



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y
COMPROMISO PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN
EN PACIENTES AFECTADOS POR LA PANDEMIA
DEL COVID-19**

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

Autor:

Bach. Merino Guevara Esther Jesarela
<https://orcid.org/0000-0002-8345-4889>

Asesora:

Dra. Guerrero Carranza Virginia Rosemary
<https://orcid.org/0000-0002-4560-6378>

Línea de Investigación:

Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana

Pimentel – Perú

Año 2021



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y
COMPROMISO PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN
PACIENTES AFECTADOS POR LA PANDEMIA DEL COVID-19**

AUTORA :

Bach. Esther Jesarela Merino Guevara

PIMENTEL – PERÚ

2021

**ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA
DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES AFECTADOS POR LA
PANDEMIA DEL COVID-19**

APROBACIÓN DE LA TESIS

Dr. Callejas Torres Juan Carlos
Presidente del jurado de tesis

Mg. Pérez Martinto Pedro Carlos
Secretaria del jurado de tesis

Dra. Guerrero Carranza Virginia Rosemary
Vocal del jurado de tesis

Dedicatorias

A Dios por concederme vida y salud para continuar con mi crecimiento profesional.

A mi familia, entre ellos mis padres y hermanos quienes nunca dejan de apoyarme y alentarme para que siga cumpliendo cada meta trazada.

Finalmente, a aquella persona especial en mi vida que ha sabido comprenderme, tolerarme y alentarme en días intensos de trabajo.

Agradecimientos

A mi asesor metodológico el Dr. Juan Carlos Callejas Torres por su paciencia y dedicación en sus lecciones y aportes en el desarrollo de la investigación.

Al jefe del establecimiento de salud “José Abelardo Quiñones” por darme la facilidad y el ambiente adecuado para la ejecución de mi investigación.

A mis pacientes por su amable colaboración en esta investigación.

Finamente mi agradecimiento a los docentes que han compartido sus amplios conocimientos en toda esta trayectoria académica y que han aportado en mi crecimiento y desarrollo profesional.

RESUMEN

La presente investigación, tuvo como objetivo general, elaborar una estrategia Terapéutica de Aceptación y Compromiso para disminuir la depresión en pacientes de 18 a 70 años afectados por la pandemia del COVID- 19 de un establecimiento de salud de Piura. El tipo de investigación es aplicada y mixta. El muestreo fue no probabilístico e intencional, teniendo a 50 participantes de ambos sexos, entre edades de 18 a 70 años. Para la recolección de los datos, se utilizó el inventario de depresión de Beck, en el cual se determinó su validez y confiabilidad. Para la validez del instrumento, se empleó la validez de constructo denominada correlación ítem test y la consistencia interna se obtuvo mediante el estadístico alfa de cronbach para variables de tipo ordinal y respuesta likert, así mismo se obtuvo también validez por juicio de expertos. Los principales resultados mostraron que existe mayor porcentaje en los niveles moderado y grave de la depresión, es decir los pacientes presentan síntomas como: tristeza, llanto, pensamientos negativos de sí mismo y del futuro, sentimiento de culpa, irritabilidad, pesimismo, indecisión, ideas de fracaso, dificultades para conciliar el sueño y pérdida de apetito. Por ello, se realizó la mencionada estrategia con la finalidad de disminuir los síntomas depresivos en dicha población. Se aplicó luego parcialmente la propuesta consiguiendo obtener ligeros pero significativos cambios en los niveles de depresión de los pacientes.

Palabras Clave: Estrategia, Terapia de Aceptación y Compromiso, Depresión

ABSTRACT

The general objective of this research was to develop a Therapeutic Acceptance and Commitment strategy to reduce depression in patients aged 18 to 70 years affected by the COVID-19 pandemic at a health facility in Piura. The type of research is applied and mixed. The sampling was non-probabilistic and intentional, with 50 participants of both sexes, between the ages of 18 to 70 years. For data collection, the Beck depression inventory was used, in which its validity and reliability were determined. For the validity of the instrument, the construct validity called item test correlation was used and the internal consistency was obtained by means of the Cronbach's alpha statistic for ordinal type variables and Likert response, likewise validity was also obtained by expert judgment. The main results showed that there is a higher percentage in moderate and severe levels of depression, that is, patients present symptoms such as: sadness, crying, negative thoughts about themselves and the future, feelings of guilt, irritability, pessimism, indecision, ideas failure, difficulty falling asleep, and loss of appetite. Therefore, the aforementioned strategy was carried out in order to reduce depressive symptoms in this population. The proposal was then partially applied, obtaining slight but significant changes in the depression levels of the patients.

Keywords: Strategy, Acceptance and Commitment Therapy, depression

ÍNDICE

Carátula	i
Aprobación del jurado.....	iii
Dedicatorias.....	iv
Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vi
Abstrac	vii
Índice.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1 Realidad Problemática.....	11
1.2 Trabajos previos.....	15
1.3 Teorías relacionadas al tema.....	18
1.4 Marco Conceptual.....	43
1.5 Formulación del Problema.....	45
1.6 Justificación e importancia del estudio.....	45
1.7 Hipótesis.....	46
1.8 Objetivos.....	47
1.8.1 Objetivos General.....	47
1.8.2 Objetivos Específicos.....	47
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	48
2.1 Tipo y Diseño de Investigación.....	48

2.2 Población y muestra.....	48
2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	49
2.4 Procedimientos de análisis de datos.....	52
2.5 Criterios éticos.....	52
2.6 Criterios de Rigor científico.....	52
III. RESULTADOS.....	53
3.1. Resultados en Tablas y Figuras.....	53
3.2. Discusión de resultados.....	55
3.3 Aporte práctico.....	56
3.4 Valoración y corroboración de los resultados.....	106
3.4.1 Valoración de los resultados.....	106
3.4.2 Ejemplificación de la aplicación del aporte práctico.....	107
3.4.3 Corroboración estadística de las transformaciones logradas.....	108
IV. CONCLUSIONES.....	109
V. RECOMENDACIONES.....	110
VI. REFERENCIAS.....	111
ANEXOS	
Anexo 01: Matriz de consistencia.....	118
Anexo 02: Operacionalización de las variables.....	121
Anexo 03: Instrumentos.....	126
Anexo 04: Validación del instrumento.....	132
Anexo 05: Validación del aporte práctico de la investigación.....	168
Anexo 06: Consentimiento informado.....	177

Anexo 07: Aprobación del proyecto.....	178
--	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1: Hexaflex de la ACT: Inflexibilidad Psicológica.....</i>	<i>35</i>
<i>Figura 2: Hexaflex de la ACT: Flexibilidad Psicológica.....</i>	<i>37</i>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: <i>Resumen de la evolución de la Terapia de Aceptación y Compromiso</i>	<i>38</i>
Tabla 2: Juicio de expertos.....	50
Tabla 3: Validación por correlación ítem-test del instrumento.....	51
Tabla 4: Consistencia interna del instrumento psicométrico.....	51
Tabla 5: Nivel de depresión de los pacientes.....	53
Tabla 6: Dimensiones de la depresión.....	54
Tabla 7: Calificación de los jueces sobre el aporte práctico.....	107
Tabla 8: Resultados del pre y postest en la aplicación de la primera etapa de la fase 1.....	108

I. INTRODUCCIÓN

1.1 REALIDAD PROBLEMÁTICA:

La depresión como uno de los trastornos afectivos más comunes y frecuentes en la población mundial hoy en día, ha acompañado a la humanidad por siglos a lo largo de la historia. Sabemos de antemano que este no es un trastorno nuevo, ejemplo de ello son los innumerables estudios realizados por diferentes profesionales de la salud en distintas disciplinas, no obstante a pesar de los diversos estudios e investigaciones, así como el planteamiento de diversos tratamientos y estrategias eficaces para la solución y/o disminución de este problema, siguen siendo insuficientes y esto se proyecta en el ascendente número de personas que padecen esta enfermedad mental alrededor del mundo, que según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas padecen de depresión, que es la principal causa de discapacidad mundial. Además de hacer una contribución significativa a la carga general de morbilidad mundial. Es importante conocer que en casos graves, la depresión puede llevar al suicidio.

A pesar de que existen tratamientos y estrategias terapéuticas que muestran ser eficaces para tratar la depresión, se evidencia que más de la mitad de la población que padece este trastorno alrededor del mundo e incluso más del 90% en algunos países no reciben ningún tratamiento, siendo algunos de las barreras la escases de recursos económicos, la ausencia de personal de salud capacitado y comprometido con la labor y la visión negativa y prejuiciosa que se tiene de los trastornos mentales, así como de ir a una consulta psicológica y/o psiquiátrica, además de una mala praxis en la evaluación clínica. (OMS, 2020).

Este problema de salud mental ha sido uno de los que mayor impacto ha tenido en la población durante esta pandemia del COVID-19, cumpliéndose lo pronosticado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el pasado 14 de mayo del presente año acerca de un incremento en un plazo largo del número y cronicidad de los problemas de salud mental debido al sufrimiento de millones de personas, además de los costes económicos y sociales a lo largo del tiempo para la población.

Diversos hallazgos en relación a esto, muestran el impacto de la pandemia en la salud mental de la población en general y del personal de salud, así como también la urgente necesidad de tomar medidas y estrategias que protejan el estado físico y emocional de los individuos.

Los descubrimientos de estudios a nivel poblacional en ciudades que vivieron la pandemia por COVID – 19, sobre todo en China, muestran que entre el 29.3% y el 53.8% de la población sufre un impacto psicológico moderado a severo, entre el 16.5% y el 29.9% sufre de síntomas depresivos moderados a severos; y los grupos de edad más afectados fueron los de 18-30 años y los mayores de 60 años (Lozano, 2020).

Además de ello el Portal virtual de noticias EuropaPress en el 2020 refirió que la entrada en vigor del estado de alarma en España con motivo de la crisis del coronavirus hizo aumentar las consultas psicológicas online un 200%, siendo uno de los motivos principales de la consulta síntomas depresivos.

Así mismo, según el Documento Técnico del Plan de Salud Mental (En el contexto COVID-19) presentado en el 2020, señala que en Brasil se encontró que el tener un ingreso económico mínimo, el no ser un trabajador de salud, estar más expuesto a la información acerca de los estragos de la pandemia del COVI-19 como número de muertes e infectados y formar parte de grupos vulnerables son factores que aumentan el daño a la salud mental. Es así que se percibió niveles significativamente más altos de estrés, ansiedad y depresión en grupos de estudiantes universitarios.

Por otra parte en el Perú, según la encuesta de IPSOS del último 22 de Abril, el 52% de los peruanos enfrentan en sus hogares problemas emocionales, de estrés y depresión durante la cuarentena. (Trujillano, 2020).

Nuevamente el Documento Técnico del Plan de Salud Mental, presentado en el 2020 señala una investigación preliminar de una encuesta que se le hizo a la población acerca de su salud mental durante la pandemia del COVID -19 y el toque de queda. En esta investigación participaron 58349 sujetos y se encontró que un 28.5% de todas las personas encuestadas manifestaron síntomas asociados a un cuadro clínico de depresión. De este grupo el 41% de los sujetos que habían sido encuestados manifestaron síntomas de depresión moderad a severa y un 12.8% manifestó ideaciones suicidas. Siendo el 30.8% una población femenina las que manifestaron síntomas depresivos y el 23.4% fue

de hombres, además se halló que las personas entre los 18 a 24 años fueron los más afectados.

Según el Ministerio de salud (2020) que implemento apoyo psicosocial a través de la línea telefónica 113, opción 5, pudo registrar 24802 llamadas, durante el periodo del 8 de abril al 14 de mayo del 2020, siendo el 12.68% de las llamadas por síntomas ansiosos y depresivos, además fue el grupo etario mujeres de 26-59 años, quienes realizaron el mayor número de llamadas por estrés, síntomas ansiosos y/o depresivos, según las fuentes del aplicativo de INFOSALUD del Ministerio de Salud.

Por otro lado, según RPP NOTICIAS, el 7 de julio del presente año 2020 en una de sus notas de su página web, dio a conocer un amplio informe del Instituto de Análisis y Comunicación de la Universidad Privada Norte (UPN), compartido por Luis Olavarría Castaman, coordinador de la carrera de Psicología, quien refería que durante el aislamiento social obligatorio, los trastornos mentales como el estrés, ansiedad, depresión y cambios en los sueños, aumentó en un 15% (4 millones de peruanos).

Desde la experiencia profesional de la autora como trabajadora de un centro de salud de MINSA en la región de Piura, así como la de otros profesionales de la salud mental en la región y distrito de Piura, se puede afirmar el notable incremento de la demanda de atención psicológica por síntomas depresivos en la población piurana debido al impacto en la salud mental que ha dejado y viene dejando esta pandemia; y es que a pesar de las medidas tomadas por el gobierno Peruano, tales como la implementación de un Plan de Salud Mental en este contexto del COVID – 19, siguen existiendo insuficiencias en las estrategias terapéuticas para realizar una oportuna y eficaz intervención psicológica sobre todo en el trastorno clínico de la depresión, enfermedad mental que aqueja e incapacita a millones de personas alrededor del mundo y que ahora debido a esta pandemia es deducible su incremento en nuestra población.

Las manifestaciones de este problema han sido diferentes síntomas depresivos en la población piurana tales como:

- Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza por la pérdida de sus empleos, familiares y amigos.
- Arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia.
- Pérdida de interés o placer por actividades que antes le eran placenteras.

- Alteraciones del sueño, como insomnio o dormir demasiado.
- Cansancio y falta de energía, por lo que incluso las tareas pequeñas requerían un esfuerzo mayor.
- Falta de apetito y adelgazamiento, o más antojos de comida y aumento de peso.
- Ansiedad, agitación o inquietud.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas.
- Pensamientos suicidas y/o catastróficos.
- Problemas físicos inexplicables, como dolor de espalda o de cabeza.

Estas manifestaciones se sintetizan en el problema científico: **Insuficiencias en el proceso terapéutico de aceptación y compromiso, condiciona la aparición de la depresión**; siendo las causas del problema:

- Deficiente intervención en la praxis del proceso terapéutico de aceptación y compromiso para disminuir la depresión.
- Insuficiente personal capacitado para brindar un adecuado y eficaz proceso terapéutico de aceptación y compromiso a pacientes depresivos, afectados por la pandemia del COVID-19.
- Escasa orientación didáctica y metodológica a los profesionales en el proceso terapéutico de aceptación y compromiso para disminuir la sintomatología depresiva.
- Insuficiencia en la práctica de actividades preventivo – promocionales en el proceso terapéutico de aceptación y compromiso para disminuir la depresión.

Estas valoraciones causales sugieren profundizar en el estudio del proceso terapéutico de aceptación y compromiso, **objeto de la presente investigación**.

Al respecto, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una de las emergentes terapias de tercera generación o terapias contextuales más destacadas de esta nueva ola de terapias, ya que cuenta con mayor evidencia empírica. (Ruiz, 2010).

Este modelo de intervención psicológica está diseñado para tratar diversas psicopatologías, ajustadas en la definición funcional del llamado “trastorno de evitación experiencial destructiva o problemática”, incluida la depresión. (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). Este patrón tóxico de “evitación experiencial” se caracteriza por comportamientos rígidos e inflexibles, que tienen como objetivo evitar el malestar en

forma de sentimientos, pensamientos u otros eventos privados como meta para poder vivir. (Wilson y Luciano, 2002).

Desde el enfoque de la terapia de aceptación y compromiso, la naturaleza problemática de la depresión no sería el ánimo deprimido o los pensamientos negativos sino la función que han conseguido dichos eventos privados en la trayectoria de la persona, llevándola a una ineficaz regulación de su conducta, limitando su vida y aumentando el malestar (Zettle y Hayes, 2002).

Bajo esta línea, los estudios acerca de la rumiación y supresión de pensamientos son un ejemplo claro de la forma en que la evitación experiencial actúa en la formación de esta psicopatología

En base a lo analizado por diferentes autores se evidencia que hay limitados referentes teóricos y prácticos en cuanto a la dinámica del proceso terapéutico de aceptación y compromiso para disminuir la depresión en pacientes afectados por la pandemia del COVID-19.

De ahí que el **campo de la investigación sea:** la dinámica del proceso terapéutico de aceptación y compromiso.

1.2 TRABAJOS PREVIOS:

La depresión, es una enfermedad que ha estado presente desde el inicio de la humanidad y es un problema de salud pública. En el mundo esta enfermedad afecta a más de 300 millones de personas según la OMS, además de representar la primera causa de discapacidad.

Torres (2018) señala que cuando la depresión se encuentra en continuo ascenso en duración e intensidad en sus episodios, la persona afectada se enfrenta a mayor dolor y problemas en su funcionalidad en diferentes áreas de su vida, lo que trae consigo consecuencias económicas, de salud y sociales, además de estar presente el potencial riesgo de suicidio.

Mori y Caballero (2010) señalan a la depresión como un problema psicológico altamente prevalente, teniendo una prevalencia de vida de aproximadamente 17%, además refieren que esta prevalencia es mayor en mujeres que en hombres de todos los grupos etarios y que la cúspide de edad de inicio de esta psicopatología es en la cuarta

década de la vida, aunque esta se puede presentar en un amplio rango de edades, desde muy jóvenes hasta adultos mayores.

En el Perú, según el portal web del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado” (2016), El Dr. Castillo señaló que hay aproximadamente 1 millón 700 mil personas que padecen de depresión y que solo el 25% de la gente que presenta este problema acude por ayuda en algún centro de salud y el otro 20% es consciente que necesita atención, pero no hace nada al respecto. En tanto, el resto (55%) no advierte la enfermedad y deja que pase desapercibida.

Por otro lado el MINSA refirió que durante el 2019, entre el 60% y 70% de los pacientes que se atienden en los servicios de salud mental del país son menores de 18 años y los motivos de consulta más frecuentes son los problemas emocionales (depresión y ansiedad).

A NIVEL INTERNACIONAL:

Vaca (2019), en Quito – Ecuador realizó una investigación, planteándose una hipótesis que expresaba que la “**terapia de aceptación y compromiso**” es un tratamiento efectivo para abordar el trastorno de adaptación con **ánimo depresivo** en universitarios de 18 a 25 años. En esta propuesta de investigación empleo técnicas como la “desesperanza creativa”, “aceptación”, “defusión cognitiva”, “mindfulness” y establecimiento de metas de acuerdo con los valores de vida de cada individuo. Vaca señala además que de acuerdo a la información recolectada en la literatura y a las investigaciones que existen sobre la “terapia de aceptación y compromiso” en distintos trastornos o tratamientos, los síntomas del TAD desaparecerán o disminuirán en su mayoría.

En Costa Rica, Navas y Vargas (2012) en su artículo acerca del Abordaje de la **depresión: Intervención en crisis**, señalaron que es importante establecer los abordajes a nivel biológico y psicológico con mayor eficacia para la depresión, no obstante también se dispusieron a conocer los tratamientos más eficientes para los pacientes con diferentes perfiles sindrómicos, tanto en la atención primaria como especializada. Ellas hicieron una revisión sistémica del material bibliográfico existente sobre la intervención para el establecimiento diagnóstico y terapéutico de la depresión, incluyendo su abordaje en crisis.

Así también en Colombia, Puerta y Padilla (2011) en su estudio de investigación, ponen de manifiesto las diferentes herramientas por medio de las cuales la Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) aborda el tratamiento de la **depresión**, y de la misma manera se van revelando nuevas técnicas que se añaden a este modelo y que reforzarían de manera positiva en la recuperación de los pacientes, previniendo la recaída a esta enfermedad mental.

Por otro lado en España, Benedito et al., (2004) desarrollaron un protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar **sintomatología depresiva**, este protocolo fue realizado bajo tres modelos de tratamiento psicológico (terapia cognitiva, terapia de conducta y terapia interpersonal) obteniendo posteriormente resultados satisfactorios en su población de muestra.

Pérez y García (2001), realizaron una revisión sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para la **depresión**, concluyendo que los tratamientos más eficaces son “la terapia de conducta”, “la terapia cognitiva de Beck” y “la psicoterapia interpersonal de Klerman”, señalando además que estas terapias muestran al menos una eficacia similar a las mejores terapias farmacológicas, y concluyeron que la psicoterapia debe ser el tratamiento de elección para la depresión unipolar.

A NIVEL NACIONAL:

En el estudio de investigación de Chávez (2020) acerca de las intervenciones innovadoras de la **depresión**; afirma que tanto el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico han demostrado eficacia; sin embargo se continúa manteniendo una tasa alta de recaídas y episodios recurrentes de depresión; señala además que el desarrollo de terapias tales como “mindfulness”, “activación conductual”, “**aceptación y compromiso**” y “psicología positiva” continúan trabajando en obtener un lugar como intervenciones predilectas y que además se tratan de alinear con los avances de la humanidad.

Por otro lado Rodríguez (2010) presento un estudio de investigación en el cual verifico la efectividad de la psicoterapia “EMDR”: “Eye Movement Desensitization and Reprocessing” (Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares) en el tratamiento de pacientes con **síndrome de depresión**, obteniendo resultados significativos en la disminución del nivel de depresión en los individuos de su muestra.

Así también Chero (2019) desarrollo un programa de recuperación emocional para disminuir la **sintomatología depresiva** en adolescente abusados sexualmente, este estudio estuvo conformado por dos grupos (experimental y de control). Los resultados mostraron que en comparación con el grupo de control, el grupo experimental redujo significativamente los síntomas de depresión.

Céspedes (2017) por otra parte aplico un programa de terapia cognitiva conductual en adolescentes y jóvenes con depresión, obteniendo una reducción significativa de los síntomas de la depresión, tanto de los síntomas somáticos como los cognitivo-afectivos.

Así mismo Gastulo (2020) desarrollo una estrategia basada en la psicoterapia cognitiva comportamental para prevenir la depresión en adolescentes de una institución educativa, encontrando como resultados niveles de depresión moderado y grave por cual fue conveniente diseñar dicha estrategia.

A NIVEL LOCAL:

Según Vélchez (2019) quien realizó un estudio de investigación con el objetivo de conocer la incidencia y niveles de ansiedad y **depresión** en mujeres que habitan un centro poblado en la ciudad de Piura; posterior al Fenómeno del Niño Costero del 2017. Los resultados mostraron que entre las víctimas del “fenómeno del niño costero”, la incidencia de depresión fue del 72% y la incidencia de ansiedad fue del 68%, además un 48% de su población padecía de depresión leve.

Por otro lado Melendres (2019) realizó una investigación con el objetivo de conocer la prevalencia y factores asociados a la **depresión** mayor y/o distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura. Los resultados arrojaron un 18% de prevalencia en depresión mayor asociada a factores familiares y personales, prevalencia alta según lo menciona la autora de la investigación.

1.3 TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA. (MARCO TEÓRICO)

1.3.1 Caracterización del proceso terapéutico de aceptación y compromiso y su dinámica.

La “Terapia de Aceptación y Compromiso”, es una de las terapias de tercera generación o también llamadas Terapias Contextuales, las cuales se caracterizan por estudiar al ser humano y su conducta dentro de un contexto y no de forma separada, además toma en especial consideración a la conducta verbal de cada individuo y a sus valores de vida que posee.

1.3.1.1 TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

El enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso, que suele denominarse de manera abreviada con el acrónimo “ACT”, proveniente de sus siglas en inglés: “*Acceptance and Commitment Therapy*”, se lee como una sola palabra ya que en cierto sentido el término “ACT” (actúa) nos lleva a recordar que este enfoque alienta acerca de la implicación activa en la vida. Este enfoque terapéutico además, refiere que el sufrimiento humano emerge de procesos psicológicos normales, sobre todo de aquellos en los que el lenguaje está implicado. Inclusive si la persona padeciera alguna disfunción física. (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015).

Para Luciano y Valdivia (2006). ACT tiene como objetivo producir un patrón extenso y flexible de acciones destinadas a avanzar hacia metas y/o objetivos registrados en una dirección personalmente valiosa, y no por la falta o presencia de aquellos “eventos privados” que se consideran como negativos (miedo, ansiedad, tristeza, dolor, etc.).

Lúcar, F. (2010) señala que la “ACT” es una forma de psicoterapia experiencial, adherida también a la “terapia cognitiva-conductual”, y que está basada en la teoría de los marcos relacionales del lenguaje y la cognición humana.

La línea de la "ACT" está entre aceptar y cambiar. Aceptar lo que no se puede cambiar y comprometerse a cambiar lo que se puede cambiar y vale la pena para el individuo. ACT utiliza el conductismo radical como marco y cree que la cognición es conducta, por lo que está sujeta a las mismas leyes que cualquier otra conducta. De esta forma, lo más importante para esta terapia no es el contenido del pensamiento, sino la función del pensamiento en su desarrollo. Es por eso que apenas utiliza la “reestructuración cognitiva”, porque su propósito principal no es cambiar el contenido del pensamiento, sino cambiar la función del pensamiento. (García, 2007).

Por otro lado según Muthmann (2016) refiere que la ACT deja atrás el control rígido de las emociones, debido a que son estos esfuerzos por practicar ese control lo que ocasiona el problema principal. Este enfoque consiste además en el desarrollo de intentos terapéuticos que permitan establecer un balance entre la aceptación y la modificación.

Señala también tres reglas centrales de esta terapia:

- Controle lo que puede controlar.
- Acepte lo que no pueda controlar.
- Abandone el combate inútil contra vivencias no deseadas pero incontrolables y, en lugar de esto, muestre un comportamiento comprometido basado en sus valores que aporten sentido y plenitud a la vida.

Esta postura dispuesta es la alternativa al control: es decir, dirigirse activamente a los sentimientos difíciles o dejarse acompañar por ellos. Los pensamientos, emociones y sentimientos son vivencias internas y fugaces. Otra referencia que señala Muthmann sobre la ACT es que esta se cuestiona la validez de nuestros conceptos sobre nosotros mismos, ampliando la perspectiva de que el ser humano tiene innumerables facetas, frecuentemente contradictorias.

Wilson y Luciano (2002) refieren que “ACT” es un tratamiento dirigido de manera conductual bajo la vertiente del análisis funcional y que además se solidifica en los principios del contextualismo funcional y la investigación experimental sobre el lenguaje y otras conductas complejas. De igual manera, este método de tratamiento se basa en un análisis cultural del sufrimiento humano y representa una especie de Filosofía de la vida, que combina diferentes puntos de vista filosóficos, se señala además que ACT es un tratamiento que está fuertemente orientado hacia los valores del paciente.

1.3.1.2 LA CONDICIÓN DEL SER HUMANO Y LO QUE LA CULTURA PROMUEVE

La filosofía de vida que expresa la terapia de aceptación y compromiso sobre la vida no es novedosa, sino que esta es una filosofía que en realidad ya ha sido estudiada y difundida por diferentes filósofos, médicos, antropólogos y literatos, evidenciando sus pro y contras. Este análisis filosófico acerca de la condición del ser humano ha estado presente aún desde antes de que se tuviera conocimiento acerca de la procedencia del autoconocimiento. Las dimensiones sufrimiento-placer ha sido experimentada y analizada también desde distintas tradiciones religiosas y han sido aceptadas como parte inherente de la vida y la condición del ser humano. (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Luciano, 2001;

Wilson y Luciano, 2002). Se puede afirmar desde la experiencia que el placer y el sufrimiento están en la misma dimensión, es decir, son dos aspectos de la misma moneda. Uno no puede prescindir del otro, lo que significa que inevitablemente existe la posibilidad del disfrute, no obstante esto no elude, que paralelamente también haya la posibilidad de recordar situaciones que traen emociones negativas al momento anterior o posterior al recuerdo. Cuando el individuo se vuelve verbal, estas dimensiones que mantienen el reforzamiento positivo y negativo se llegan a ampliar en sus posibilidades.

Lo que comparten las personas en diferente medida o forma, es que constantemente están en busca del placer y bienestar y tratan en gran medida de alejarse del dolor y sufrimiento. Otra cosa que comparten los humanos es que cada una de sus acciones no sucede por suceder, sino que están orientadas a algo, y ese algo solo puede enmarcarse en las cosas más esenciales (placer y supresión inmediata del dolor) o en algo más destacado, que infiltre simbólicamente en cada hecho que realizan. Por ejemplo, hechos atestados por la sinceridad, el respetar a los demás, el conocimiento, la fidelidad y por un sentimiento de cierta trascendencia. Esta lista forma parte del autoconocimiento que sólo los seres humanos tienen y que también les condiciona al sufrimiento. Así mismo es primordial aceptar que no hay marcha atrás; pues una vez que las personas aprenden a comportarse verbalmente, su funcionamiento queda delimitado bajo las funciones que cada circunstancia demande según la regulación que procede de cada historia personal, no obstante eso no significa que no se pueda modificar la forma de accionar.

Considerando estos rasgos que definen la condición del ser humano, se deduce que las ideas y mensajes que esparcen las sociedades “desarrolladas” como los modelos “correctos” de vida, pueden ser adversas. Las reglas que se brindan “ingenuamente” son métodos para vivir que nos dicen: “no a la preocupación o angustia”, “no a aquellos recuerdos tristes”, “no a la baja autoestima”, “no a la tristeza”, “no al dolor”, etc., “estas son barreras para vivir”. En realidad lo que quiere decir todas estas fórmulas es “evita todo lo que puedas esa miseria, retírala de tu vida en cuanto se haga presente”, “busca inmediatamente el placer y desecha lo más rápido que puedas la menor señal de malestar”; Y bajo esa lógica, con frecuencia, los medios y los profesionales, proporcionan numerosos remedios, como cualquier tipo de terapias psicológicas y tratamientos farmacológicos que, proyectando ser una solución, muchas veces pueden terminar convirtiéndose en un remedio tóxico para vivir de una manera equilibrada y satisfactoria.

La lógica dominante del “todos contra el dolor y malestar” y el funcionamiento acorde a ella, son difíciles de modificar debido a que poderosos sectores económicos y sociales, añadido a lo que “las personas quieren de inmediato” se ajusta a la perfección, como dos piezas de un rompecabezas. Sin embargo el problema surge en el transcurso, cuando esas dos piezas no encajan con otra, que es la más importante (lo que valora la realmente en su vida).

Por otro lado, cabe señalar que la lógica que subyace al modelo psiquiátrico y psicológico sobre la “la salud mental y la enfermedad”, establecido culturalmente en las sociedades desarrolladas, resulta drásticamente contraria al modelo de afrontar y abordar el hecho de la condición humana en toda su extensión. De hecho, los máximos modelos que se brindan para vivir, van en contra de la condición del ser humano y, si el ser humano aprende a comportarse en concordancia a ellos, entonces va a suceder que por vivir, no se vivirá, sino que quedará estancado en un funcionamiento “lógico” de acuerdo a lo que se ha fundado socialmente (“el sufrimiento es malo, por lo tanto debo siempre actuar para tratar de eliminarlo”), pero, en el transcurso del tiempo, distanciado de lo importante y, en consecuencia, con “menos vida y más sufrimiento”.

1.3.1.3 EL PLANTEAMIENTO BÁSICO Y LAS EVIDENCIAS EMPIRICAS

Se puede decir con certeza que “la terapia de aceptación y compromiso” cree que el dolor psicológico es causado en gran medida por la invasión del lenguaje simbólico en áreas de la vida donde funcionalmente es inútil. (Hayes, *et al.*, 1999). Se afirma esto debido a que se intenta usar la acción simbólica como un medio para evadir o manipular los eventos privados; no obstante, el control consciente sólo es permitido en el ámbito de la conducta propositiva y abierta, además las emociones, pensamientos, sensaciones y recuerdos, escapan a los intentos de reprimirlos, limitarlos o eliminarlos. En efecto, si se usa el lenguaje como forma de evitación de experiencias se convertirá en un problema en la vida. De acuerdo con Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosah. (1996). Cuando se habla de la evitación experiencial, se hace referencia a ese fenómeno que ocurre cuando un individuo no quiere permanecer en contacto con una experiencia privada concreta (emociones, sensaciones corporales, pensamientos, recuerdos, etc.) y toma acciones para alterar la frecuencia o la forma de estas experiencias o el contexto que las induce.

La contraposición a la “evitación experiencial” y, por ende, la actitud adecuada se denomina: “*aceptación psicológica*”, que es el proceso en el cual los pacientes se

dotan de valor y se predisponen a experimentar un rango ancho de “eventos privados” (recuerdos, pensamientos, emociones, etc.), especialmente aquellos valorados como negativos, y lo hacen sin adoptar la actitud de quererlos cambiar, obedecer, escapar de ellos o evitarlo (Hayes, Bissett, Strosahl, Wilson, Pistorello, Dykstra, *et al.*, 2000). Se debe aclarar también que el comportamiento de “evitación experiencial” tiene mucho que ver con darle demasiada literalidad al lenguaje simbólico. A su vez, es necesario transmitir la visión de que la aceptación es un proceso positivo, que incentiva la acción (esto es lo que lleva a los individuos a actuar orientados en sus valores de vida), y la resignación presupone un comportamiento pasivo (se da pase a la resignación cuando ya nada se puede hacer por modificar una situación).

Aunque la “aceptación psicológica” está adherida en varios sistemas de tratamiento (ejemplo: la Psicoterapia gestáltica, Terapia Centrada en la Persona, la Psicología Existencia, La Terapia Conductual Dialéctica o los últimos desarrollos de la Terapia Racional Emotiva Conductual e incluso en muchas tradiciones religiosas, solo ACT la ha convertido en el centro de la reforma del tratamiento y la clave para cambiar la vida de las personas.

En resumen, se puede apreciar que ACT ha desarrollado un marco de teorías integral basado en aprendizajes contrastados y principios básicos de investigación para demostrar la necesidad de acoger una actitud de aceptación; además este modelo es el único donde se han desarrollado instrumentos puntuales de medida para recabar su contenido de la manera más objetiva posible, así mismo se han realizado investigaciones para confirmar su menor presencia en diferentes muestras clínicas (Barraca, 2004; Hayes, *et al.*, 2000)

Por otro lado, aparte de la evaluación por medio de herramientas psicométricas. ACT examinó su contrastación empírica por medio de una serie de estudios experimentales y comparó sus resultados con los resultados de otras intervenciones de tratamiento alternativo.

Para respaldar la evidencia empírica, ACT ha realizado estudios comparativos con otras terapias, estos estudios son sobre los efectos de las estrategias de aceptación frente a otros tipos de estrategias, y estudios de casos de aplicaciones de ACT para diferentes tipos de enfermedades psicológicas (Wilson y Luciano, 2002). En el tratamiento de trastornos afectivos, síntomas depresivos, estrés laboral, síntomas

psicóticos, dolor y alcoholismo, la ACT se compara a menudo con las intervenciones cognitivos-conductuales, sin embargo en casi todos los casos encontraron resultados más favorables en los pacientes tratados con ACT.

1.3.1.4 CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Según Pérez (1996) la ACT tiene las siguientes características:

1. Analiza los problemas psicológicos a la luz de las prácticas sociales, particularmente, de aquellas reglas que marchan en la comunidad verbal y que gobiernan maladaptativamente la conducta de las personas.
2. Analiza el contexto social verbal. Partiendo de la premisa de que el contexto social verbal, influye en el mantenimiento de los trastornos psicológicos, ACT analiza su papel en las conductas problemáticas planteadas por los consultantes.
3. La responsabilidad sobre la propia conducta. Este enfoque terapéutico permite que la persona vea que tiene la capacidad de asumir la responsabilidad de su comportamiento y de los eventos internos (pensamientos, emociones, etc.) que cree causan su conducta. Adherido a un enfoque conductista radical, la ACT no considera que los pensamientos o las emociones causen tal comportamiento (como se muestra en el modelo mediacional), sino más bien que los eventos privados también son reacciones que los individuos pueden “observar” con una "cabeza fría", esto mediante un distanciamiento comprensivo con su problema. Esta es la forma en la que ACT desea que la persona tenga una ventaja en el control de sus reacciones y no mirándolas como las que ocasionan el problema.
4. Aceptación y cambio. El proceso de cambio de la conducta es comprendido en este enfoque terapéutico como un balance de aceptación y cambio. Es así que el cambio se daría no por eliminar la tristeza o ansiedad, o por pensar en positivo, si no en enfrentar o aceptar la tristeza o ansiedad tal y como son, estableciendo un compromiso para actuar pese a ellas.

Es importante también tomar en cuenta que la ACT se basa en la suposición de que, ciertas particularidades lingüísticas subyacen múltiples formas de trastornos. La teoría de los “marcos relacionales” describe los procesos afectados en ese ámbito, es decir en los aspectos relacionados con el lenguaje y sus particularidades. (Muthmann, 2016).

Por ello, es fundamental comprender la Teoría del Marco Relacional y el Enfoque Contextualista-Funcional, pues ambos conforman su auténtica trama. (Barraca, 2007)

1.3.1.5 TEORÍA DEL MARCO RELACIONAL

Según Hayes, Holmes y Roche (2001). Esta teoría afirma que las personas tienen habilidades simbólicas, y es a través de ella que las personas pueden establecer un marco de equivalencias entre diferentes estímulos y/o diferentes eventos externos o internos (sensaciones, pensamientos, imágenes, sentimientos, etc.) En otras palabras, refiere que una persona puede reaccionar de la “misma manera que” si estuviera ante un estímulo “A” (y también “menos que” o “más que” o “en sentido opuesto a”, etc.) una vez que se ha producido un aprendizaje operante generalizado que vincula dos o más estímulos de forma arbitraria. Existen distintas formas en que se puede establecer un marco relacional. Según Hayes, Grifford y Hayes (1998) estas formas son:

1. Implicación mutua entre los dos estímulos relacionados (si “X” entonces “Y” y si “Y” entonces “X”). Esta simetría ya descrita es una forma de implicación mutua basada en la relación “igual que”. No obstante pueden existir relaciones mutuamente implicatorias que no involucran simetría, como en la relación “X” es mayor que “Y” (pues “Y” no es mayor que “X”)
2. Implicación combinatoria, la cual describe la potestad de las respuestas relacionales de combinarse. En ese sentido: si “X” está relacionada con “Y” de una manera particular, bajo un contexto específico y si “Y” esta también relacionada con “Z” en una manera particular en ese contexto específico, entonces existe una relación implicada entre “X” y “Z” y entre “Z” y “X”.
3. Transformación de funciones o transferencia, esto se relaciona de la siguiente manera: si “X” da temor y luego se informa de que “Y” es más intenso que “X”, entonces “Y” dará más temor que “X”)

Es así como esta serie de marcos relacionales permite comprender porque las personas que han adquirido el lenguaje presentan respuestas iguales ante diferentes estímulos a los que se expusieron; y constituyen una explicación convincente para muchas reacciones emocionales y disfuncionales que son manipuladas por estímulos aparentemente no relacionados (hasta que se revela su asociación no arbitraria) con los estímulos originales. (Rey, 2004).

Entender las implicaciones de esta teoría es fundamental ya que desde su seno se justifica la ejecución de varias técnicas importantes de la ACT orientadas hacia la “*desliteralización*”; esto implica deshacer la “fusión cognitiva” entre la palabra en sí y su referente, a su vez la desliteralización permite debilitar el comportamiento gobernado por reglas (en posición contraria al gobernado por las contingencias), otro requerimiento para avanzar en el camino de la aceptación. (Barraca, 2007).

La terapia de aceptación y compromiso también se organiza como una realización clínica de un enfoque funcional situacional de los problemas psicológicos (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Esto significa que desde un punto de vista, para comprender cualquier evento, se debe poner en su propio contexto y considerar su historia. Por tanto, se puede señalar que la psicología no es estrictamente una ciencia mecánica, porque su esencia es histórica y cultural. (Barraca, 2007)

1.3.1.6 FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

El ACT se desarrolló a través de cinco objetivos consecutivos. Estos objetivos son principalmente para producir un estado comprensivo de distanciamiento de los problemas para ayudar a los usuarios a aceptarlos y comprometerse con elegir una opción de vida a pesar de estos problemas. Para ello, los terapeutas suelen utilizar metáforas.

Estas metas según Pérez (1996) son:

1. Infundir un estado de “desesperanza creativa”. Muchas veces debido al contexto en el que se desarrolla la explicación, los pacientes creen que la solución de sus problemas psicológicos radica en la eliminación de los eventos privados (pensamientos obsesivos, ansiedad, etc.), que se consideran causan dichos conflictos. En esta etapa inicial, se le hace ver al paciente que no es posible desaparecer estos eventos internos, buscando así producir un estado de desesperanza que motive al cliente a cambiar de enfoque con respecto a sus problemas.
2. Proyectar el control como problema. En el contexto del control emocional, las personas creen que el control de sus problemas reside en la intervención de los eventos privados que los “causan”. En esta parte de la intervención se intenta hacer ver al paciente que estos eventos privados no son la causa de su

problema sino parte de este mismo. Por lo que, su regulación (por ej. No pensar de forma negativa, controla la ansiedad, etc.) no soluciona el problema por el contrario ayuda a que se mantenga. En ese sentido es necesario examinar las reglas que buscan ese control emocional y que el cliente ha adquirido principalmente por medio de su contexto verbal (por ej. “no pienses así”, “piensa siempre en positivo”, etc.), que en ACT se consideran autodestructivas debido a que buscan desarraigar reacciones del mismo individuo.

3. Diferencia entre el self y la conducta. En esta etapa, las personas se esfuerzan por comprender personalmente que los pensamientos, emociones, imágenes, sentimientos y otros eventos privados que creen que controlan sus propias conductas problemáticas no son eventos que están fuera de contacto con su “yo”. De esta forma, se intenta que la persona sea "responsable" de este comportamiento y de sus eventos privados.
4. Renunciar a luchar contra los síntomas. Pelear contra los eventos privados es como luchar con uno mismo. Aquí se apoya al paciente a aceptar definitivamente su malestar sintomatológico como otras respuestas con una determinada funcionalidad, que reside en las eventualidades o situaciones en las cuales el paciente ha estado expuesto y no como la etiología de sus problemas. En ese sentido los usos lingüísticos cobran importancia. Por ejemplo, se puede enseñar que una cosa es decir “Saldría pero tengo terror” y otra “saldría y tengo terror”. Para conseguir esta meta se invita al paciente a sentir sus síntomas, sin evadirlos o pelear contra su presencia, pudiendo en ese contexto utilizar técnicas propias de la confrontación con el estímulo, como la exposición en vivo o encubierto, la inundación u otras actividades experienciales.
5. Instaurar el compromiso de actuar. El fin de la terapia es que el paciente asuma sus conductas problema, es decir, las pueda aceptar y se haga responsable de las mismas, además de establecer un compromiso en relación con su vida, a pesar de ellas. Como es notorio, esto no involucra la resignación ante aquello que al paciente le preocupa o le genera malestar, sino el compromiso de actuar hacia una dirección elegida por uno mismo, de acuerdo a las metas y valores personales. Para conseguir este objetivo es útil que él o la terapeuta impulse repertorios de conductas no evitativas, coherentes con el compromiso que el mismo paciente haya establecido.

1.3.1.7 VALORACIÓN DEL MODELO Y DIFICULTADES PRÁCTICAS

Según Barraca (2007) La aproximación a este modelo terapéutico de aceptación y compromiso ha traído una serie de problemas para los terapeutas de diferentes tendencias. Por un lado, en los ejercicios de ACT, los practicantes del existencialismo, los métodos gestálticos y humanísticos han encontrado similitudes con las actividades convencionales en sus metáforas, paradojas, énfasis en el valor, y su trabajo clínico general; sin embargo, su desarrollo metodológico, entusiasmo investigador y vitalidad, y los modelos epistemológicos (teoría de marcos relaciones, funcionalismo y contextualismo) les son ajenos, y se apega a la tendencia del conductismo radical, inalienable para ACT.

Por otra parte, los psicoterapeutas cognitivos conductuales se perciben relegados de este modelo terapéutico por el énfasis que ACT da en lo verbal, así como en el uso de constructos tales como: “fusión cognitiva”, “aceptación”, “desesperanza creativa”, etc.; cuyo trabajo previo es importante y necesario antes de pasar a las técnicas de exposición. Esta aparente incongruencia con la naturaleza de su modelo al no intentar terminar con la sintomatología indeseable, además del rechazo a las técnicas cognitivas tradicionales infundidas ya hace décadas en su labor. (Reestructuración cognitiva, parada de pensamiento, Autoinstrucciones, ideación positiva, etc.)

Con respecto a lo que se acaba de señalar, una de las críticas recibidas por ACT se basó en el uso de ejercicios Gestálticos y de terapia existencial (Ej.: “el ejercicio de autoidentificación de Assagioli”, “técnica de la silla vacía”), lo que claramente la calificó como un modelo ecléctico de terapia. Sin embargo, hay que aclarar que ACT ha rastreado estas técnicas y muchos otros métodos remontados desde el nacimiento de la psicología (ej.; “el ejercicio de repetición de palabras de Titchener”), incluso derivados de las enseñanzas budistas-zen, porque se ajustan al modelo teórico. A diferencia del enfoque humanista, ACT se basa en principios de aprendizaje, por lo que reconoce los ejercicios que funcionarán y puede colocarlos en momentos específicos del tratamiento (es decir, cuando son funcionalmente útiles). Según su creador, décadas de valiosos conocimientos de terapeutas experimentados finalmente encontraron su base científica en ACT.

Sin embargo, algunos estudiosos del enfoque conductista creen que la continuidad con el análisis del comportamiento tradicional en el modelo del ACT se ha roto, porque consideran se ha dado a un salto irrazonable de la teoría básica a la práctica

clínica. No obstante, Hayes y otros autores de la "Terapia de aceptación y compromiso" pueden negar esta crítica porque creen que su trabajo se basa en un empirismo estricto y un conocimiento teórico sustancial basado en el análisis del comportamiento (contextualismo, nivel de análisis, monismo, pragmatismo y en lo más importante que es el énfasis en la función del comportamiento).

La dificultad práctica de ACT es plantearse la cuestión de actuar contra la lógica social popular. Como ya se dijo, esta lógica afecta al paciente y al propio terapeuta. Por eso, los profesionales a veces no pueden evitar caer en la trampa del lenguaje, fusionarse con las palabras, evaluar, juzgar y creer sus propias ideas sin darse cuenta de que son solo ideas. Saber saltar "desde dentro" para verlo como un proceso, herramientas o mecanismos no siempre es fácil o posible. Por lo tanto, la práctica de ACT debe reciclarse continuamente y es necesario crear conciencia sobre el trabajo en particular.

Transmitir cosas como la aceptación, primero es una postura, una actitud, y no es fácil demostrarlo a través de palabras y acciones mostradas por palabras coherentes. Parece intentar explicar un color sin la imagen. Afortunadamente, gracias a las últimas publicaciones, esta importantísima idea y todo su significado para la vida se ha popularizado, y ya no se limita a los profesionales de la terapia conductual (quizás hasta ahora, el principal pecado de ACT) si no que está orientada ya para todo el público, en este sentido, los trabajos de Barraca, así como los de Hayes y Smith son ejemplos.

Para concluir, se puede decir que ACT es radical porque cumple plenamente con la evidencia experimental sobre lo que se puede controlar y lo que no se puede controlar, pero sobre todo del coste por los intentos de control. Como resultado de tal evidencia, ACT propone un cambio fundamental en el enfoque del tratamiento: no se trata de cambiar o limitar los eventos privados indeseados, sino de cambiar su función para que el comportamiento sea regulado por valores personales más que por el contenido de esos eventos privados. Así mismo desde el punto de vista de la prevención, se tiene que ayudar a la persona a que no sea dominada por sus eventos privados y que no necesariamente tiene que actuar literalmente según lo que indican sus pensamientos (Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia, 2006).

Desde la apreciación de la autora se podría señalar que la ACT plasma y fundamenta el contexto verbal-social como el responsable del desarrollo de muchos de los trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, estrés, etc.). Es decir que es ese contexto

ya mencionado lo que origina el malestar que padecen muchas personas, afirma también que el problema estaría centrado en la valoración impuesta por la cultura acerca de ver como “negativo o tóxico” ciertos pensamientos, emociones o sensaciones y que por ende resulta necesario empezar una lucha por deshacerse de ellos. No obstante como es casi imposible dominar o liberarse de estos eventos internos, la persona se vuelca en una lucha frustrante que poco a poco empeora más sus problemas e incrementa su malestar. La autora considera que por lo bien planteada y fundamentada de manera teórica y empírica que esta el ACT, además del fascinante uso que hace con las metáforas, su proximidad con el mindfulness y el uso de diferentes ejercicios y técnicas de otras terapias con otras tradiciones, es que la ACT se vuelve muy atractiva para la intervención clínica de los trastornos psicológicos, y la más sobresaliente dentro de todas las terapias que existen en la tercera generación de terapias.

1.3.2 Determinación de las tendencias históricas o antecedentes del proceso terapéutico de aceptación y compromiso y su dinámica.

En la descripción del proceso de la evolución de la “Terapia de Aceptación y Compromiso” se tomó en consideración seis indicadores que han sido parte del reconocimiento de este enfoque:

- “Aceptación”
- “Contacto con el momento presente”
- “Dirección guiada por valores”
- “Acción comprometida”
- “Yo” como contexto
- “Defusión Cognitiva”

“Así pues, se considera que la “Terapia de Aceptación y Compromiso” ha evolucionado significativamente, en su intervención ya que ha recogido diferentes hallazgos que han sido de gran aporte para el tratamiento de diferentes trastornos psicológicos. A continuación, se describirá la evolución del proceso de la “Terapia de Aceptación y Compromiso”.

Según Luciano (2016), Señalan que los primeros estudios sobre el origen de la “ACT” se remontan a la década de 1980, y el primer texto se desarrolló en 1999. Desde entonces, se ha expandido enormemente y ha continuado. Desde sus primeros años, los investigadores se han interesado en los procesos básicos que controlan los componentes

y las interacciones en la “ACT”. Sin embargo, el enfoque en términos nuevos y más generales (como hexaflex y rigidez mental) son los que se han ido fortaleciéndose más y han tenido mayor extensión en el área clínica a diferencia del equipo pequeño de “investigadores esenciales” que están centrados en la parte molecular de los procesos clínicos pero que no han tenido el interés ni impacto que se hubiera querido. Por otro lado, en los últimos años, la carga de trabajo de combinar los componentes del tratamiento con explicaciones básicas ha comenzado a aumentar, y parece que hay un mayor margen de desarrollo. En este caso, es el momento de mostrar con mayor precisión lo que está sucediendo en la interacción entre el paciente y el terapeuta en cualquier momento crítico del “ACT”. Por tanto, se describirán tres etapas actuales, que dan un cierre con la presentación de la terapia contextual enfocada en los procesos de relación involucrados.

1.3.2.1 Etapa 1: “Primera época - a manera de infancia de la ACT” (1987-2002)

En 1987 se dio a conocer un capítulo de una terapia con el título de “Distanciamiento comprensivo”, esta fue la forma en “blanco y negro” de lo que sería la “ACT”. El primer término no prosperó y el título "Terapia de aceptación y compromiso" (ACT) pareció tener más éxito. Luego en 1999 se publicó un primer texto entero sobre la “ACT” y su idea central relacionada a la formulación de casos y el elemento principal para el manejo de esos casos, el cual es la “evitación experiencial destructiva” (EED) ó “trastorno de evitación experiencial” (TEE) de las personas.

La definición del "TEE" se concentró en seguir la regla de "no estar dispuesto a establecer contacto con experiencias privadas molestas: sentimientos, sensaciones, emociones, pensamientos o recuerdos molestos, negativos o problemáticos", y responder de forma fusionada a ellos, pues así se daría apertura a que aparezca frecuentemente una sensación de alivio y coherencia, ya que se intentara actuar de manera “lógica” a estos “eventos privados”, es decir tratando de evadirlos. No obstante esta conducta evitativa ira alimentando cada vez más el problema, que a largo plazo conducirá a la acumulación de pérdidas, que empobrecerán y entristecerán la vida, además de provocar altos niveles de insatisfacción personal. Al final el estar constantemente evitando estas “sensaciones desagradables o molestosas” no resuelve el problema sino que lo incrementa y lo amplía más allá de donde tuvo su inicio.

“ACT” siguiendo su base conductual, concibió el “TEE” como una forma de seguir reglas que resultan ser limitantes y problemáticas para las personas: un

“comportamiento funcional” que gira en torno a reglas comúnmente seguidas, entre las que predominan las contingencias mediadas por otras personas o eventualidades naturales a corto plazo pero que se convierten luego en problemáticas a largo plazo. En una situación u otra, se trata de personas que siguen “las reglas de la vida” pero que de manera paralela y paradójica se sienten limitadas de tener la vida que quieren, debido a que están atrapadas en la necesidad de seguir persiguiendo determinadas cosas, que a la larga las mantienen alejados de la vida en sí.

En la clasificación y los estándares burocráticos del CIE o DSM, se pudo detectar el TEE como un elemento común en diversas enfermedades. Por lo tanto, la depresión, la ansiedad, la impulsividad, etc., pueden considerarse como patrones resultantes del TEE o EED. De esta manera las diferentes patologías serían solo distintas formas de reaccionar en el intento de resolver lo que se considera el problema (ej.: la existencia de pensamientos negativos, el estado de ansiedad, la necesidad de consumo, las dudas, etc.) y en consecuencia, las reacciones de evitación o escape que podrían ser rumiar, rehuir, discutir, lesionarse, reflexionar tendrán las consecuencias esperadas, pero estas no se irían sin provocar una consecuencia. Por ejemplo, si siente mucha ira y ganas de consumir, y se consume, entonces esa ira y deseo desaparecerán. Si se trata de buscar explicaciones una y otra vez, por el miedo al futuro o al pasado, a menudo llevaran a callejones sin salida, que terminaran ocasionando un estado de incertidumbre, malestar y/o fatiga. El problema se ocasiona por el enredo que la persona se hace al intentar resolver problemas que no tienen solución. Sin embargo, la “lógica coherente” que existe por la idea de “buscar siempre soluciones a los problemas”, es lo que mantiene a la gente buscando soluciones, no obstante esto conduce a un círculo vicioso de falta de libertad, pues el precio de esto es evitar que las personas hagan cosas que realmente les hagan sentir que vale la pena vivir. Las respuestas de evitación sostenidas, incluidos los ejercicios de rumiación, mantienen la atención de las personas exclusivamente en evitar la incomodidad, lo cual a la larga genera una sensación de intranquilidad con uno mismo y menos paz.

En la primera etapa de la “ACT”, los investigadores hablaban de cambiar el modo de evitación y producir otro modo en el que predominasen las funciones asociadas a “acciones valiosas” que generan un sentido de vida que valga la pena. “El trastorno de evitación experiencial” se manifestaba en cualquier tipo de problema, pues compartían el mismo trasfondo (evitar contactar con el malestar), a pesar de que la forma en la cual se

presentaba el malestar y las maneras de reaccionar para eliminarlo fueran muchas y/o diferentes en cada persona, tanto que se ha llegado a tener un amplio catálogo de patologías.

Los primeros textos de la “ACT” se enfocaron en la creación de nuevos repertorios, donde las personas pudieran reaccionar de una manera más flexible antes el malestar. Por otro lado el proceso para el desarrollo del tratamiento implicaba un análisis funcional de la conducta de la persona para que esta pueda contactar con el problema, además de los planes a seguir para corregirlo y los resultados que se tendrían a corto y largo plazo. Todo esto conllevaba que la persona percibiera una cierta desesperanza cuando se le exponía a lo que de manera “lógica y común” estaba haciendo para solucionar el problema y al resultado tóxico que había conseguido. Esta exposición y sensación de desesperanza, la llevaría luego a vislumbrar el problema real y su solución. Entre las fases de la acción terapéutica, se encontraba además la experiencia de percibir el control como el verdadero problema y la necesidad de interactuar con el malestar, sean esto emociones, pensamientos, sensaciones, esto con el objetivo de dar pase a un modo más eficaz de reducir el dolor y vivir de una manera más flexible con él para que así los individuos se enfoquen en las cosas personales que verdaderamente son importantes y traen valor y sentido a la vida. Así es como en esta primera etapa ya se estaban representado los elementos de “desliteralización o defusión” y la diferenciación de las dimensiones del yo

Esta etapa inicial de la “ACT”, permitió a abrir una reflexión en muchos profesionales sobre los métodos convencionales de tratamiento, y también en su conocimiento acerca de la naturaleza humana y el análisis funcional del comportamiento. Fue inevitable no asomarse a esta nueva perspectiva y a la idea de provocar la búsqueda de nuevos tratamientos que se ajustaran a las diversas problemáticas, la cual se estaban dando al mismo tiempo en el que se comenzaban a realizar ensayos controlados de terapias para eliminar los “síntomas desagradables”, acción que se oponía a la de la ACT y que alejaba a la persona de vivir una vida con sentido basada en sus valores personales. (Ruiz, 2010).

De pronto este nuevo enfoque empezó a hacerse más grande y por consiguiente sus necesidades. El gran interés que provocaba, hacía que se enfrentara con las críticas de

otros enfoques terapéuticos y ámbitos generales de la psicología. Es así que este contexto llevo a la “ACT” a un escenario nuevo, el cual se denominó “la época de la exuberancia”

1.3.2.2 Etapa 2. “Época de la exuberancia de la ACT - a manera de adolescencia” (2003-2011)

Hay varias características de esta época. Los textos "profesionales" sobre diferentes problemáticas comenzaron a expandirse. Se rememora además que este enfoque terapéutico describe a la “evitación experiencial” como el problema en las psicopatologías. Así mismo comprender ese patrón en términos de la postura conductista, tales como una “operante relacional” o como una “clase de conducta funcional”, probablemente hubiera permitido una proliferación innecesaria de documentos que ofrecían diferentes modalidades en la misma dirección de este enfoque. Sin embargo, los casos facilitaban su entender y eso hacía que merezca la pena. Partiendo desde el 2003 y 2004, la publicación de textos e investigaciones mostraron el elemento común de las diversas psicopatologías (“reacciones diferentes que estaban funcionalmente contextualizadas, en evitación del malestar como término”), así estuvieran etiquetadas con los nombres de ansiedad, dolor, depresión, “impulsos de”, etc. Con eso, quedo claro que el término “evitación experiencial” indicaba claramente la lucha con el malestar, y los elementos de ACT se podían aplicar en un entorno no clínico, en cuyo caso las personas no presentaban ninguna batalla importante contra el malestar ni tampoco se evidenciaban los costos de una serie de conductas sistemáticas debido a la “evitación experiencial”. Es por ello que se empezó a hacer necesario un término más incluyente que el de “evitación experiencial”, es así que el concepto de “inflexibilidad psicológica” sale a la luz con el objetivo de adherir un patrón de regulación donde se podía evidenciar cronicidad o no y que además podía estar controlado directamente por funciones aversivas o deseadas sin que funciones importantes de orden superior, o con un significado personal, se pudieran hacer presentes.

En la mayoría de los estudios e investigaciones, la creación de flexibilidad psicológica se ha convertido en un método para organizar la “ACT”. Siguiendo la misma lógica, los elementos iniciales de ACT se condensaron en el “hexaflex”; un hexágono donde cada uno de sus vértices señala los seis focos interrelacionados de la intervención (“contacto con el momento actual”, “aceptación”, “defusión”, “yo como contexto”, además de “valores y acciones significativas”), con el propósito de generar flexibilidad, se evoca al “mindfulness” y la “aceptación”, identificándose a la par los procesos de

cambio enfocados en el compromiso y la acción (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004).

Se sabe que los vértices del “hexaflex” no representan procesos diferentes, pero a menudo no se comprenden, por lo que encontrar el engranaje básico, que se centra en el análisis de los componentes diferenciales entre los vértices, se volvió una acción casi imposible. Por eso es que el “hexaflex” tiene intentos sucesivos por tratar de simplificar sus vértices.

Otra característica de la “etapa de exuberancia de la ACT” es el aumento de ensayos controlados, de la mano de un mejor control experimental. En este aspecto, la cantidad de ensayos controlados de la “ACT” sobrepasa el centenar, y este hecho abre la puerta a tratamientos validados empíricamente, en el ámbito del dolor y la depresión, además de otros puntos importantes a destacar durante este período, como “La teoría de Marcos Relaciones” (TMR). Esta teoría es la que sustenta a este enfoque terapéutico y su foco de atención es el “análisis funcional del lenguaje y la cognición”, el cual permitió el análisis de los métodos e interacciones clínicas en la “ACT”. Por ello, es que el “período de exuberancia” no tuvo como idea central la extensión del “hexaflex”, sino también dar a conocer los avances en las investigaciones, las cuales tienen como punto de base la TMR, que, aunque siendo pocos y complicados de abordar, han empezado a separar los tipos de “transformaciones responsables” de algunos de los cambios adheridos en las interacciones clínicas de la “ACT” e infundir a la terapia de un marco explicativo básico.

“HEXAFLEX” DE LA ACT



Figura 1: Modelo de inflexibilidad Psicológica (Hexaflex) adaptado de Hayes et al. (2015)

1.3.2.3 Etapa 3. “La época inclusiva: a manera de adultez” (2012-Actualidad)

A partir de 2012, el “hexaflex” empieza a ser claramente criticado por su dificultad para detectar los aparentes procesos diferenciales de cada uno de sus vértices. Como se mencionó anteriormente, aunque los vértices del hexágono se crearon como términos intermedios para facilitar la comunicación y comprensión, inevitablemente se les dieron otros significados. En esta línea de pensamiento y bajo la teoría que lo sustenta (TMR), se buscó la conexión entre cada vértice del “hexaflex” y los procesos verbales, sin embargo, estas conexiones diferenciales no fueron detectadas, pero sí que sus elementos de cada vértice giran en torno a la “flexibilidad psicológica” y que estos se yuxtaponen también.

Es en estos momentos que se refuerzan los antecedentes de investigación inicial de la transformación involucrada en los componentes de ACT (especialmente la defusión). Ante tal evidencia, algunos investigadores comenzaron a buscar abiertamente la forma de centrar la “ACT” en términos del “comportamiento relacional”. El resultado de este proceso (iniciado en 2012) es un capítulo publicado por Törneke, Luciano, Barnes-Holmes y Bond en 2015.

Como resumen del proceso, se puede concluir que esta terapia no se basan en lo interesante, lógico, comprensible u oportuno que puedan ser su filosofía y métodos, sino en cuestiones de aislamiento de sus elementos o pequeñas interacciones que estimulan o transforman un problema. Para ello es necesario redefinir los problemas y soluciones clásicos en ACT y en este sentido, Törneke junto con otros investigadores hizo una nueva formulación desde la TMR en el 2015.

Los seres humanos aprenden a seguir las reglas e interactuar con su propio comportamiento, y la combinación de estos dos elementos produce un modo de operación en torno a su propio comportamiento efectivo o ineficaz. Esta última situación sería la “inflexibilidad psicológica” que reemplazaría los conceptos anteriores, menos inclusivos y “la evitación experiencial destructiva”.

El patrón rígido o inflexible está compuesto por una serie de acciones sin una dirección valiosa, y estas acciones se llevan a cabo directamente bajo el control de la única función presente, que es la que proviene de los pensamientos y/o emociones que están en cada momento. Las acciones se combinan con tales “funciones”, lo que evita que aparezcan funciones relacionadas con lo que es valioso para cada persona, por lo que las

personas no pueden realizar acciones bajo su control. Con el tiempo, la acumulación de estas “acciones fusionadas” resulta destructivas.

En términos relacionales, la “inflexibilidad psicológica” se sustentaría en muchos ejemplos en los que las personas han respondido ciegamente al encuadrar pensamientos y/o emociones que fluyen de manera equivalente y en coordinación con ellos mismos. Esto impide distinguirse de la conducta que está sucediendo, por lo que al reaccionar únicamente bajo el control de la función generada por el pensamiento, es más fácil permanecer "ciego" a otras funciones que puedan surgir o derivarse de la historia personal. Por lo que hablando metafóricamente, el problema radica en las “acciones entrampadas”.

“La flexibilidad” es una forma especial de lidiar con la propia conducta. En términos no técnicos, la flexibilidad se refiere a la capacidad de observar y reaccionar ante pensamientos, sentimientos y acciones, y tener la oportunidad de actuar hacia metas que tienen un significado personal. Al igual que la inflexibilidad, la flexibilidad también implica enmarcar el comportamiento de una persona pero de diferente manera. En este último caso, la conducta de una persona se construirá con perspectiva e inclusión, permitiendo así que una conducta se transforme de manera que produzca acciones de vida efectivas.

Aun cuando la “inflexibilidad” limita las funciones importantes debido al pasado personal de cada individuo. La “flexibilidad” da apertura a esas funciones ya que requiere distinguir la conducta propia, siendo observador de esta. De esta forma, las funciones asociadas a esa perspectiva se presentarán y contendrán una jerarquía inclusiva con el propio comportamiento en un momento dado.

“HEXAFLEX” DE LA ACT

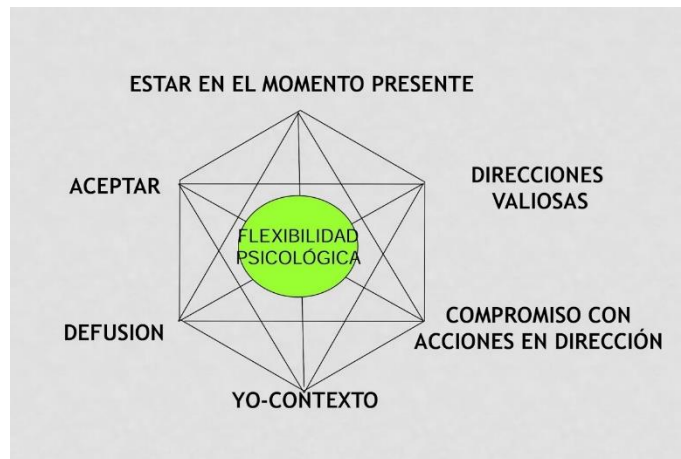


Figura 2: Modelo de Flexibilidad Psicológica (Hexaflex) adaptado de Hayes, et al. (2015)

Tabla 1.

Resumen de la evolución de la Terapia de Aceptación y Compromiso

ETAPAS			
INDICADORES	Etapa 1: “Primera época - a manera de infancia de la ACT” (1987-2002)	Etapa 2. “Época de la exuberancia de la ACT - a manera de adolescencia” (2003-2011)	Etapa 3. “La época inclusiva: a manera de adultez de la ACT” (2012-Actualidad)
Aceptación	El Planteamiento central fue el trastorno de evitación experiencial (TEE)	Se disparan la publicación de textos que, de un modo u otro, mostraban el elemento	Se enfatiza en la flexibilidad psicológica de aceptar que el dolor y sufrimiento es también parte de la

<p>Contacto con el momento presente</p>	<p>o evitación experiencial.</p> <p>Se relacionaban los problemas con el hecho de estar constantemente enfocados pensando en el pasado o con las preocupaciones por el futuro, evitando así un disfrute pleno del presente.</p>	<p>como “diferentes reacciones que, funcionalmente, estaban contextualizadas en términos de evitación del malestar”</p> <p>Se invoca al mindfulness como técnica para desarrollar esa capacidad de poder hacer contacto con el aquí y el ahora</p>	<p>vida y es inútil, desgastante y frustrante seguir en la lucha por deshacerse de completamente de este.</p> <p>Se señala la flexibilidad psicológica como un modo especial de abordar la propia conducta y, en términos no técnicos, se percibe como la habilidad para observar y reaccionar a los pensamientos, sensaciones, acciones y tener la oportunidad de actuar hacia metas con un sentido personal y valioso.</p>
<p>Dirección guiada por valores</p>	<p>En la primera etapa de ACT se hablaba de modificar el patrón de evitación, provocando otro en el que prevalecieran las funciones ligadas a acciones valiosas que dan sentido a la vida, para que esta sea una vida que valga la pena vivirla.</p>		
<p>Acción comprometida</p>	<p>En la primera etapa de ACT se hablaba de modificar el patrón de evitación, provocando otro en el que prevalecieran las funciones ligadas a acciones valiosas que dan sentido a la vida, para que esta sea una vida que valga la pena vivirla.</p>		

<p>“Yo” como contexto</p>	<p>Surge la necesidad de crear nuevos tratamientos que se ajustaran a las diversas problemáticas, la cual se estaban dando al mismo</p>
<hr/> <p>Defusión cognitiva</p>	<p>tiempo en el que se comenzaban a realizar ensayos controlados de terapias para eliminar los “síntomas desagradables”, acción que se oponía a la de la ACT y que alejaba a la persona de vivir una vida con sentido basada en sus valores personales.</p> <p>Se encontraba además la experiencia de percibir el control como el verdadero problema y la necesidad de interactuar con el</p>

malestar, sean estos
emociones,
pensamientos,
sensaciones, esto
con el objetivo de
dar pase a un modo
más eficaz de
reducir el dolor y
vivir de una manera
más flexible con él
para que así los
individuos se
enfocuen en las
cosas personales
que
verdaderamente
son importantes y
traen valor y
sentido a la vida.

Pese a todos los aportes teóricos-prácticos, y la gestión reciente en países latinoamericanos, se estima que existe aún carencia en la difusión de este proceso terapéutico, por tanto se considera lo siguiente:

1.3.2.4 Estrategia Terapéutica de Aceptación y Compromiso

Teniendo como base la ACT, las fases de esta terapia consideran la formación de la relación terapéutica, la evaluación, reconocimiento de la evitación experiencial, estilos de afrontamiento y modos, aplicación de técnicas conductuales, cognitivas, experienciales, narrativas e interpersonales.

La estrategia terapéutica de “aceptación y compromiso” se define como un sistema de fases orientada a la aceptación y flexibilidad psicológica además del compromiso en acciones coherentes a los valores y metas personales de cada individuo.

La evaluación de esta estrategia es de carácter fenomenológica de manera que la principal atención de trabajo se encuentra centrado en lo que es evidente, es decir, en lo

que se puede percibir en la experiencia de vida del paciente, así como a través de la relación paciente-terapeuta, de tal forma que se pueda generar conductas, pensamientos y emociones adaptativas.

1.3.2.5 Características de una estrategia basada en la “Terapia de Aceptación y Compromiso”

La Actitud Terapéutica y las Herramientas Fundamentales para la intervención

Según Hayes, et al. (1999) la ACT se puede resumir en estos últimos objetivos, tomando en cuenta su acrónimo en inglés: A: Accept (aceptar), C: Choose (elegir) y T: Take Action (actuar). Por lo cual esta terapia se direcciona a causar “flexibilidad psicológica” en los pacientes para aceptar los eventos privados que generan malestar o son incómodos, elegir luego una dirección basada en los valores de vida o metas personales y pasar a la acción de esta.

De manera directa Hayes (2000) presenta los siguientes puntos sobre la actitud que tiene que adoptar el psicoterapeuta para lograr las metas del proceso terapéutico:

1. El enemigo a combatir no es lo que el/la paciente experimenta. Lo perjudicial, es batallar por tratar de no sentir lo que se experimenta.
2. El psicoterapeuta no puede ser el que “salve” al paciente de sus problemas y del desafío que supone crecer.
3. Sin perder una actitud compasiva, el psicoterapeuta no puede aceptar razones, ya que la cuestión no es tanto buscar lo razonable que puede llegar a ser algo si no si es útil.
4. Si los pacientes experimentan sentimientos de frustración, confusión, miedo, ansiedad o enojo, el psicoterapeuta no tiene por qué desanimarse pues es justamente lo que se necesita trabajar y si se presenta en el momento es mucho mejor. Es importante convertir las barreras en oportunidades.
5. Si el psicoterapeuta empieza a experimentar sentimientos de ansiedad, miedo o confusión, no es para desanimarse, pues esto le permitirá estar en la misma barca junto con el paciente y el trabajo será más humanizado.
6. Más importante es hacer lo que se dice que decir lo que hay que hacer.
7. El terapeuta no puede discutir. Lo significativo es la vida del paciente, no las opiniones del psicoterapeuta.
8. El terapeuta está en el mismo barco, no es necesario protegerse colocándose por encima.

9. Lo importante es siempre la función que cumple la conducta, no su forma ni frecuencia.

Para cambiar la actitud de "evitar la experiencia" y eliminar la "fusión cognitiva", la "terapia de aceptación y compromiso" utiliza algunas herramientas poco convencionales en la "terapia cognitivo-conductual". Los tres métodos básicos utilizados son la metáfora, la paradoja y el ejercicio experiencial. (Hayes et al., 1999). Gracias a estos métodos, es posible romper el exceso de "literalidad del lenguaje" y abrirse plenamente a las sensaciones.

Etapas de la Estrategia Terapéutica de Aceptación y Compromiso

A continuación se enunciará las Etapas del proceso terapéutico según Twohig y Hayes (2018):

Etapa I: "Desesperanza creativa"

En esta etapa, la gente cuestionó la lógica social del rechazo y la lucha por evitar los síntomas como única opción de "curación". Si termina sintiendo que no logrará nada en esta postura, tendrá "desesperación creativa", y esta experiencia le dará más opciones para la acción.

Etapa II: "El control como problema, no como solución"

En esta etapa, el objetivo es hacer que los pacientes sean más conscientes de que sus esfuerzos de control están dirigidos a cambiar o evitar eventos privados. Sin embargo, esto es inútil y puede convertirse en un problema importante.

Etapa III: "Conseguir la aceptación por medio de la desliteralización"

En esta etapa, el paciente puede aceptar la experiencia debido a cambios en el proceso de pensamiento. En otras palabras, esto es para evitar el problema de fusionarse con ideas, eliminando así el exceso de "desliteralización".

Etapa IV: "Descubrir el "yo" como aliado"

En esta etapa, se le dice al paciente que su "yo" es su aliado, no su enemigo. Este es un lugar seguro donde se pueden considerar cambios. Como se sabe, el "yo" es muy difícil de cambiar, pero el contenido que aloja puede ir cambiando.

Etapa V: "El trabajo con los valores"

En esta fase se trata de que el paciente pueda ver el sentido de volver a vivir una vida digna orientada hacia una dirección valiosa, así como de acciones y metas que la impliquen.

Etapa VI: “Aceptación y Compromiso”

En esta etapa final se realizarán las acciones previamente aceptadas y se activarán técnicas de exposición u otras técnicas conductuales cuando sea necesario. Se debe considerar que los obstáculos son una parte esperada del camino, pero no se debe abandonar el proceso en curso.

1.4 MARCO CONCEPTUAL

Aceptación: Término incluido en el nombre de una de las “terapias de tercera generación” (Terapia de Aceptación y Compromiso), que refleja uno de sus fundamentos y filosofía acerca de aceptar aquello que no se puede cambiar.

Compromiso: Término incluido en el nombre de una de “las terapias de tercera generación” (Terapia de Aceptación y Compromiso) que refleja la idea y enfoque del “ACT” acerca de comprometerse a actuar y cambiar aquello que si se puede cambiar y que está ligado a los valores o metas personales de cada individuo.

Depresión: Es un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta con síntomas como: tristeza profunda o excesiva, anhedonia, abatimiento, desánimo, etc. El individuo presenta una visión negativa sobre sí mismo, el mundo y el futuro, distorsionando así la realidad, interpretando subjetivamente diferentes contextos.

Como síndrome interactúan diferentes componentes: afectivo, somático, cognitivo y conductual. Teniendo en cuenta que la evitación experiencial de los eventos privados son la razón principal del malestar.

Desliteralización ó Defusión cognitiva: romper con la fusión cognitiva, es decir deshacerse del exceso de literalización.

Estrategia: Este es el tipo de plan a utilizar, con un propósito específico en un momento dado. En él se usan métodos y operaciones específicas para lograr los objetivos establecidos.

Estrategia terapéutica de aceptación y compromiso: Plan psicoterapéutico con actividades programadas de forma secuencial basadas en el enfoque contextual de la “terapia de aceptación y compromiso” (ACT) con el fin de que se lleven a cabo los objetivos establecidos.

Eventos privados: hace referencia a eventos internos que ocurren en el individuo y que solo la persona puede observar y tener acceso directo (pensamientos, emociones, sentimientos, recuerdos, sensaciones)

Fusión cognitiva: Se da cuando la conducta de una persona está dominada, guiada o influenciada principalmente por los “eventos internos verbales” (pensamientos, recuerdos, ideas, etc.) y no tanto por lo que está ocurriendo en ese momento. Es decir, la persona deja de ser sensible a la experiencia sensorial que siento en el aquí y ahora y su comportamiento se guía por evaluaciones, juicios y recuerdos, etc.

Teoría del Marco Relacional (TMR): Es la teoría que señala que los seres humanos tenemos habilidades simbólicas y que es a través de ella que podemos establecer marcos de equivalencia entre diferentes estímulos y / o diferentes eventos externos o internos como: sentimientos, pensamientos, imágenes, sentimientos, etc. (Hayes, Holmes y Roche, 2001).

Terapia: actividad orientada a tratar diversas patologías o psicopatologías.

Terapia de aceptación y compromiso: Es un enfoque terapéutico dirigido conductualmente en la vertiente del análisis funcional y que se apoya sobre los principios del contextualismo funcional, rema entre la aceptación y el cambio, es decir en aceptar aquello que no se puede cambiar y comprometerse a cambiar lo que sí se puede cambiar y merece la pena para la persona, además su foco principal radica en alterar la función de aquellos eventos privados (pensamientos, emociones, sensaciones, etc.) que pueden generar malestar, dolor o sufrimiento, de modo que el comportamiento quede regulado por los valores personales y no por la literalidad del contenido de dichos eventos. Se basa en una perspectiva filosófica en común acerca de la condición y sufrimiento humano y la teoría de marcos relacionales.

Valores: son principios o direcciones que motivan y guían a las personas, estos son valiosos e importantes en la vida de los humanos, además de ser deseados, elegidos y construidos verbalmente, así también pueden alcanzarse a partir de la conducta pero no pueden ser conseguidos como un objeto.

1.5 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

A partir de la realidad problemática abordada anteriormente, existen insuficiencias en el proceso terapéutico de aceptación y compromiso que condiciona la aparición de la depresión en pacientes de 18 a 70 años afectados por la pandemia del COVID-19 en un establecimiento de salud de Piura.

Las intervenciones para el problema a estudiar han demostrado que al no cumplir con los requisitos teóricos y metodológicos, estas no se han podido completar, existiendo escasos y poco eficaces aportes que permitan evaluar y tratar la depresión.

1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Se conoce que existen muchas estrategias y enfoques terapéuticos que tratan el trastorno clínico de la depresión, no obstante a pesar de los esfuerzos que se han hecho por tratar de disminuir su prevalencia, así como el número de personas que la padecen. Esta enfermedad mental sigue en aumento, incapacitando a muchas personas a continuar con una vida más plena y satisfactoria.

El aumento de este mal se vio reflejado a principios del año 2020 producto de la pandemia del COVID-19, la cual ha tenido un significativo impacto en la salud mental de las personas, debido a las difíciles situaciones (pérdida de seres queridos, pérdida de empleos, estancamiento de la economía global, aislamiento social obligatorio, etc.) que esta trajo al Perú y diversos países del mundo. Todas estas circunstancias predispusieron a muchas personas al estrés negativo, el cual en su mayoría de veces tiene como comorbilidad la depresión y ansiedad.

Es por ello, que, se plantea esta estrategia, basada en la terapia de aceptación y compromiso, para disminuir la elevada prevalencia y sintomatología de la depresión en pacientes que han sido afectados por esta pandemia.

Se eligió este enfoque terapéutico por su nivel de eficacia demostrada a lo largo de los primeros años del siglo XXI, con investigaciones y estudios experimentales de relevancia, realizados por Steven Hayes, Jorge Barraca, Wilson y Luciano, etc.

Hasta la actualidad se siguen realizando investigaciones, así como ensayos clínicos para continuar afianzando la evidencia empírica de esta terapia de tercera generación, tomando en cuenta que la ACT se adhiere a los modelos conductuales, de enraizada tradición empírica y, por tanto, con un firme compromiso con la contrastación experimental de sus técnicas para tratar con mayor eficiencia y eficacia los trastornos de evitación experiencial (entre ellos la depresión).

En el Perú existen escasos estudios como este, donde se utilice este tipo de terapia de tercera generación para tratar la depresión u otros trastornos; debido a que este enfoque de terapias contextuales es relativamente nuevo. Por otro lado, en el distrito de Piura, no se han encontrado investigaciones similares a esta, por lo que la presenta investigación sería la primera que quedará registrada como antecedente para futuras propuestas relacionada a esta terapia.

1.7 HIPÓTESIS

Si se elabora una estrategia terapéutica de aceptación y compromiso basado en la dinámica del proceso que tenga en cuenta la teoría y procesos ya existentes entonces contribuirá en disminuir los síntomas de depresión en pacientes de 18 a 70 años afectados por la pandemia del COVID-19 de un establecimiento de salud de Piura.

1.7.1 Variables

Variable Independiente:

Estrategia Terapéutica de Aceptación y Compromiso: Plan psicoterapéutico con actividades programadas de forma secuencial basadas en el enfoque contextual de la “terapia de aceptación y compromiso”, está estructurada por seis etapas, las cuales fueron propuestas a fin de accionar sobre la depresión, estas etapas son: fundamentación, diagnóstico, planteamiento del objetivo general, planeación estratégica, instrumentación y evaluación.

Variable Dependiente:

Depresión: Es un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta con síntomas como: tristeza profunda o excesiva, anhedonia, abatimiento, desánimo, etc. El individuo presenta una visión negativa sobre sí mismo, el mundo y el futuro, distorsionando así la realidad, interpretando subjetivamente diferentes contextos.

Como síndrome interactúan diferentes componentes: afectivo, somático, cognitivo y conductual. Teniendo en cuenta que la evitación experiencial de los eventos privados son la razón principal del malestar.

1.8 OBJETIVOS

1.8.1 Objetivo general

Elaborar una estrategia Terapéutica de Aceptación y Compromiso para disminuir la depresión en pacientes de 18 a 70 años afectados por la pandemia del COVID-19 de un establecimiento de salud de Piura.

1.8.2 Objetivos específicos:

- a) Caracterizar epistemológicamente el proceso terapéutico de aceptación y compromiso y su dinámica.
- b) Determinar las tendencias actuales del proceso terapéutico de aceptación y compromiso en relación a la depresión.
- c) Diagnosticar el estado actual de los pacientes respecto a la depresión.
- d) Elaborar la planeación estratégica basada en la terapia de aceptación y compromiso para disminuir la depresión en pacientes afectados por la pandemia del COVID 19.
- e) Validar por criterio de especialistas la estrategia terapéutica de aceptación y compromiso para disminuir la depresión en pacientes afectados por la pandemia del COVID-19.
- f) Ejemplificar parcialmente la estrategia terapéutica de aceptación y compromiso.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 Tipo y Diseño de investigación

El tipo de investigación es aplicada pues estudia un problema social, siendo en la presente investigación, la depresión, en la cual se busca adquirir mayor conocimiento sobre esta variable, así como establecer y diseñar una estrategia para resolver este problema de forma práctica mediante un esfuerzo sistemático basado en la terapia de aceptación y compromiso. (Vargas, 2009)

Asimismo, se trata de una investigación mixta, ya que propone el uso de herramientas cualitativas como cuantitativas, profundiza teorías y establece una propuesta mediante técnicas conductuales, experienciales y cognitivas basado en la revisión y el análisis estadístico sobre la depresión (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

El alcance de investigación es descriptivo puesto que busca caracterizar, profundizar y describir las variables de investigación con la finalidad de aplicar una vertiente propositiva mediada por estrategias de soluciones prácticas (Hernández et al., 2014).

Por último, de acuerdo al grado de manipulación y período, el diseño de investigación es pre-experimental – transversal dado a que se ejerce un bajo nivel de control de la variable independiente sobre la dependiente y es transversal porque busca su medida en un único y sólo momento (Hernández et al., 2014).

2.2 Población y muestra

La población objetivo estuvo conformada por 50 pacientes usuarios del Establecimiento de Salud I-3 José Abelardo Quiñones que han sido afectados por la pandemia del COVID-19.

Así también para la muestra se contó con la misma cantidad de población, de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre los 18 y 70 años. Para ello se utilizó el muestreo no probabilístico e intencional. Según Hernández, Fernández y Baptista (2006) este tipo de muestreo permite seleccionar casos característicos de una población limitando la muestra sólo a estos casos. Se utiliza en escenarios donde la población es muy variable y consiguientemente la muestra es muy pequeña, por su parte Hernández expresa que “si la población es menor a 50 individuos, la población es igual a la muestra”.

Por otro lado, se trabajará con familiares y/o amigos de los pacientes seleccionados a modo de que puedan ser fuente o referencia de información.

2.2.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes hombres y/o mujeres entre 18 a 70 años, que han sido afectados por la pandemia del COVID-19 y sean usuarios en el centro de salud.
- Pacientes voluntarios que deseen formar parte de la investigación.

2.2.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes que no quieran ser parte de la investigación o que se rehúsen a contestar el cuestionario.
- Pacientes que no desarrollen correctamente el cuestionario o que dejen espacios en blanco.
- Pacientes que no hayan sido afectados por la pandemia del Covid – 19 ni sean usuarios del establecimiento de salud.

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

- Técnicas de diagnóstico: observación, entrevista.
 - Observación: Es un método de exploración psicológica que existe durante todo el proceso de evaluación y tratamiento. Aquí, el examinador desempeña el papel de observador participante, ya que solo puede observar plenamente cuando está incluido en la situación y participa activamente, además se puede auxiliar de técnicas como registros estructurados y listas de chequeos. (Martínez et al., 2013)
 - Entrevista: es una técnica de recolección de datos realizada por medio de una conversación dirigida, con reglas y pautas, formada a través de preguntas abiertas o cerradas (Orellana, 2006).

- **Instrumento: Inventario de depresión de Beck-II Adaptado (BDI-IIA)**

Es un instrumento autoadministrado de 21 ítems, que evalúa síntomas somáticos-motivacionales y afectivos-cognitivos de la depresión. Fue creado por Beck, en colaboración con Robert A. Steer y Gregory K. Brown en 1961, la adaptación al español fue en el 2011. Este instrumento evalúa la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. El rango de puntuación para cada elemento es de 0 a 3 puntos. Finalmente, sumando estos

puntos, el número total puede estar entre 0 y 63, las puntuaciones están divididas en 4 intervalos que señalan una categoría de nivel de depresión (Mínima, Leve, Moderada y Grave)

Debido a que este instrumento tiene una alta confiabilidad tanto en poblaciones clínicas como no clínicas, es el instrumento más utilizado en la investigación relacionada con la depresión.

Validez

Para la obtención de la validez, se realizó mediante la validez por juicio de expertos y la validez de constructo, esta última consiste en agrupar estadísticamente los ítems con su escala o dimensión; la cual se denomina también correlación ítem-test.

Tabla 2

Juicio de expertos

Expertos	Ítems de la dimensión 1	Ítems de la dimensión 2
Experto 1	De acuerdo	De acuerdo
Experto 2	De acuerdo	De acuerdo
Experto 3	De acuerdo	De acuerdo

Fuente: Elaborado por la autora

Tabla 3

Validez por correlación ítem-test del instrumento

Áreas	Índices de discriminación	
Afectiva-Cognitiva	.759	.000
Somática-	.792	.000
Motivacional		

Fuente: Elaboración estadística SPSS

Confiabilidad

Se utilizó el estadístico alfa de crombach, para variables de medida ordinal y tipo likert.

Tabla 4

Consistencia interna del instrumento psicométrico

Dimensiones	N° elementos	Alfa Cronbach
Afectiva-Cognitiva	8	.839
Somática-Motivacional	13	.777
Total ítems	21	

Fuente: Elaboración estadística SPSS

Escala General - Depresión	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
.878	21

Fuente: elaboración estadística SPSS

- Criterio de expertos: es una técnica de validez de contenido de un nuevo diseño, el experto evalúa, opina y valora de acuerdo a la relevancia, coherencia y claridad del producto acreditable (Garrote & Rojas, 2015).

- Análisis documental: es un sistema de operaciones llevadas a cabo para recolectar, analizar, seleccionar y describir información de distintas bibliografías o documentos (Clauso, 2003).

2.4 Procedimiento de análisis de datos

Se trabajó la estadística descriptiva: Tablas descriptivas y porcentajes que se acompañan de gráficos referentes a las normas APA. Para la obtención de la validez, respecto a la propuesta, se validó de acuerdo al criterio de expertos, al igual que la validez del instrumento, además de la validez mediante la correlación ítem-test. Por consiguiente, la confiabilidad se obtuvo a través del coeficiente alfa de crombach, para

variables con escala de medición ordinal de respuesta likert. Estos procedimientos analíticos, se ejecutaron en el programa SPSS y el programa Microsoft Excel.

2.5 Criterios éticos

Se tomaron en cuenta los principios éticos suscritos en el informe de Belmont; donde el National Institutes of Health (2003) hace referencia a lo siguiente con respecto a la investigación con personas:

- Respeto: es importante respetar al sujeto de estudio, para ello se debe proteger la autonomía, tratar con respeto y cortesía a la persona y tomar en cuenta el consentimiento informado.
- Beneficencia: se maximizan los beneficios para los investigados y se evita ocasionar daños físicos y/o emocionales en los participantes.
- Justicia: los participantes serán tratados en igualdad de condiciones, usando pautas razonables que no afecten o dañen a los sujetos.

2.6 Criterios de rigor científico

En el presente estudio se tomará en cuenta los principios de científicidad, objetividad, fiabilidad, validez, credibilidad, transferibilidad, consistencia de los datos, relevancia y adecuación teórico-epistemológica.

III. RESULTADOS

3.1 Resultados en Tablas y Figuras:

De acuerdo a los procedimientos estadísticos, de los datos cuantitativos calculados, producto de la aplicación del instrumento psicométrico, y con el propósito de identificar los niveles y dimensiones de depresión en los pacientes. Se obtuvieron:

Tabla 5

Nivel de depresión de los pacientes

Niveles	Nº de Pacientes	%
Mínima	2	4%
Leve	3	6%
Moderado	40	80%
Grave	5	10%
Total	50	100%

Fuente: Elaborado por la autora

Interpretación: En la tabla 5, se aprecia que existe mayor porcentaje en el nivel moderado, seguido del nivel grave, esto señala que existe presencia de sintomatología depresiva en casi toda la muestra poblacional, afectando el normal funcionamiento de las personas en sus diferentes esferas de vida. Ante ello se hace evidente la necesidad de la estrategia terapéutica de aceptación y compromiso, debido a que los indicadores manifiestan una marcada problemática, siendo necesario implementar acciones de intervención.

Figura 3

Nivel de depresión de los pacientes

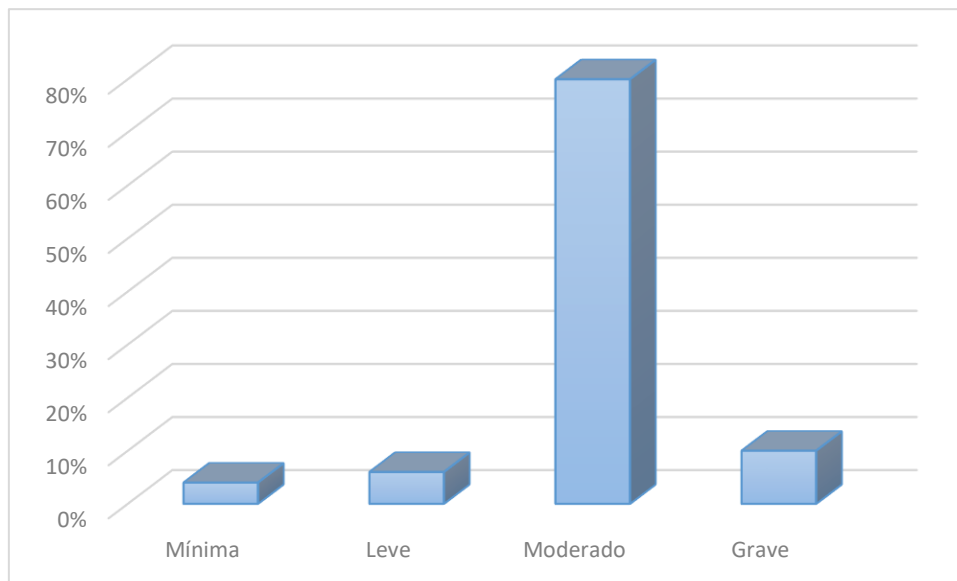


Tabla 6

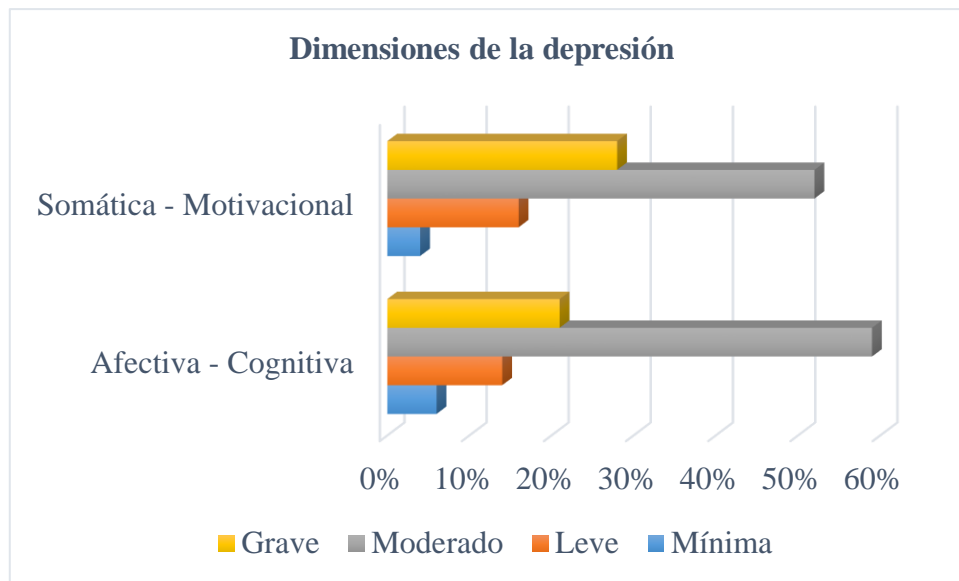
Dimensiones de la depresión

Dimensiones	Niveles				Total
	Mínima	Leve	Moderado	Grave	
Afectiva - Cognitiva	6%	14%	59%	21%	100%
Somática - Motivacional	4%	16%	52%	28%	100%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes

Interpretación: En la tabla 6, referente a las dimensiones de la depresión, se aprecia un mayor porcentaje en el nivel moderado, seguido del nivel grave. Por ello en el área afectiva-cognitiva los pacientes presentan sentimientos de tristeza, fracaso, culpa, así como pensamientos negativos de sí mismo, del futuro, además de llanto y pérdida de placer. Así mismo en el área somática-motivacional se evidencian irritabilidad, cambios en el apetito y sueño, pérdida de energía, cansancio, dificultad para concentrarse, indecisión.

Figura 4



Dimensiones de la depresión

3.2 Discusión de resultados:

La discusión gira en torno al objetivo general de esta investigación que consiste en elaborar una estrategia terapéutica de aceptación y compromiso para disminuir la depresión en pacientes afectados por la pandemia del covid-19, y según los resultados obtenidos acerca de los niveles de la depresión en los pacientes asistentes al servicio de psicología del centro de salud, se reflejó una mayor predominancia en los niveles

moderado y grave de esta variable según la escala de medición del instrumento (BDI-IIA), quiere decir entonces, que existe presencia de sintomatología depresiva moderada en casi toda la muestra poblacional y que afecta el normal funcionamiento de esta población en las diferentes esferas de su vida (personal, social-familiar, laboral, académica); síntomas que consisten en sentimientos de tristeza, culpa, pérdida de interés y placer por hacer las cosas, pensamientos negativos de sí mismo y del futuro, entre otros.

Estos datos coinciden con la investigación de Céspedes (2017) quien diseñó un programa de terapia cognitiva conductual en adolescentes y jóvenes con depresión, este estudio fue de diseño experimental, con pre test y post test en un solo grupo, integrado por 120 participantes, de la cual su muestra fue 60. Céspedes aplicó el inventario de depresión de Beck (BDI-II), en el cual se evidenciaron que el 60% de los jóvenes mostraban síntomas afectivos-cognitivos y somáticos-motivacionales de la depresión a nivel moderado, incapacitándolos a tener un mejor desenvolvimiento, esto guarda relación a lo que señala Torres (2018) que cuando la depresión se encuentra en continuo ascenso en duración e intensidad en sus episodios, la persona afectada se enfrenta a mayor dolor y problemas en su funcionalidad en diferentes áreas de su vida.

Por otro lado en el estudio realizado por Vilchez (2019), el cual se basó en identificar la incidencia y niveles de depresión y ansiedad en mujeres de un centro poblado, determinó que existía un 72% de incidencia de depresión en mujeres, corroborando lo señalado por Mory y Caballero (2010) acerca de que la depresión tiene una mayor prevalencia en mujeres que en varones, así mismo el estudio de Vilchez arrojó que un 48% de la población presentaba niveles de depresión leve a diferencia del presente estudio donde solo un 6% de la población manifestó síntomas depresivos leves.

El presente estudio se asemeja también a los resultados obtenidos en la investigación de Gastulo (2020) quien desarrolló una estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual para prevenir la depresión en adolescentes. En dicha investigación se pudo identificar una predominancia de niveles de depresión moderada y grave, donde un 59% de la muestra poblacional evidenciaba síntomas depresivos moderados y un 27% síntomas graves, estos resultados fueron obtenidos con la aplicación del inventario de depresión de Beck (BDI-II), mismo instrumento que se ha usado en la presente investigación, donde también se obtuvieron resultados similares al estudio hecho por Gastulo, pues en la muestra poblacional del presente trabajo se obtuvo que un 80% de los pacientes evidenciaban síntomas depresivos moderados. Por ello es que en ambas investigaciones fue necesario desarrollar una estrategia psicoterapéutica para intervenir

en dicha problemática. Estas estrategias están basadas en un enfoque terapéutico cognitivo- conductual, siendo esta una de las terapias más eficaces para combatir este trastorno afectivo, así mismo esta afirmación es compatible con la conclusión del estudio de investigación de Pérez y García (2001) quienes realizaron un estudio de los tratamientos psicológicos eficaces para la depresión.

3.3 Aporte Práctico

En este capítulo se describe la fundamentación, los objetivos, la planeación estratégica, la instrumentación, la evaluación y las etapas de la:

“Estrategia terapéutica de aceptación y compromiso para disminuir la depresión en pacientes afectados por la pandemia del COVID-19”.

El aporte práctico del estudio, se basa en la propuesta de una estrategia terapéutica de aceptación y compromiso, para disminuir la sintomatología depresiva en pacientes de 18 a 70 años afectados por la pandemia del COVID-19 de un centro de salud de Piura, misma que se sustenta en los principios del contextualismo funcional y la investigación experimental del lenguaje y otros comportamientos complejos, así mismo este enfoque terapéutico se fundamenta en el análisis cultural del sufrimiento humano y representa una filosofía de vida que integra diferentes perspectivas filosóficas.

Con el estudio, se pudo observar un incremento en las consultas psicológicas debido al impacto en la salud mental que ha tenido la pandemia del COVID-19 en la población, siendo la depresión, uno de los problemas más habituales en la población joven y adulta, la cual manifiesta síntomas como: sentimientos de tristeza, culpa, inutilidad y desesperanza, llanto frecuente, irritabilidad, pérdida de interés por actividades que antes le eran placenteras, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, dificultad para concentrarse, pensar, tomar decisiones, pensamientos suicidas y catastróficos.

3.3.1 Fundamentación de la Estrategia Terapéutica de Aceptación y Compromiso:

En el ámbito clínico la Terapia de Aceptación y Compromiso, conocida por sus siglas ACT, es una terapia cognitiva conductual, que ha ganado relevancia por sus eficaces resultados en diversos trastornos psicológicos, entre ellos la depresión. (Ruiz, 2010). Problema que afecta a millones de personas en el mundo, limitando su funcionamiento e incapacitándoles en el desempeño de sus actividades en diferentes áreas de su vida, por lo que se hace importante contribuir con la disminución en la prevalencia de dicho trastorno.

Según lo señala Luciano y Valdivia (2006), esta estrategia terapéutica se basa en provocar un patrón flexible y extenso de acciones orientadas a avanzar hacia objetivos y/o metas inscritas en direcciones personalmente valiosas, y no por la ausencia o presencia de ciertos estados cognitivos y emocionales etiquetados como negativos (miedo, ansiedad, tristeza, dolor, etc.).

Por otro lado Hayes, Holmes y Roche (2001), sustentan este enfoque terapéutico en la Teoría de Marcos Relacionales (TMR), la cual señala que los humanos poseen habilidades simbólicas y es justamente a través de ella, que podemos formar marcos de equivalencia entre diferentes estímulos y/o entre distintos eventos externos o internos (sensaciones, pensamientos, imágenes, sentimientos, etc.).

Uno de los objetivos de este enfoque es utilizar técnicas de mindfulness para fortalecer la consciencia del momento presente y así favorecer la aceptación emocional para que el individuo pueda retomar una vida con sentido, que valga la pena vivir, aceptando aquello que no se pueden cambiar y tomando valor para cambiar aquello que si se puede cambiar, actuando de manera comprometida con el logro de cada objetivo o meta de vida.

Esta estrategia terapéutica considera las siguientes características: la formación de la relación terapéutica, la evaluación, reconocimiento de la evitación experiencial, estilos de afrontamiento y modos, aplicación de técnicas conductuales, cognitivas, experienciales, narrativas e interpersonales.

El objetivo terapéutico de la “ACT está compuesto por seis procesos que se interrelacionan: “aceptación”, “defusión cognitiva”, “yo como contexto”, “contacto con el momento presente”, valores y “acción comprometida”. Todos son "procesos", “actos

psicológicos” que siguen un determinado proceso y están definidos funcionalmente. El resultado esperado de participar en estos procesos es “la flexibilidad psicológica”, que es la capacidad de un individuo consciente de experimentar plenamente un evento sin una defensa innecesaria o excesiva, y la capacidad de perseverar en un determinado momento, en una conducta o convertirla en servicio de valores que se hayan escogido con libertad. (Twohig & Hayes, 2018)

3.3.2 Estructura del aporte práctico:

Al haber detectado que existen signos y síntomas de depresión en diferentes grados debido a las consecuencias producidas por la pandemia del COVID-19, se hace importante realizar una intervención adecuada para disminuir la sintomatología, evitando que se agrave el problema o se reincida, teniendo en cuenta que la depresión es uno de los problemas de salud mental con mayor índice de prevalencia y que incapacita a la persona a desenvolverse de manera funcional. Por todo ello es necesario diseñar una estrategia de intervención bajo el enfoque de la terapia de aceptación y compromiso con el fin de disminuir este problema de salud mental.

- I. La etapa I: Diagnóstico
- II. La etapa II: Objetivo General
- III. La etapa III: Planeación estratégica
 - a. Fases de la estrategia
 - b. Técnicas para la ejecución de la estrategia de intervención psicológica
- IV. La etapa IV: Instrumentación
- V. La etapa V: Criterios de evaluación

I. Diagnóstico:

La estrategia terapéutica de aceptación y compromiso para disminuir la depresión en pacientes afectados por la pandemia del COVID-19, surge de la realización de un diagnóstico por medio de la observación, entrevista y la aplicación de un instrumento encaminado a determinar los signos y síntomas de la depresión agrupada en dos dimensiones (Cognitiva-Afectiva y Somática-Motivacional), además de conocer el nivel de depresión en el que se encuentra cada paciente. Así mismo se corroboró el diagnóstico de los evaluados mediante una entrevista estructurada a los familiares y amigos de cada paciente.

Según lo encontrado, se evidencia que debido a las consecuencias y estragos ocasionados por la pandemia del COVID-19, el índice de depresión, así como de otros problemas de salud mental se elevó durante los primeros meses del año 2020.

Este diagnóstico apoya además cada etapa de la estrategia, tomando en cuenta que compone un punto de partida para el planteamiento de la lógica de la dinámica del proceso de formación investigada para el progreso de la competencia investigada. A continuación se hará mención de algunos indicadores evaluativos:

En esta etapa se desarrollaran las siguientes acciones:

- Caracterizar a los pacientes con depresión en cuanto al área afectivo-cognitiva en el proceso terapéutico de aceptación y compromiso
- Caracterizar a los pacientes con depresión en cuanto al área somática-motivacional en el proceso terapéutico de aceptación y compromiso
- Caracterizar a los pacientes según los niveles de depresión en el proceso terapéutico de aceptación y compromiso.

II. Planteamiento del objetivo general:

Disminuir la sintomatología depresiva en pacientes afectados por la pandemia del Covid-19 teniendo en cuenta los procesos de la terapia de aceptación y compromiso.

III. Planeación estratégica:

Debido a que los pacientes del centro de salud presentan signos y síntomas de depresión en diferentes niveles, que afecta diferentes esferas de su vida, limitando su normal funcionamiento. Es entonces que la estrategia terapéutica de aceptación y compromiso surge para atender la necesidad antes expuesta partiendo de una planificación estratégica como un proceso continuo que requiere seguimiento constante en cada una de sus fases.

A continuación la estrategia terapéutica de aceptación y compromiso se divide en 2 fases:

1. FASE 1:

Cognitiva-Afectiva: Esta primera fase, la tendrá a cargo el equipo de psicólogos del centro de salud, esta tiene como objetivo desarrollar los primeros 3 procesos de la ACT usando diferentes técnicas y estrategias de este modelo terapéutico.

2. FASE 2:

Somática-Motivacional: Esta segunda fase, que también estará a cargo del equipo de psicólogos del centro de salud tiene como objetivo desarrollar los 3 últimos procesos de la ACT usando diferentes técnicas y estrategias de este modelo terapéutico.

El establecimiento de estas fases en la estrategia terapéutica de aceptación y compromiso tiene como finalidad ayudar a los pacientes a disminuir la sintomatología depresiva, sin olvidar que esta es una intervención psicoterapéutica basada en la aceptación. La mayoría de pacientes acude a terapia confiando en que el terapeuta ayudará a regular la intensidad de la emoción, sea cual fuera esta, que estén ellos experimentando. Sin embargo bajo este enfoque terapéutico el paciente tendrá una nueva perspectiva del problema y podrá desarrollar la capacidad de tener contacto con sus emociones, sensaciones, pensamientos sin resistirse a ellos y poder observarlos como lo que son (un sistema complejo de símbolos o fragmentos del lenguaje) de esta manera estos tendrán un menor impacto en el funcionamiento de la vida de cada individuo, posteriormente esto permitirá que el paciente centre su atención en cosas más importantes (valores, objetivos, metas de vida) que aporten una dirección y motivación a vivir una vida rica y llena de sentido.

A. Fases de la estrategia terapéutica de aceptación y compromiso

Dicha estrategia se desarrolla a través de dos fases propuestas, la cual está constituida por etapas, metas, estrategias y técnicas de intervención

Fase 1: Cognitiva – Afectiva

Etapas	Metas	Estrategias y Técnicas de Intervención
1. Desesperanza Creativa	Informar sobre la terapia y lograr el consentimiento y compromiso de esta.	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducar al paciente acerca de la metodología y enfoque de la terapia. - Informar sobre tratamientos alternativos. - Informar de los beneficios y riesgos de la terapia. - Orientar acerca del rol del terapeuta y paciente.

	<p>Legitimación de la terapia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ver si los problemas que tiene el paciente son por causas “legítima” (por ejemplo: muerte de un ser querido, separación o divorcio, pérdida de trabajo, etc.) o por el control sobre las emociones, sentimientos, pensamientos, recuerdos, sensaciones.
	<p>Conocer los intentos de cambio del paciente y cómo no le ha funcionado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué dicen los síntomas? - ¿Qué desea conseguir? - ¿Cómo ha intentado alcanzarlo? (detenerse en cada uno de los métodos usados y hacer ver que son “razonables”) - ¿cómo le ha ido en esos intentos? (analizar lo que la experiencia dicta y lo que la mente dice) - Percatarse que nada ha funcionado a largo plazo (al revés que en otras áreas de la vida). Paradójicamente mientras más se esfuerza peor se vuelve el problema. - A lo mejor el intento de solución es parte del problema.
	<p>Disminuir la vinculación del paciente a la agenda “normal” de cambio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer como patrón la practicidad. - Se usará el lenguaje solo si es práctico (por eso se emplea paradojas, metáforas, etc.) - Nos centraremos en lo que la experiencia diga que funciona, por más extraño que sea, y no lo que parezca razonablemente más adecuado para resolver el problema.
	<p>Despertar la desesperanza creativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Describirle al paciente la depresión desde la perspectiva del mindfulness relacionándolo con la postura filosófica del sufrimiento humano y la evitación experiencial. <p>Se le manifiesta al paciente que <i>“Esta atorado, su problema no se resuelve, y que en el fondo sabe que no</i></p>

		<p><i>hay salida, que ha probado de todo. Y no es porque no se haya esforzado lo suficiente”.</i></p> <p>Se le explica mejor por medio de metáforas. Se puede hacer uso de algunas de estas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Metáfora del hombre en el hoyo: <i>un hombre caminaba por el campo, llevaba una venda en los ojos y una bolsa pequeña de herramientas. Se le había indicado que su tarea era correr por ese campo con una venda en los ojos. El hombre no estaba enterado que en el campo habían hoyos muy profundos y grandes, lo ignoraba completamente. De pronto empezó a correr por el campo y resbalo en uno de esos grandes hoyos. Empezó a palpar las paredes de este y se dio cuenta que no podía saltar fuera y de que tampoco existían otras vías de escape. Vio en la bolsa de herramientas que le habían entregado, para ver si encontraba algo que pudiera usar para escapar del hueco, y encontró una pala. Eso es todo lo que había. Así que empezó a usarla, pero muy pronto se dio cuenta que no salía del hoyo. Intento cavar más y más y más de prisa, pero seguía en el hueco. Probo dando grande palanadas y con pequeñas, arrojando la tierra lejos o arrojándola cerca... pero seguía en el hoyo. A pesar de todo ese trabajo y esfuerzo, lo único que conseguía es que el hueco se hiciese cada vez más y más profundo. Entonces tomo consciencia de que cavar no era la solución, esa no era la forma de salir del hoyo, al contrario, cavando es como se hacen los hoyos más grande. De pronto empezó a creer que quizás todo el plan que tenía estaba errado y que no tenía solución,</i>
--	--	---

		<p>ya que cavando no podía conseguir una salida, lo único que hacía era hundirse más.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metáfora de las arenas movedizas: <i>imagínese que usted estuviera atrapado en arenas movedizas. Por supuesto, intentaría hacer lo que pudiera para salir de ellas, aunque lo que supiera e hiciera, solo lo llevara a enterrarse más profundo. Lo único que se puede hacer con las arenas movedizas, es extender el cuerpo y tratar de entrar en contacto, lo más posible con ellas. Quizá lo que a usted le pasa es parecido. No es muy lógico al principio, pero puede ser que lo que usted deba hacer, es parar de batallar y en lugar de ello, entrar en contacto total con lo que ha estado tratando de evitar.</i> - Metáfora del juego de la cuerda contra el monstruo: <i>Imagina tu problema actual (depresión). Ese problema es como un individuo que está unido a un monstruo por una cuerda y en medio de ellos hay un foso. Mientras el monstruo está tranquilo, dormido, podemos convivir con él pero cuando se despierta se vuelve insoportable y empezamos a tirar de la cuerda para tratar de que el monstruo caiga en el foso. A veces pareciera que el monstruo se calma al tirar de la cuerda, como si se estuviera dando por vencido, sin embargo lo que ocurre a la larga es que cuanto más tiras de la cuerda, más nos acercamos al filo del foso y, por el contrario el monstruo se vuelve más fuerte, grande y amenazante. Es así que la situación en la que te encuentras es estar al pendiente de si el monstruo se levanta para tirar de la cuerda, y además saber</i>
--	--	--

		<p><i>que cuando tú tiras, el monstruo también lo hace, lo que conlleva a veces a que estés al filo del abismo. Y mientras, tu vida solo se enfoca en estar pendiente de la cuerda. Te gustaría no estar atado (a) al monstruo, pero eso es algo que no se puede cambiar, de manera que te planteas qué puedes hacer basado en tu experiencia. Una posibilidad para hacer tu vida es soltar la cuerda y ver al monstruo y otra es que tu vida se enfoque a estar pendiente de la cuerda.</i></p>
	<p>Dejar el inútil “entenderlo”</p>	<p>Reflexionamos con el paciente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No entender la nueva perspectiva: creer, entender, estar en lo cierto, nos aleja del aquí y el ahora. - No focalizarse en el lenguaje. <p>Se le informa al paciente que se hará uso de metáforas y paradojas para desliteralizar y desestabilizar el “entenderlo”.</p>
	<p>Deshacer la vinculación a la agenda de cambio</p>	<p>Se le ayuda al paciente a marcar distinción de la desesperanza actual con la posibilidad de trabajar y cambiar. No significa que no haya esperanza, si no que “así” (en la postura convencional) no hay salida.</p> <p>Siempre es posible responder pero lo primero es abandonar la lucha (agenda de control) y fiarse de la experiencia.</p>
<p>2. El control como problema, no como solución.</p>	<p>Aprender que el problema es el control y lleva a resultados inconvenientes a través del escape y evitación emocional.</p>	<p>Se le ayuda al paciente a entender que el control deliberado no es la solución, si no el problema. Esto por medio de metáfora y ejercicios experienciales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metáfora del polígrafo: <i>imagine que está conectado a un polígrafo muy sofisticado que puede detectar cualquier síntoma o signo corporal (sudoración, pulsaciones, etc.), además de pensamientos negativos y para que no se active la alarma debes estar en un estado neutro, plano,</i>

		<p><i>sin emociones intensas. Si la alarma se activa va a recibir un disparo en la cabeza pues hay alguien apuntándole. ¿Qué cree que va a pasar?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio del reflejo rotuliano: <i>se le dice al paciente que se le dará un golpe en la rodilla y se le pide que controle la respuesta refleja de la misma forma que intenta controlar sus pensamientos. Esto se trata de que el paciente llegue a abstraer, a través de múltiples ejemplos, que hay ocasiones en las que el control no funciona, e incluso puede tener efectos paradójicos.</i> - Ejercicio del elefante rosa: <i>se le dice al paciente lo siguiente: “No trate de pensar ni imaginar un elefante rosa, porfavor no lo haga, controle su mente” (se le repite esto tres veces)</i> - <i>Se le hacen preguntas sobre los costos de la evitación para que el paciente reflexione:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Cuáles han sido los costos a largo plazo de sus patrones de evitación?</i> • <i>¿Qué ha abandonado como consecuencia de intentar controlar su ansiedad y preocupaciones?</i> • <i>¿Qué ha pasado con su vida con el tiempo? ¿Ha hecho más o menos de lo quería hacer con su vida?</i> • <i>¿Sus opciones se han incrementado o por el contrario se han reducido con el tiempo?</i> • <i>¿Qué haría con su tiempo si este no fuera gastado en tratar de manejar su ansiedad, miedos, pensamientos inquietantes, recuerdos y demás?</i>
	<p>Aprender que el control emocional es promovido por nuestra</p>	<p>Por medio de las siguientes frases se le explica al paciente como la cultura constantemente ha reforzado la idea de “controlar las emociones negativas”.</p>

	<p>cultura actual y que sirve a corto plazo pero falla a largo plazo.</p>	<p>Frases como: “No llores o te daré un motivo para llorar”. “No seas tan pesimista, míralo por el lado positivo”, “Quita esa mala cara”, “Ahora eres un niño mayor”. “Los niños mayores no lloran”, “deja de sentir pena de ti mismo”, “No te preocupes, no hay porque tener miedo”. Se le explica al paciente que con palabras como esas, los mayores que nos rodeaban nos transmitían una y otra vez el mensaje de que teníamos que ser capaces de controlar nuestros sentimientos.</p>
	<p>Aprender que independiente de la experiencia, el control lleva a un aprendizaje arbitrario. Es importante distinguir entre la practicidad y seguir las reglas.</p>	<p>Se le enseña al paciente el modelo de condicionamiento, donde él está al pendiente del control instruccional del lenguaje. Luego contrástelo con lo que es seguir las instrucciones de algo diferente a la eficiencia (un buen funcionamiento). Para que el paciente comprenda mejor esto, se le plantea el siguiente ejercicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio: ¿Cuáles son los números? (se le pide al paciente que recuerde los números 1, 2 y 3, para posteriormente pedirle que se olvide de ellos, lo que obviamente resulta imposible)
	<p>Aprender que na alternativa al control es la disposición y no tenerla tiene un costo.</p>	<p>Se le enseña al paciente como la disposición reduce la agenda de control y su ausencia produce incomodidad, esto por medio de metáforas y ejercicios experienciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metáfora de las dos escalas: imagínese dos escalas, como si fueran los volúmenes de un estéreo. Uno está justo frente a usted y se llama “tristeza” (cólera, culpa, preocupación, dependiendo de la situación del paciente). Puede variar en valores de 0 a 10. Usted llegó hasta aquí debido a que “su tristeza era muy alta”. Usted ha estado tratando de reducir el marcador de esta escala, pero ahora tiene acceso a otra escala. Esta se mantenía escondida y era difícil verla. Esta otra escala también varía de 0 a 10 y se llama

		<p>“Disposición” y se refiere a qué tanto usted puede experimentar lo que le sucede sin tratar de manipularlo, escapar o evitarlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio del lapicero (intentar vs. Hacer): <ul style="list-style-type: none"> o Una de las respuestas más comunes de los clientes cuando se les pide hacer un ejercicio es “lo intentaré”. o El Ejercicio del lapicero demuestra que la <i>disposición</i> es una acción del todo o nada; es algo que se hace, no algo que se intenta hacer. <p>Ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapeuta: <i>Lo que quiero que hagas es que intentes recoger este lapicero. Haz tu mayor esfuerzo (el terapeuta pone un lapicero en una mesa frente al cliente y luego espera; justo cuando el cliente está a punto de tocar el lapicero, el terapeuta lo interrumpe). Espera, estás levantando el lapicero. Yo solo quería que intentes levantarlo.</i> • Paciente: <i>(probablemente algo confundido) bueno, no puedo hacer eso. O lo levanto o no lo levanto.</i> • Terapeuta: <i>¿Entonces qué es lo que pasa cuando intentas levantarlo?</i> • Paciente: <i>Mi mano se mantiene sobre el lapicero, pero en realidad no lo levanto.</i> • Terapeuta: <i>Entonces “intentar” en realidad es “no hacer”, y es por eso que no quiero que intentes nada. Primero tienes que hacer una elección respecto a si estás dispuesto a tener lo que tienes que tener. Y si estás realmente dispuesto, entonces sigue adelante y hazlo. Si no</i>
--	--	--

		<p><i>estás dispuesto, respetaré tu opción. Aquí no hay grises. Es un sí o un no.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio del termostato: Permite discutir la diferencia entre “ser víctima” de la depresión y “ser responsable” de la depresión. <p><i>Ejemplo:</i></p> <p><i>“Mira estos termostatos, son como los que usas para controlar la temperatura. Uno de ellos se llama “ansiedad” y el otro “disposición”</i></p> <p><i>La primera vez que viniste probablemente pensabas “mi angustia está demasiado alta, y quiero que baje”. Por contraste, tu termostato de la disposición estaba justamente en la posición contraria, porque no querías experimentar ansiedad.</i></p> <p><i>Entiendo que estás más preocupado respecto al termostato de la ansiedad. Así que quiero contarte un pequeño secreto. El termostato de la disposición en realidad es el más importante entre los dos, porque es el que va a hacer una diferencia real en tu vida.</i></p> <p><i>...cuando experimentas mucha ansiedad y haces lo posible por disminuirla, ubicas el termostato de disposición en el 0. Así, cuando no estás dispuesto a experimentar esa ansiedad, tu ansiedad se convierte en algo por lo tienes que estar ansioso</i></p> <p><i>Esto puede hacerte sentir como una víctima de la ansiedad, porque si estuvieras en control, ya la hubieras disminuido a un 0. No se trata de que no lo hayas intentado lo suficiente o que no seas lo suficientemente capaz; simplemente no funciona así.</i></p>
--	--	---

		<p><i>Contrariamente al termostato de la ansiedad, si puedes controlar el termostato de la disposición. En este, tu si eres responsable. No estoy seguro de qué pasará con tu ansiedad; pero puedes ajustar el termostato de la disposición, y si eliges ponerlo en alto, las cosas que valoras podrían empezar a suceder en tu vida”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se le ayuda al paciente a distinguir entre el malestar “limpio” y el malestar “sucio”, explicándole lo siguiente: <i>“cuando nos disponemos a sentir y dejamos de luchar por no sentir ese malestar emocional (ansiedad, tristeza, preocupación, etc.), nuestros niveles de ansiedad, tristeza o lo que fuera que estemos sintiendo serán libres de subir y bajar como determine la situación. Unas veces serán altos, otros bajos, y en ocasiones no experimentarás ansiedad en absoluto. Y lo que es más importante, no malgastaremos nuestro tiempo y energía luchando contra ella. Sin lucha, lo que tenemos es un nivel natural de malestar físico y emocional, que dependerá de quiénes somos y de la situación en la que nos encontremos. Es lo que en ACT denominamos “malestar limpio”. No hay forma de evitar el “malestar limpio”. La vida nos lo presenta a todos de una manera u otra. Pero una vez que empezamos a combatirlo, nuestros niveles de malestar aumentan rápidamente. A todo ese sufrimiento adicional lo llamamos “malestar sucio”</i>
<p>3. Alcanzando la aceptación</p>	<p>Poner en evidencia los límites del lenguaje para</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conocer al paciente como el lenguaje queda atrás de la experiencia.

<p>defusionando el lenguaje.</p>	<p>aprender experiencias directas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciar entre el lenguaje funcional y representacional. - Intervención: “La mente no es tu amiga”. Evolución y lenguaje: Los contenidos mentales negativos supera a la de los positivos. (Se le da una explicación al paciente sobre como la mente evolucionó para ayudarnos a sobrevivir en un mundo lleno de peligros) - “Explica” movimientos motores (ejemplo: “nadar teóricamente”, “explique como sostiene un lapicero”) - Metáfora: “Encuentra donde sentarse”(imaginar que se come un filete no quita el hambre, al igual que imaginar que se sienta no le trae descanso)
	<p>Atacar el lenguaje, haciendo que pierda fuerza la literalización</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio: “pan, pan, pan...” (Imaginar primero el pan horneado y luego repetir rápidamente esta palabra por dos minutos., al final solo se convierte en un sonido raro). - Ejercicio: Pensamientos Musicales: <i>pedirle al paciente que traiga a la mente un juicio negativo que usualmente se hace y que suele molestarle cuando este se presenta, por ejemplo, “Soy un completo idiota”. A continuación se le pedirá que lo retenga en su mente y se lo crea de verdad tanto como pueda durante diez segundos, obsérvese como le afecta. Ahora se le pedirá que imagine que coge ese pensamiento y que se lo cante con la melodía de “cumpleaños feliz”, debe cantárselo en silencio dentro de su cabeza. Fíjese que sucede. Ahora regresa nuevamente al pensamiento en su forma original y una vez más se le pide que lo retenga en la mente y se lo crea</i>

		<p><i>tanto como pueda durante diez segundos y Observe qué efecto le produce).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio: Técnica de las vocecillas tontas: a continuación se le pedirá lo siguiente al paciente: <i>“Busca un pensamiento que te altere o incomode. Céntrate en él durante diez segundos, creyéndotelo tanto como sea posible. Observa cómo te afecta. A continuación elige un personaje de dibujos animados que tenga una voz graciosa, como Mickey Mouse, Bugs Bunny, Shrek u Homero Simpson. Ahora evoca el pensamiento desagradable pero “escúchalo” en la voz del personaje animado, como si éste estuviera expresando tus pensamientos en voz alta. Observa qué sucede. Ahora vuelve el pensamiento negativo a su forma original y créetelo tanto como puedas una vez más. Fíjate en cómo te afecta. Acto seguido, elige un personaje distinto de los dibujos animados o de una película o un programa de televisión. Piensa en personajes de fantasía como Darth Vader, Yoda, o alguien de tu comedia televisiva favorita, o actores con voces características. De nuevo, trae a tu mente el pensamiento doloroso y “escúchalo” con esa voz. ¿Qué sucede?</i> - Ejercicio “Una pantalla de televisión”: se le pedirá al paciente lo siguiente: <i>“Evoca una imagen desagradable y observa cómo te afecta. Acto seguido, imagínate que al otro lado de la habitación hay una pequeña pantalla de televisión. Sitúa tu imagen en la pantalla. Juega con ella: ponla de cabeza abajo; colócala de lado; hazla girar una y otra vez; estírala</i>
--	--	---

		<p><i>lateralmente. Si es un videoclip en movimiento, pásalo hacia adelante a baja velocidad; pásalo hacia atrás a baja velocidad; pásalo hacia adelante a doble velocidad; pásalo al revés a doble velocidad; quítale el color para verlo a blanco y negro; intensifica el color y brillo hasta que se vea ridículamente chillón. (la idea no es librarse de la imagen, sino verla como lo que es: una visión inofensiva)</i></p> <p>- Ejercicio: “llevar la mente de paseo”: <i>se le explica al paciente que el ejercicio tiene tres partes y lo importante es que él tiene que elegir la trayectoria y forma de su paseo mientras que al mismo tiempo su mente le seguirá por donde vaya. En la primera parte el paciente ira a pasear y el terapeuta hará como si fuera la mente del paciente, se pondrá a su lado y empezara a decirle cosas que a veces gustan y otra veces no, va a juzgar, criticar, analizar, aconsejar, opinar, animar, etc. El terapeuta en el papel de la mente del paciente irá detrás de este, muy cerca de su oreja para que el paciente lo pueda oír. Esto durante 5 minutos, luego se intercambiaran los roles, y se repite el ejercicio por 5 minutos nuevamente. Luego se repetirá el ejercicio nuevamente oyendo a la mente pero sin hacerle caso y se hará lo que cada uno en el momento elija hacer. Al concluir el terapeuta y paciente hablan sobre lo activa que ha sido su mente durante el ejercicio. Se le plantea si ha escuchado a su mente lo que su mente le decía sin más o sí se vio “acorralado” por lo que le decía,</i></p>
--	--	--

		<p><i>estancado por las palabras, y si eso ha afectado la dirección de su paseo.)</i></p>
	<p>Menoscavar en las funciones del lenguaje para evaluar y conducirse automáticamente ante reglas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “Explicaciones como causas”: lo que más interesa de un pensamiento no es si es verdadero o falso, sino si es útil. En otras palabras, si nos ayuda a construir la vida que queremos. (aunque siempre hay que mirarlos como otro evento privado) - Usar la convención “y” en lugar de decir “pero”. Ej., Si “tengo que ir a trabajar, pero no tengo ganas”. Sería mejor expresarlo y pensar diciendo: “Tengo que ir a trabajar y no tengo ganas”. - Metáfora de la taza mala (relatividad de las valoraciones): se le dice al paciente lo siguiente: <i>imagina que pongo una taza sobre una mesa y digo “esta es una buena taza” ó esta es una “taza bonita”. Suena igual que si dijera: “Esta es una taza de cerámica” ó “Esta es una taza de cuarto de litro”. Pero ¿Es realmente lo mismo? Imagina que todas las criaturas vivientes del planeta se murieran mañana. La taza aún seguiría puesta sobre la mesa. Era una taza de cerámica antes de que todo el mundo desapareciera y sigue siendo una taza de cerámica. Pero ¿sigue siendo aún una taza buena o bonita? Sin ninguna persona que pueda tener ese tipo de opiniones, las opiniones hubieran desaparecido porque “buena” o “bonita” nunca formaron parte de la taza. “Bonita” es la palabra que surge en la interacción entre la persona y la taza. Pero observa como la estructura del lenguaje oculta esta diferencia. Parece lo mismo, como si “bonita” perteneciera al mismo tipo de descripción que el “de cerámica”. Los dos</i>

		<p><i>términos parecen añadir información a la taza. El problema es que si asumes que “bonita” es una descripción de esa clase, eso significa que “bonita” tiene que ser algo intrínseco de la taza, lo mismo que “de cerámica”. Una descripción de este tipo no puede cambiar mientras no cambie la forma de la taza. ¿Y qué pasa si otra persona dice: “¡No, esta es una taza horrible!”, habrá un desacuerdo que aparentemente se tiene que resolver, pues uno de los dos tiene que ganar y el otro perder, no pueden tener razón los dos. Por otra parte si “bonita” no es más que una evaluación o juicio, algo que uno hace sobre la taza en vez de ser algo que está en la propia taza, entonces eso supone una enorme diferencia. Dos evaluaciones opuestas pueden coexistir tranquilamente. Uno puede pensar que la taza es bonita y otro pensar que es horrorosa. El hecho de que se tengan opiniones distintas no supone algo imposible de imaginar. Más bien, esto sólo refleja el simple hecho de que los acontecimientos pueden ser evaluados como buenos o malos según la perspectiva que adopte cada cual. Y es posible que una persona pueda adoptar más de una perspectiva. El lunes pensaba que la taza era horrible pero el martes cambie de opinión. Ni las evaluaciones son algo concreto ni tampoco es necesario imponerse a los demás. (Con esta metáfora se le hace entender al paciente la distinción entre evaluación y descripción. Ej., “Soy un ser humano insignificante. Es un pensamiento, no una verdad. Es más verdad: “Soy</i></p>
--	--	---

		<p>un ser humano y me estoy evaluando como insignificante”.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicarle al paciente lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los pensamientos son meramente sonidos, palabras, historias o pedazos de lenguaje. ○ Los pensamientos pueden ser ciertos o no; no nos lo creemos de forma automática. ○ Los pensamientos pueden ser importantes o no; les prestamos atención solo si son útiles. ○ Los pensamientos en modo algunos son órdenes; ciertamente no tenemos que obedecerlos. ○ Los pensamientos pueden ser sabios o no; no seguimos automáticamente su consejo. ○ Los pensamientos más negativos son profundamente inquietantes o aterradores.
	<p>Enseñar a mantener una distancia saludable para observar sin hacer juicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio Pensar vs Observar: a continuación se le dirá lo siguiente al paciente: <i>“Cierre los ojos durante un minuto y fíjese en lo que hace su mente. Quédate a la espera de cualquier pensamiento o imagen, como si fuera un fotógrafo de vida salvaje que espera que un animal exótico surja de la maleza. Si no brota ningún pensamiento ni imagen, siga observando. Tarde o temprano se presentarán, te lo garantizo. Fíjese en donde parecen estar situados estos pensamientos o imágenes: delante, por encima, detrás, a un lado o dentro de usted. Una vez hayas hecho esto durante un minuto, vuelve abrir los ojos. Lo que se ha experimentado han sido dos procesos distintos. En primer lugar, estaba el</i>

		<p><i>proceso de pensamiento, en otras palabras, aparecieron algunos pensamientos o imágenes. Luego, estaba el proceso de observación. Es decir, pudo fijarse u observar dichos pensamientos o imágenes. (Este ejercicio permite que el paciente tenga una impresión de distancia entre sus pensamientos y él)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Metáfora de la radio siempre encendida: por medio de esta metáfora se le explica al paciente sobre el “yo pensante” y le decimos lo siguiente: <i>“El yo pensante es como una radio que se oye siempre como ruido de fondo. La mayor parte del tiempo escuchamos el “show radiofónico predestinación y pesimismo”, que emite historias negativas las 24 horas del día. Nos recuerda cosas malas del pasado, nos advierte de las cosas malas que nos sucederán en el futuro y nos pone al día con regularidad acerca de lo que no nos va bien. De cuando en cuando emite algo útil o alegre, pero no muy a menudo. Por ello si tuviéramos continuamente sintonizada esta emisora la escucháramos con atención y, lo que es peor, diéramos crédito a todo cuanto oyéramos, tendríamos una receta segura para el estrés y la desdicha. Por desgracia, no hay manera de apagar esta radio. Ni siquiera los maestros zen son capaces de conseguir semejante proeza. En ocasiones, la radio se apaga por voluntad propia durante unos segundos (o incluso, aunque muy rara vez, durante unos minutos). Pero no tenemos el poder para hacer que pare (a menos que provoquemos un cortocircuito con drogas, alcohol o cirugía</i>
--	--	---

		<p>cerebral). <i>De hecho en términos generales, cuanto más intentamos hacer que la radio pare, más alto suena. Pero hay una posibilidad alternativa. ¿Alguna vez ha tenido la radio encendida pero estaba tan concentrado en su tarea que en realidad no la escuchaba? Podías oír el sonido de la radio, pero no le prestabas atención.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio “Estoy teniendo el pensamiento de que”: <i>para este ejercicio el terapeuta le pedirá al paciente que piense en algo que le entristezca y que le dé la forma “Soy X”, por ejemplo, “Soy tonto”, luego tendrá que retener ese pensamiento en la mente y creerlo tanto como sea posible durante unos segundos y se observara como le afecta. A continuación, se toma ese pensamiento e inserta delante de él esta frase: “Estoy teniendo el pensamiento de que...” acto seguido, se le pide que vuelva a repetir ese pensamiento pero esta vez con la frase añadida, tiene que pensar para sus adentros y observar lo que sucede en él o ella.</i> - Darle las gracias a la mente: <i>cuando la mente vuelve a empezar con pensamientos negativos, sencillamente se le dice al paciente que le dé las gracias. “Podrías decirte a ti mismo (en silencio) cosas como: ¡Muchas gracias, mente!, ¡que informativo!, ¡Gracias por compartirlo conmigo! Cuando se le dé las gracias a la mente. No hacerlo en forma sarcástica o agresiva sino con calidez y buen humor, y con genuina apreciación de la sorprendente capacidad que tiene para producir una corriente interminable de pensamientos”.</i>
--	--	---

		<p>- Ejercicio “Diez respiraciones profundas”: se le pide al paciente lo siguiente: <i>“Practica diez respiraciones profundas tan despacio como sea posible. (Tal vez prefiera hacerlo con los ojos cerrados). Ahora concéntrate en el movimiento de tu caja torácica, y en el aire que entra y sale de sus pulmones. Observe sus sensaciones cuando inspira: el pecho sube, los hombros se levantan, los pulmones se expanden. Fíjese en lo que siente cuando expira: el pecho baja, los hombros vuelven a su posición original, el aire sale de la nariz. Ahora concéntrese totalmente en vaciar los pulmones. Expulse hasta el último vestigio de aire sintiendo cómo se deshinchan, y deténgase un momento antes de volver a inspirar. Cuando inspires, fíjese en cómo la barriga empuja hacia afuera con suavidad. En ese momento, deje que se presenten y se coloquen en un segundo plano los pensamientos y las imágenes, como si fueran coches que pasan por la calle. Cuando brote un nuevo pensamiento o imagen, reconozca brevemente su presencia, como si saludara con un gesto de la cabeza a un automovilista que pasa. Mientras hace esto último, mantenga su atención centrada en la respiración, siguiendo el aire que entra y sale de sus pulmones. Quizá resulte útil decirse en silencio “estoy pensando”, cada vez que aparezca un pensamiento o imagen. Muchas personas consideran que reconocer la presencia del pensamiento y, a continuación, dejarlo marchar ayuda. Pruébalo!</i>”</p>
--	--	---

		<p><i>De cuando en cuando aparecerá algún pensamiento que captará su atención. Te “enganchará” y te “arrastrará”, de modo que perderás el hilo de ejercicio. Cuando se dé cuenta de que se ha quedado “enganchado”, dedique un segundo a observar qué fue lo que le distrajo. Acto seguido “desengánchese” poco a poco y vuelva a concentrarse en su respiración”.</i></p>
--	--	--

Fase 2: Somática – Motivacional

Etapas	Metas	Estrategias e Intervenciones
<p>4. Descubrir el “self” como aliado</p>	<p>Disminuir el apego a un “yo” conceptualizado</p>	<p>Una manera experiencial de hacer esto es usando el ejercicio de “polaridad mental”. El paciente con regularidad no logra estimar las poderosas propiedades dialécticas del lenguaje y el arbitrario modo en que esta característica puede afectar las conceptualizaciones del yo. El objetivo del ejercicio es que el paciente se dé cuenta de que cualquier conceptualización positiva del “yo” (identidad) define (lleva) de manera automática su opuesto y que ocurre igual con cualquier conceptualización negativa del “yo”.</p> <p>No es posible la “paz mental” a nivel del contenido, y por lo tanto el apego al contenido de un pensamiento evaluativo o de juicio producirá siempre inmediatamente una sensación de amenaza e inquietud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Polaridad mental: “se solicita al paciente que cierre sus ojos y se le pide que piense en lo que el terapeuta le irá manifestando y que preste atención a lo que pasa en su mente. Se

		<p>alienta al paciente a que intente creer al cien por ciento en esos pensamientos. El terapeuta empieza expresando pensamientos positivos y gradualmente los va haciendo más y más extremos. Por ejemplo: empieza con “soy una persona valiosa y progresa hasta “soy perfecto”. Se solicita al paciente que se percate de lo que hace la mente con esa información. Luego se reproduce el mismo proceso, pero con pensamientos negativos. Por ejemplo: empieza con “tengo errores como persona” y progresa hasta “no sirvo para nada; no hay nada de nada en mí que sea positivo”. De nuevo, se solicita al paciente que observe que ocurre en su mente. Luego, reflexionamos junto al paciente sobre el ejercicio, si pudo notar qué surgió, que pensamientos fueron más difíciles (negativos o positivos), etc. Por lo general, cuantos más extremos son los pensamientos positivos, más se resiste la mente con contenidos negativos y viceversa. El mensaje que se puede extraer es que no hay “paz mental” a nivel del contenido porque cada polo trae su opuesto. La paz mental tiene que ser buscada en otro lugar.</p>
	<p>Crear consciencia de un “yo” como perspectiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Metáfora del ajedrez: se pide al paciente que se imagine un tablero de ajedrez, en este hay fichas negras y blancas jugando una partida. Las fichas blancas serian, por ejemplo, los pensamientos “positivos”, aquellas cosas que les gusta pensar y las emociones, pensamientos, etc., contra los que

		<p>el paciente ha estado luchando, son las fichas negras, aquello que ha intentado expulsar de vida. Planteada ya la situación, se pregunta al paciente ¿Quién podría ser él/ella en esta situación hipotética? Por lo general, los pacientes suelen contestar que ellos son las fichas blancas. Ante esta respuesta el terapeuta deberá pararse y pedirle al paciente que considere alguna otra opción. Si es que él no fuera las fichas blancas ¿Quién sería? Se puede sugerir al paciente que tal vez él/ella puede ser el tablero que contiene tanto las fichas blancas (emociones, pensamiento, etc. Que gustan) como las negras (los que no nos gusta). De hecho, está claro que él tiene (contiene) tanto aspectos “negros” como “blancos”. El juego hasta ahora, ha sido, intentar que las blancas ganen la partida; sin embargo, este juego ha resultado muy poco productivo y tal vez haya traído más costos que beneficios. Otro juego posible sería mover el tablero hacia la dirección que se considere conveniente, vayan ganando las negras o blancas. Tal vez sea más difícil mover el tablero (la persona) cuando las negras van ganando la partida; pero desde luego que no es imposible.</p> <ul style="list-style-type: none">- Metáfora de la casa y los muebles: se le dice al paciente lo siguiente: “Imagínese que usted es una casa llena de muebles. Los muebles no son y nunca serán la casa. Los muebles son lo que contiene la casa o lo que está dentro de ella. La casa solo da cabida o
--	--	--

		<p>contiene a los muebles y les da el contexto para que puedan funcionar como muebles. Ahora, si consideráramos a los muebles como buenos o como malos, esto no diría nada respecto al valor casa, porque una cosa son los muebles y otra la casa. De la misma manera, lo que usted piensa o siente no conforma su identidad, no es usted”.</p> <ul style="list-style-type: none">- Con el propósito de que el/la paciente experimente que él/ella no es equivalente a sus conductas se realizara el ejercicio del observador de sí mismo. Este, básicamente consiste, en hacer que el paciente haga contacto con la variedad de emociones, sentimientos, pensamientos, apariencias, roles, etc. Que ha tenido a lo largo de su vida. Toda esta variedad no ha reducido su identidad personal. Sino que ha seguido siendo él mismo a pesar de estar a veces alegre y otras triste, a veces desesperado y otras ilusionado, a veces siendo hijo y a veces siendo padre, a veces siendo un adulto y otras un niño, etc. Hay algo que permanece constante en cualquier experiencia que uno tiene.<p>Así, el ejercicio que a continuación se detallara tiene como fin que el paciente haga contacto con esa experiencia de trascendencia comportamental. Para ello se solicita al paciente que se siente en una silla cómoda y cierre los ojos. A continuación, se le pide que haga contacto con la realidad que se presenta en ese momento. Que perciba el</p>
--	--	--

		<p>contacto de su cuerpo con sus ropas, con la silla, con el suelo, su respiración, los ruidos de la habitación, etc.</p> <p>Una vez hecho esto se le van presentando distintas situaciones. Por ejemplo, se pide que recuerde un momento en que él era un niño de corta edad, y también otro en el que era adulto, o un momento en que hubiera estado triste y otro muy feliz, etc. Lo importante es que, a medida que realiza el ejercicio, el terapeuta insista en que el paciente tendría que hacer contacto con el hecho de que hay algo que en todas las situaciones (por contradictorias que sean) ha permanecido constante: este “algo” es “el observador de sí mismo”. A pesar de que los pensamientos, sentimientos o roles desempeñados por el paciente han sido muy variados, el observador ha sido siempre el mismo: él mismo. Se ha de insistir que no se trata de una “creencia” racional, sino de una experiencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tener una perspectiva así dispone a no tener miedo a los contenidos.
	<p>Contrastar el “yo” observador con el “yo”conceptualizado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desmerite la importancia unida a pensar, sentir y actuar de manera coherente. - Desmerite los hallazgos del autoanálisis, muestre lo arbitrario del contenido. - Metáfora “un documental sobre África”: se interviene al paciente de la siguiente manera: “¿Has visto alguna vez un documental sobre África?, ¿Qué viste? ¿Muchos cocodrilos, leones, antílopes,

		<p>gorilas y jirafas? ¿danzas tribales? ¿conflictos militares?, ¿mercados coloristas?, ¿montañas sorprendentes?, ¿niños que mueren de hambre?, etc. Viendo un documental puedes aprender muchas cosas, pero una cosa esta clara: un documental sobre África no es África.</p> <p>Un documental puede aportarte impresiones sobre África. Puede, sin duda, mostrarte algunas imágenes y sonidos dramáticos, pero ni siquiera se aproxima a la experiencia real de viajar allí en persona. Por muy maravillosamente filmado que este, por muy “autentico” que sea, un documental sobre África no es lo mismo que África.</p> <p>Del mismo modo, un documental sobre ti no sería lo mismo que tú. Ni siquiera en el caso de que dicho documental durara mil horas e incluyera todo tipo de escenas relevantes de tu vida, todo tipo de entrevistas con personas que te conocen, y todo tipo de detalles fascinantes sobre tus más íntimos secretos, ese documental no serías tú.</p> <p>Para que esto te quede más claro, piensa en la persona que más quieres en el mundo. ¿Con quién preferirías pasar tiempo, con la persona real en carne y hueso o con un documental sobre esa persona?</p> <p>Hay, pues, una enorme diferencia entre quienes somos y cualquier documental que cualquiera pudiera hacer sobre nosotros, por muy “fiel a la verdad” que pueda ser. Y digo “fiel a la verdad” entre comillas porque todos</p>
--	--	---

		<p>los documentales son irremediabilmente sesgados por cuanto solo te muestran una parta diminuta de un todo. Y el sesgo de un director de cine no es nada comparado con el de nuestro “yo pensante/yo conceptualizado”.</p> <p>De toda una vida de experiencias, de literalmente cientos de miles de horas de “filmación” archivadas, nuestro yo pensante elige unos cuantos recuerdos dramáticos, los edita, añadiéndoles unos cuantos juicios y opiniones que guarden relación con ellos y los convierte en un poderoso documental titulado “¡ESTE SOY YO!”. El problema es que, cuando vemos el documental, nos olvidamos de que se trata de un video con una gran dosis de edición. Por el contrario, nos creemos que estamos realmente en ese video, pero del mismo modo que un documental sobre África no es África, un documental sobre ti no eres tú.</p> <p>Tu imagen, tu autoestima, tus ideas acerca del tipo de persona que eres no son nada más que pensamientos y recuerdos. No son tú.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio “Escoge una identidad”: se le dirá lo siguiente al paciente: “vamos a hacer un juego. Se llama: “Escoja su Identidad”. Usted tiene que sacar de esa caja un papel. En cada uno de los papeles que están adentro, yo he escrito una propuesta de identidad. Algunas de esas propuestas son cosas que usted me ha dicho aquí, durante las sesiones y otras describen características generales de
--	--	---

		<p>las personas. Su tarea es sacar cualquier papelito y luego quiero que intente con imaginar con fuerza que usted es esa persona descrita en ese papel. Hay algunos mensajes escritos sobre cosas que usted se ha dicho a sí mismo o que parecen verdad para usted y otros papeles con mensajes que usted no ha pensado. Su tarea es tomar ambos tipos de mensajes y esforzarse en ser esa persona, justo ahora, aquí conmigo, en esta habitación. Mi misión no es cambiar lo que usted piensa de sí mismo, no se trata de que deje de creer en ninguna de sus ideas sobre quién es usted. Solo me interesa ver que se siente imaginar que usted se convierta en la persona descrita en esos papeles de propuestas de identidad.</p>
<p>5. Los valores</p>	<p>Entender la importancia de una vida basada en valores</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ejercicio “las medias de rombos” (los valores como ACCIONES, no como sentimientos): <i>“se le pide al paciente que haga el esfuerzo por creer y convencerse de que todo el mundo necesita y tiene que usar medias de rombo y aunque quizá no logre sentir la convicción señalada tiene que actuar de forma que se cumpla con lo dicho, se le pregunta entonces ¿Cómo empezarías a hacerlo?, ¿alguien notaría que realmente no te interesa las medias de rombos? Todo lo que los demás verían serían tus acciones.</i> ○ Ejercicio del Epitafio: se le pide al paciente lo siguiente: <i>“Por favor,</i>

		<p><i>cierre los ojos y tome un momento para enfocarse. Ahora me gustaría que imagine que sus amigos y familiares piensan erróneamente que se ha muerto, sin embargo la verdad es que usted sobrevivió a un accidente aéreo pero ellos no lo saben, y al llegar a su casa se da cuenta que lo están velando, usted se oculta y desde un rincón empieza a ver y escuchar los elogios que le está ofreciendo su esposa, hijos, amigos, personas con las que usted trabajo. ¿Qué le gustaría que cada uno (esposa, hijos, amigos) dijeran de usted? Diga exactamente lo que más le gustaría oír, si usted tuviera el control completo de sus palabras. (El terapeuta continua con esto hasta que el paciente vivencia el ejercicio).</i></p> <p>Luego el terapeuta ayuda al paciente a reorientarse de regreso a la sesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ejercicio “A los 80 años”: se le pide al paciente que se imagine que tiene 80 años y miras atrás para ver tu vida tal como es hoy. Luego, se le pide que termine las siguientes frases: <ul style="list-style-type: none"> - Pasé demasiado tiempo preocupándome por... - Dedique demasiado/poco tiempo a hacer cosas como... - Si pudiera retroceder en el tiempo...
--	--	---

		<p>Metáfora del jardinero: Imagine que usted elige un lugar para plantar un jardín, entonces empieza a trabajar la tierra, planta las semillas y espera que estas germinen. Mientras tanto, usted comienza a notar otro lugar justo al frente de la calle, que también parece un buen sitio, posiblemente incluso mejor, así que saca sus vegetales, atraviesa la calle y planta otro jardín ahí. De pronto se da cuenta de otro lugar que luce mejor todavía. Los valores son como el lugar donde planta un jardín. Pueden algunas cosas crecer muy rápido, pero otras requieren tiempo y dedicación. La cuestión es que nunca va a cosechar algo más sustancial si se la pasa plantando jardines por todos lados, pues no dejara que todos los frutos crezcan, solo crecerán los que necesitan poco tiempo, ¿a menos que quiera vivir comiendo el mismo producto siempre?. Desde luego, si se queda en el mismo lugar, empezara a percibir sus imperfecciones. En esos momentos su mente le puede empezar a decir: “puede que esto no funcione nunca”, “debiste plantar en otro lugar” “Fue una tontería pensar que aquí se podía plantar algo”, etc. Sin embargo, el haber elegido hacer un jardín aquí le da acceso al agua, la hierba y el pico, aun cuando estos pensamientos estorben.</p>
	<p>Comprender la función de las metas al servicio de los valores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proyectar el resultado como el proceso mediante el cual este se vuelve la meta. Enseñándole al paciente que las eventualidades de la vida también se apuntan como resultados y mostrar cómo elegir es indispensable para comprometerse. - Enseñarle al paciente que un valor es una dirección en la que las personas desean

		<p>avanzar, es un proceso constante que nunca se llega a su fin. Por ejemplo, el deseo de ser un compañero (a) cariñoso (a) y considerado (a) es un valor. Así será durante el resto de su vida. En cuanto deje de ser cariñoso y considerado, ya no estará viviendo conforme a ese valor.</p> <p>Un objetivo o meta es un resultado deseado que puede alcanzarse o completarse. Por ejemplo, el deseo de casarse es un objetivo. Una vez alcanzado, “ya está hecho” y puede tacharse de la lista. Una vez que te has casado, estás casado, independientemente de lo cariñoso, amable o de lo insensible y desconsiderado que seas con tu cónyuge.</p> <p>Un valor es como viajar hacia el oeste: por muy lejos que viajes, siempre puedes ir más hacia el oeste.</p> <p>Un objetivo, por el contrario, es como una montaña o río que tienes que cruzar en tu viaje hacia el oeste. Una vez que lo has atravesado, es una “cosa hecha”.</p> <p>Metáfora del esquiador: “supongamos que se va a esquiar y coge un transporte hasta la cumbre de una montaña y está listo para deslizarse cuesta abajo, de pronto una persona se le acerca y le pregunta a donde va, usted le responde: “voy a la cabaña en la base”. Esa persona dice “Puedo ayudarle con eso” e inesperadamente lo agarra y lo sube a un helicóptero que vuela hacia la cabaña y luego desaparece, entonces usted observa alrededor medio desorientado y agarra</p>
--	--	--

		<p>nuevamente otro transporte a la cima de la montaña, de nuevo esta listo para descender cuando de pronto la misma persona lo coge, lo entra al helicóptero y este vuela hacia la cabaña ¿usted estaría molesto, no? Esquiar no tiene como meta llegar a la cabaña, pues hay muchas formas de lograr eso. Esquiar es la manera en la que queremos llegar ahí. Por ello se reconoce que llegar a la cabaña es importante pues nos da una dirección para esquiar. Si pretendiéramos esquiar en subida y no en bajada, no se podría. Apreciar el descenso sobre el ascenso es ineludible para esquiar una pendiente”.</p> <p>Metáfora del sendero de la montaña: “Imáginese que se va a tomar un paseo en las montañas. Usted conoce como son los senderos en las montañas, sobre todo si las pendientes son como escalones. Dan giros hacia atrás y adelante. A veces tienen vueltas que concretamente hacen que se camine dando giros y a veces nos trasladan a un nivel más bajo del que ya se había alcanzado. Si yo le cuestionara en diferentes puntos de tal camino, que tan bien está logrando su meta de llegar a la cima, oiría una historia diferente cada vez.</p> <p>Si estuviera en retroceso, lo más probable es que me dijera que las cosas no van muy bien, que nunca va a llegar a la cúspide. Sin embargo, si usted estuviera en una recta, bajo terreno abierto, donde pudiera vislumbrar la cresta de la montaña y el sendero que</p>
--	--	--

		<p>conduce a ella, lo más probable es que me diría que las cosas van muy bien. Ahora imagine que estamos en el valle con unos binoculares, observando a la gente que sube el sendero. Si nos preguntaran como van haciéndolo, tendríamos un reporte de progreso positivo cada vez. Se podría ver la panorámica completa de la aventura y no lo que pareciera ser a cada momento, que es la clave del progreso. Podríamos observar que el seguir este loco y ventoso sendero es exactamente lo que lleva hasta la cima”.</p>
	<p>Establecer con el paciente un plan de vida basado en valores de las principales áreas de su vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se le ayuda al paciente a clarificar sus valores, además de reducir cualquier influencia externa que ponga en riesgo los valores establecidos. - Se le plantea 10 campos de valores al paciente para que elija los que más valora o son importantes para él, y tendrá luego que describir las directrices de cada valor, luego de ello deberá colocar en un ranking de importancia o prioridad cada valor. <ol style="list-style-type: none"> 1. La familia 2. El matrimonio y otras relaciones íntimas 3. Las amistades 4. El empleo 5. Estudios y desarrollo personal 6. La recreación, la diversión y el ocio 7. La espiritualidad 8. La vida comunitaria 9. El entorno y la naturaleza 10. La salud y el cuerpo

		<ul style="list-style-type: none"> - Es importante recordarle al paciente que “ser feliz” no es un VALOR. El valor es una dirección: una serie continua de ACCIONES que apuntan hacia algo “Ser feliz”, “Estar tranquilo”... ¿para qué?, ¿al servicio de que están? Así mismo que no escoja valores porque le gustan al terapeuta, a la pareja, padre, sociedad, etc. - Es importante que después que él paciente haya realizado la descripción en cada campo de valor que haya elegido, el terapeuta lo ayude a reflexionar, repasando sus respuestas y realizando las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> o ¿Cuál de los anteriores valores es más importante para usted? o ¿Conforme a cuáles está viviendo de forma activa ahora mismo? o ¿Cuál de ellos está descuidando más? o ¿Cuáles son los valores en los que más importante sería que empezara a trabajar de inmediato?
	<p>Delinear las acciones concretas que el paciente puede empezar a ejecutar para ir hacia sus valores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar metas, acciones y barreras. - Se debe procurar que el paciente especifique acciones claras y factibles, y que el paciente tome en cuenta que las acciones pequeñas pueden ser mejor para encaminarse hacia el valor. - El proceso para que el paciente establezca metas llenas de sentido, debe seguir los siguientes pasos: <ul style="list-style-type: none"> o Paso 1: Resumir los valores: se le dice pide al paciente que redacte una breve

		<p>descripción del campo y de los valores en los que va a trabajar. Por ejemplo: “En el campo de la familia, valoro ser abierto, honesto, cariñoso y ofrecer mi apoyo a los demás”.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Paso 2: Establecer un objetivo/meta inmediato: preguntarle al paciente: “¿Cuál es la cosa más pequeña y fácil que puede hacer hoy que sea coherente con este valor?”. Siempre es positivo estimular la confianza comenzando con un objetivo pequeño y fácil, que puede conseguirse enseguida. Por ejemplo, si el valor del paciente es ser un amante compañero, su objetivo podría ser: “Durante el receso que tengo para almorzar, llamaré a mi esposa y le diré que la quiero”. Comenzar con objetivos pequeños y fáciles ayudará al paciente a vencer la barrera: “es demasiado difícil”, que es muy posible que se asome en su mente. Además se le puede dar una frase útil para que recuerde como por ejemplo: “Un viaje de mil millas comienza con un paso”. ○ Paso 3: Fijar algunas metas a corto plazo: preguntarle a paciente: “¿Qué cosas pequeñas puede hacer a lo largo de los próximos días y semanas que sean coherentes con este valor?”. Recordarle ser específico. ¿Qué
--	--	---

		<p>acciones va a emprender? ¿Cuándo y dónde las llevará a cabo?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Paso 4: Establecer algunas metas a mediano plazo: preguntarle al paciente: “¿Qué retos más amplios puede establecer para las próximas semanas y los próximos meses que le hagan avanzar en la dirección que valora?” ○ Paso 5: Establecer algunas metas a largo plazo: preguntarle al paciente: “¿Qué metas importantes puede establecer para los próximos años, que lo lleven en la dirección que valora? Aquí es donde se le ayuda al paciente a pensar a lo grande. ¿Qué le gustaría conseguir en los próximos años? ¿Dónde le gustaría estar dentro de cinco años? (estas metas a largo plazo puede incluir cualquier cosa, desde cambiar de carrera profesional y tener hijos a navegar alrededor del mundo)
	<p>Por medio de la aceptación, aminorar el impacto potencial de las barreras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar sus barreras y clasificar sus características, eliminar las que esté dispuesto a abandonar y plantear los valores y la voluntad como interdependientes. - Metáfora de la burbuja que avanza: se le dice al paciente lo siguiente: Imagine que usted es una bomba de jabón. ¿Alguna vez ha visto como una gran bomba de jabón puede tocar otras más pequeñas y estas simplemente

		<p>son absorbidas por la más grande? Bueno, imagine que usted es esa gran bomba de jabón y se mueve por un camino que usted ha elegido.</p> <p>De pronto, otra burbuja aparece frente a usted y le dice “¡Alto!” y usted se queda ahí flotando por un momento. Luego cuando usted ya se mueve para rodearla por arriba o abajo a esa burbuja, esta se mueve velozmente para bloquear su camino. Ahora solo puede hacer dos cosas: dejar de avanzar en su dirección valiosa o tocar la otra burbuja de jabón y continuar adelante con ella en su interior. Esta segunda acción la llamamos “voluntarismo”. Sus barreras son sobre todo pensamientos, emociones, recuerdos, etc. Están dentro de usted, pero pareciera que estuvieran afuera. El voluntarismo no es un pensamiento o emoción, es una acción que responde a la interrogante que plantea la barrera: “¿Elegirás tenerme en tu interior o no?” Con deseo que usted tome la dirección valiosa y se apegue a ella, debe contestar que sí, pero solo usted puede dar la respuesta.</p>
<p>6. Aceptación y Compromiso</p>	<p>Entender las características de la aceptación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se le ayuda al paciente a ver que la aceptación no puede limitarse cualitativamente. - Metáfora del vagabundo que se cuela en su fiesta (no ha sido invitado y evidentemente no es un invitado deseado, pero una vez que esta ya allí, ¿va a perderse de toda la fiesta por tratar de controlar su comportamiento?): se le dice al paciente lo siguiente: “<i>Imagínese</i>

		<p><i>que usted organiza una gran fiesta por su cumpleaños e invita a “todo el mundo” (amigos, familiares, compañeros de trabajo, estudio, etc.), y coloca un letrero en la entrada de la puerta que dice “todos son bienvenidos”, de pronto durante la fiesta entra un vagabundo con ropas andrajosas y sucio, en definitiva no es un invitado al que usted le gustaría tener por temor a que pueda hacer algo que arruine la fiesta, sin embargo se logra colar en la fiesta, así que lo puede hacer es pasarse el resto de la fiesta vigilando el comportamiento del vagabundo para que no arruine nada con alguna conducta inadecuada, esto definitivamente implicaría que deje de disfrutar su fiesta pues estaría constantemente tratando de controlar que no pase nada o la opción es permitirle estar ahí, sin tratar de controlarlo y continuar disfrutando de su fiesta. ¿Cuál escogería?</i></p>
	<p>Entender la naturaleza de la aceptación y el compromiso, además del vínculo entre ellas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio del salto: se le dice al paciente lo siguiente: “¿Qué pasaría si mantener un compromiso fuera como saltar? Puede saltar desde muchos lugares, pero no puede hacerlo hasta la mitad de cualquiera de ellos. Usted puede elegir desde donde saltar. A veces puede ser desde algo que está muy cerca de la tierra, como este libro. (Tomar un libro, pararse sobre él, y luego saltar.) Otras veces se puede saltar desde algo que está a miles de pies en el aire, como el paracaidismo desde un avión. Supongamos

		<p><i>ahora que usted se fue a hacer paracaidismo, pero cuando se elevó el avión y era hora de saltar fuera, se sentía asustado por lo que decidió que sólo quería saltar un poco. ¿Es una opción que usted puede hacer? Usted puede elegir desde donde saltar (si se trata de un libro o un avión), y usted puede elegir si desea ir o no ir, pero ¿puede optar por ir un poco? ¿Qué pasa si mantener un compromiso es así?”</i></p> <p>- Metáfora de la montaña: se le dice al paciente lo siguiente: <i>“supóngase que está escalando una montaña desde cuya cima se divisa una vista espectacular. Ya está a medio camino cuando de pronto te topas con una pendiente realmente fuerte donde el sendero es estrecho, rocoso y en ese momento empieza a llover. Ahora te encuentras mojado y con frío, avanzas con dificultad por ese camino empinado y resbaladizo, se te están cansando las piernas y te cuesta respirar. Y empiezas a pensar: “¿Por qué nadie me dijo que iba a ser tan duro?</i></p> <p><i>En ese instante, puedes elegir entre regresar o seguir adelante. Si sigues adelante, no es porque quieras pasar más frío, estar más agotado o mojarte aún más, sino porque deseas la satisfacción de llegar a la cumbre y disfrutar de esas magníficas vistas. Estas dispuesto a soportar el malestar no porque quieres o porque te divierte sino porque se</i></p>
--	--	--

		<p><i>interpone entre ti y el sitio al que quieres llegar”.</i></p> <p>Metáfora del globo que se hincha: se le dice al paciente lo siguiente: <i>“Imagínese a usted mismo como un globo que se va hinchando. En la punta del globo hay una zona de crecimiento, donde se pregunta siempre la misma cuestión “¿Ya estas suficientemente grande para soportar esto?” No obstante, sin importar lo grande que ya este, siempre puede estar aún más grande y la misma pregunta se repite. Cuando se presenta un suceso, usted dice sí o no. Si usted dice que no, se vuelve más pequeño. Si dice que sí, se vuelve más grande.</i></p> <p><i>Si se mantiene indicando que sí, esto no ayuda con las cosas, pues el evento que se presenta puede ser igual de difícil en términos relativos. No obstante, esto se vuelve habitual y su experiencia le proporciona una reserva de fortaleza. Si brotara un problema complicado, usted podría pensar y expresar “No, no deseo que este problema sea el siguiente”, aunque la vida presenta cada nueva temática conforme la situación evoluciona y no es posible elegir la secuencia de las cosas”... Si uno resiste un problema, generalmente distorsiona su vida alrededor de ese problema hasta que lo enfrenta”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio “lleva contigo las llaves” (ir con lo malo y lo bueno): se le pregunta al paciente si tiene llaves y si se las puede prestar. Las
--	--	--

		<p>pone sobre la mesa y dices: “supongamos que esto representa las, cosas, sucesos de las que usted ha estado (Ej. La rabia su mama, el desánimo, la ansiedad por el futuro, etc.) escapando. Luego el terapeuta pone las llaves frente al cliente y dice “¿Qué va a hacer con las llaves?” Si el paciente dice “Abandonarlas”, usted diga “Solo dos cosas pueden pasar. La primera es que se dará cuenta que, en lugar de dejarlas atrás, usted estará retornando para asegurarse que se han quedado atrás, así que no podrá irse. Y segundo, es difícil vivir la vida sin sus llaves. Algunas puertas no abrirán sin ellas. Así que ¿que va a hacer con sus llaves!”.</p> <p>El proceso continuo, esperando que el paciente haga algo. Muchos pacientes se ponen un poco intranquilos, queriendo levantarlas. Por una razón, parece algo tonto, además de que las llaves representan las cosas “malas”. En ese contexto, levantarlas es un paso adelante y el terapeuta seguirá presentando las llaves hasta que las coja sin que se les ordene hacerlo. Si el paciente dices “Me sentiré como un tonto si las tomo” o “¿Qué necesito hacer?”, señale una llave y diga “¿Esta emoción?” Esa está aquí. Así que ¿Qué va a hacer con las llaves? Cuando finalmente agarre su llavero, diga algo como “OK, ahora el asunto es ¿A dónde ira? Y note que no existe ningún lugar al que no pueda ir con ellas”... En la vida uno elige cargar sus llaves como uno lleva consigo sus</p>
--	--	---

		<p>experiencias, aunque estas hayan sido negativas.</p>
	<p>Observar las barreras que van surgiendo con la aceptación y aprender cómo se pueden superar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar al paciente como lo correcto e incorrecto afecta en la aceptación. - Mostrar al paciente como el perdón y la autovalia son elecciones. - Mostrar al paciente como la acción abierta funciona en la implementación de los valores seleccionados. - Ejercicio del contacto visual: durante este ejercicio nos miraremos a los ojos por cerca de 3 minutos, estaremos frente a frente. Puede parecer más tiempo cuando uno lo hace, pero es todo lo que toma. El asunto es estar presente conmigo y mantener el contacto visual... usted no tiene que hacer algo ni decir nada, solo estar presente conmigo. Ahora bien, lo más probable es que su mente le dirá todo tipo de razones para que usted no lo haga: percibirá sensaciones corporales o quizá le entraran ganas de reír o puede que se preocupe por como huele, quizá le parecerá aburrido y usted se distraerá. Aunque el fin del ejercicio es simplemente notar estas cosas, experimentar todo lo que pase y ver como usted va y viene para estar realmente presente, experimentar realmente que está conmigo. (Conforme el paciente hace el ejercicio, el terapeuta dice cosas como “Mire si puede mantener la realidad de que hay otra persona aquí, observándola. Vea si puede desprenderse de la sensación o el deseo de hacer esto “bien”...

		<p>Si a lo mejor se pone a hablar con usted mismo de lo que está aconteciendo, evaluando la situación, note si esto le sucede y de ser así, regrese a la habitación y póngase en contacto con el ejercicio. Quiero que perciba el suceso increíble de que esta otra persona aquí, mirándole a usted, percátase si puede conectarse con la experiencia de inquietud por estar presente ante otro ser humano”).</p> <ul style="list-style-type: none">- Ejercicio buscando al señor molestia: se le dice al paciente lo siguiente: Vamos a salir a buscar al Señor Molestia, para llamarlo, conversar con él y ver qué sucede en su relación con él. Si este señor no se muestra, está bien. Nuestro objetivo es experimentar la buena disposición para estar con él. Si se asoma y en algún momento usted no tiene deseo de quedarse, no pasa nada, no obstante, es un compromiso que usted ha hecho, por lo que deseo ver si es capaz de cumplirlo y permanecer. Vamos a acercarnos ahí y es posible que hagamos cosas que le produzcan un poco de malestar. Sin embargo, no habrá trampas, nada que lo sorprenda o perturbe. Para cualquier paso que demos, primero se lo señalare y usted podrá elegir si está dispuesto a hacerlo o no. Es importante saber que este ejercicio no estará limitado por el tiempo, uno puede sentir malestar en cualquier momento, por lo que no será solo cuestión de terminar el ejercicio.
--	--	---

		<p>Mirar el reloj no sirve de nada, habremos finalizado cuando hagamos el trabajo. Cuando se presente el señor molestia, trataremos de renegociar su relación con él. También vamos a tratar de llamar a los pasajeros de atrás del autobús, para ver si podemos explorar y cambiar la naturaleza de la relación que usted tiene con ellos. Examinaremos todas las facetas de su relación con el objetivo de ayudarlo a abandonar la lucha y mantener sus manos en el volante (ver la metáfora de los pasajeros en el camión).</p> <ul style="list-style-type: none">- Metáfora del amor frustrado: se le pide al paciente lo siguiente: Recuerde alguna experiencia donde una persona de la que usted estaba muy enamorado lo rechazó. ¿Puede recordar que tan terrible parecía ser el dolor en ese momento? Para algunas personas pasar por este sufrimiento puede dejarles cicatrices para toda la vida o los vuelve inseguros, sin poder confiar en los demás y evitar las oportunidades para entablar una verdadera relación íntima. Perciba el dolor de ese momento cuando lo rechazaron y pregúntese: ¿Qué tan bueno hubiese sido que usted se desquitara? Uno tiene escaso control sobre el sufrimiento en la vida, las personas nos pueden rechazar, pueden morir y suceder cosas muy malas. El sufrimiento y dolor son parte de la vida y nadie puede evitarlos. Pero, sobre lo que si tenemos control es si permitimos o no que el
--	--	--

		<p>dolor se convierta en trauma. Si usted no desea desquitarse y lastimar a alguien, tendría que evadir el sufrimiento. Recuerde lo difícil que fue para usted, abrirse luego de ese rechazo. Pero si uno no se abre emocionalmente, el daño continúa y continúa.</p> <ul style="list-style-type: none">- Ejercicio de la silla vacía (para perdonar): El terapeuta hace que el paciente se siente en una silla e inmediatamente coloca otra silla vacía frente a él o ella. Le dice al paciente que imagine a alguien sentado en la silla (podría ser el paciente), quien necesite perdonar. El terapeuta le tiene que pedir al paciente que describa la situación que reclama su perdón, los pensamientos y emociones vinculados con ese hecho y la manera en que ha tratado de manejarlos en el pasado. Se le pregunta luego al paciente si es capaz de renunciar a la lucha con el deseo de venganza y si es capaz de desarrollar una buena disposición para experimentar cualquier emoción o pensamiento asociada con esto. El terapeuta debe hacer que el paciente le diga “a la otra persona” en la silla lo que tenga que decirle. También pídale al paciente que verbalice lo que necesite escuchar de la otra persona como parte del proceso de perdón.- Ejercicio “aceptando el yo incondicionalmente”: se le pide al paciente que piense en una elección como si fuera una suposición. Luego se le pregunta: “¿Qué se interpone entre usted y el que usted se acepte
--	--	---

		<p>a si mismo de manera válida y completa? El paciente puede responder por ej.: “No soy lo suficiente bueno”. El terapeuta entonces tiene que responder: “¿Qué tal si su aceptación es más una suposición que una conclusión? Es más, como una acción basada en la fe o en una creencia: perpetrada como una elección, sin ninguna intención, antes de que usted haga un análisis y no como producto del análisis. De ser así, usted tiene la posibilidad de elegir ahora mismo “estar bien” en un sentido fundamental, sin tener que ganárselo. Por lo tanto, quisiera pedirle que considere lo que está entre usted y el hacer esta suposición y si usted tiene buena voluntad, quisiera que haga su elección justamente aquí y ahora. ¿Está usted bien o no? ¿Es usted aceptable o no? Si esto es una elección ¿Qué es lo que usted elige?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios de exposición y juego de roles.
--	--	--

B. Técnicas para la ejecución de la estrategia de intervención psicológica

Este aspecto está referido al funcionamiento de la intervención terapéutica de la terapia de aceptación y compromiso para disminuir la depresión en los pacientes afectados por la pandemia del Covid-19.

La ejecución se llevará a cabo mediante técnicas de conciencia plena (mindfulness), técnicas narrativas de enfoque psicoterapéutico y técnicas de exposición encubierta.

1. **Técnicas de conciencia plena (mindfulness):** son un conjunto de ejercicios orientados a estar en un estado de conciencia que implica prestar atención a la experiencia del momento presente (al aquí y el ahora), sin interpretaciones, sin juicios, con una actitud de apertura y compasión.

- 2. Técnicas narrativas de enfoque psicoterapéutico:** son ejercicios que consisten en la separación lingüística del problema de la identidad personal del paciente. Estas parten de la metáfora de la identidad como relato, donde los individuos son fundamentalmente un relato que cada uno se hace y los trastornos psicológicos son percibidos como el resultado de desarrollar historias inadecuadas acerca de su experiencia, historias que son a veces demasiado complejas o simples, que solo tienen en cuenta ciertos contenidos o parciales recuerdos, relacionados por lo general con problemas, son relatos que no llegan a capturar toda la flexibilidad y riqueza de las vidas de los seres humanos.
- 3. Técnicas Conductuales:** son técnicas basadas en la teoría del condicionamiento clásico y operante y su eje principal es la acción.

3.4 Valoración y corroboración de los resultados

3.4.1 Valoración de resultados

Se eligieron 3 expertos para determinar la evidencia de la validez de la estrategia, para ello se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- 5 o más años de experiencia en intervención clínica psicológica
- Especialista con al menos grado de maestría
- Manejo de herramientas de intervención clínica (diplomado, formación o especialización en enfoques terapéuticos)

El análisis de resultados en torno a la validez fue dado mediante la siguiente escala:

- 1 No adecuada
- 2 Poco adecuada
- 3 Adecuada
- 4 Bastante adecuada
- 5 Muy adecuada

Tabla 7*Calificación de los jueces sobre el aporte práctico*

Indicador	Experto 1	Experto 2	Experto 3
Novedad científica del aporte	5	5	5
Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico	4	4	4
Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico.	4	4	4
Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación	4	4	4
Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto	4	4	4
Posibilidades de aplicación del aporte práctico	4	4	5
Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto.	4	4	4
Significación del aporte práctico	4	4	4
Puntaje Total	33	33	34

En la tabla 7 se observa que, los puntajes dados por los jueces expertos con respecto a los 8 indicadores de evaluación del aporte práctico, oscilan entre 4 y 5, evidenciando que la Estrategia terapéutica de aceptación y compromiso tiene validez en cuanto a los criterios de novedad, pertinencia, argumentación, correspondencia, finalidad, posibilidad de aplicación, concepción general y significación de lo diseñado.

3.4.2 Ejemplificación de la aplicación del aporte práctico

La aplicación parcial de la presente estrategia se llevó a cabo en el mes de diciembre del 2020 de manera presencial en un ambiente del Centro de salud José

Abelardo Quiñones. Se llegó aplicar la primera etapa de la fase 1 de la estrategia terapéutica de aceptación y compromiso.

3.4.3 Corroboración estadística de las transformaciones logradas

Se puso en acción la primera etapa de la fase 1 denominada “desesperanza creativa”, y por medio del pre y postest aplicado se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 8

Resultados del pre y postest en la aplicación de la primera etapa de la fase 1

Nivel de depresión	Pretest	Postest
Mínima	4%	4%
Leve	6%	18%
Moderada	80%	70%
Grave	10%	8%

Fuente: Elaborado por la autora

Interpretación: En la tabla 8 se observa el impacto de las estrategias y técnicas de intervención de la primera etapa de la estrategia terapéutica de aceptación y compromiso, evidenciándose una reducción del 10% de pacientes que presentaban sintomatología depresiva moderada y un aumento del 12% en los pacientes con sintomatología leve, además de una reducción del 2% en pacientes con sintomatología grave de depresión.

IV. CONCLUSIONES

Se diseñó una estrategia terapéutica de aceptación y compromiso basada en la dinámica de este proceso terapéutico para trabajar en disminuir la depresión en pacientes de 18 a 70 años afectados por la pandemia del COVID-19, esta estrategia fue validada por tres expertos y parcialmente aplicada.

La caracterización epistemológica del proceso terapéutico de aceptación y compromiso indican que sus bases teóricas y metodológicas están respaldadas por los principios del contextualismo funcional, la investigación experimental del lenguaje y otros comportamientos complejos, el análisis cultural del sufrimiento humano y la teoría de marcos relacionales.

Se determinó las tendencias históricas del proceso terapéutico de aceptación y compromiso, en la que el planteamiento central en su primera etapa fue el trastorno de evitación experiencial, evolucionando luego en su segunda etapa con la inserción del mindfulness y en la tercera etapa hasta la actualidad enfatizando con la flexibilidad psicológica para aceptar el dolor y el sufrimiento como parte también de la vida.

Concerniente al estado actual de los pacientes referente a la depresión, se diagnosticó los niveles de sintomatología depresiva en los pacientes, siendo el nivel moderado de depresión el que más prevaleció en la población.

Se elaboró la planeación estratégica basada en el enfoque de la terapia de aceptación y compromiso, el cual tiene como objetivo disminuir la depresión en los pacientes afectados por la pandemia del COVID-19.

El aporte práctico fue validado por criterio de expertos, los cuales fueron 3, quienes revisaron el aporte y dieron una valoración positiva a este.

Se ejemplificó parcialmente la estrategia terapéutica de aceptación y compromiso dando como resultado un ligero pero significativo cambio en los niveles de depresión de los pacientes.

V. RECOMENDACIONES

Se recomienda que el establecimiento de salud en relación con el servicio de psicología pueda aplicar la estrategia en su totalidad a fin de accionar completamente sobre lo encontrado.

Se sugiere dar a conocer dicha propuesta en otros establecimientos de salud donde se brinda atención psicológica a las personas que vienen siendo afectadas por la pandemia del COVID-19.

Es importante que al finalizar la ejecución de la estrategia se pueda brindar acciones de seguimiento por medio de llamada telefónicas con el fin de evitar recaídas.

Es recomendable que se continúe realizando trabajos de investigación con aportes de propuestas estratégicas basadas en las terapias contextuales con el fin de continuar solidificando la evidencia empírica de esta nueva ola de terapias.

REFERENCIAS

- Bach, P. y Hayes, S. C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129-1139.
- Barraca, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ), *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 505-515.
- Barraca, J. (2005). *La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Barraca, J. (2007). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas*, 65(127), 761-781. Recuperado de <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/7351/7197>
- Benedito, C., Carrió, C., Valle, G. y Domingo, A. (2004). Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (92), 165-176. Recuperado en 30 de julio de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000400009&lng=es&tlng=es.
- Bond, FW. y Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions, *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156-163.
- Castillo, H. (2016). *EL SUICIDIO SE PUEDE PREVENIR TRATANDO LA DEPRESIÓN*. Lima. Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2016/031.html>

- Céspedes, L. (2017). *Aplicación de un programa de terapia cognitiva conductual en adolescentes y jóvenes con depresión provenientes de la universidad privada San Juan Bautista*. (Tesis de Maestría). Universidad Inca Garcilazo de la Vega. Lima-Perú. Recuperado de: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2533/MAEST_TE_RAP_COGNI_TRANS_PSI COL% c3% 93_PSIQUIA_LIDIA% 20CESPEDES% 20VASUQEZ.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Chávez, A.P. (2020). *Depresión: Intervenciones Innovadoras*. (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú. Recuperado de: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/8129/Depresion_ChavezCarri llo_Ana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chero, E. (2020). *Programa de recuperación emocional para disminuir la sintomatología depresiva en adolescentes abusados sexualmente, 2019*. (Tesis doctoral). Universidad César Vallejo. Lima-Perú.
- Clauso, A. (2003). Análisis documental: el análisis formal. *Revista General de Información y Documentación*, 11-19.
- DW. El mundo. (2020). *OMS advierte que pandemia afectará salud mental futura*. Recuperado de: <https://www.dw.com/es/oms-advierte-que-pandemia-afectar% C3% A1-salud-mental-futura/a-53430908>
- EUROPA PRESS (2020). *Las consultas psicológicas online crecen un 200% durante la cuarentena*. Recuperado de: <https://www.lavanguardia.com/vida/20200320/474274226329/consultas-psicologicas-online-crecen-cuarentena-coronavirus.html>
- Galera JC., Barbero, A., Uclés, R., Navarro, N., Ruiz, FJ., Eisenbeck, N., y Luciano, C. (2012). La supresión directa y derivada interfiere en el rendimiento en una tarea de alta demanda cognitiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 155-172.
- García, J. (2007). La terapia de aceptación y compromiso: tercera generación de la terapia cognitivo conductual. Recuperado de: <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/act/brevepresenact.html>

- Garrote, P., & Rojas, M. (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija de Lingüística aplicada a la Enseñanza de las Lenguas*, 18-24. Recuperado de https://www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo_55002aca89c37.pdf
- Geiser, D. S. (1992). *A comparison of acceptance focused and control focused psychological treatments in a chronic pain treatment center*. (Tesis no publicada). Universidad de Nevada, Reno. EE.UU.
- González, A. (2020): *El impacto psicológico de la pandemia, una nueva ola sanitaria*. Madrid. Recuperado de: https://cincodias.elpais.com/cincodias/2020/06/17/companias/1592407660_997648.html
- Harris, R. (2010). *La trampa de la felicidad*. Barcelona: Planeta
- Hayes, S.C., Bisset, R.T., Strosahl, K.D., Wilson, K.D., Pistorello, J., Dykstra, T.A., et al. (2000): *Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)*. Manuscrito no publicado (Puede obtenerse solicitándolo al primer autor).
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. D. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152- 1168.
- Hayes, S. C., y Smith, S. (2005): *Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (2015). *TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO – Proceso y práctica del cambio consciente*. (1ª ed.). España: Editorial Desclée De Brouwet.
- Hayes, SC, Gifford, E. y Hayes, GJ (1998). Comportamiento moral y el desarrollo de la regulación verbal. *The Behavior Analyst*, 21, 253-279.

- Hayes, SC, Strosahl, K. y Wilson, KG (1999). *Terapia de aceptación y compromiso: un enfoque experimental para el cambio de comportamiento*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, SC., Luoma, JB., Bond, FW., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*, 44(1), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, SC., Barnes - Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Teoría del marco relacional: una explicación post skinneriana del lenguaje humano y la cognición*. Nueva York: Kluwer.
- Hayes, SC. y Twohig, M. (2020). *ACT en la práctica clínica para la depresión y ansiedad*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed). México: MCGrawHill Education
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ta ed). México: MCGrawHill Education
- Howard, J. (2020). *El impacto de la pandemia de covid-19 en la salud mental ya es "extremadamente preocupante", dice la ONU*. Recuperado de: <https://cnnespanol.cnn.com/2020/05/14/el-impacto-de-la-pandemia-de-covid-19-en-la-salud-mental-ya-es-extremadamente-preocupante-dice-la-onu/>
- Huertas, E. (2020). *Coronavirus en Perú: Situaciones de estrés, ansiedad y depresión incrementarán tras la pandemia*. Lima. Recuperado de: <https://rpp.pe/vital/vivir-bien/coronavirus-en-peru-situaciones-de-estres-ansiedad-y-depresion-incrementaran-tras-la-pandemia-de-la-covid-19-noticia-1278516>
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A., y Virués, J. (2005): Psicoterapia Analítico Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis de comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 349-371.
- Lúcar, F. (2010). Sufrimiento humano y contextos de ajuste terapéutico. *Revista De Investigación En Psicología*, 13(2), 231-242. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v13i2.3730>

- Luciano, C., Gutiérrez, O. y Rodríguez, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 333-358.
- Luciano, M. (2001). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): libro de casos*. Valencia: Promolibro.
- Luciano, M. (2016). La evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 3-14
- Luciano, M., Páez-Blarrina, M., y Valdivia, M. (2006). Una reflexión sobre la Psicología Positiva y la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Clínica y Salud*, 17(3), 339-356. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742006000300008&lng=es&tlng=es.
- Luciano, M., y Valdivia, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso. Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 79-91. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=778/77827203>
- Melendres, N. (2019). *Prevalencia y factores asociados a depresión mayor y/o distimia en postulantes a la universidad nacional de Piura – Perú, 2019*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Piura. Piura – Perú. Recuperado de: <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1639/CCS-MEL-HUA-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Muthmann, M. (2016). *La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) – Conceptos básicos y ejercicios prácticos*. Alemania: Lit Verlag
- Navas, W. y Vargas, M. (2012). ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN: INTERVENCIÓN EN CRISIS. *Revista Cúpula*, 26 (2), 19-35.
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Pérez, M. (2001). Afinidades de las nuevas terapias. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, 1, 15-23.
- Pérez, M. y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.

- Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia Cognitiva Conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
- Rey, C. (2004). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. *Suma Psicológica*, 11, 267-284.
- Rodríguez, C. (2010). *Psicoterapia "EMDR" aplicado a un grupo de pacientes con síndrome de depresión*. (Tesis doctoral). Universidad Mayor de San Marcos. Lima-Perú. Recuperado de: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/277/Rodriguez_mc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ruiz, F. (2010). A review or ACT empirical evidence. Correlational, experimental psychopathology, components and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.
- Strosahl, K. y Robinson, P. (2020). Manual práctico de mindfulness y aceptación contra la depresión. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Szazs, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Törneke, N., Luciano, C., y Barnes-Holmes, Y. & Bond, F.W. (2015). RFT for Clinical Practice: Three Core Strategies in Understanding and Treating Human Suffering. 10.1002/9781118489857.ch12.
- Torres, Y. (2018). Costos asociados con la salud mental. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(2), 182-187.
- Trujillano, L. (2020). *Crónica: Cómo la Covid-19 también está impactando en la salud mental de los peruanos*. Lima. Recuperado de: <https://rpp.pe/peru/actualidad/la-covid-19-tambien-dana-nuestra-mente-saludmental-noticia-1262982?ref=rpp>
- Universitat Oberta de Catalunya: Sánchez, A. (2020). *La salud mental del 46% de los españoles está en riesgo por crisis del coronavirus*. España. Recuperado de: <https://www.uoc.edu/portal/es/news/actualitat/2020/229-covid-salud-mental-economia.html>

- Vaca, N. (2019). *Terapia de aceptación y compromiso para el trastorno de adaptación con ánimo depresivo en estudiantes universitarios entre 18 y 25 años*. (Tesis de pregrado). Universidad San Francisco de Quito. Quito - Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8112/1/142240.pdf>
- Vargas, Z. (2009). La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Redalyc: Revista Educación*, 155-165. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/440/44015082010.pdf>
- Vilchez, R. (2019). *Ansiedad y Depresión en mujeres afectadas por el fenómeno del niño costero del centro poblado ciudad de dios, Piura 2019*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Piura. Piura – Perú. Recuperado de: <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1831/PSI-VIL-JIM-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Villatte, M., Villatte, J. L., y Hayes, S. C. (2016). *Mastering the clinical conversation: Language as intervention*. New York: Guilford Press.
- Wenzlaff, RM., Wegner, DM. y Klein, SB. (1991). The role of thought suppression in the bonding of thought and mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 500-508
- Wilson, K.G., Hayes, S.C. y Byrd, M.R. (2000). Exploring compatibilities between acceptance and commitment therapy and 12 step treatment for substance abuse. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 18, 207- 232.
- Wilson, K. y Luciano, M. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) – Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Zettle, R.D., y Hayes, S.C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving, *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.
- Zettle, R.D., y Raines, J.C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression, *Journal of Clinical Psychology*, 45, 438-445.
- Zettle, R. (2016). El yo en la terapia de aceptación y compromiso. En A. Beck (Autor) y M. Kyrios, R. Molding, G. Doron, S. Bhar, M. Nedeljkovic y M. Mikulincer (Eds.), *El yo en la comprensión y el tratamiento de los trastornos psicológicos* (pp.

50- 58) Cambridge: Cambridge University Press. Doi: 10.1017 / CBO9781139941297.007

Zettle, RD. Y Hayes, SC. (2002). Breve tratamiento ACT de la depresión. En F. Bond y W. Dryden (Eds.), *Manual de terapia cognitiva conductual breve* (pp. 35-54). Chichester, Inglaterra: Wiley.



ANEXOS

ANEXO N° 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

<p>Manifestaciones del problema</p>	<p>Desde el inicio de la pandemia del COVID-19 se ha podido percibir un significativo impacto en la salud mental de la población, es así que durante el transcurso de la cuarentena aquí en el Perú, ha habido un incremento en las consultas psicológicas por parte de la población joven y adulta, muchas de ellas fueron hechas por vías de comunicación sincrónicas, siendo el principal motivo de consulta y el más común síntomas depresivos, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza por la pérdida de sus empleos, familiares y amigos.- Arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia.- Pérdida de interés o placer por actividades que antes le eran placenteras.- Alteraciones del sueño, como insomnio o dormir demasiado.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Cansancio y falta de energía, por lo que incluso las tareas pequeñas requerían un esfuerzo mayor. - Falta de apetito y adelgazamiento, o más antojos de comida y aumento de peso - Ansiedad, agitación o inquietud - Sentimientos de inutilidad o culpa. - Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas. - Pensamientos suicidas y/o catastróficos - Problemas físicos inexplicables, como dolor de espalda o de cabeza.
Problema	Insuficiencias en el proceso terapéutico de aceptación y compromiso, condiciona la aparición de la depresión.
Causas que originan el Problema	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiente intervención en la praxis del proceso terapéutico de aceptación y compromiso para disminuir la depresión. - Insuficiente personal capacitado para brindar un adecuado y eficaz proceso terapéutico de aceptación y compromiso a pacientes depresivos, afectados por la pandemia del COVID-19. - Escasa orientación didáctica y metodológica a los profesionales en el proceso terapéutico de aceptación y compromiso para disminuir la sintomatología depresiva. - Insuficiencia en la práctica de actividades preventivo – promocionales en el proceso terapéutico de aceptación y compromiso para disminuir la depresión.
Objeto de la Investigación	Proceso terapéutico de aceptación y compromiso.

Objetivo General de la Investigación	Elaborar una Estrategia Terapéutica de Aceptación y Compromiso para disminuir la depresión en pacientes de 18 a 70 años afectados por la pandemia del COVID- 19 de un establecimiento de salud de Piura.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> a) Caracterizar epistemológicamente el proceso terapéutico de aceptación y compromiso y su dinámica. b) Determinar las tendencias históricas del proceso terapéutico de aceptación y compromiso y su dinámica c) Diagnosticar el estado actual de los pacientes con respecto a la depresión. d) Elaborar la planeación estratégica basada en la terapia de aceptación y compromiso para disminuir la depresión en pacientes afectados por la pandemia del COVID 19. e) Validar por criterio de especialistas la estrategia terapéutica de aceptación y compromiso para disminuir la depresión en pacientes afectados por la pandemia del COVID-19 f) Ejemplificar parcialmente la estrategia terapéutica de aceptación y compromiso.
Campo de la investigación	Dinámica del proceso terapéutico de aceptación y compromiso.
Título de la Investigación	ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES AFECTADOS POR LA PANDEMIA DEL COVID-19.
Hipótesis	Si se elabora una estrategia terapéutica de aceptación y compromiso, que tenga en cuenta la relación entre los eventos privados (pensamientos, emoción,

	sensaciones) y la conducta en el contexto social-verbal entonces contribuirá en disminuir los síntomas de depresión en pacientes de 18 a 70 años afectados por la pandemia del COVID-19 de un establecimiento de salud de Piura.
Variables	Variable Independiente: Estrategia terapéutica de aceptación y compromiso. Variable Dependiente: Depresión

ANEXO N° 2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN
Estrategia Terapéutica de Aceptación y Compromiso	Introducción- Fundamentación.	<p>El aporte práctico del estudio, se basa en la propuesta de una estrategia terapéutica de aceptación y compromiso, para disminuir la sintomatología depresiva en pacientes de 18 a 70 años afectados por la pandemia del COVID-19 de un centro de salud de Piura, misma que se sustenta en los principios del contextualismo funcional y la investigación experimental del lenguaje y otros comportamientos complejos, así mismo este enfoque terapéutico se fundamenta en el análisis cultural del sufrimiento humano y representa una filosofía de vida que integra diferentes perspectivas filosóficas.</p> <p>Esta estrategia terapéutica se basa en generar un repertorio flexible y extenso de acciones encaminadas a avanzar hacia objetivos y/o metas inscritas en direcciones personalmente valiosas, y no por la ausencia o presencia de ciertos estados cognitivos y emocionales valorados como negativos (miedo, ansiedad, tristeza, dolor, etc.).</p>
	Diagnóstico	<p>La estrategia terapéutica de aceptación y compromiso para disminuir la depresión en pacientes afectados por la pandemia del COVID-19, surge de la realización de un diagnóstico por medio de la observación,</p>

		entrevista y la aplicación de un instrumento encaminado a determinar los signos y síntomas de la depresión agrupada en dos dimensiones (Cognitiva-Afectiva y Somática-Motivacional), además de conocer el nivel de depresión en el que se encuentra cada paciente. Según lo encontrado, se evidencia que debido a las consecuencias y estragos ocasionados por la pandemia del COVID-19, el índice de depresión, así como de otros problemas de salud mental se elevó durante los primeros meses del año 2020.
	Planteamiento del objetivo general.	Disminuir la sintomatología depresiva en pacientes afectados por la pandemia del Covid-19 teniendo en cuenta los procesos de la terapia de aceptación y compromiso.
	Planeación estratégica	Cognitivo – Afectivo: Esta primera fase, la tendrá a cargo el equipo de psicólogos del centro de salud, esta tiene como objetivo desarrollar los primeros 3 procesos de la ACT usando diferentes técnicas y estrategias de este modelo terapéutico. Somático – Motivacional: Esta segunda fase, que también estará a cargo del equipo de psicólogos del centro de salud tiene como objetivo desarrollar los 3 últimos procesos de la ACT usando diferentes técnicas y estrategias de este modelo terapéutico.
	Instrumentación	La estrategia terapéutica de aceptación y compromiso se aplicará de manera presencial a los pacientes que hayan sido diagnosticados con sintomatología depresiva. Esta estrategia estará a cargo de un equipo de profesionales en

		<p>psicología, quienes harán uso de técnicas de mindfulness, técnicas narrativas de enfoque terapéutico y técnicas de exposición durante la ejecución de la estrategia, la cual no tiene un tiempo determinado de duración si no que este va a depender de la frecuencia de sesiones que determine el profesional para completar cada etapa y la evolución que vaya dando cada paciente.</p>
	<p>Evaluación</p>	<p>Se ejecutó de manera parcial la estrategia y se pudo evidencia un ligero pero significativo cambio en los niveles de depresión de los pacientes.</p>

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN	FUENTES DE VERIFICACIÓN (FUENTES DE INFORMACIÓN)
<p>Depresión: trastorno del estado de ánimo que se manifiesta con síntomas como: tristeza profunda o excesiva, anhedonia, abatimiento, desánimo, etc. El individuo presenta una visión negativa sobre sí mismo, el mundo y el futuro, distorsionando así la realidad, interpretando subjetivamente diferentes contextos. Interactúan además diferentes componentes: afectivo, Fisiológico, cognitivo y conductual.</p>	<p>Cognitivo – Afectivo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tristeza 2. Pesimismo 3. Fracaso 4. Pérdida de placer 5. Sentimientos de culpa. 8. Autocrítica 9. Pensamientos o deseos suicidas. 10. Llanto. 	<ul style="list-style-type: none"> -Observación -Entrevista - Análisis documental -Inventario de depresión de Beck (BDI-II) 	<ul style="list-style-type: none"> -Historia Clínica -Pacientes de 18 a 70 años, asistentes al servicio de psicología del establecimiento de salud. -Referencias de familiares y amigos

<p>Teniendo en cuenta que la evitación experiencial de los eventos privados son</p>	<p>Somático-Motivacional</p>	<p>6. Sentimientos de castigo. 7. Disconformidad con uno mismo 11. Agitación 12. Pérdida de interés. 13. Indecisión 14. Desvalorización 15. Pérdida de energía. 16. Cambios en los hábitos del sueño. 17. Irritabilidad. 18. Cambios en el apetito. 19. Dificultad de concentración. 20. Cansancio o Fatiga. 21. Pérdida de interés en el sexo.</p>		
---	------------------------------	---	--	--

ANEXO N° 3 INSTRUMENTOS

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) Adaptado

Edad:

Sexo:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0. No me siento triste.
1. Me siento triste gran parte del tiempo
2. Me siento triste todo el tiempo.
3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2. No espero que las cosas funcionen para mí.
3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0. No me siento como un fracasado.
1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0. No me siento particularmente culpable.
1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0. No siento que este siendo castigado
1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1. He perdido la confianza en mí mismo.
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
3. No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0. No me critico ni me culpo más de lo habitual
1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2. Me critico a mí mismo por todos mis errores
3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2. Querría matarme
3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Lloro más de lo que solía hacerlo
2. Lloro por cualquier pequeñez.
3. Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0. No siento que yo no sea valioso
- 1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0. Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Entrevista estructurada dirigida a los familiares y/o amigos de los pacientes que participaron del presente estudio.

I. Datos Generales.

Nombres y Apellidos:

Edad:

Vínculo con el paciente:

Años que lleva conociéndole al paciente:

Religión:

Trabajo o Profesión:

Los siguientes ítems sirven para contrastar información hallada en el Inventario de depresión de Beck (BDI-II), Por favor tomar en cuenta lo siguiente.

1	Casi nunca
2	A veces
3	Frecuentemente
4	Casi siempre

N°	ÍTEMS	1	2	3	4
1	Ha notado triste al paciente durante las últimas dos semanas				
2	El paciente muestra una visión pesimista sobre el futuro				
3	Has escuchado al paciente referirse de sí mismo como fracasado				
4	El paciente es capaz de disfrutar de sus actividades placenteras				
5	Percibe sentimientos de culpa en el paciente				
6	Observa conductas de autocastigo en el paciente				
7	Percibe que el paciente está disconforme consigo mismo				
8	Haz escuchado al paciente autocriticarse				
9	El paciente ha tenido intentos de suicidio o pensamientos de acabar con su vida				
10	El paciente llora con frecuencia				

11	Haz notado al paciente más inquieto de lo usual				
12	Haz notado que el paciente está perdiendo interés por las cosas o personas				
13	El paciente suele tener dificultad para tomar decisiones				
14	Considera que el paciente se autopercibe como una persona valiosa				
15	Ha percibido en el paciente pérdida de energía para hacer sus cosas				
16	Ha percibido alteraciones de sueño en el paciente				
17	Ha notado irritable al paciente en las últimas dos semanas				
18	Ha percibido cambios en el apetito del paciente en las últimas dos semanas				
19	El paciente es capaz de concentrarse				
20	Observa al paciente cansado o fatigado la mayor parte del día				
21	Ha percibido desinterés sexual por parte del paciente				

**ANEXO N° 4 INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN NO EXPERIMENTAL POR
JUICIO DE EXPERTOS**

Instrumento 1: Inventario de depresión de Beck – II Adaptado

Experto 1

1. NOMBRE DEL JUEZ		Carmen Angélica María Rivera Noceda
2.	PROFESIÓN	Psicóloga Clínica
	ESPECIALIDAD	Terapia familiar sistémica
	GRADO ACADÉMICO	Magíster
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	25 años
	CARGO	Directora de CREE - Centro de Creatividad, Terapia y Desarrollo Integral, E.I.R.L
Título de la Investigación: ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE 18 A 70 AÑOS AFECTADOS POR LA PANDEMIA DEL COVID-19.		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Esther Jesarela Merino Guevara
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1. Entrevista () 2. Cuestionario (X) 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo ()
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		<u>GENERAL</u>

	Proporcionar una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos.
	<u>ESPECÍFICOS:</u> - Determinar los síntomas y signos en las áreas: afectiva-cognitivo y somática-motivacional.

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 ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS

N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
1	<p>Tristeza 0. No me siento triste. 1. Me siento triste gran parte del tiempo. 2. Me siento triste todo el tiempo. 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
2	<p>Pesimismo 0. No estoy desalentado respecto del mi futuro. 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2. No espero que las cosas funcionen para mí. 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
3	<p>Fracaso 0. No me siento como un fracasado. 1. He fracasado más de lo que hubiera debido. 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3. Siento que como persona soy un fracaso total</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
4	<p>Pérdida de placer 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

	<p>3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	
5	<p>Sentimientos de Culpa</p> <p>0. No me siento particularmente culpable. 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3. Me siento culpable todo el tiempo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
6	<p>Sentimientos de Castigo</p> <p>0. No siento que este siendo castigado 1. Siento que tal vez pueda ser castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
7	<p>Disconformidad con uno mismo.</p> <p>0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1. He perdido la confianza en mí mismo. 2. Estoy decepcionado conmigo mismo. 3. No me gusto a mí mismo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
8	<p>Autocrítica</p> <p>0. No me critico ni me culpo más de lo habitual 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
9	<p>Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de matarme. 1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría 2. Querría matarme 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
10	<p>Llanto</p> <p>0. No lloro más de lo que solía hacerlo. 1. Lloro más de lo que solía hacerlo 2. Lloro por cualquier pequeñez. 3. Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

	Escala de medición: Likert	
11	<p>Agitación</p> <p>0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
12	<p>Pérdida de Interés</p> <p>0. No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3. Me es difícil interesarme por algo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
13	<p>Indecisión</p> <p>0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
14	<p>Desvalorización</p> <p>0. No siento que yo no sea valioso 1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3. Siento que no valgo nada.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
15	<p>Pérdida de Energía</p> <p>0. Tengo tanta energía como siempre. 1. Tengo menos energía que la que solía tener. 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

16	<p>Cambios en los Hábitos de Sueño</p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <p>1a. Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b. Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <p>2a. Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b. Duermo mucho menos que lo habitual</p> <p>3a. Duermo la mayor parte del día</p> <p>3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
17	<p>Irritabilidad</p> <p>0 No estoy tan irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
18	<p>Cambios en el Apetito</p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>2a. Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual</p> <p>3a. No tengo apetito en absoluto.</p> <p>3b. Quiero comer todo el día.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
19	<p>Dificultad de Concentración</p> <p>0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</p> <p>2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
20	<p>Cansancio o Fatiga</p> <p>0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

21	<p>Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3. He perdido completamente el interés en el sexo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
PROMEDIO OBTENIDO:		A(X) D ():
COMENTARIOS GENERALES:		
OBSERVACIONES		



Carmen Rivera Noceda
 Psicólogo - Terapeuta Familiar
 C. Ps. P. 8689

Mg. Carmen Rivera Noceda
 Juez experto
 Colegiatura N° 8689

Experto 2

1.NOMBRE DEL JUEZ		Lui Xavier Frías Miranda
2	PROFESIÓN	Psicólogo
	ESPECIALIDAD	Terapia cognitivo conductual
	GRADO ACADÉMICO	Magíster
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	5 años
	CARGO	Psicólogo en la unidad de protección especial del MIMP
Título de la Investigación: ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE 18 A 70 AÑOS AFECTADOS POR LA PANDEMIA DEL COVID-19.		
3.DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Esther Jesarela Merino Guevara
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1. Entrevista () 2. Cuestionario (X) 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo ()
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		<u>GENERAL</u> Proporcionar una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos.
		<u>ESPECÍFICOS:</u> - Determinar los síntomas y signos en las áreas: afectiva-cognitivo y somática-motivacional.

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 ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS

N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
1	<p>Tristeza 0. No me siento triste. 1. Me siento triste gran parte del tiempo 2. Me siento triste todo el tiempo. 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
2	<p>Pesimismo 0. No estoy desalentado respecto del mi futuro. 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2. No espero que las cosas funcionen para mí. 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
3	<p>Fracaso 0. No me siento como un fracasado. 1. He fracasado más de lo que hubiera debido. 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3. Siento que como persona soy un fracaso total</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
4	<p>Pérdida de placer 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
5	<p>Sentimientos de Culpa 0. No me siento particularmente culpable. 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

	<p>3. Me siento culpable todo el tiempo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	
6	<p>Sentimientos de Castigo</p> <p>0. No siento que este siendo castigado</p> <p>1. Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2. Espero ser castigado.</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
7	<p>Disconformidad con uno mismo.</p> <p>0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1. He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2. Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3. No me gusta a mí mismo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
8	<p>Autocrítica</p> <p>0. No me critico ni me culpo más de lo habitual</p> <p>1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo</p> <p>2. Me critico a mí mismo por todos mis errores</p> <p>3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
9	<p>Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría</p> <p>2. Querría matarme</p> <p>3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
10	<p>Llanto</p> <p>0. No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1. Lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>2. Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3. Siento ganas de llorar pero no puedo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
11	<p>Agitación</p> <p>0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto</p> <p>3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

	<p>Escala de medición: Likert</p>	
12	<p>Pérdida de Interés 0. No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3. Me es difícil interesarme por algo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
13	<p>Indecisión 0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
14	<p>Desvalorización 0. No siento que yo no sea valioso 1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3. Siento que no valgo nada.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
15	<p>Pérdida de Energía 0. Tengo tanta energía como siempre. 1. Tengo menos energía que la que solía tener. 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
16	<p>Cambios en los Hábitos de Sueño 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a. Duermo un poco más que lo habitual. 1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a. Duermo mucho más que lo habitual. 2b. Duermo mucho menos que lo habitual 3a. Duermo la mayor parte del día</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

	<p>3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	
17	<p>Irritabilidad</p> <p>0 No estoy tan irritable que lo habitual. 1 Estoy más irritable que lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
18	<p>Cambios en el Apetito</p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a. Mi apetito es mucho menor que antes. 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3a. No tengo apetito en absoluto. 3b. Quiero comer todo el día.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
19	<p>Dificultad de Concentración</p> <p>0. Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
20	<p>Cansancio o Fatiga</p> <p>0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
21	<p>Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo. 3. He perdido completamente el interés en el sexo.</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

	Escala de medición: Likert	
PROMEDIO OBTENIDO:		A(X) D ():
COMENTARIOS GENERALES:		
OBSERVACIONES		



Lui Xavier Frías Miranda
PSICÓLOGO
C.Ps.P. N° 27430

Mg. Lui Xavier Frías Miranda
Juez experto
Colegiatura N° 27430

Experto 3

1.NOMBRE DEL JUEZ		Miguel Angel Saldarriaga Villar
2	PROFESIÓN	Psicólogo
	ESPECIALIDAD	
	GRADO ACADÉMICO	Magíster
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	5 años
	CARGO	Psicólogo Docente en la Universidad Nacional de Piura
Título de la Investigación: ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE 18 A 70 AÑOS AFECTADOS POR LA PANDEMIA DEL COVID-19.		
3.DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Esther Jesarela Merino Guevara
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
6. INSTRUMENTO EVALUADO		5. Entrevista () 6. Cuestionario (X) 7. Lista de Cotejo () 8. Diario de campo ()
7. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		<u>GENERAL</u> Proporcionar una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos.
		<u>ESPECÍFICOS:</u> - Determinar los síntomas y signos en las áreas: afectiva-cognitivo y somática-motivacional.

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 ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS

N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
1	<p>Tristeza 0. No me siento triste. 1. Me siento triste gran parte del tiempo 2. Me siento triste todo el tiempo. 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
2	<p>Pesimismo 0. No estoy desalentado respecto del mi futuro. 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2. No espero que las cosas funcionen para mí. 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
3	<p>Fracaso 0. No me siento como un fracasado. 1. He fracasado más de lo que hubiera debido. 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3. Siento que como persona soy un fracaso total</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
4	<p>Pérdida de placer 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
5	<p>Sentimientos de Culpa 0. No me siento particularmente culpable. 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

	<p>3. Me siento culpable todo el tiempo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	
6	<p>Sentimientos de Castigo</p> <p>0. No siento que este siendo castigado</p> <p>1. Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2. Espero ser castigado.</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
7	<p>Disconformidad con uno mismo.</p> <p>0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1. He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2. Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3. No me gusta a mí mismo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
8	<p>Autocrítica</p> <p>0. No me critico ni me culpo más de lo habitual</p> <p>1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo</p> <p>2. Me critico a mí mismo por todos mis errores</p> <p>3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
9	<p>Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría</p> <p>2. Querría matarme</p> <p>3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
10	<p>Llanto</p> <p>0. No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1. Lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>2. Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3. Siento ganas de llorar pero no puedo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
11	<p>Agitación</p> <p>0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto</p> <p>3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

	<p>Escala de medición: Likert</p>	
12	<p>Pérdida de Interés 0. No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3. Me es difícil interesarme por algo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
13	<p>Indecisión 0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
14	<p>Desvalorización 0. No siento que yo no sea valioso 1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3. Siento que no valgo nada.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
15	<p>Pérdida de Energía 0. Tengo tanta energía como siempre. 1. Tengo menos energía que la que solía tener. 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
16	<p>Cambios en los Hábitos de Sueño 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a. Duermo un poco más que lo habitual. 1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a. Duermo mucho más que lo habitual. 2b. Duermo mucho menos que lo habitual 3a. Duermo la mayor parte del día</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

	<p>3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	
17	<p>Irritabilidad</p> <p>0 No estoy tan irritable que lo habitual. 1 Estoy más irritable que lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
18	<p>Cambios en el Apetito</p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a. Mi apetito es mucho menor que antes. 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3a. No tengo apetito en absoluto. 3b. Quiero comer todo el día.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
19	<p>Dificultad de Concentración</p> <p>0. Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
20	<p>Cansancio o Fatiga</p> <p>0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
21	<p>Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo. 3. He perdido completamente el interés en el sexo.</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

	Escala de medición: Likert	
PROMEDIO OBTENIDO:		A(X) D ():
COMENTARIOS GENERALES:		
OBSERVACIONES		



Mg. Miguel Angel Saldarriaga Villar
 Juez experto
 Colegiatura N° 29854

Instrumento 2
Experto 1

1. NOMBRE DEL JUEZ		Carmen Angélica María Rivera Noceda
2.	PROFESIÓN	Psicóloga Clínica
	ESPECIALIDAD	Terapia familiar sistémica
	GRADO ACADÉMICO	Magíster
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	25 años
	CARGO	Directora de CREE - Centro de Creatividad, Terapia y Desarrollo Integral, E.I.R.L
Título de la Investigación: ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE 18 A 70 AÑOS AFECTADOS POR LA PANDEMIA DEL COVID-19.		
1. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Esther Jesarela Merino Guevara
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1.Entrevista () 2.Cuestionario (X) 3.Lista de Cotejo () 4.Diario de campo ()
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		<u>GENERAL</u> Corroborar la sintomatología depresiva en un paciente y la gravedad de esta

	<u>ESPECÍFICOS:</u>	
	- Determinar los síntomas y signos en las áreas: afectiva-cognitivo y somática-motivacional del paciente.	
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 ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS		
N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
1	<p>Ha notado triste al paciente durante las últimas dos semanas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
2	<p>El paciente muestra una visión pesimista sobre el futuro.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
3	<p>Has escuchado al paciente referirse de sí mismo como fracasado.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
4	<p>El paciente es capaz de disfrutar de sus actividades placenteras.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre 	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

	Escala de medición: Likert	
5	<p>Percibe sentimientos de culpa en el paciente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
6	<p>Observa conductas de autocastigo en el paciente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
7	<p>Percibe que el paciente está disconforme consigo mismo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
8	<p>Haz escuchado al paciente autocriticarse.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
9	<p>El paciente ha tenido intentos de suicidio o pensamientos de acabar con su vida.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

10	<p>El paciente llora con frecuencia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
11	<p>Haz notado al paciente más inquieto de lo usual.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
12	<p>Haz notado que el paciente está perdiendo interés por las cosas o personas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
13	<p>El paciente suele tener dificultad para tomar decisiones.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
14	<p>Considera que el paciente se autopercibe como una persona valiosa.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

15	<p>Ha percibido en el paciente pérdida de energía para hacer sus cosas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
16	<p>Ha percibido alteraciones de sueño en el paciente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
17	<p>Ha notado irritable al paciente en las últimas dos semanas,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
18	<p>Ha percibido cambios en el apetito del paciente en las últimas dos semanas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
19	<p>El paciente es capaz de concentrarse.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

20	<p>Observa al paciente cansado o fatigado la mayor parte del día.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
21	<p>Ha percibido desinterés sexual por parte del paciente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
PROMEDIO OBTENIDO:		A(X) D ():
COMENTARIOS GENERALES:		
OBSERVACIONES		



Carmen Rivera Noceda
 Psicólogo - Terapeuta Familiar
 C. Ps. P. 8689

Mg. Carmen Rivera Noceda
 Juez experto
 Colegiatura N° 8689

Experto 2

1. NOMBRE DEL JUEZ		Lui Xavier Frías Miranda
2.	PROFESIÓN	Psicólogo
	ESPECIALIDAD	Terapia cognitivo conductual
	GRADO ACADÉMICO	Magíster
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	5 años
	CARGO	Psicólogo de la unidad de protección especial del MIMP
Título de la Investigación: ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE 18 A 70 AÑOS AFECTADOS POR LA PANDEMIA DEL COVID-19.		
2. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Esther Jesarela Merino Guevara
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1.Entrevista () 2.Cuestionario (X) 3.Lista de Cotejo () 4.Diario de campo ()
6. OBJETIVOS INSTRUMENTO	DEL	<u>GENERAL</u> Corroborar la sintomatología depresiva en un paciente y la gravedad de esta

	<u>ESPECÍFICOS:</u>	
	- Determinar los síntomas y signos en las áreas: afectiva-cognitivo y somática-motivacional del paciente.	
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 ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS		
N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
1	<p>Ha notado triste al paciente durante las últimas dos semanas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
2	<p>El paciente muestra una visión pesimista sobre el futuro.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
3	<p>Has escuchado al paciente referirse de sí mismo como fracasado.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
4	<p>El paciente es capaz de disfrutar de sus actividades placenteras.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre 	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

	Escala de medición: Likert	
5	<p>Percibe sentimientos de culpa en el paciente.</p> <p>5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
6	<p>Observa conductas de autocastigo en el paciente.</p> <p>5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
7	<p>Percibe que el paciente está disconforme consigo mismo.</p> <p>5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
8	<p>Haz escuchado al paciente autocriticarse.</p> <p>5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
9	<p>El paciente ha tenido intentos de suicidio o pensamientos de acabar con su vida.</p> <p>5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

10	<p>El paciente llora con frecuencia.</p> <p>5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
11	<p>Haz notado al paciente más inquieto de lo usual.</p> <p>5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
12	<p>Haz notado que el paciente está perdiendo interés por las cosas o personas.</p> <p>5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
13	<p>El paciente suele tener dificultad para tomar decisiones.</p> <p>5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
14	<p>Considera que el paciente se autopercibe como una persona valiosa.</p> <p>5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

15	<p>Ha percibido en el paciente pérdida de energía para hacer sus cosas.</p> <p>5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
16	<p>Ha percibido alteraciones de sueño en el paciente.</p> <p>5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
17	<p>Ha notado irritable al paciente en las últimas dos semanas,</p> <p>5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
18	<p>Ha percibido cambios en el apetito del paciente en las últimas dos semanas.</p> <p>5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
19	<p>El paciente es capaz de concentrarse.</p> <p>5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

20	<p>Observa al paciente cansado o fatigado la mayor parte del día.</p> <p>5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
21	<p>Ha percibido desinterés sexual por parte del paciente.</p> <p>5. Casi nunca 6. A veces 7. Frecuentemente 8. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
PROMEDIO OBTENIDO:		A(X) D ():
COMENTARIOS GENERALES:		
OBSERVACIONES		


 Lui Xavier Frías Miranda
 PSICÓLOGO
 C.Ps.P. N° 27430

Mg. Lui Xavier Frías Miranda
 Juez experto
 Colegiatura N° 27430

Experto 3

1. NOMBRE DEL JUEZ		Miguel Angel Saldarriaga Villar
2.	PROFESIÓN	Psicólogo
	ESPECIALIDAD	
	GRADO ACADÉMICO	Magíster
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	5 años
	CARGO	Psicólogo Docente en la Universidad Nacional de Piura
Título de la Investigación: ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE 18 A 70 AÑOS AFECTADOS POR LA PANDEMIA DEL COVID-19.		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Esther Jesarela Merino Guevara
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1.Entrevista () 2.Cuestionario (X) 3.Lista de Cotejo () 4.Diario de campo ()
7. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		<u>GENERAL</u> Corroborar la sintomatología depresiva en un paciente y la gravedad de esta <u>ESPECÍFICOS:</u>


		- Determinar los síntomas y signos en las áreas: afectiva-cognitivo y somática-motivacional del paciente.
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 ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS		
N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
1	<p>Ha notado triste al paciente durante las últimas dos semanas.</p> <p>1. Casi nunca 2. A veces 3. Frecuentemente 4. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
2	<p>El paciente muestra una visión pesimista sobre el futuro.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
3	<p>Has escuchado al paciente referirse de sí mismo como fracasado.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
4	<p>El paciente es capaz de disfrutar de sus actividades placenteras.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>


	Escala de medición: Likert	
5	<p>Percibe sentimientos de culpa en el paciente.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
6	<p>Observa conductas de autocastigo en el paciente.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
7	<p>Percibe que el paciente está disconforme consigo mismo.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
8	<p>Haz escuchado al paciente autocriticarse.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
9	<p>El paciente ha tenido intentos de suicidio o pensamientos de acabar con su vida.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

10	<p>El paciente llora con frecuencia.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
11	<p>Haz notado al paciente más inquieto de lo usual.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
12	<p>Haz notado que el paciente está perdiendo interés por las cosas o personas.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
13	<p>El paciente suele tener dificultad para tomar decisiones.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
14	<p>Considera que el paciente se autopercibe como una persona valiosa.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

15	<p>Ha percibido en el paciente pérdida de energía para hacer sus cosas.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
16	<p>Ha percibido alteraciones de sueño en el paciente.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
17	<p>Ha notado irritable al paciente en las últimas dos semanas,</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
18	<p>Ha percibido cambios en el apetito del paciente en las últimas dos semanas.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
19	<p>El paciente es capaz de concentrarse.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

20	<p>Observa al paciente cansado o fatigado la mayor parte del día.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
21	<p>Ha percibido desinterés sexual por parte del paciente.</p> <p>9. Casi nunca 10. A veces 11. Frecuentemente 12. Casi siempre</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
PROMEDIO OBTENIDO:		A(X) D ():
COMENTARIOS GENERALES:		
OBSERVACIONES		



Mg. Ps. Miguel Angel Saldarriaga Villar

PSICOLOGO
C.Ps.P. N° 29854

Mg. Miguel Angel Saldarriaga Villar
 Juez experto
 Colegiatura N° 29854

**ANEXOS N° 5
VALIDACIÓN DEL APOORTE PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN
ENCUESTA A EXPERTOS**

ESTIMADO MAGISTER:

Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia en la aplicación del aporte práctico:

“Estrategia terapéutica de aceptación y compromiso para disminuir la depresión en pacientes afectados por la pandemia del COVID-19”

DATOS DEL EXPERTO:

NOMBRE DEL EXPERTO	MIGUEL ANGEL SALDARRIAGA VILLAR
PROFESIÓN	PSICÓLOGO
TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO	LICENCIADO EN PSICOLOGÍA - MAGÍSTER
ESPECIALIDAD	
INSTITUCIÓN EN DONDE LABORA	UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
CARGO	PSICÓLOGO

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES AFECTADOS POR LA PANDEMIA DEL COVID-19
LINEA DE INVESTIGACIÓN	CIENCIAS DE LA VIDA Y CUIDADO DE LA SALUD HUMANA
NOMBRE DEL TESISISTA	ESTHER JESARELA MERINO GUEVARA
APOORTE PRÁCTICO	ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES AFECTADOS POR LA PANDEMIA DEL COVID-19

Novedad científica del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Posibilidades de aplicación del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Significación práctica del aporte.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Observaciones generales:



Mg. Miguel Angel Saldarriaga Villar
 Juez experto
 Colegiatura N° 29854

**VALIDACIÓN DEL APOORTE PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN
ENCUESTA A EXPERTOS**

ESTIMADO MAGISTER:

Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia en la aplicación del aporte práctico:

“Estrategia terapéutica de aceptación y compromiso para disminuir la depresión en pacientes afectados por la pandemia del COVID-19”

DATOS DEL EXPERTO:

NOMBRE DEL EXPERTO	LUI XAVIER FRÍAS MIRANDA
PROFESIÓN	PSICÓLOGO
TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO	LICENCIADO EN PSICOLOGÍA - MAGÍSTER
ESPECIALIDAD	
INSTITUCIÓN EN DONDE LABORA	CENTRO EMERGENCIA MUJER – MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES
CARGO	PSICÓLOGO EN LA UNIDAD DE PROTECCIÓN ESPECIAL

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES AFECTADOS POR LA PANDEMIA DEL COVID-19
LINEA DE INVESTIGACIÓN	CIENCIAS DE LA VIDA Y CUIDADO DE LA SALUD HUMANA
NOMBRE DEL TESISISTA	ESTHER JESARELA MERINO GUEVARA
APOORTE PRÁCTICO	ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES AFECTADOS POR LA PANDEMIA DEL COVID-19

Novedad científica del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Posibilidades de aplicación del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Significación práctica del aporte.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Observaciones generales:



Lui Xavier Frías Miranda
PSICÓLOGO
C.Ps.P. N° 27430

Mg. Lui Xavier Frías Miranda
Juez experto
Colegiatura N° 27430

**VALIDACIÓN DEL APORTE PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN
ENCUESTA A EXPERTOS**

ESTIMADO MAGISTER:

Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia en la aplicación del aporte práctico:

“Estrategia terapéutica de aceptación y compromiso para disminuir la depresión en pacientes afectados por la pandemia del COVID-19”

DATOS DEL EXPERTO:

NOMBRE DEL EXPERTO	CARMEN RIVERA NOCEDA
PROFESIÓN	PSICÓLOGO - PSICOTERAPUTA
TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO	LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA - MAGÍSTER
ESPECIALIDAD	TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA
INSTITUCIÓN EN DONDE LABORA	CREE – CENTRO DE CREATIVIDAD, TERAPIA Y DESARROLLO INTEGRAL, E.I.R.L
CARGO	DIRECTORA

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES AFECTADOS POR LA PANDEMIA DEL COVID-19
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	CIENCIAS DE LA VIDA Y CUIDADO DE LA SALUD HUMANA
NOMBRE DEL TESISISTA	ESTHER JESARELA MERINO GUEVARA
APORTE PRÁCTICO	ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES AFECTADOS POR LA PANDEMIA DEL COVID-19

Novedad científica del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Posibilidades de aplicación del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Significación práctica del aporte.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Observaciones generales:



Mg. Carmen Rivera Noceda
Juez experto
Colegiatura N° 8689

ANEXOS N° 6 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: C.S I-3 JOSÉ ABELARDO QUIÑONES

Investigadora: Esther Jesarela Merino Guevara

Título: “ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES AFECTADOS POR LA PANDEMIA DEL COVID-19”.

Yo, Armando Galán Castillo, identificado con DNI 25495132, director del C.S I-3 José Abelardo Quiñones, AUTORIZO a la Lic. Esther Jesarela Merino Guevara, servidora de este establecimiento de salud, para que proceda con la aplicación de una prueba psicométrica a los pacientes usuarios de este centro de salud y del servicio de psicología, así como a la revisión de las historias clínicas de los pacientes que accedan voluntariamente a formar parte de la investigación: “Estrategia Terapéutica de Aceptación y Compromiso para disminuir la depresión en pacientes afectados por la pandemia del covid-19”

Piura, 9 de noviembre del 2020

PERU Ministerio de Salud SUB REGIÓN DE SALUD C.S. JOSÉ A. QUIÑONES
Armando Galán Castillo
Dr. Armando Galán Castillo
CIRUJANO DENTISTA C.O.P. N° 6498
JE FATURA



FIRMA

DNI: 25495132

ANEXOS N° 7 APROBACIÓN DE INFORME DE TESIS

El Docente:

Dr. Juan Carlos Callejas Torres

De la Asignatura:

SEMINARIO DE TESIS II

APRUEBA:

El Informe de Tesis: “ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES AFECTADOS POR LA PANDEMIA DEL COVID-19.”

Presentado por:

Lic. Esther Jesarela Merino Guevara.

Chiclayo, 10 de setiembre del 2021.

Dr. Callejas Torres Juan Carlos