestabilidad emocional
- sienten inquietud o inseguridad

Dimensión Neuropsicológico:

Indicador 1: Psicósomáticos

- Suelen sentirse torpes o entumecidos
- Les suele temblar las manos.
- Suelen ponerse con rubor facial.

Dimensión Pánico:

Indicador 1: Miedo o temor

- Suelen tener miedo
- Sienten atemorizados o asustados
- Tienen temor de perder el control
- Temen a morir

Indicador 2: Desequilibrio emocional:

- Se ponen nerviosos
- Les suele temblar las piernas
- Se sienten mareados o que se les va la cabeza

Indicador 3: Desequilibrio homeostático

- Les tiembla las manos
- Les da latidos del corazón, fuerte y acelerados.
- Se presentan problemas digestivos

Dimensión Autónomo:

Indicador 1: Indicadores psicofisiológicos

- Se sienten acalorados
- Presentan sudoración (no debido al calor)
- Sienten sensación de ahogo
- Se suelen desvanecer

Fase 3, objetivo general

Se determina el objetivo general del programa Cognitivo conductual:

Sistematizar el proceso cognitivo conductual, teniendo en cuenta los aspectos con estrecha relación al bienestar físico, psíquico y social en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo.

Fase 4, Planeación estratégica

Atendiendo los resultados manifestados en función del diagnóstico que se realizó a partir de la aplicación del pretest, se encontraron indicadores en un nivel alto, relacionados con las dimensiones, que inciden en la salud mental de los estudiantes de los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo. En consecuencia, se ofrece un Programa Cognitivo Conductual, dirigido a la prevención y tratamiento de la angustia psicológica, por

ser un tema emergente de interés de profesionales multidisciplinares de la conducta y pensamientos. Por ello, se planificó de forma estratégica cada una de las sesiones. Este, se dividió en cuatro fases, una fase por cada dimensión, teniendo un total de 10 sesiones, cada sesión se focalizó en los indicadores de cada dimensión y en el tratamiento con la TCC, las cuales se indican a continuación:

PROGRAMA PARA PREVENIR LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA

- Beneficiarios: Pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo _ Personal asistencial del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo
- Responsable: Juliana Elizabeth Serquén Quispe
- Duración de Programa: 12 de sesiones – 720 horas

Tabla 7

Resumen detallado del Programa

DIMENSIÓN SUBJETIVO	
Objetivo General: Sistematizar el temario para valorar las conductas que desencadenan angustia psicológica debido a las demandas del ambiente, promover entre los participantes un ambiente de cordialidad y estima.	
Indicadores: Pensamientos irracionales y rasgos negativos de personalidad.	
Sesión 1	
Título: Pensamientos irracionales	Objetivo: Psicoeducar a los participantes al reconocimiento de los pensamientos irracionales y sus consecuencias en su salud mental.
Sesión 2	
Título: Liberar los pensamientos irracionales	Objetivo: Socializar técnicas para el afrontamiento de los pensamientos irracionales.
Sesión 3	
Título: Pautas para fortalecer la estabilidad emocional	Objetivo: Brindar herramientas para prevenir la inestabilidad emocional o neuroticismo.
DIMENSIÓN NEUROPSICOLÓGICO	
Objetivo General: Metodizar el conocimiento para prevenir conflictos en el estado cognitivo, psicológico, afectivo y funcionamiento de los participantes.	
Indicadores: Psicósomáticos	
Sesión 4	
Título: Dolor emocional	Objetivo: Identificar síntomas físicos y psicológicos dolorosos que originan deterioro funcional y mental.

Sesión 5	
Título: Superar la crisis afectiva	Objetivo: Socializar técnicas para el adecuado manejo de síntomas que causan ansiedad y estrés.
DIMENSIÓN PÁNICO	
Objetivo General: Estructurar de forma teórica y práctica medidas para el manejo del pánico. Indicadores: Miedo o temor, desequilibrio emocional, desequilibrio homeostático.	
Sesión 6	
Título: Bloqueo los temores irracionales	Objetivo: Socializar actividades para prevenir pensamientos que causan temores irracionales
Sesión 7	
Título: Venciendo mis temores	Objetivo: Brindar técnicas para el tratamiento de los pensamientos irracionales que causan temor
Sesión 8	
Título: Homeostasis emocional	Objetivo: Psicoeducar sobre la importancia del equilibrio interno y regulación de conductas, mediante la satisfacción de necesidades.
DIMENSIÓN AUTÓNOMO	
Objetivo General: Sistematizar metodológicamente actividades que favorezcan en el posible tratamiento del desequilibrio emocional. Indicadores: Indicadores psicofisiológicos	
Sesión 9	
Título: Equilibrio emocional	Objetivo: Psicoeducar en la importancia de preservar el equilibrio emocional para mantener la salud mental.
Sesión 10	
Título: Tratamiento de los indicadores de angustia psicológica	Objetivo: Socializar con las participantes herramientas para la prevención de la angustia psicológica.

Nota. Resumen detallado, cada sesión se ubica con su dimensión, indicadores, con título y objetivos.

Tabla 8*Breve reseña descriptiva de la sesión 2*

Sesión 2			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	<p>Comienzo de la sesión: Para fomentar la motivación y participación de los asistentes, se realiza la dinámica motivacional denominada: “Sondeo de motivaciones”, al inicio la facilitadora realice una corta presentación donde explique que está realizando una nueva actividad, seguido a ello plantea las siguientes preguntas como: ¿Por qué vine a esta sesión? ¿Qué deseo lograr hoy? ¿Cómo me siento de ánimo? Es importante que la facilitadora gestione de manera adecuada las respuestas de los participantes.</p>	<p>Humano: Pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo</p> <p>Personal asistencial del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo Computadora Diapositivas Video</p>	15 minutos
Desarrollo	<p>Descripción del tema: Seguido de la dinámica, se realiza una breve presentación del título de la sesión: Liberar los pensamientos irracionales, cuyo objetivo es: Socializar técnicas para el afrontamiento de los pensamientos irracionales. Por ello, se hace uso del modelo de la TCC “ABC” de Ellis, se realiza una serie de preguntas preparadas por el facilitador en relación a la técnica, se entrega fichas a los participantes y finalmente se solicita que participen de forma voluntaria.</p>		25 minutos
Final	<p>Finalmente se realiza la retroalimentación de los expuesto en la sesión y de la técnica aplicada en la sesión, con el fin de reforzar lo aprendido.</p>		20 minutos

Nota. Acciones ejecutadas en la sesión 2

Tabla 9*Breve reseña descriptiva de la sesión 3*

Sesión 3			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Comienzo de la sesión: Saludo y presentación de la sesión titulada: “Pautas para fortalecer la estabilidad emocional”, para corroborar el conocimiento previo, se realiza la dinámica lluvia de ideas, con el fin de exponer lo más importante y lo que requieren conocer los participantes.	Humano: Pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo Personal asistencial del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo Computadora	15 minutos
Desarrollo	Descripción del tema: La presentación del tema tiene como objetivo Brindar herramientas para prevenir la inestabilidad emocional o neuroticismo, para lograrlo se ofrece conceptos básicos sobre estabilidad e inestabilidad emocional, así mismo se les brindó una serie actividades que previenen la inestabilidad emocional. Al cabo del desarrollo de la exposición se realiza las siguientes preguntas: ¿Qué situaciones me generan inestabilidad emocional? ¿Cómo puedo prevenir la inestabilidad emocional?	Diapositivas Video	25 minutos
Final	Finalmente se realiza la retroalimentación de los expuesto en la sesión con el fin de reforzar lo aprendido. Haciendo uso de la dinámica: “Preguntas al azar”, donde se solicita la participación de los asistentes.		20 minutos

Nota. Acciones ejecutadas en la sesión 3

Tabla 10*Breve reseña descriptiva de la sesión 4*

Sesión 4			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Comienzo de la sesión: Para fomentar la participación e integración de los participantes se realiza un breve saludo y se aplica la dinámica: Lazo, la cual consiste en formar dos grupos de igual número de integrantes, poner un lazo en medio de dos grupos a la altura de la cintura del integrante más alto, rayar con tiza a la altura del lazo y solicitar que los grupos pasen por debajo, grupo que logre pasar en menos tiempo y sin borrar o romper el lazo gana.	Humano: Pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo Personal asistencial del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo Computadora Diapositivas Video Lazo o cordel	15 minutos
Desarrollo	Descripción del tema: Se presenta la temática de la sesión “Dolor emocional”, cuya finalidad es: Identificar síntomas físicos y psicológicos dolorosos que originan deterioro funcional y mental, por ello, se les psicoeduca con la TCC, haciendo uso la técnica denominada Autocontrol de Rehm, esta terapia tiene componentes, los cuales son: automonitorización, autoevaluación y el autorrefuerzo de acuerdo a la autoevaluación realizada.		25 minutos
Final	Para culminar la sesión se realiza la retroalimentación de lo expuesto en la sesión para reforzar lo aprendido. Haciendo uso de la dinámica: “Lluvia de ideas”, donde el facilitador complementa las respuestas de ser necesario.		20 minutos

Nota. Acciones ejecutadas en la sesión 4

Tabla 11*Breve reseña descriptiva de la sesión 5*

Sesión 5			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Comienzo de la sesión: Con el saludo y la presentación de la sesión titulada “Superar la crisis afectiva”, para establecer el conocimiento previo de los participantes se realiza la dinámica sobres de colores, la cual consiste en seleccionar el color del sobre y responder a la pregunta dentro del sobre, en caso el participante no supiera, lo podría ayudar otro integrante.	Humano: Pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo Personal asistencial del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo Computadora Diapositivas Video	15 minutos
Desarrollo	Descripción del tema: Con ayuda de diapositivas se exponen las ideas principales del tema con la finalidad de Socializar técnicas para el adecuado manejo de síntomas que causan ansiedad y estrés. Por tal motivo de Psicoeducara a los asistentes con actividades que deben realizar en casa para mantener una vida saludable a la vez se impartió la técnica de relajación denominada Respiración profunda de Jacobson, se solicitó a los participantes cerrar los ojos, sentarse de forma cómoda en la silla y realizar el ejercicio de respiración.	Sobres realizados con papel A4 de colores. Sillas con respaldar	25 minutos
Final	Finalmente se realiza la retroalimentación de los expuesto en la sesión con el fin de reforzar lo aprendido. Haciendo uso de la dinámica: “Preguntas al azar”, donde se solicita la participación de los asistentes.		20 minutos

Nota. Acciones ejecutadas en la sesión 5

Tabla 12*Breve reseña descriptiva de la sesión 6*

Sesión 6			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	<i>Comienzo de la sesión:</i> Se da la bienvenida a los participantes y se realiza una breve presentación de la sesión titulada Bloqueo los temores irracionales.	Humano: Pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo Personal asistencial	15 minutos
Desarrollo	<i>Descripción del tema:</i> La presentación de los términos más relevantes del tema de forma clara y precisa, como son pensamientos y temores irracionales. Con el fin de socializar actividades para prevenir pensamientos que causan temores irracionales. Por tal razón se les enseñó la técnica de Restructuración cognitiva de la TCC, con la finalidad de educar a los participantes para que cambiar esos pensamientos irracionales que podrían causarles temores o miedos.	del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo Computadora Diapositivas Video	25 minutos
Final	Para culminar con la sesión se proyecta un fideo titulado: Técnica de 5 minutos para cambiar pensamientos negativos con el link https://www.youtube.com/watch?v=-hw3jNUzbNk , para reforzar el aprendizaje se solicita la opinión de los asistentes.		20 minutos

Nota. Acciones ejecutadas en la sesión 6

Tabla 13*Breve reseña descriptiva de la sesión 7*

Sesión 7			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Comienzo de la sesión: Se realiza la bienvenida a los asistentes, seguido a ello se realiza una dinámica de motivación denominada: ¿Cómo me ven mis compañeros? Para lo cual se asigna con un papel bond el nombre de un compañero, teniendo cuidado que no obtengan su mismo nombre, seguido a ello en un papel deben poner algo positivo y algo que les gustaría cambiar en esa persona, al final los voluntarios leerán su papel describiendo a la persona asignada.	Humano: Pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo Personal asistencial del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo Computadora Diapositivas Video	15 minutos
Desarrollo	Descripción del tema: La sustentación de la información se realiza con apoyo de diapositivas, precisando en la identificación de temores irracionales con la finalidad de brindar técnicas para el tratamiento de los pensamientos irracionales que causan temor. Por lo cual, se les brindó la técnica de la TCC, relacionada a la reestructuración cognitiva denominada ¿Qué pasaría si...? Debido a que los pensamientos irracionales, no son más que una visión desmedida de la realidad. Se plantea a los asistentes estas preguntas acerca de su pensamiento irracional ¿Qué es lo peor que pasaría en determinada situación? Finalmente, los voluntarios podrán compartir lo escrito.		25 minutos
Final	Por último, se solicita a los participantes formar un círculo y participar de una breve tertulia, con el fin de reforzar lo aprendido.		20 minutos

Nota. Acciones ejecutadas en la sesión 7

Tabla 14

Breve reseña descriptiva de la sesión 8

Sesión 8			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Comienzo de la sesión: Con la bienvenida de los participantes y con la breve introducción a la sesión denominada Homeostasis emocional, por ser un tema novedoso se realiza la dinámica denominada lluvia de ideas para analizar los conocimientos previos de los participantes.	Humano: Pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo Personal asistencial del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo Computadora	15 minutos
Desarrollo	Descripción del tema: Se da inicio a la sesión con la conceptualización de los términos Homeostasis y Homeostasis emocional, con el fin de realizar la identificación de nuestro nivel de estabilidad emocional. Debido a que esta sesión tiene como objetivo Psicoeducar sobre la importancia del equilibrio interno y regulación de conductas, mediante la satisfacción de necesidades. Al culminar la exposición se realiza las siguientes preguntas: ¿Qué entiendes por equilibrio interno? ¿Qué situaciones alteran este equilibrio? ¿Que podría hacer para mantener este equilibrio?	Diapositivas Video	25 minutos
Final	Para culminar se presenta el video denominado Homeostasis Reencontrar el equilibrio. Psicokarios con el link https://www.youtube.com/watch?v=ZjN3NXM8Q2I Para reforzar lo visto en el video se solicitó la participación de los asistentes con sus opiniones.		20 minutos

Nota. Acciones ejecutadas en la sesión 8

Tabla 15*Breve reseña descriptiva de la sesión 9*

Sesión 9			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	<p>Comienzo de la sesión: Se inicia con la exposición del tema de la sesión denominada Equilibrio emocional, por su importancia se presenta un corto video para fomentar la participación de los asistentes, el video titulado: Equilibrio emocional – El Elefante encadenado, con el link. https://www.youtube.com/watch?v=7sqJGB-9d0g</p> <p>Al culminar el video se solicitó el comentario de los asistentes.</p>	<p>Humano: Pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo</p> <p>Personal asistencial del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo Computadora Diapositivas Video</p>	15 minutos
Desarrollo	<p>Descripción del tema: Se sustentan los términos más importantes, como es el significado de equilibrio emocional, medidas que se deben de tomar y pautas para fomentar una vida saludable. Con la finalidad de psicoeducar en la importancia de preservar el equilibrio emocional para mantener la salud mental. Al culminar la ponencia se plantean las siguientes preguntas: ¿Tengo equilibrio emocional? ¿Qué medidas debo tomar para mejorar este equilibrio? ¿Qué relación existe entre el equilibrio emocional y salud mental?</p>		25 minutos
Final	Se culmina con la dinámica lluvia de ideas para fomentar la participación de los asistentes y fortalecer lo aprendido.		20 minutos

Nota. Acciones ejecutadas en la sesión 9

Tabla 16*Breve reseña descriptiva de la sesión 10*

Sesión 10			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Comienzo de la sesión: Se realiza el saludo de bienvenida y se realiza la presentación de la última sesión titulada “Tratamiento de los indicadores de angustia psicológica”. Para fomentar la motivación de los asistentes se realizó la dinámica: Creamos un logo, se les explica, que deben formar grupos por afinidad, luego se les proporciona cartulina y plumones para que elaboren un logo que los identifique como grupo.	Humano: Pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo Personal asistencial del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo Computadora Diapositivas Video Cartulinas Plumones de colores	15 minutos
Desarrollo	Descripción del tema: Se realiza la exposición del tema de la sesión, definiendo Angustia Psicológica, situaciones que generan angustia psicológica, consecuencias y cómo prevenirlo. Con el objetivo de socializar con los asistentes, herramientas para la prevención de la angustia psicológica. Al culminar la exposición se realizó la presentación del video Angustia Psicológica con el link: https://www.youtube.com/watch?v=yJBHsCE5NVw Al terminar la presentación del video se solicita la opinión de los asistentes y se refuerza las respuestas en caso sea necesario.		25 minutos
Final	Para culminar la sesión y la ejecución del programa se realizó una tertulia, para lo cual se solicitó que formen un círculo con sus sillas y expresen lo que más le gustó del programa, que herramientas vienen empleando en su vida cotidiana de las que aprendieron en las sesiones y que consulten sobre alguna duda de los temas tratados.		20 minutos

Nota. Acciones ejecutadas en la sesión 10

Fase 5 instrumentación

Este programa se implementó haciendo uso de un proceso detallado de selección de información en relación a la TCC para prevenir y tratar la angustia psicológica, para lo cual se solicitó el consentimiento y permisos de las autoridades del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo, además se contó con el apoyo del personal asistencial de dicha institución. Finalmente se logró estructurar y ejecutar el programa cognitivo conductual con la finalidad de prevenir y tratar la angustia psicológica en los pacientes, en donde la evaluación de este programa se detalla a continuación:

Tabla 17

Actividades ejecutadas del programa cognitivo conductual para la angustia psicológica

N°	Responsable	Actividad	Producto	Plazo a ejecutar
1	Investigadora	Solicitar el permiso a la directora del Centro Médico	Solicitud de permiso para la evaluación	Junio
2	Directora del Centro Médico	Informe a los pacientes y personal asistencial	Informe sobre el programa a los pacientes y personal asistencial del Centro Médico	Junio
3	Investigadora	Consentimiento informado	Permiso dirigido a la directora para realizar la investigación en la institución.	Agosto
4	Investigadora	Aplicación del cuestionario a los pacientes y personal asistencial (pretest) Construcción y aplicación del Programa cognitivo conductual para reducir la angustia psicológica en pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo	Diagnostico del estado actual de la angustia psicológica	Setiembre
6	Investigadora		Programa con 10 sesiones para prevenir la angustia psicológica.	Noviembre

7	Investigadora	Aplicación del post test y corroboración de los resultados	Corrobarión de los resultados descriptivos y prueba de hipótesis comparativa entre pretest y post test	Diciembre
---	---------------	--	--	-----------

Nota. Descripción de la evaluación del Programa aplicado a los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo

Fase 6, evaluación

Para los criterios de la evaluación cognitivo conductual para la angustia psicológica de los pacientes se procedió a presentar e informar el consentimiento informado donde se evidencia la aceptación de los participantes, pacientes y personal asistencial, para formar parte de esta investigación y del proceso del programa.

Por lo tanto, los criterios de evaluación son tres:

1ª etapa

La investigación tuvo como título: Programa Cognitivo Conductual para reducir la Angustia psicológica en pacientes de un Centro de Salud de Chiclayo, de modo que se procedió a aplicar 1 cuestionario para medir la Angustia Psicológica que constó de un total de 22 ítems. Dicho cuestionario fue adaptado del Inventario de Ansiedad de Beck de 1988, y su medición, para el presente estudio, abarcó cuatro componentes o dimensiones: Subjetivo, Neuropsicológico, Pánico y Autónomo; de modo que los posibles resultados arrojarán cierta presencia de síntomas de ansiedad y su nivel de gravedad, de esta manera se pudo distinguir, acertadamente, la ansiedad y la depresión en los pacientes. El formato del cuestionario presentado constó con la siguiente escala de medición: 1 (En absoluto), 2 (Levemente), 3 (Moderadamente) y 4 (Severamente). Luego, el programa en el que se ejecutarán los resultados será Statistical Package for the Social Sciences o IBM SPSS en su versión 27, en el cual se trasladaron los datos de la ficha técnica del cuestionario físico y virtual, y, dichos datos fueron convertidos de variables cadena a variables numéricas, a las cuales se les asignó un determinado valor categórico politómico para los ítems.

2ª etapa

Se evaluaron dichas las sesiones del programa cognitivo conductual con el apartado de identificación de vivencias, a través del cual la psicóloga formula algunas preguntas sobre la temática desarrollada en cada sesión con la finalidad de fortalecer lo aprendido. Finalmente, la psicóloga clarifica las dudas y ofrece una recapitulación final con un objetivo orientador.

3ª etapa

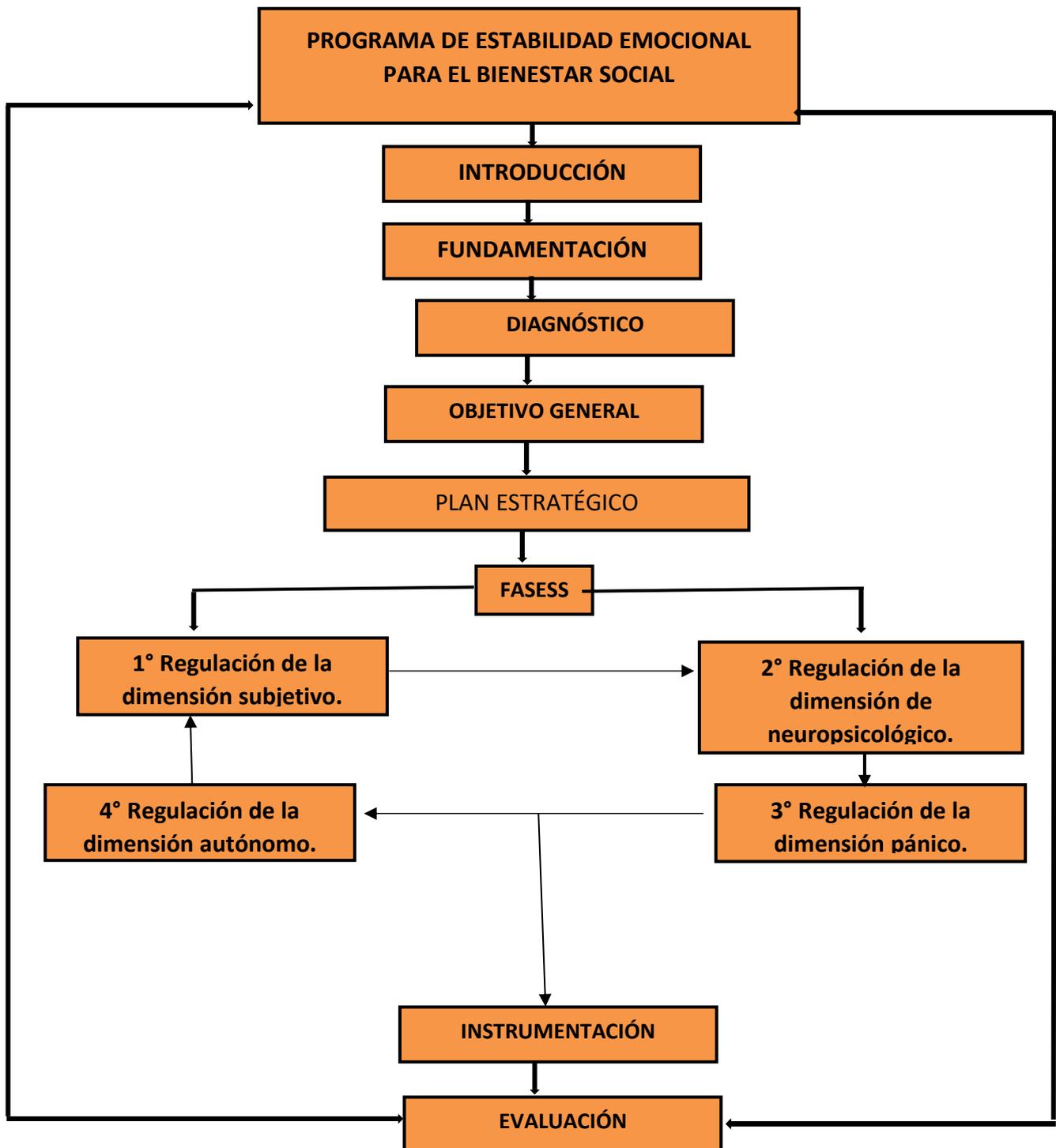
El objetivo es realizar una evaluación de las sesiones y del aprendizaje obtenido en cada una de las sesiones, en la realización del post test, una vez que se ha trabajado en las 10 sesiones orientadas a prevenir la angustia psicológica en sus 4 dimensiones.

Tabla 18

Presupuesto del programa cognitivo conductual para reducir la Angustia psicológica en pacientes de un Centro de Salud de Chiclayo

N°	Materiales e insumos	Cantidad	Precio por unidad	Precio total (nuevos soles)
1	Papel bond	1 millar	24.00	s./ 24.00
2	Tinta para impresora	1	45.00	s./ 45.00
2	Memoria USB (32gb)	1	60.00	s./ 50.00
3	Materiales para las sesiones	1	50.00	s./ 50.00
5	Impresiones	100	0.50	s./ 50.00
6	Movilidad	25	10.00	s./ 250
8	Viáticos	31	30.00	s./ 930.00
9	Asesoría Estadística	1	3,000.00	s./ 3,000.00
Total costos directos				s./ 4.399.00

Figura 1
Guía del aporte práctico



Nota. La figura indica la estructura del programa cognitivo conductual para la reducción de la angustia psicológica.

VII. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 19

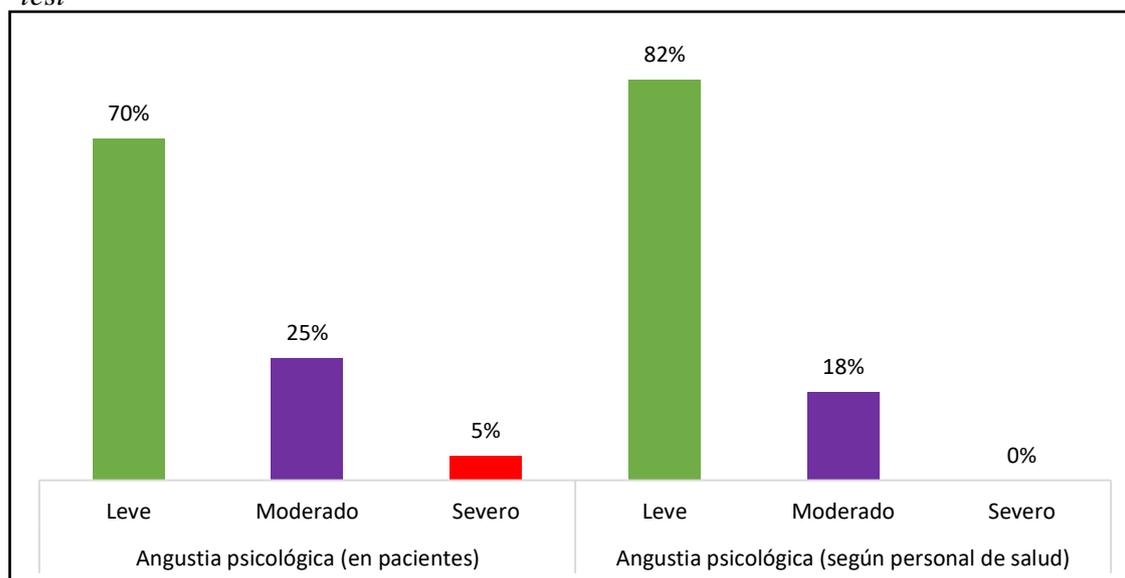
Distribución de la Angustia Psicológica en pacientes y personal de salud post test

		Post test	
		f	%
Angustia psicológica (en pacientes)	Leve	14	70%
	Moderado	5	25%
	Severo	1	5%
	Total	20	100%
Angustia psicológica (según personal de salud)	Leve	9	82%
	Moderado	2	18%
	Severo	0	0%
	Total	11	100%

Nota: Niveles de Angustia Psicológica después de aplicar el programa

Figura 2

Distribución de la Angustia Psicológica en pacientes y personal de salud según post test



Nota. En la figura se aprecian los niveles de Angustia Psicológica después de aplicar el programa

Los resultados del post test reflejan una mejora notable en la angustia psicológica de los pacientes después de participar en el programa cognitivo conductual en un centro de salud en Chiclayo. La mayoría de los pacientes (70%) experimentaron una disminución significativa en su angustia psicológica, catalogándola como leve, mientras que el 25% reportó niveles moderados y solo un pequeño 5% mostró angustia severa. Por otro lado, según la percepción del personal

de salud, después del programa, la gran mayoría (82%) consideró que los pacientes tenían una angustia psicológica leve, el 18% la describió como moderada, y no se informaron casos de angustia severa entre los pacientes. Estos resultados respaldan la efectividad del programa en la reducción de la angustia psicológica en pacientes, lo que puede ser de gran importancia para mejorar la calidad de atención en el centro de salud.

Tabla 20

Distribución de la Angustia Psicológica en pacientes según dimensiones

		Post test	
		f	%
Subjetivo	Bajo	17	85%
	Regular	2	10%
	Alto	1	5%
	Total	20	100%
Neuropsicológico	Bajo	18	90%
	Regular	1	5%
	Alto	1	5%
	Total	20	100%
Pánico	Bajo	14	70%
	Regular	5	25%
	Alto	1	5%
	Total	20	100%
Autónomo	Bajo	13	65%
	Regular	5	25%
	Alto	2	10%
	Total	20	100%

Nota. Niveles de las dimensiones de la Angustia Psicológica en pacientes después de aplicar el programa.

Los resultados del post test revelan una mejora significativa en los niveles de angustia psicológica de los pacientes en función de sus principales dimensiones. En la dimensión subjetiva, la mayoría de los pacientes (85%) experimentaron una reducción sustancial en la angustia, describiéndola como baja, mientras que el 10% informó niveles regulares y el 5% experimentó angustia alta. En la dimensión neuropsicológica, el 90% de los pacientes presentaron una disminución en los niveles de angustia, calificándola como baja, mientras que el 5% informó niveles regulares y otro 5% experimentó angustia alta. En la dimensión de pánico, el 70% de los

pacientes experimentó una disminución en la angustia, calificándola como baja, el 25% la describió como nivel regular, y el 5% informó niveles altos. En la dimensión autónoma, el 65% de los pacientes experimentó una reducción en la angustia baja, el 25% informó niveles regulares y el 10% experimentó angustia alta. Estos hallazgos sugieren que el programa ha sido efectivo en la reducción de la angustia psicológica en pacientes en todas las dimensiones evaluadas, lo que respalda su eficacia en abordar aspectos diversos de la angustia psicológica.

Tabla 21

Distribución de la Angustia Psicológica en personal de salud según dimensiones

		Post test	
		f	%
Subjetivo	Bajo	11	100%
	Regular	0	0%
	Alto	0	0%
	Total	11	100%
Neuropsicológico	Bajo	11	100%
	Regular	0	0%
	Alto	0	0%
	Total	11	100%
Pánico	Bajo	9	82%
	Regular	2	18%
	Alto	0	0%
	Total	11	100%
Autónomo	Bajo	4	36%
	Regular	7	64%
	Alto	0	0%
	Total	11	100%

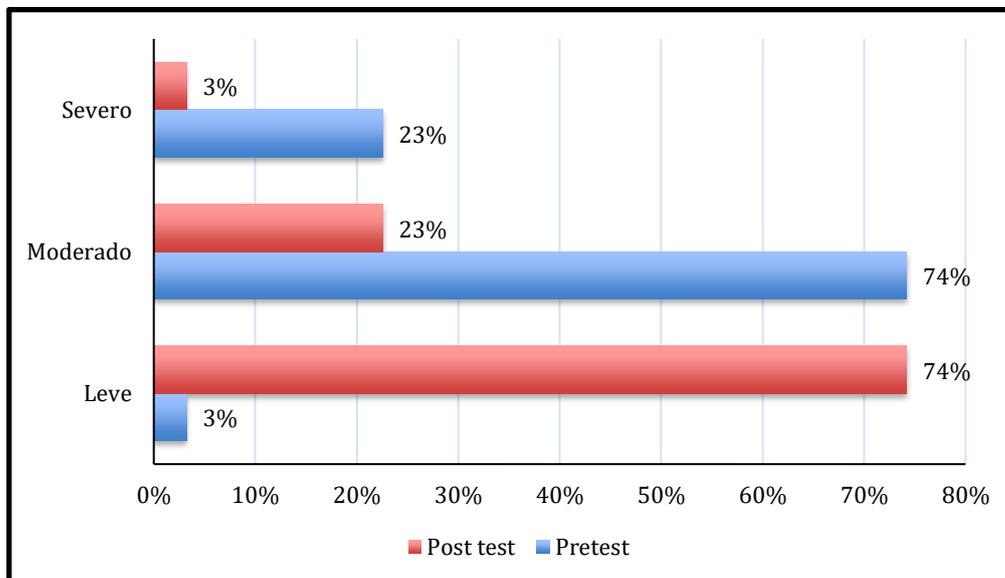
Nota. Niveles de las dimensiones de la Angustia Psicológica en personal de salud después de aplicar el programa.

Después de la implementación del programa, los resultados del post test indican una mejora sustancial en los niveles de angustia psicológica entre el personal de salud en todas las dimensiones evaluadas. En la dimensión subjetiva, el 100% del

personal de salud informó que la angustia psicológica se encontraba en niveles bajos, mientras que no se registraron niveles regulares ni altos. En la dimensión neuropsicológica, nuevamente, el 100% del personal de salud experimentó una angustia psicológica baja, sin niveles regulares ni altos. En la dimensión de pánico, el 82% del personal de salud informó niveles bajos de angustia, mientras que el 18% describió niveles regulares y no se reportaron niveles altos. Por último, en la dimensión autónoma, el 36% informó angustia baja, el 64% niveles regulares, y no se observaron niveles altos. Estos resultados reflejan la eficacia del programa en reducir la angustia psicológica de acuerdo con el personal de salud, lo que es crucial para el bienestar de los pacientes y su capacidad de brindar atención de calidad a los mismos

Figura 3

Distribución de los puntajes del pretest y post test



Nota. En la figura se aprecia la comparación de los puntajes obtenidos antes y después de aplicar el programa

En la Figura 3, se presentan los resultados de los puntajes obtenidos en el pretest y post test. Durante el pretest, se observó que el 3% de los participantes experimentó angustia severa, el 23% angustia moderada, el 74% angustia leve. En comparación, en el post test, se registró un 3% de angustia severa, un 23% de angustia moderada y un 74% de angustia leve. Estos resultados reflejan una consistencia en la distribución de los niveles de angustia psicológica entre el pretest y el post test, lo que sugiere que el programa contribuyó a mantener los niveles de angustia dentro de la misma proporción.

Tabla 22*Prueba de normalidad para medir la distribución de los datos*

	Estadígrafo	Grados de libertad	Probabilidad
Pretest	,200	31	.003
Post test	,486	31	.000
Test bondad ajuste KS; $\alpha=5\%$			

Nota. Datos tomados del pretest y post test de la Escala de angustia psicológica aplicada a pacientes y personal de salud.

En la tabla 21 se observa que tanto los datos del pretest como los del post test, no siguen una distribución normal. Debido a esta falta de normalidad en los datos, se procederá a aplicar una prueba no paramétrica para llevar a cabo la comparación entre ambos momentos.

Tabla 23*Comparación de rangos obtenidos en el pretest y post test de la Escala de angustia psicológica*

		f	%	\bar{X}_{Rango}	$\sum \text{Rangos}$
	Rangos negativos	30	96.77	16,20	486,00
Post test -	Rangos	1	3.23	10,00	10,00
Pretest	positivos				
	Empates	0	0		
	Total	31	100		

Nota. En la tabla se observa la comparación de los puntajes obtenidos de los pacientes y personal de salud

De acuerdo a los datos en la tabla, se observa que el 96.77% de los encuestados obtuvo rangos negativos, lo que indica una diferencia significativa en sus puntajes comparativos entre el pretest y el post test. En contraste, el 3.23% se ubicó en los rangos positivos, lo que significa que sus puntajes en el post test fueron mayores que en el pretest. No se registraron empates entre los participantes. Estos resultados indican una tendencia clara hacia la mejora de la angustia psicológica después de la intervención, evidenciada por la mayoría de los participantes que obtuvieron rangos negativos, lo que sugiere una disminución de la angustia psicológica en el grupo encuestado.

Tabla 24*Prueba de muestras emparejadas entre el pretest y post test del Bienestar Social*

	Post test - Pretest
Z	-4,666
Sig. asin. (bilateral)	,000

Nota. Se aplicó la prueba de los rangos con signos de Wilcoxon para medir los resultados antes y después de aplicar el programa

La Tabla 24 muestra los resultados de la prueba de muestras emparejadas entre el pretest y post test del Bienestar Social, utilizando la prueba de los rangos con signos de Wilcoxon. De acuerdo con los datos presentados, se observa una diferencia significativa entre los puntajes del pretest y post test ($Z = -4.666$, Sig. asin. bilateral = 0.000). Estos resultados respaldan la efectividad del programa cognitivo conductual en la reducción de la angustia psicológica en los pacientes del Centro de Salud Vida de Chiclayo. En consecuencia, se puede concluir de manera deductiva que el programa tuvo un impacto positivo en el bienestar social de los participantes al reducir la angustia psicológica, lo que contribuye al logro de un mayor bienestar emocional en este grupo de pacientes.

VIII. CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación, enfocado en el programa cognitivo conductual para el reducir la angustia psicológica en pacientes y personal de un centro de salud de Chiclayo”, se concluye a lo siguiente, conforme a los objetivos específicos:

- Al caracterizar el proceso cognitivo-conductual, autores señalan que se han basado en diversas contribuciones y teorías que respaldan los enfoques psicoterapéuticos a lo largo de la historia. Estas teorías han sentado las bases para comprender y abordar la angustia psicológica, proporcionando un marco teórico sólido para el desarrollo de intervenciones terapéuticas efectivas.
- La evaluación de la dinámica actual de los procesos cognitivo-conductuales en la reducción de la angustia psicológica reveló datos valiosos sobre el estado emocional de los pacientes del Centro de Salud de Chiclayo; en la cual, la mayoría se ubicó entre un nivel moderado (65%) y severo (35%) de angustia psicológica antes de la aplicación del programa.
- El programa se llevó a cabo en varias fases y etapas como parte de una estrategia de planificación cognitivo-conductual práctica para reducir la angustia psicológica. Se realizaron un total de 10 sesiones de 60 minutos, triangulándose la población en pacientes y personal del C.M. Salud Vida en Chiclayo.
- Se demostró la aplicación exitosa del programa cognitivo-conductual para reducir la angustia psicológica en pacientes del Centro de Salud de Chiclayo. Los resultados reflejaron una disminución considerable en la tendencia a experimentar angustia psicológica después de participar en el programa, ubicando a la mayoría de los participantes en un nivel leve (70%).
- La efectividad estadística del programa cognitivo-conductual en la reducción de la angustia psicológica estuvo respaldada por la diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes del pretest y post-test ($Z=-4.666$; $p=0.000$). Estos resultados positivos obtenidos en pacientes del Centro de Salud de Chiclayo validan su utilidad como intervención terapéutica en un contexto psicológico-clínico.

IX. RECOMENDACIONES

- Continuar actualizando el conocimiento en terapias cognitivo-conductuales para garantizar un enfoque terapéutico efectivo y basado en las últimas investigaciones y tendencias históricas.
- Realizar el seguimiento de los pacientes que participaron en el estudio, a efecto de verificar que sigan poniendo en práctica las habilidades y técnicas adquiridas con el propósito de llevar a cabo una evaluación a largo plazo.
- Incorporar evaluaciones periódicas, como el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), como parte de las sesiones terapéuticas regulares para un monitoreo constante de la evolución de los pacientes y la adaptación de las estrategias terapéuticas según sus necesidades específicas.
- Adaptar las fases y etapas del programa cognitivo-conductual para abordar la angustia psicológica en diferentes poblaciones y contextos clínicos.
- Integrar la validación estadística como parte integral de los programas terapéuticos en el Centro de Salud de Chiclayo para garantizar una evaluación constante de la eficacia de las intervenciones.
- Desarrollar un nuevo método de análisis para establecer los elementos de estimación y los colectivos que presentan un mayor riesgo de angustia psicológica.

REFERENCIAS

- Alcántara, R. V. (2023). *Programa Cognitivo Conductual para el afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia*. [Tesis Maestría, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio USS. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/11532/Alcantara%20Lopez%20Ruth%20Vanessa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- American Psychological Association. (2021). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association* (4 th ed.). Editorial El Manual Moderno.
- Amoke, C. V., Ede, M. O., Nwokeoma, B. N., Onah, S. O., Ikechukwu-Ilomuanya, A. B., Albi-Oparaocha, F. C., Nweze, M. L., Amadi, K. C., Aloh, H. E., Anyaegbunam, E. N., Nwajiuba, C. A., Onwuama, O. P., Ede, K. R., Ononaiwu, A. I., & Nweze, T. P. (2020). Effects of group cognitive-behavioral therapy on psychological distress of awaiting-trial prison inmates. *Medicine*, 99(17), 1-10. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018034>
- Ahn, J. N., Hu, D., & Vega, M. (2020). “Do as I do, not as I say”. Using social learning theory to unpack the impact of role models on students' outcomes in education. *Social and Personality Psychology Compass*, 14(2), e12517. <https://doi.org/10.1111/spc3.12517>
- Arias, J. L. & Covinos, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación* (1 ro ed.). Enfoques Consulting EIRL. <http://repositorio.concytec.gob.pe/handle/20.500.12390/2260>
- Bagur, S., Rosselló, M. R., Paz-Lourido, B., & Verger, S. (2021). El enfoque integrador de la metodología mixta en la investigación educativa. *Revista electrónica de investigación y evaluación educativa*, 27(1), 1-21. <https://doi.org/10.30827/relieve.v27i1.21053>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (2012). On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy Revisited, *Journal of Management*, 38(1), 9-44. <https://doi.org/10.1177/0149206311410606>
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa

- Beck, A. T. (2019). A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy. *Perspectives on Psychological Science*, *14*(1), 16–20. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1745691618804187>
- Bedoya Cardona, E. Y. (2022). Estrés, regulación cognitivo-emocional, adaptación y salud en universitarios colombianos. *Praxis & Saber*, *12*(30), e11534. <https://doi.org/10.19053/22160159.v12.n30.2021.11534>
- Bernal, C. A. (2016). *Metodología de la investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales* (4th ed.). Pearson. <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf>
- Brown T. A., O'Leary T. A., & Barlow D. H. (2001). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*. Nueva York: Guildford Press.
- Burnette, J. L., Knouse, L., Vavra, D. T., O'Boyle, E., & Brooks, M. A. (2020). Growth mindsets and psychological distress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *77*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101816>
- Carhuajulca, A. C., & Zavaleta, M. P. (2021). *Sexting, autoestima y angustia psicológica en estudiantes de Universidades de Lima Metropolitana*. [Tesis Pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV. <https://bit.ly/3rlztQn>
- Carrasco, E. (2021). *Propuesta de un programa cognitivo conductual en la dimensión ansiedad; estado-rasgo, en estudiantes del último ciclo en la carrera de psicología de la UNPRG*. [Tesis Maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio UNPRG. https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/9771/Carrasco_Carrasco_Elmer.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chillón, J. M. (2018). Los rendimientos fenomenológicos de la angustia en Heidegger. *Alpha (Osorno)*, *46*, 215-232. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22012018000100215&script=sci_arttext#:~:text=Desde%20un%20punto%20de%20vista,choca%20con%20sus%20creencias%20habituales.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de ansiedad*. Ciencia y práctica. Bilioteca de Psicología. Desclée de Brouwer.
- Covarrubias-Apablaza, C. G., Acosta-Antognoni, H., & Mendoza-Lira, M. (2019). Relación de Autorregulación del Aprendizaje y Autoeficacia General con las Metas

- Académicas de Estudiantes Universitarios. *Formación universitaria*, 12(6), 103-114.
doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062019000600103>
- Colorado, M. L. (2019). *Grado de Malestar Psicológico Asociado a la Calidad de Vida en Pacientes en Tratamiento Antituberculoso Atendidos en la Microred Cono Sur. Región de Salud de Tacna. 2019* [Tesis Pregrado, Universidad Privada de Tacna]. Repositorio UPT. <https://bit.ly/34jYkN3>
- Cordova, S. I., & Ore, A. P. (2021). *Propiedades psicométricas de la escala de angustia psicológica (K10) en colaboradores de una empresa expuestos al Covid-19, Lima Metropolitana*. [Tesis Pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV. <https://bit.ly/33CX3Aj>
- Cotrino, J., Gomez-Mejia, I. A., Mendoza-Rincón, B. M., Arenas-Villamizar, V. V., Araque-Castellanos, F., Jaimes-Parada, G. Y., López-Jaimes, R. J., Julio-Hoyos, Y. E. (2020). Psicoterapia basada en la evidencia en caso de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo. *Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica*, 39(8), 1012-1019. <https://www.redalyc.org/journal/559/55969796014/html/>
- De la Hoz, E. J., Navarro, J. E., & Martínez, I. (2022). Análisis comparativo de la salud mental positiva entre hombres y mujeres universitarios en condición de aislamiento social por COVID-19. *Formación universitaria*, 15(2), 93-102. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062022000200093>
- Del Sol, L. A., Tejada, E., & Mirabal, J. M. (2017). Los métodos teóricos: una necesidad de conocimiento en la investigación científico-pedagógica. *Edumecentro*, 9(4), 250-253. <http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v9n4/edu21417.pdf>
- Díaz, M. I., Ruiz, A., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée de Brouwer. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>
- Dohrenwend, B. P., Shrout, P. E., Egri, G., & Mendelsohn, F. S. (1980). Nonspecific Psychological Distress and Other Dimensions of Psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 37(11), 1229-1236. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780240027003>

- Duarte, F., & Jiménez-Molina, Á. (2021). Psychological distress during the COVID-19 epidemic in Chile: The role of economic uncertainty. *PLOS ONE*, *16*(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251683>
- Elsevier Connect. (2023). Manejo del estrés y su afrontamiento en pacientes y personal clínico. *Elsevier Connect*, *1*. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/manejo-del-estres-y-su-afrontamiento-en-pacientes-y-personal-clinico>
- Fernández-Álvarez, H., & Fernández-Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *22*(2), 157-169. <https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/200835/81074.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Flores, R. (2021). *Programa cognitivo conductual para la ansiedad social en adolescentes del nivel secundario en la ciudad de Chiclayo* [Tesis Maestría, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio USS. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/8303/Flores%20Arroyo%20de%20Garay%20Raquel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fordham, B., Sugavanam, T., Hopewell, S., Hemming, K., Howick, J., Kirtley, S., . . . Lamb, S. (2018). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy: a protocol for an overview of systematic reviews and meta-analyses. *BMJ Open*, *1*-6. <https://bmjopen.bmj.com/content/8/12/e025761>
- Gaeta González, M. L., Gaeta González, L., & Rodríguez Guardado, M. (2021). Autoeficacia, estado emocional y autorregulación del aprendizaje en el estudiantado universitario durante la pandemia por COVID-19. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, *21*(3), 1-24. <http://dx.doi.org/10.15517/aie.v21i3.46280>
- BIBLIOGRAPHY García, C. (2011). *La medición en Ciencias Sociales y en la Psicología en Estadística con SPSS y Metodología de la Investigación*. (R. Landero, & M. González, Edits.) México, D.F.: Trillas.
- Gaitán-Rossi, P., Pérez-Hernández, V., Vilar-Compte, M., & Teruel-Belismelis, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública de México*, *63*(4), 478-485. <https://doi.org/10.21149/12257>

- Garay, K. (2020). *Siete de cada 10 peruanos han visto afectada su salud mental durante pandemia*. <https://andina.pe/agencia/noticia-siete-cada-10-peruanos-han-visto-afectada-su-salud-mental-durante-pandemia-video-804192.aspx>
- Gillihan, S. (2020). *Cognitive Behavioral Therapy Made Simple: 10 Strategies for Managing Anxiety, Depression, Anger*. SIRIO S.A.
- Glowacz, F., & Schmits, E. (2020). Psychological distress during the COVID-19 lockdown: The young adults most at risk. *Elsevier Public Health Emergency Collection*, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113486%20>
- Gomez, Y., & Aguilar, L. F. (2021). *Preocupación por la COVID-19 y carga laboral como predictores de malestar psicológico en personal de salud de primera línea durante la emergencia sanitaria en la región Puno*. [Tesis Pregado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio UPEU. <https://bit.ly/3KhrPiw>
- González, R., & Parra-Bolaños, N. (2023). Neuropsicología de los trastornos de ansiedad. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 5206-5221. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4825
- Guerrero, F., & Mateo, R. (2021). Metodologías de aprendizaje para ejecutivos. Análisis comparativo del aprendizaje social y del método del caso. *Academia y virtualidad*, 1. <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/ravi/article/view/5388/5037>
- Guevara, D. (2022). *Programa cognitivo conductual en mujeres que sufren violencia familiar con dependencia emocional atendidas en un centro de salud de Lambayeque* [Tesis Maestría, Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo]. Repositorio UNPRG. https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/11504/Peralta_Burga_Yanira_Danitza.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hernández-Ávila, C. E., & Carpio, N. A. (2019). Introducción a los tipos de muestreo. *Alerta, Revista científica del Instituto Nacional de Salud*, 2(1), 76–79. <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i1.7535>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Education. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf
- Hockey, M., Rocks, T., Ruusunen, A., Jacka, F., Huang, W., Liao, B., . . . O'Neil, A. (2021). Psychological distress as a risk factor for all-cause, chronic disease- and suicide-specific mortality: a prospective analysis using data from the National Health

- Interview Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57, 541–552.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-021-02116-7>
- Hofmann, S. G. (2021). El futuro de la terapia conductual cognitiva. *Cog Ther Res*, 45, 383–384. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10232-6>
- Holdgaard, A., Eckhardt-Hansen, C., Lund, T., Lassen, C., Sibiliz, K., Høfsten, D., . . . Rasmussen, H. (2021). Intensive group-based cognitive therapy in patients with cardiac disease and psychological distress—a randomized controlled trial protocol. *Trials*, 22(1), 455. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05405-3>
- Kagan, M. (2021). Social Support Moderates the Relationship Between Death Anxiety and Psychological Distress Among Israeli Nurses. *Psychological Reports*, 124(4), 1502–1514. <https://doi.org/10.1177/0033294120945593>
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normanda, S.L., Walters, E. E., Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959–976. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
- Koyanagi, A., Garin, N., Olaya, B., Ayuso-Mateos, J. L., Chaterji, S., Leonardi, M., Koskinen, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Haro, J. M. (2014). Chronic conditions and sleep problems among adults aged 50 years or over in nine countries: a multi-country study. *PLoS One*, 5(9), e114742.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114742>
- Leandro, C. M., & Malqui, S. J. (2022). *Agresividad y angustia psicológica en estudiantes universitarios de Lima Norte, 2022*. [Tesis Pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/94827/Leandro_VCM-Malqui_PSJ-SD.pdf?sequence=8&isAllowed=y
- Lerma, A., Vázquez, J. G., Martínez, M. C., González, L. E., Coronado, J. M., Barraza, A., Mejía, M. J., Mercado, J. A. (2021). *Manual de temas nodales de la investigación cuantitativa. Un abordaje didáctico*. Universidad Pedagógica de Durango (Ed.). México: Luis Fernando Galindo Vargas.
<http://upd.edu.mx/Piloto/PDF/Libros/Nodales.pdf#page=82>
- López, D. R. (2021). Edward Lee Thorndike y John Broadus Watson. *Educere*, 25(81), 647–656. <https://www.redalyc.org/journal/356/35666225025/35666225025.pdf>

- Mabitsela, L. (2003). *Exploratory study of psychological distress as understood by Pentecostal pastors*. <https://bit.ly/3Gk4oCc>
- Mejia, C.R., Reyes-Tejada, A. L., Gonzales-Huaman, K. S., Leon-Nina, E. C., Murgacabrera, A. X., Carrasco-Altamirano, J. A., & Quispe-Cencia, E. (2020). Riesgo de estrés post traumático según ocupación y otros factores durante la pandemia por COVID-19 en el Perú. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 29(4), 257-392. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552020000400265
- Méndez, N. (2023). Intervención cognitivo-conductual para un alto grado de malestar ante actividades laborales: un estudio de caso. *ACADEMO*, 10(1), 30-46. <https://doi.org/10.30545/academo.2023.ene-jun.4>
- Ministerio de Salud. (2021). *El 52.2% de limeños sufre de estrés debido a la pandemia de la COVID-19*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/499838-el-52-2-de-limeno-sufre-de-estres-debido-a-la-pandemia-de-la-covid-19>
- Moreta-Herrera, R., López-Calle, C., Gordón-Villalba, P., Ortíz-Ochoa, W., & Gaibor-González, I. (2018). Satisfaction with Life, Psychological and Social Well-being as Predictors of Mental Health in Ecuadorians. *ACTUALIDADES EN PSICOLOGÍA*, 32(124), 115-125. <https://doi.org/10.15517/ap.v32i124.31989>
- Moya, D., Copara, D., Amores, J., Muñoz, M., & Pérez-Navarro, A. (2022). Caracterización de agentes de consumo energético en el sector residencial del Ecuador basada en una encuesta nacional y en los sistemas de información geográfica para modelamiento de sistemas energéticos. *Enfoque UTE*, 13(2), 68-97. <https://www.redalyc.org/journal/5722/572270009005/572270009005.pdf>
- Mulatu Ayana, T., Teji Roba, K., & Obejero Mabalhin, M. (2019). Prevalence of psychological distress and associated factors among adult tuberculosis patients attending public health institutions in Dire Dawa and Harar cities, Eastern Ethiopia. *BMC Public Health*, 1392. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7684-2>
- Muñoz, J., Quintero, J., & Munéva, R. (2009). *Cómo desarrollar competencias investigativas en educación* (3rd ed.). Cooperativa Editorial Magisterio.
- Naciones Unidas. (2020). *Informe de políticas: La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental*.

- https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf
- Nicomedes, E. N. (2018). *Tipos de Investigación*. Universidad Santo Domingo de Guzmán. <http://repositorio.usdg.edu.pe/handle/USDG/34>
- Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J., & Romero, H. (2018). *“Metodología de la investigación: Cuantitativa, Cualitativa y Redacción de la Tesis”* (Ediciones de la U. Ed. 5ta. ed.). Bogotá Colombia.
- OMS. (2020). *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS*. <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Estudio advierte sobre elevados niveles de depresión y pensamientos suicidas en personal de salud de América Latina durante la pandemia*. paho.org/es/noticias/13-1-2022-estudio-advier-te-sobre-elevados-niveles-depresion-pensamientos-suicidas-personal
- Pacheco-Vásquez, D. R., & Guerrero-Alcedo, J. M. (2021). relevancia de trastornos mentales en población peruana con COVID-19 atendida en el programa “Te Cuido Perú”. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(9), 902-906. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5834712>
- Palacios, X., & Sánchez, R. (2020). Propiedades Psicométricas de la Escala de Desmoralización (DS-II versión español-Colombia) para pacientes oncológicos que reciben cuidado paliativo. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 38(3), 1-18. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8408>
- Peña, T. (2019). Etapas del análisis de la información documental. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 45(3), 2-3. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-09762022000300004
- Pintrich, P. y Schunk, D. (2006). *Motivación en contextos educativos*. Prentice Hall.
- Rahman, M. A., Islam, J. M., Tungpunkom, P., Sultana, F., Alif, J. M., Banik, B., Salehin, M., José, B., Lam, L., Watts, M. C., Khan, S. J., Ghozy, S., Ying, S. S., Chien, W. T., Schönfeldt-Lecuona, C., El-Khazragy, N., Mahmud, I., Mawali, A., Maskari, T. S., ... Cruz, W. (2021). COVID-19: Factors associated with psychological distress, fear, and coping strategies among community members across 17 countries.

- Globalization and Health*, 17(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00768-3>, 17(1), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00768-3>
- Ruiz , J., & Cano, J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. España: R&C editores. <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/manual-de-psicoterapia-cognitiva.pdf>
- Sánchez, H., & Reyes , C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica* (5 th ed.). Business Support Aneth. https://www.academia.edu/78002369/METODOLOG%C3%8DA_Y_DISE%C3%91OS_EN_LA_INVESTIGACI%C3%93N_CIENT%C3%8DFICA
- Segura, E. (2022). *Propuesta de Programa Cognitivo Conductual en la dimensión Ansiedad Estado Rasgo a docentes del Centro de Educación Básica Especial Ferreñafe*. [Tesis Maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio UNPRG. <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/10234>
- Seiiedi-Biarag, L., Mirghafourvand, M., & Ghanbari-Homayi, S. (2020). The effect of cognitive-behavioral therapy on psychological distress in the mothers of preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(3), 167–176. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1678019>
- Shidara, K., Tanaka, H., Adachi, H., Kanayama , D., Sakagami , Y., Kudo, T., & Nakamura, S. (2022). Automatic Thoughts and Facial Expressions in Cognitive Restructuring With Virtual Agents. *Frontiers in Computer Science*, 4, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fcomp.2022.762424>
- Soriano, J. G., Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M., Tortosa, B. M., & González, A. (2019). Beneficios de las intervenciones psicológicas en relación al estrés y ansiedad: Revisión sistemática y metaanálisis. *European Journal of Education and Psychology*, 12(2), 191-206. <https://www.redalyc.org/journal/1293/129365934007/html/>
- Universidad Señor de Sipán. (2019). *Código de ética para la investigación de la Univesidad Señor de Sipán S.A.C*. <https://bit.ly/3wnidMT>
- Valero, N. J., Vélez, M. F., Durán, A.A., & Portillo, M. T. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión? *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 5(3), 63-70. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/download/913/858/2157>
- VandenBos, G. R. (2015). APA dictionary of psychology (2nd ed.). *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/14646-000>

- Vega-Lugo, N., Flores-Jiménez, R., Flores-Jiménez, I., Hurtado-Vega, B., & Rodríguez-Martínez, J. S. (2019). Teorías del aprendizaje. *XIKUA Boletín Científico De La Escuela Superior De Tlahuelilpan*, 7(14), 51-53.
<https://doi.org/10.29057/xikua.v7i14.4359>
- Wang, Y., Kala, M. P., & Jafar, T. H. (2020). Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 15(12), 1-27.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244630>
- Yang, S., Li, J., Zhao, D., Wang, Y., Li, W., Li, J., Li, Z., Wein, Z., Yan, C., Gui, Zhou, C. (2021). Chronic Conditions, Persistent Pain, and Psychological Distress Among the Rural Older Adults: A Path Analysis in Shandong, China. *Frontiers in Medicine*, 8.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2021.770914>
- Ying, Y., Ji, Y., Kong, F., Chen, Q., Lv, Y., Houa, Y., Zhu, L., Miao, P., Yu, L., Laiyou, L., Kuang, W., Jiang, L., Zhu, X., Liu, X., Xu, L., Mi, Y., Lou, Z., Ruan, L. (2021). *Internet-based cognitive behavioral therapy for psychological distress in older adults without cognitive impairment living in nursing homes during the COVID-19 pandemic: A feasibility study* (26), 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100461>
- Zimmerman, B. J. (2008). Investigating Self-Regulation and Motivation: Historical Background, Methodological Developments, and Future Prospects. *American Educational Research Journal*, 45(1), 166–183.
<https://doi.org/10.3102/0002831207312909>

ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente	Dimensiones	Descripción
Programa Cognitivo Conductual	Introducción-fundamentación	Se establece el contexto y ubicación de la problemática a resolver. Ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia. Se indica la teoría en que se fundamenta el aporte propuesto.
	Diagnóstico	Indica el estado real del objeto y evidencia el problema en torno al cual gira y se desarrolla la estrategia, protocolo, o programa, según el aporte práctico a desarrollar.
	Planteamiento del objetivo general	Se desarrolla el objetivo general del aporte práctico. Se debe tener en cuenta que no es el de la investigación.
	Planeación estratégica	<ul style="list-style-type: none"> - Subjetivo - Neuropsicológico - Pánico - Autónomo
	Instrumentación	Se aplicará el cuestionario en los Pacientes del Centro Médico. Se dará libertad para el tiempo de desarrollo del cuestionario. La responsable será la autora de la investigación y los participantes serán los pacientes del Centro Médico.
	Evaluación	Definición de los logros obstáculos que se han ido venciendo, valoración de la aproximación lograda al estado deseado.

Variable dependiente: angustia psicológica

Variable dependiente	Dimensiones	Indicadores	Técnicas e instrumentos de la Investigación	Fuente de Verificación
Angustia psicológica	Subjetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos irracionales - Rasgos negativos de la personalidad 	<p>Técnicas:</p> <p>Encuesta</p> <p>Entrevista</p> <p>Análisis documental</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</p>	<p>Pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo</p> <p>Personal asistencial del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo</p>
	Neuropsicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Psicósomáticos 		
	Pánico	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo o temor - Desequilibrio emocional - Desequilibrio homeostático 		
	Autónomo	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores psicofisiológicos 		

ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: PROGRAMA PARA PREVENIR LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA

Formulación del Problema	Objetivos	Técnicas e Instrumentos
	<p>Objetivo general:</p> <p>. Aplicar un programa cognitivo conductual basado en la dinámica del proceso para la reducción de la angustia psicológica de un Centro de Salud de Chiclayo.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fundamentar epistemológicamente el proceso cognitivo conductual, su evolución histórico científico y su dinámica ✓ Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en la reducción de la angustia psicológica de pacientes de un Centro de Salud de Chiclayo. ✓ Elaborar el programa cognitivo conductual para la reducción de la angustia psicológica ✓ Corroborar los resultados de la investigación mediante un pre experimento 	<p>Técnicas:</p> <p>Observación Análisis documental Entrevista Test</p> <hr/> <p>Instrumentos:</p> <p>Guía de observación Fichas bibliográficas Guía de entrevista Inventario:</p>

	✓ Validar estadísticamente los cambios producidos por la aplicación del programa cognitivo conductual en pacientes de un Centro de Salud.			
	Hipótesis			
	Si se aplica un Programa cognitivo conductual que tenga en cuenta la dimensión contextual responsable y la dimensión sistematizada integral, entonces se contribuye a reducir la angustia psicológica en pacientes de un Centro de Salud de Chiclayo.			
Tipo y diseño de la Investigación	Población y muestra		Variables y dimensiones	
	Población:	Muestra	Variable independiente	Dimensiones
	Está conformada por pacientes y personal de salud del Centro Médico “Salud	Está conformada por 20 pacientes y 11 trabajadores del Centro Médico	Programa cognitivo conductual	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introducción-fundamentación. ✓ Diagnóstico. ✓ Planteamiento del objetivo general.

	Vida” de Chiclayo.	de “Salud Vida” de Chiclayo.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sistema de procedimiento ✓ Instrumentación ✓ Evaluación
			Variable dependiente	Dimensiones
			Angustia psicológica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Subjetivo ✓ Neuropsicológico ✓ Pánico ✓ Autónomo

ANEXO 3. INSTRUMENTO

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrucciones: El inventario está dirigido a Pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo, su propósito es diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual, así mismo se enfoca en recabar información sobre aspectos con estrecha relación al bienestar psicológico.

A continuación, se presenta algunos enunciados sobre síntomas de ansiedad y angustia. No olvide contestar todas las preguntas. Responda con sinceridad. Su respuesta puede determinarlo marcando una (x). 1 =en absoluto; 2 = levemente; 3 = moderadamente o; 4 = severamente

Nº	Ítems	ESCALA			
VARIABLE: ANGUSTIA PSICOLÓGICA					
DIMENSIÓN SUBJETIVO					
Indicador 1: Pensamientos irracionales					
1	No puedo relajarme	1	2	3	4
2	Suelo tener sensación de bloqueo	1	2	3	4
3	Suelo sentir temor a que ocurra lo peor	1	2	3	4
Indicador 2: Rasgos negativos de personalidad					
4	Siento inestabilidad emocional	1	2	3	4
5	Suelo sentir inquietud o inseguridad	1	2	3	4
DIMENSIÓN NEUROPSICOLÓGICO					
Indicador 1: Psicósomáticos					
6	Suelo sentirme torpe o entumecido	1	2	3	4
7	Suele temblarme las manos	1	2	3	4
8	Suelo ponerme con rubor facial	1	2	3	4
DIMENSIÓN PÁNICO					

Indicador 1: Miedo o temor					
9	Suelo tener miedo	1	2	3	4
10	Suelo sentirme atemorizado o asustado	1	2	3	4
11	Me causa temor perder el control	1	2	3	4
12	Suelo temer a morir	1	2	3	4
Indicador 3: Desequilibrio emocional					
13	Me pongo nervioso	1	2	3	4
14	Me suele temblar las piernas	1	2	3	4
15	Suelo sentirme mareado o que se me va la cabeza	1	2	3	4
Indicador 4: Desequilibrio homeostático					
16	Me suele temblar las manos	1	2	3	4
17	Me suele dar latidos del corazón, fuerte y acelerados	1	2	3	4
18	Se presentan problemas digestivos	1	2	3	4
DIMENSIÓN AUTÓNOMO					
Indicador 1: Indicadores psicofisiológicos					
19	Suelo sentirme acalorado	1	2	3	4
20	Sudoración (no debido al calor)	1	2	3	4
21	Suelo sentir sensación de ahogo	1	2	3	4
22	Me suelo desvanecer	1	2	3	4

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrucciones: El inventario está dirigido al personal de salud del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo, su propósito es diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual, así mismo se enfoca en recabar información sobre aspectos con estrecha relación al bienestar psicológico.

A continuación, se presenta algunos enunciados sobre síntomas de ansiedad y angustia. No olvide contestar todas las preguntas. Responda con sinceridad. Su respuesta puede determinarlo marcando una (x). 1 =en absoluto; 2 = levemente; 3 = moderadamente o; 4 = severamente

N°	Ítems	ESCALA			
VARIABLE: ANGUSTIA PSICOLÓGICA					
DIMENSIÓN SUBJETIVO					
Indicador 1: Pensamientos irracionales					
1	Los pacientes con angustia psicológica sienten que no pueden relajarse	1	2	3	4
2	Los pacientes con angustia psicológica suelen tener sensación de bloqueo	1	2	3	4
3	Los pacientes con angustia psicológica sienten temor a que ocurra lo peor	1	2	3	4
Indicador 2: Rasgos negativos de personalidad					
4	Los pacientes con angustia psicológica sienten inestabilidad emocional	1	2	3	4
5	Los pacientes con angustia psicológica sienten inquietud o inseguridad	1	2	3	4
DIMENSIÓN NEUROPSICOLÓGICO					
Indicador 1: Psicósomáticos					
6	Los pacientes con angustia psicológica suelen sentirse torpes o entumecidos	1	2	3	4
7	A los pacientes con angustia psicológica les suele temblar las manos	1	2	3	4
8	Los pacientes con angustia psicológica suelen ponerse con rubor facial	1	2	3	4
DIMENSIÓN PÁNICO					

Indicador 1: Miedo o temor					
9	Los pacientes con angustia psicológica suelen tener miedo	1	2	3	4
10	Los pacientes con angustia psicológica se sienten atemorizados o asustados	1	2	3	4
11	Los pacientes con angustia psicológica tienen temor de perder el control	1	2	3	4
12	Los pacientes con angustia psicológica le temen a morir	1	2	3	4
Indicador 3: Desequilibrio emocional					
13	Los pacientes con angustia psicológica se ponen nerviosos	1	2	3	4
14	A los pacientes con angustia psicológica les suele temblar las piernas	1	2	3	4
15	Los pacientes con angustia psicológica se sienten mareados o que se les va la cabeza	1	2	3	4
Indicador 4: Desequilibrio homeostático					
16	A los pacientes con angustia psicológica les tiembla las manos	1	2	3	4
17	A los pacientes con angustia psicológica les da latidos del corazón, fuerte y acelerados	1	2	3	4
18	En los pacientes con angustia psicológica se presentan problemas digestivos	1	2	3	4
DIMENSIÓN AUTÓNOMO					
Indicador 1: Indicadores psicofisiológicos					
19	Los pacientes con angustia psicológica se sienten acalorados	1	2	3	4
20	Los pacientes con angustia psicológica presentan sudoración (no debido al calor)	1	2	3	4
21	Los pacientes con angustia psicológica sienten sensación de ahogo	1	2	3	4
22	Los pacientes con angustia psicológica se suelen desvanecer	1	2	3	4

Anexo 04: Validación y confiabilidad de instrumentos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Lic. Juliana Elizabeth Serquén Quispe.

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS COMO JUEZ EXPERTO

Reciba un cordial saludo, es muy grato dirigirme a usted para expresarle mi consideración, asimismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante / egresado del Programa de Maestría en Psicología Clínica, en la escuela de Posgrado de la Universidad Señor de Sipán, requiero validar mis instrumentos, con la finalidad de recoger la información necesaria para poder desarrollar mi investigación.

El título de mi investigación es " PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO" y siendo imprescindible contar con la aprobación de profesionales especializados para poder aplicar los instrumentos, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas relacionados al estudio.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene: Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole mi respeto y consideración, agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

MIMP - PROGRAMA NACIONAL AURORA
CEM - COMISARIA FAMILIA - CHICLAYO

Lic. Ps. Juliana Elizabeth Serquen Quispe
C.Ps.P 30911

DNI N° 45568047

INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS

Instrumento: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) dirigida a pacientes y personal asistencial

Experto 1: Javier Niño Alcántara

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) dirigido a los pacientes con angustia psicológica

1. NOMBRE DEL JUEZ		Javier Niño Alcántara
2.	PROFESIÓN	Psicólogo
	ESPECIALIDAD	clínica
	GRADO ACADEMICO	Doctor
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	15 años
	CARGO	Responsable De La Unidad De Adicciones Del CESMC-CH
Título de la investigación: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO”		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Juliana Elizabeth Serquén Quispe
	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
3.2		
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1. Entrevista () 2. Cuestionario (X) 3. Lista de cotejo () 4. Diario de campo ()
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		GENERAL: Sistematizar el proceso cognitivo conductual, teniendo en cuenta los aspectos con estrecha relación al bienestar físico, psíquico y social en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo.

	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión Subjetivo en los pacientes de un Centro de Salud de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Neuropsicológica en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Pánico en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Autónomo, en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo.
--	---

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” si está en DESACUERDO, SI ESTA EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.

DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
DIMENSIÓN SUBJETIVO	
1	No puedo relajarme Escala de medición: Likert A (X) D () SUGERENCIAS:
2	Suelo tener sensación de bloqueo Escala de medición: Likert A (X) D () SUGERENCIAS:
3	Suelo sentir temor a que ocurra lo peor Escala de medición: Likert A (X) D () SUGERENCIAS:
4	Siento inestabilidad emocional Escala de medición: Likert A (X) D () SUGERENCIAS:
5	Suelo sentir inquietud o inseguridad Escala de medición: Likert A (X) D () SUGERENCIAS:

DIMENSIÓN NEUROPSICOLÓGICO		
6	Suelo sentirme torpe o entumecido Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
7	Suele temblarme las manos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
8	Suelo ponerme con rubor facial Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN PÁNICO		
9	Suelo tener miedo Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
10	Suelo sentirme atemorizado o asustado Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
11	Me causa temor perder el control Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
12	Suelo temer a morir Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
13	Me pongo nervioso Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
14	Me suele temblar las piernas Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
15	Suelo sentirme mareado o que se me va la cabeza Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
16	Me suele temblar las manos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:

17	Me suele dar latidos del corazón, fuerte y acelerados Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
18	Se presentan problemas digestivos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN AUTÓNOMO		
19	Suelo sentirme acalorado Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
20	Sudoración (no debido al calor) Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
21	Suelo sentir sensación de ahogo Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
22	Me suelo desvanecer Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
PROMEDIO OBTENIDO		A (X) D ()
COMENTARIOS GENERALES: El instrumento se ajusta para ser aplicado a la población de estudio.		
OBSERVACIONES:		



Dr. Niño Alcántara, Javier

C.Ps.P. N° 11997

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) dirigida a personal asistencial

5. NOMBRE DEL JUEZ		Javier Niño Alcántara
6.	PROFESIÓN	Psicólogo
	ESPECIALIDAD	clínica
	GRADO ACADEMICO	Doctor
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	15 años
	CARGO	Responsable De La Unidad De Adicciones Del CESMC-CH
Título de la investigación: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO”		
7. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Juliana Elizabeth Serquén Quispe
	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
3.2		
8. INSTRUMENTO EVALUADO		6. Entrevista () 7. Cuestionario (X) 8. Lista de cotejo () 9. Diario de campo ()
10. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		GENERAL: Sistematizar el proceso cognitivo conductual, teniendo en cuenta los aspectos con estrecha relación al bienestar físico, psíquico y social en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo.

	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión Subjetivo, en los pacientes de un Centro de Salud de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Neuropsicológica, en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Pánico, en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Autónomo, en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo.
--	--

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” si está en DESACUERDO, SI ESTA EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.

N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
DIMENSIÓN SUBJETIVO		
1	Los pacientes con angustia psicológica sienten que no pueden relajarse Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
2	Los pacientes con angustia psicológica suelen tener sensación de bloqueo	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
3	Los pacientes con angustia psicológica sienten temor a que ocurra lo peor Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
4	Los pacientes con angustia psicológica sienten inestabilidad emocional Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
5	Los pacientes con angustia psicológica sienten inquietud o inseguridad Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN NEUROPSICOLÓGICO		
6	Los pacientes con angustia psicológica suelen sentirse torpes o entumecidos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
7	A los pacientes con angustia psicológica les suele temblar las manos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
8	Los pacientes con angustia psicológica suelen ponerse con rubor facial	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
DIMENSIÓN PÁNICO		
9	Los pacientes con angustia psicológica suelen tener miedo Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
10	Los pacientes con angustia psicológica se sienten atemorizados o asustados Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
11	Los pacientes con angustia psicológica tienen temor de perder el control Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
12	Los pacientes con angustia psicológica le temen a morir Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
13	Los pacientes con angustia psicológica se ponen nerviosos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
14	A los pacientes con angustia psicológica les suele temblar las piernas	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
15	Los pacientes con angustia psicológica se sienten mareados o que se les va la cabeza Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
16	A los pacientes con angustia psicológica les tiembla las manos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
17	A los pacientes con angustia psicológica les da latidos del corazón, fuerte y acelerados Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
18	En los pacientes con angustia psicológica se presentan problemas digestivos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN AUTÓNOMO		
19	Los pacientes con angustia psicológica se sienten acalorados Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
20	Los pacientes con angustia psicológica presentan sudoración (no debido al calor)	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
21	Los pacientes con angustia psicológica sienten sensación de ahogo Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
22	Los pacientes con angustia psicológica se suelen desvanecer Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
PROMEDIO OBTENIDO		A (X) D ()
COMENTARIOS GENERALES: El instrumento se ajusta para ser aplicado a la población de estudio.		
OBSERVACIONES:		



Dr. Niño Alcántara, Javier
C.Ps.P. N° 11997

Instrumento: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) dirigida a los pacientes y personal asistencial

Experto 2: Javier Montaña Santacruz

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) dirigido a los pacientes con angustia psicológica

9. NOMBRE DEL JUEZ		Javier Montaña Santacruz
10.	PROFESIÓN	Psicólogo
	ESPECIALIDAD	Psicología clínica y social
	GRADO ACADEMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	13 años
	CARGO	Psicólogo
Título de la investigación: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO”		
11. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Juliana Elizabeth Serquén Quispe
	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
3.2		
12. INSTRUMENTO EVALUADO		11. Entrevista () 12. Cuestionario (X) 13. Lista de cotejo () 14. Diario de campo ()
15. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		GENERAL: Sistematizar el proceso cognitivo conductual, teniendo en cuenta los aspectos con estrecha relación al bienestar físico, psíquico y social en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo.

	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión Subjetivo en los pacientes de un Centro de Salud de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Neuropsicológica en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Pánico en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Autónomo, en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo.
--	---

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” si está en DESACUERDO, SI ESTA EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.

N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
DIMENSIÓN SUBJETIVO		
1	No puedo relajarme Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
2	Suelo tener sensación de bloqueo Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
3	Suelo sentir temor a que ocurra lo peor Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:

4	Siento inestabilidad emocional Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
5	Suelo sentir inquietud o inseguridad Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN NEUROPSICOLÓGICO		
6	Suelo sentirme torpe o entumecido Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
7	Suele temblarme las manos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
8	Suelo ponerme con rubor facial Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN PÁNICO		
9	Suelo tener miedo Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
10	Suelo sentirme atemorizado o asustado Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
11	Me causa temor perder el control Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
12	Suelo temer a morir	A (X) D ()

	Escala de medición: Likert	SUGERENCIAS:
13	Me pongo nervioso Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
14	Me suele temblar las piernas Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
15	Suelo sentirme mareado o que se me va la cabeza Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
16	Me suele temblar las manos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
17	Me suele dar latidos del corazón, fuerte y acelerados Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
18	Se presentan problemas digestivos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN AUTÓNOMO		
19	Suelo sentirme acalorado Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
20	Sudoración (no debido al calor)	A (X) D ()

	Escala de medición: Likert	SUGERENCIAS:
21	Suelo sentir sensación de ahogo Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
22	Me suelo desvanecer Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
PROMEDIO OBTENIDO		A (X) D ()
COMENTARIOS GENERALES: El instrumento se ajusta para ser aplicado a la población de estudio.		
OBSERVACIONES:		



 Javier Montaña Santacruz
 PSICÓLOGO
 C/Ps P 14379

Mg. Montaña Santacruz, Javier
C.Ps.P. N° 14379

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) dirigida a personal asistencial

13. NOMBRE DEL JUEZ		Javier Montaña Santacruz
14.	PROFESIÓN	Psicólogo
	ESPECIALIDAD	Psicología clínica y social
	GRADO ACADEMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	13 años
	CARGO	Psicólogo
Título de la investigación: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO”		
15. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Juliana Elizabeth Serquén Quispe
	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
3.2		
16. INSTRUMENTO EVALUADO		16. Entrevista () 17. Cuestionario (X) 18. Lista de cotejo () 19. Diario de campo ()
20. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		GENERAL: Sistematizar el proceso cognitivo conductual, teniendo en cuenta los aspectos con estrecha relación al bienestar físico, psíquico y social en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo.

	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión Subjetivo, en los pacientes de un Centro de Salud de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Neuropsicológica, en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Pánico, en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Autónomo, en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo.
--	--

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” si está en DESACUERDO, SI ESTA EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.

N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
DIMENSIÓN SUBJETIVO		
1	Los pacientes con angustia psicológica sienten que no pueden relajarse Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
2	Los pacientes con angustia psicológica suelen tener sensación de bloqueo	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
3	Los pacientes con angustia psicológica sienten temor a que ocurra lo peor Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
4	Los pacientes con angustia psicológica sienten inestabilidad emocional Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
5	Los pacientes con angustia psicológica sienten inquietud o inseguridad Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN NEUROPSICOLÓGICO		
6	Los pacientes con angustia psicológica suelen sentirse torpes o entumecidos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
7	A los pacientes con angustia psicológica les suele temblar las manos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
8	Los pacientes con angustia psicológica suelen ponerse con rubor facial	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
DIMENSIÓN PÁNICO		
9	Los pacientes con angustia psicológica suelen tener miedo Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
10	Los pacientes con angustia psicológica se sienten atemorizados o asustados Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
11	Los pacientes con angustia psicológica tienen temor de perder el control Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
12	Los pacientes con angustia psicológica le temen a morir Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
13	Los pacientes con angustia psicológica se ponen nerviosos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
14	A los pacientes con angustia psicológica les suele temblar las piernas	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
15	Los pacientes con angustia psicológica se sienten mareados o que se les va la cabeza Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
16	A los pacientes con angustia psicológica les tiembla las manos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
17	A los pacientes con angustia psicológica les da latidos del corazón, fuerte y acelerados Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
18	En los pacientes con angustia psicológica se presentan problemas digestivos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN AUTÓNOMO		
19	Los pacientes con angustia psicológica se sienten acalorados Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
20	Los pacientes con angustia psicológica presentan sudoración (no debido al calor) Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
21	Los pacientes con angustia psicológica sienten sensación de ahogo	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
22	Los pacientes con angustia psicológica se suelen desvanecer Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
PROMEDIO OBTENIDO		A (X) D ()
COMENTARIOS GENERALES: El instrumento se ajusta para ser aplicado a la población de estudio.		
OBSERVACIONES:		



 Javier Montaña Santacruz
 PSICÓLOGO
 C/ Ps P 14379

 Mg. Montaña Santacruz, Javier
 C.Ps.P. N° 14379

Instrumento: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) dirigida a pacientes y personal asistencial

Experto3: Luis Miguel Quiroga Juárez

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) dirigido a los pacientes con angustia psicológica

17. NOMBRE DEL JUEZ		Luis Miguel Quiroga Juárez
18.	PROFESIÓN	Psicólogo
	ESPECIALIDAD	Clínica- Educativo
	GRADO ACADEMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	06 años
	CARGO	Psicólogo del C.S Pomalca
Título de la investigación: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO”		
19. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Juliana Elizabeth Serquén Quispe
	3.2	
	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
20. INSTRUMENTO EVALUADO		21. Entrevista () 22. Cuestionario (X) 23. Lista de cotejo () 24. Diario de campo ()
25. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		GENERAL: Sistematizar el proceso cognitivo conductual, teniendo en cuenta los aspectos con estrecha relación al bienestar

		físico, psíquico y social en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo.
		<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión Subjetivo en los pacientes de un Centro de Salud de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Neuropsicológica en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Pánico en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Autónomo, en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo.
<p>A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” si está en DESACUERDO, SI ESTA EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.</p>		
N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
DIMENSIÓN SUBJETIVO		
1	No puedo relajarme Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
2	Suelo tener sensación de bloqueo Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
3	Suelo sentir temor a que ocurra lo peor Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
4	Siento inestabilidad emocional Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
5	Suelo sentir inquietud o inseguridad	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
DIMENSIÓN NEUROPSICOLÓGICO		
6	Suelo sentirme torpe o entumecido Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
7	Suele temblarme las manos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
8	Suelo ponerme con rubor facial Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN PÁNICO		
9	Suelo tener miedo Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
10	Suelo sentirme atemorizado o asustado Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
11	Me causa temor perder el control Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
12	Suelo temer a morir Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
13	Me pongo nervioso Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
14	Me suele temblar las piernas Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
15	Suelo sentirme mareado o que se me va la cabeza Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
16	Me suele temblar las manos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:

17	Me suele dar latidos del corazón, fuerte y acelerados Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
18	Se presentan problemas digestivos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN AUTÓNOMO		
19	Suelo sentirme acalorado Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
20	Sudoración (no debido al calor) Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
21	Suelo sentir sensación de ahogo Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
22	Me suelo desvanecer Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
PROMEDIO OBTENIDO		A (X) D ()
COMENTARIOS GENERALES: El instrumento se ajusta para ser aplicado a la población de estudio.		
OBSERVACIONES:		


 Mag. Luis Miguel Quiroga Juarez
 PSICÓLOGO.
 C.P.s.P. 30096
 Mag. Quiroga Juarez Luis Miguel
 C.P.s.P. 30096

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) dirigida a personal asistencial

21. NOMBRE DEL JUEZ		Luis Miguel Quiroga Juárez
22.	PROFESIÓN	Psicólogo
	ESPECIALIDAD	Clínico-Educativo
	GRADO ACADEMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	06 años
	CARGO	Psicólogo del C.S Pomalca
Título de la investigación: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO”		
23. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Juliana Elizabeth Serquén Quispe
	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
3.2		
24. INSTRUMENTO EVALUADO		26. Entrevista () 27. Cuestionario (X) 28. Lista de cotejo () 29. Diario de campo ()
30. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		GENERAL: Sistematizar el proceso cognitivo conductual, teniendo en cuenta los aspectos con estrecha relación al bienestar físico, psíquico y social en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo.

	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión Subjetivo, en los pacientes de un Centro de Salud de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Neuropsicológica, en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Pánico, en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Autónomo, en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo.
--	--

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” si está en DESACUERDO, SI ESTA EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.

N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
DIMENSIÓN SUBJETIVO		
1	Los pacientes con angustia psicológica sienten que no pueden relajarse Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
2	Los pacientes con angustia psicológica suelen tener sensación de bloqueo	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
3	Los pacientes con angustia psicológica sienten temor a que ocurra lo peor Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
4	Los pacientes con angustia psicológica sienten inestabilidad emocional Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
5	Los pacientes con angustia psicológica sienten inquietud o inseguridad Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN NEUROPSICOLÓGICO		
6	Los pacientes con angustia psicológica suelen sentirse torpes o entumecidos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
7	A los pacientes con angustia psicológica les suele temblar las manos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
8	Los pacientes con angustia psicológica suelen ponerse con rubor facial	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
DIMENSIÓN PÁNICO		
9	Los pacientes con angustia psicológica suelen tener miedo Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
10	Los pacientes con angustia psicológica se sienten atemorizados o asustados Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
11	Los pacientes con angustia psicológica tienen temor de perder el control Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
12	Los pacientes con angustia psicológica le temen a morir Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
13	Los pacientes con angustia psicológica se ponen nerviosos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
14	A los pacientes con angustia psicológica les suele temblar las piernas	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
15	Los pacientes con angustia psicológica se sienten mareados o que se les va la cabeza Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
16	A los pacientes con angustia psicológica les tiembla las manos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
17	A los pacientes con angustia psicológica les da latidos del corazón, fuerte y acelerados Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
18	En los pacientes con angustia psicológica se presentan problemas digestivos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN AUTÓNOMO		
19	Los pacientes con angustia psicológica se sienten acalorados Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
20	Los pacientes con angustia psicológica presentan sudoración (no debido al calor)	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
21	Los pacientes con angustia psicológica sienten sensación de ahogo Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
22	Los pacientes con angustia psicológica se suelen desvanecer Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
PROMEDIO OBTENIDO		A (X) D ()
COMENTARIOS GENERALES: El instrumento se ajusta para ser aplicado a la población de estudio.		
OBSERVACIONES:		


 Mag. Luis Miguel Quiroga Juárez
 PSICÓLOGO.
 C.P.s.P. 30096
 Mag. Quiroga Juárez Luis Miguel
 C.P.s.P. 30096

Instrumento: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) dirigida a pacientes y personal asistencial

Experto 4: Hilda Tathiana Gonzáles Montenegro

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) dirigido a los pacientes con angustia psicológica

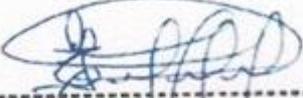
25. NOMBRE DEL JUEZ		Hilda Tathiana
26.	PROFESIÓN	Psicóloga
	ESPECIALIDAD	Educativa
	GRADO ACADEMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	06 años
	CARGO	Psicóloga del I.E Beata Imelda
Título de la investigación: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO”		
27. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Juliana Elizabeth Serquén Quispe
	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
3.2		
28. INSTRUMENTO EVALUADO		31. Entrevista () 32. Cuestionario (X) 33. Lista de cotejo () 34. Diario de campo ()

<p>35. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO</p>	<p>GENERAL: Sistematizar el proceso cognitivo conductual, teniendo en cuenta los aspectos con estrecha relación al bienestar físico, psíquico y social en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión Subjetivo en los pacientes de un Centro de Salud de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Neuropsicológica en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Pánico en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Autónomo, en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo.
<p>A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” si está en DESACUERDO, SI ESTA EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.</p>	
<p>N</p>	<p>DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO</p>

DIMENSIÓN SUBJETIVO		
1	No puedo relajarme Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
2	Suelo tener sensación de bloqueo Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
3	Suelo sentir temor a que ocurra lo peor Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
4	Siento inestabilidad emocional Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
5	Suelo sentir inquietud o inseguridad Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN NEUROPSICOLÓGICO		
6	Suelo sentirme torpe o entumecido Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
7	Suele temblarme las manos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
8	Suelo ponerme con rubor facial Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN PÁNICO		
9	Suelo tener miedo	A (X) D ()

	Escala de medición: Likert	SUGERENCIAS:
10	Suelo sentirme atemorizado o asustado Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
11	Me causa temor perder el control Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
12	Suelo temer a morir Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
13	Me pongo nervioso Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
14	Me suele temblar las piernas Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
15	Suelo sentirme mareado o que se me va la cabeza Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
16	Me suele temblar las manos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
17	Me suele dar latidos del corazón, fuerte y acelerados Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
18	Se presentan problemas digestivos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:

DIMENSIÓN AUTÓNOMO		
19	Suelo sentirme acalorado Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
20	Sudoración (no debido al calor) Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
21	Suelo sentir sensación de ahogo Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
22	Me suelo desvanecer Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
PROMEDIO OBTENIDO		A (X) D ()
COMENTARIOS GENERALES: El instrumento se ajusta para ser aplicado a la población de estudio.		
OBSERVACIONES:		



 Mag. Hilda Tathiana González Montenegro
PSICÓLOGA
 C.P.s.P 30095

 Mag. González Montenegro Hilda Tathiana
 C.Ps.P. 30095

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) dirigida a personal asistencial

29. NOMBRE DEL JUEZ		Hilda Tathiana Gonzales Montenegro
30.	PROFESIÓN	Psicóloga
	ESPECIALIDAD	Educativa
	GRADO ACADEMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	06 años
	CARGO	Psicóloga de la I.E Beata Imelda.
Título de la investigación: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO”		
31. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Juliana Elizabeth Serquén Quispe
	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
3.2		
32. INSTRUMENTO EVALUADO		36. Entrevista () 37. Cuestionario (X) 38. Lista de cotejo () 39. Diario de campo ()
40. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		GENERAL: Sistematizar el proceso cognitivo conductual, teniendo en cuenta los aspectos con estrecha relación al bienestar físico, psíquico y social en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo.

	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión Subjetivo, en los pacientes de un Centro de Salud de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Neuropsicológica, en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Pánico, en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión Autónomo, en los pacientes del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo.
--	--

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” si está en DESACUERDO, SI ESTA EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.

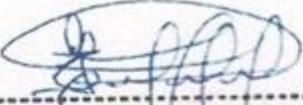
N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
DIMENSIÓN SUBJETIVO		
1	Los pacientes con angustia psicológica sienten que no pueden relajarse Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
2	Los pacientes con angustia psicológica suelen tener sensación de bloqueo	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
3	Los pacientes con angustia psicológica sienten temor a que ocurra lo peor Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
4	Los pacientes con angustia psicológica sienten inestabilidad emocional Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
5	Los pacientes con angustia psicológica sienten inquietud o inseguridad Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN NEUROPSICOLÓGICO		
6	Los pacientes con angustia psicológica suelen sentirse torpes o entumecidos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
7	A los pacientes con angustia psicológica les suele temblar las manos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
8	Los pacientes con angustia psicológica suelen ponerse con rubor facial	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
DIMENSIÓN PÁNICO		
9	Los pacientes con angustia psicológica suelen tener miedo Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
10	Los pacientes con angustia psicológica se sienten atemorizados o asustados Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
11	Los pacientes con angustia psicológica tienen temor de perder el control Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
12	Los pacientes con angustia psicológica le temen a morir Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
13	Los pacientes con angustia psicológica se ponen nerviosos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
14	A los pacientes con angustia psicológica les suele temblar las piernas	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
15	Los pacientes con angustia psicológica se sienten mareados o que se les va la cabeza Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
16	A los pacientes con angustia psicológica les tiembla las manos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
17	A los pacientes con angustia psicológica les da latidos del corazón, fuerte y acelerados Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
18	En los pacientes con angustia psicológica se presentan problemas digestivos Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
DIMENSIÓN AUTÓNOMO		
19	Los pacientes con angustia psicológica se sienten acalorados Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
20	Los pacientes con angustia psicológica presentan sudoración (no debido al calor)	A (X) D () SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
21	Los pacientes con angustia psicológica sienten sensación de ahogo Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
22	Los pacientes con angustia psicológica se suelen desvanecer Escala de medición: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
PROMEDIO OBTENIDO		A (X) D ()
COMENTARIOS GENERALES: El instrumento se ajusta para ser aplicado a la población de estudio.		
OBSERVACIONES:		



 Mag. Hilda Tathiana Gonzales Montenegro
 PSICÓLOGA
 C.P.s.P 30095

 Mag. Gonzales Montenegro Hilda Tathiana
 C.Ps.P. 30095

Anexo 05: Oficio de autorización

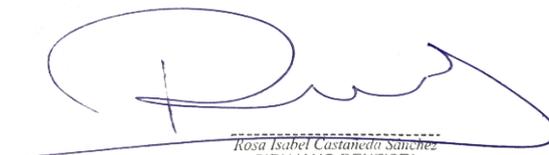


Institución: Centro Médico “Salud Vida”

Investigadora: Juliana Elizabeth Serquén Quispe

Título: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO”.

Yo, **ROSA ISABEL CASTAÑEDA SANCHEZ**, identificada con DNI N° **47995856** , directora del Centro Médico “Salud Vida” de Chiclayo, AUTORIZO a la Lic. Juliana Elizabeth Serquén Quispe, Licenciada en psicología, para que proceda con la aplicación de encuestas y/o instrumentos a los pacientes y Centro Médico que accedan voluntariamente a formar parte de la investigación: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO”



Rosa Isabel Castañeda Sanchez
CIRUJANO DENTISTA
COP: 42819

Chiclayo, Junio del 2022

ANEXO 06: Evidencias de la aplicación de investigación





ANEXO 7 APROBACIÓN DEL INFORME DE TESIS



ACTA DE APROBACIÓN DEL INFORME DE TESIS

El DOCENTE Dr. Juan Carlos Callejas Torres del curso de Seminario de Tesis II, asimismo la ASESORA ESPECIALISTA Mg. Karina Paola Carmona Brenis

APRUEBAN:

La Tesis: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO”

Presentado por: Bach. Juliana Elizabeth Serquen Quispe de la Maestría en Psicología Clínica.

Chiclayo, 06 de NOVIEMBRE del 2023



Dr. Juan Carlos Callejas Torres
Orcid 0000-0001-8919-1322
Renacyt P0098518
Scopus Author ID 57222188256

Dr. Juan Carlos Callejas Torres

Docente de Curso



Mg. Carmona Brenis Karina Paola

Asesor Especialista

	ACTA DE SEGUNDO CONTROL DE REVISIÓN DE SIMILITUD DE LA INVESTIGACIÓN	Código:	FS.PP2-PR.02
		Versión:	02
		Fecha:	18/04/2024
		Hoja:	1 de 1

Yo, **Nila García Clavo, Jefe de Unidad de Investigación de Posgrado**, he realizado el segundo control de originalidad de la investigación, el mismo que está dentro de los porcentajes establecidos para el nivel de Posgrado según la Directiva de similitud vigente en USS; además certifico que la versión que hace entrega es la versión final del informe titulado: **PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LA ANGUSTIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO** elaborado por el (los) estudiante(s) **SERQUEN QUISPE JULIANA ELIZABETH**.

Se deja constancia que la investigación antes indicada tiene un índice de similitud del **18%**, verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el software de similitud TURNITIN.

Por lo que se concluye que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con lo establecido en la Directiva sobre índice de similitud de los productos académicos y de investigación vigente.

Pimentel, 06 de junio de 2024.



Dra. Nila García Clavo
Jefe de Unidad de Investigación
Posgrado
DNI N° 43815291