



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO



**FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y
EDUCACIÓN**

SECCIÓN DE POSTGRADO – UNIDAD DE MAESTRÍA

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA COGNITIVO
CONDUCTUAL PARA REDUCIR LOS NIVELES DE
ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A UNA
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE UNA CLÍNICA DE
CHICLAYO, 2017.**

TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL GRADO
ACADÉMICO DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA,
CONMENCION EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

AUTOR

Br. ALICIA DEL ROCIO RODRIGUEZ RAMOS

LAMBAYEQUE – PERÚ

2018

PROPUESTA DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA
REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS
A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE UNA CLINICA DE
CHICLAYO,2017.

PRESENTADA POR:

ALICIA DEL ROCIO RODRIGUEZ RAMOS
AUTOR

Mg.SC VASQUEZ CRISANTO CARLOS
ASESOR

APROBADO POR:

Dr. JORGE CASTROKIKUCHI
PRESIDENTE DEL JURADO

Mg.SC. MARTHA RIOS RODRIGUEZ
SECRETARIO DEL JURADO

DR. EVERT FERNANDEZ VASQUEZ
VOCAL DEL JURADO

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios porque él me brindó la sabiduría para seguir Investigando y realizar una tesis Maestral, también por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Siempre estaré agradecida con mis padres, a mi Papá Rodolfo Yuri Rodríguez y a mi Mamá Martha Ramos LLontop por haberme brindado la oportunidad de ir a una Universidad Particular y escoger la carrera de Psicología, lo cual me hace conocer psique del ser humano y poder brindarle alternativas de solución, ha sido con mi esfuerzo y dedicación logre estudiar en una Universidad Nacional y así realizar un Post Grado en Psicología Clínica, sé que cada reto que me da la vida, salgo victoriosa porque ustedes me han brindado desde muy niña fortaleza, se han dedicado enseñarme, a darme virtudes y valores, que han hecho de mí una profesional fuerte, independiente y trabajadora por la salud mental. Sé que no existe la familia perfecta, pero los amo a cada uno de ustedes.

A mi hermana Gemela, por su apoyo incondicional, a mi hermano mayor Ricardo Rodríguez Ramos que con su sabiduría de enseñar las cosas supo direccionarme hacia el triunfo Y .

A mis asesores y Jurados de tesis, por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica, para la realización de esta investigación.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme vida, salud y sabiduría.

A mis padres por acompañarme
en mi proceso de formación
personal y profesional.

A mis asesores por brindarme
estrategias y herramientas para afrontar
los retos de la presente investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	viii
SUMMARY	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I	13
ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO	13
1.1. Ubicación	13
1.2. Evolución Histórica tendencial del Objeto de Estudio.	14
1.3. Características del Problema	16
1.4. Metodología	17
CAPITULO II	20
MARCO TEÓRICO	20
2.1. Antecedentes del problema	20
2.2. Bases teóricas	27
CAPITULO III	42
3.1 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE O LOS INSTRUMENTO UTILIZADOS	42
3.2. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	65
CONCLUSIONES	182
RECOMENDACIONES	183
BIBLIOGRAFÍA	¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN

El presente investigación tuvo como objetivo principal describir una Propuesta de un Programa Cognitivo Conductual para reducir los Niveles de Ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica de una Clínica de Chiclayo, 2017; de tipo Descriptivo - Propositivo, tuvo como objetivo proponer un programa basado en el enfoque Cognitivo Conductual por la teoría de Aaron Beck para disminuir los niveles de ansiedad. Así mismo la hipótesis fue; si la propuesta de un programa cognitivo Conductual contribuirá a reducir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica de una Clínica de Chiclayo 2017, se trabajó con una muestra de 30 pacientes con prescripción de intervención quirúrgica de una clínica, Asimismo se midió la variable dependiente a través del Inventario de ansiedad de Beck (BAI). Como resultado se determinó que existe un nivel severo de ansiedad con un 76,7 %, razón por la cual se propone el programa cognitivo conductual para disminuir los niveles de ansiedad.

Palabras claves: Ansiedad, Cognitivo Conductual, Propuesta de Programa.

SUMMARY

The main objective of this research was to describe a Proposal for a Behavioral Cognitive Program to reduce the Anxiety Levels in patients undergoing a surgical intervention at a Clinic of Chiclayo, 2017; Descriptive - Propositive type, aimed to propose a program based on Cognitive Behavioral approach by the theory of Aaron Beck to reduce levels of anxiety. Likewise, the hypothesis was; if the proposal of a behavioral cognitive program will contribute to reduce the levels of anxiety in patients undergoing surgery at a Clinic of Chiclayo 2017, we worked with a sample of 30 patients with prescription of surgical intervention of a clinic, we also measured the dependent variable through the Beck Anxiety Inventory (BAI). As a result, it was determined that there is a severe level of anxiety with 76.7%, which is why the cognitive behavioral program is proposed to reduce anxiety levels.

Keywords: Anxiety, Cognitive Behavior, Program Proposal.

INTRODUCCIÓN

La Propuesta del Programa de la Terapia Cognitiva de Beck, es un procedimiento de intervención estructurado, de tiempo limitado que utiliza como estrategias de intervención fundamentales, utiliza herramientas psicológicas, diseñado con el propósito para disminuir los indicadores de ansiedad, dicho programa consta de 3 áreas entre ellas: técnicas conductuales, técnicas emotivas, técnicas cognitivas. Sabemos que el tratamiento de la ansiedad tiene sentido desde el punto de vista de la salud y el bienestar, pero este nuevo estudio confirma que también lo tiene desde una perspectiva económica, Chan,(2017) Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Refiere que tenemos que encontrar formas de asegurarnos de que el acceso a los servicios de salud mental se convierte en una realidad para todos los hombres, mujeres vivan donde vivan.

El psicólogo en el ambiente hospitalario juega un papel importante en los procedimientos quirúrgicos del paciente, debido a que provoca desde un leve a un grave desequilibrio conductual , en cuanto la ansiedad, es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva, que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo.

Dicha investigación será relevante debido a que solucionara problemas prácticos desde el ámbito clínico, ya que se insertaran una gama de herramientas psicológicas para el abordaje de pacientes que presenten una prescripción quirúrgica. Así mismo busca un aporte substancial al paciente que va ser intervenido quirúrgicamente, especialmente al área de la psicología clínica.

La información existente sobre investigaciones acerca de las intervenciones de la terapia cognitivo conductual, en el ambiente hospitalario del sector público de nuestro País no existen, en comparación con otros, en donde ya existen departamentos asignados específicamente para dicha intervención.

Por lo antes planteado y observado, se identificó que los pacientes próximos a una Intervención quirúrgica, presentan ansiedad; como diferentes reacciones tanto físicas, emocionales y conductuales; por estos motivos el investigador propone un programa cognitivo conductual para reducir los niveles de ansiedad.

Por lo mencionado nos lleva a plantear la siguiente pregunta ¿será necesario la creación de un Programa Cognitivo Conductual contribuye, para reducir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica de una Clínica de Chiclayo?

El objetivo de este estudio fue Proponer un Programa Cognitivo Conductual basado en los pacientes de una Clínica de Chiclayo 2017. Como objetivos específicos se tuvo identificar y describir los nivel de Ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica de una Clínica de Chiclayo, Asi mismo elaborar la propuesta de un Programa basada en la teoría de Arron Beck, para reducir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica de una Clínica de Chiclayo, se finalizó validando la Propuesta del programa mediante criterios de jueces para su futura aplicación.

El presente estudio ha sido desarrollado en tres capítulos; en el primero se detalla las características históricas y actuales del objeto en estudio, desarrollándose dentro de ella las características y demás, así como los aspectos metodológicos, los objetivos, hipótesis y variables que rigen la investigación.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico que sustenta la investigación, en esta se estudia la ansiedad y la teoría de la terapia racional emotiva, conceptos útiles para el desarrollo de la presente investigación.

En el tercer capítulo se desarrolla la evaluación mediante una prueba psicométrica, el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos

Finalmente, se mencionan las conclusiones y recomendaciones obtenidas de este estudio. De esta forma, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Facultad de Ciencias Histórico Sociales y Educación con esta investigación esperamos contribuir con los postulados de la universidad y al desarrollo de las organizaciones de nuestro medio.

.

CAPITULO I

ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. Ubicación

La Clínica Privado Juan Pablo II su clasificación; hospital o clínica de atención especializada se encuentra ubicado en Av. Grau 1461 – en el Distrito de la Victoria-Chiclayo sus vías de circulación abarcan cerca de la mitad de cuadra, después de su creación en el año 2007 a la actualidad cuenta con 10 años al servicio de la comunidad, brinda más de 30 especialidades; Anestesiología, Cardiología, Cirugía de cabeza y cuello, Cirugía general, Cirugía plástica, Cirugía torácica y cardiovascular, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriatria, Ginecología, Gineco oncología, Hematología, Medicina física y rehabilitación, Medicina interna, Medicina intensiva, Nefrología, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Nutrición, Oftalmología, Oncología médica, Otorrinolaringología, Pediatría, Psicología, Psiquiatría, Reumatología, Traumatología y ortopedia y Urología al servicio de los pacientes.

Clínica cuenta con una cartera de servicios tomografía, ecografía ,RX, laboratorio, emergencia, hospitalización, UCI, UCIN, sala de operaciones, farmacia, en la que están representadas las principales especialidades médicas y quirúrgicas con un alto nivel de especialización por parte de los profesionales.

Clínica privado brinda atención preferente en una intervención inmediata en caso de accidente contando con ambulancias, personal técnico, enfermería, médicos especializados, hospitalización, emergencia 24 horas, salas quirúrgicas, modernas, adecuadas para pacientes, cuenta también con supervisiones por entidades de salud que permiten brindar servicios de calidad y oportunos.

1.2. Evolución Histórica tendencial del Objeto de Estudio.

A fines del siglo XIX y principios del XX, la ansiedad era un componente clave de varias nuevas categorías de diagnóstico, de la neurastenia a la neurosis.

George Miller Beard describió por primera vez la neurastenia en 1869. Sus síntomas fueron variedad, que van desde malestar general, dolores neurálgicos, histeria, hipocondría, a los síntomas de ansiedad y depresión crónica. Beard fue la primera exitosa Autor estadounidense en el campo de la psiquiatría. Neurastenia tuvo una vida larga: sobrevivió a nuestro tiempo al ser retenido como una categoría en ICD-10.

Sigmund Freud y Emil Kraepelin fueron contemporáneos, ambos nacidos en 1856. Pierre Janet nació 3 años más tarde, en 1859. Janet desarrolló la idea de que las manifestaciones ansiosas podrían ser desencadenadas por Ideas fijas "subconscientes". Él acuñó el término "psychasthenia" por lo que se suponía que era uno de las dos principales neurosis, junto con la histeria. Freud separó la ansiedad neurosis de la neurastenia. Él acuñó muchos de los términos que se usan hoy en día para varios trastornos de ansiedad, a pesar de que estos términos han sido sacudidos en gran parte sus connotaciones psicoanalíticas.

Emil Kraepelin prestó mucha atención a la ansiedad como síntoma asociado con otros diagnósticos, pero escribió menos ampliamente sobre la ansiedad como un diagnóstico separado. Afecta La ansiedad se describe como la asociación del interior tensión con un tipo de anhedonia (eine Verbindung von Unlust mit innerer Spannung). Se impregna por complete tanto el cuerpo como el estado mental. Kraepelin admite una categoría nosológica separada para fobias, que incluye los que surgen en situaciones sociales (Situationsphobien).

Uno de los criterios para el especificador de angustia ansiosa en DSM-5 es la sensación de que el individuo podría perder el control de él o ella, y una nota en el DSM-5 establece que altos niveles de ansiedad se han asociado con mayores riesgos de suicidio. Los antiguos autores griegos y latinos informaron casos de ansiedad patológica, y los identificó como médicos trastornos Las técnicas terapéuticas sugeridas por antiguos filósofos estoicos y epicúreos no lo harían parece fuera de lugar en los libros de texto de cognitivas de hoy psicoterapia. En los siglos que separan a los clásicos antigüedad desde el surgimiento de la psiquiatría moderna en mediados del siglo XIX, casos típicos de trastornos de ansiedad siguió siendo informado en escritos médicos, a pesar de que las categorías nosológicas estaban muy alejadas de las nuestras. Freud acuñó muchos de los términos utilizados para diversas angustias trastornos en DSM-I y DSM-II. DSM-III introducido nuevos trastornos como trastorno de pánico, TAG y PTSD. Las principales contribuciones del DSM-5 son (i) una agrupación de los trastornos de ansiedad en tres espectros (ansiedad, TOC y trastornos relacionados con el trauma y el estresor) basado en el intercambio de características comunes, y (ii) la agrupación de trastornos relacionados con el desarrollo en los mismos capítulos.

1.3. Características del Problema.

Numerosos hospitales de otros países utilizan algún tipo de técnica preparatoria en los ingresos de los pacientes, pero la mayoría no tienen en cuenta los procedimientos para evitar los efectos que produce la ansiedad, de los que existe evidencia científica que ha demostrado su eficacia. En los hospitales del mundo se encuentran realizando cirugías desde las menos complejas hasta las más riesgosas en donde es importante la labor psicológica proponer un programa cognitivo conductual en pacientes antes de su ingreso al quirófano.

Según un nuevo estudio dirigido por la OMS en el que se estiman por primera vez los beneficios tanto sanitarios como económicos de la inversión en el tratamiento de las enfermedades mentales más frecuentes en el mundo. Los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal.

El acto quirúrgico, por pequeño que sea, causa un impacto emocional en la persona que se somete a dicho suceso. El miedo y la ansiedad son sensaciones inherentes al ser humano, las que se expresan en general cuando el paciente será sometido a una cirugía.

En la clínica Juan Pablo II, las cirugías más frecuentes son Traumatología Y Ortopedia, en los cuales los pacientes que fueron intervenidos anteriormente algunos tienen resultados negativos debido a múltiples factores entre ellos los provocados por la ansiedad en el proceso preoperatorio, es por ello que esta investigación propone implementar un programa cognitivo conductual , para asegurar el éxito en la intervención.

Así mismo esta propuesta del programa de es un proceso psicoterapéutico, ayudando a los Psicólogos Clínicos a realizar programas de intervención con la finalidad de prevenir índices de ansiedad en pacientes ante una cirugía. Del mismo modo ayudara a los profesionales del área psicología clínica, para aumentar sus conocimientos y aprender de manera clara y precisa realizar Propuestas de programas, que reduzcan la ansiedad de los pacientes. Existen pocas investigaciones del psicólogo en el ambiente hospitalario, orientadas al nivel de ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica.

Este estudio resultó importante en la medida que los datos obtenidos nos permitieron identificar, que existe ansiedad en los pacientes pre quirúrgicos, asimismo, nos permitirá tomar medidas de prevención como es; proponer un Programa cognitivo conductual, lo cual ayudara a controlar los niveles de ansiedad.

1.4. Metodología.

No Experimental: Porque se identifica un conjunto de entidades que representan el objeto del estudio y se procede a la observación de los datos. Por lo tanto, el diseño no experimental es aquel que se efectúa sin la manipulación deliberada de variables. Hernández et al. (2010).

El tipo de investigación descriptivo propositivo y Transversal, los estudios descriptivos, busca especificar propiedades características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población como refiere, Propositivo, tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos como refiere, Hernández et al. (2010).

Se utilizó el muestreo por conveniencia, Quintana (2006). Refiere que tiene su origen en consideraciones de tipo práctico en las cuales se busca obtener la mejor información en el menor tiempo posible, de acuerdo con las circunstancias concretas que rodean tanto al investigador como a los sujetos o grupos investigados.

La población en la presente investigación la conformaron 30 pacientes sometidos a una intervención quirúrgica de una clínica de Chiclayo, Juan Pablo II, 2017.

Criterios de inclusión:

Pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas.

Pacientes de ambos sexos.

Criterios de exclusión:

Pacientes que no deseen formar parte de la institución.

Pacientes que no hayan sido sometidos a intervención quirúrgica.

La técnica fue psicométrica, esta se caracteriza por instrumentos estructurados que tienen como objetivo tener una información más amplia del sujeto (Gonzales, 2007). En cuanto a los materiales a emplear fueron: Lápiz, borrador y hojas.

Los instrumentos utilizados fueron el consentimiento informado (Ver Anexo 1). Así mismo donde se explicó de manera detallada los aspectos éticos de la investigación una vez aceptado se hizo entrega del instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) adaptado y validado (Ver anexo 2). El Instrumento consta de 21 ítems tiene la validez de contenido mediante la valoración de expertos; se evaluó la

fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach de 0.90 (Ver anexo 3)

Cabe mencionar que se solicitó al jefe de la Clínica Juan Pablo, la autorización para ejecutar el trabajo de investigación, mediante un conversatorio y solicitud por la Investigadora (Ver anexo 4); posteriormente se coordinaron las fechas y horarios para que no interfieran con su trabajo.

Posteriormente se aplicó el Inventario a cada teniendo uno de los pacientes, con una duración de 30 minutos con el llenado de las respuestas y la entrevista que se tuvo con ellos. Luego se recogió la información para ser procesada.

El proceso de análisis de datos se realizó empleando el programa Excel 2013 donde se procesó la información recolectada. Por otra parte, para el procesamiento se utilizó el programa estadístico SPSS versión 24. Finalmente los resultados fueron presentados en tablas y figuras para su mejor interpretación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

Internacional

Analuisa, E. (2016), Realizó una investigación titulada; Ansiedad del paciente previo al proceso quirúrgico, tuvo con objetivo de diseñar una estrategia de instrucción educativa para disminuir el nivel de ansiedad en el paciente previo al proceso quirúrgico en el área de cirugía del Hospital IESS de la ciudad de Ambato – Ecuador, fue un estudio de tipo bibliográfico, de campo, aplicada, en una muestra constituida por 40 pacientes y 10 enfermeras. Utilizó como instrumento un cuestionario para obtener información sobre la ansiedad preoperatoria y una guía de observación para los enfermeros. En sus resultados encontró que el nivel de ansiedad era bajo con 55%, medio 42% y alto 3%. Los factores relacionados a su aparición o incremento fueron la edad, género, nivel educativo, etnia, estado civil, cirugías previas; firmaron también que la información y educación del profesional.

Orellana, F. (2015), en Ecuador, desarrolló la investigación “Prevalencia de ansiedad y factores asociados en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica en el Hospital José Carrasco Arteaga en Cuenca”, Es un estudio descriptivo de corte transversal que incluyó a 220 pacientes programados para una intervención quirúrgica bajo anestesia general; el instrumento fue el test APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale), con lo cual se determinó que la prevalencia de ansiedad preoperatoria fue del 71,4% y el deseo de información sobre el procedimiento tanto quirúrgico como anestésico fue del 66,4%. Los grados más altos de ansiedad se identificaron en el 11,3% de la población entrevistada (grados 4 y 5). La conclusión a la

que se llegó fue: “La ansiedad fue más prevalente en el sexo femenino, en los pacientes menores de 50 años y en los que no tuvieron una experiencia anestésica previa”.

Escobar, A (2015) En su investigación titulada Ansiedad en la recuperación quirúrgica, en Guatemala, se tuvo a la vista estudios anteriores y teorías que fueron creadas en diversos países, enlazando enfoques médicos y psicológicos, Se trabajó con una muestra de 50 sujetos de ambos sexos en donde la principal característica para la validez del estudio refiere haber sido intervenido quirúrgicamente mediante una cirugía programada. La obtención de los datos e información relevante se hizo efectiva al aplicar la escala de ansiedad de Hamilton; instrumento que permitió determinar una prominencia en el estado de ánimo ansioso, tensión, elevadas manifestaciones de síntomas sensoriales y musculares. Con referencia a los resultados citados se concluye que derivado de los riesgos implícitos en un proceso quirúrgico y la falta de acompañamiento y apoyo psicológico adecuado de parte del centro hospitalario, es necesaria la creación e implementación de protocolos de acción enfocados en detectar y disminuir la ansiedad en los pacientes postquirúrgicos.

Atupaña, K & Muñoz, J (2013). En su investigación titulada la Psicoprofilaxis quirúrgica y sus efectos en la ansiedad de pacientes preoperatorios del Hospital Militar de la Ciudad de Riobamba en Ecuador, se trabajó con una muestra de: 10 pacientes que fueron sometidos a cesárea y 10 de colecistectomía. Se aplicó la Escala de valoración de Max Hamilton para medir los niveles de ansiedad. Los resultados de la encuesta muestran los siguientes resultados. En el ámbito psicoeducativo el 65% de los pacientes responden que desconocen sobre el proceso quirúrgico. En el ámbito emocional el 90% manifiestan que si tienen miedo a la cirugía, debido a sus creencias

culturales y la incidencia de la mala información del contexto social. El 80% de pacientes presenta la distorsión cognitiva de catastrofización, señalan que tienen miedo a morir en la cirugía. Mientras que los resultados de la escala de valoración de Max Hamilton de ansiedad evidencian que: El 65% de pacientes antes de la aplicación de la psicoprofilaxis presentan intensidad fuerte de ansiedad. Los pacientes que recibieron psicoprofilaxis quirúrgica disminuyeron considerablemente los niveles de ansiedad y lograron afrontar de mejor forma la cirugía.

Carapia, A. & Otros. (2011). En su investigación titulada Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria, México, el objetivo fue modificar los niveles de ansiedad pre quirúrgica a través de técnicas psicológicas. Material y métodos: los resultados: 51 pacientes, el 64.7% sexo femenino, 35.2% masculino. Nivel de ansiedad pre quirúrgica en 49% leve, en 27.5% moderada y en 23.5% severa. Ansiedad postoperatoria leve en todos los pacientes. Conclusión: Existe una disminución en los niveles de ansiedad antes y después de la cirugía debido a la intervención psicológica efectuada.

Nacional

Arevalo, L. (2016) Perú, en su estudio “Nivel de ansiedad en pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Tingo María”. Tuvo como objetivo determinar el nivel de ansiedad en pacientes pre operatorio del servicio de Cirugía. Fue tipo observacional, prospectivo, transversal, la muestra de 180 pacientes. Utilizó como instrumento la escala de valoración IDARE. Cuyo resultado fue que el 62% manifestaron sentirse tristes previo a la intervención quirúrgica y el 38 %manifestaron sentirse oprimidos previo a la intervención quirúrgica.

Aylas, L. (2017). En su investigación titulada; Ansiedad del paciente en el preoperatorio programado en la especialidad de traumatología del servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora, El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, estuvo conformada por 20 pacientes en el preoperatorio. La técnica fue la encuesta y el instrumento la Escala de Valoración de la Ansiedad de Spielberger (IDARE). Resultados: 100% (20); 60% (12) refieren que es medio, 25% (05) alto y 15% (03) bajo; en la dimensión síntomas negativos El nivel de ansiedad es del , 100% (20); 50% (10) refieren que es medio, 70% (13) bajo y 35% (07) alto. El nivel de ansiedad del paciente programado en el preoperatorio de la especialidad de traumatología según los síntomas positivos , del 100% (20); 70% (14) refieren que es medio, 50% (10) bajo y 70% (14) alto.

Flores, N. (2017) En su investigación; Efecto de una intervención educativa en el manejo de ansiedad en pacientes durante el periodo preoperatorio mediato en el servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora. Su enfoque cuantitativo, diseño pre – experimental en un solo grupo, una muestra de 30 pacientes en el periodo preoperatorio atendidos en el Servicio de Cirugía, instrumento el Test de Zung con el que se evaluó la ansiedad. Resultados: antes de la intervención educativa un nivel de ansiedad moderada 65% (20), leve 25% (7) y grave 10% (3). Después de la intervención educativa la ansiedad es de nivel leve 80% (24), moderada 15% (4) y grave 5% (2). Conclusión: La intervención educativa produce un efecto significativo en el manejo de la ansiedad.

Gaona, D. (2017). En su estudio “Ansiedad pre operatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora”. Estudio descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 75 pacientes pre quirúrgicos ingresados al área de cirugía. Utilizó como instrumento la escala de ansiedad de Hamilton. Cuyo resultado fue que el 50.7% presentaron un nivel medio de ansiedad, 38% nivel alto de ansiedad y un 11.3% un nivel bajo de ansiedad.

Mamani, L & Mamani, T. (2017) En su Investigación; Comunicación terapéutica y nivel de ansiedad en pacientes pre-operatorios. servicio de cirugía. Hospital Regional Honorio Delgado; estudio cuantitativo, método descriptivo, diseño correlacional y de corte transversal, el muestreo probabilístico aleatorio de 104, se utilizó un formulario de recolección de datos, un cuestionario de nivel de comunicación terapéutica y una escala de valoración de la ansiedad de Spielberg idare. Los resultados: el 86.5% de pacientes preoperatorios un nivel medio, sin embargo las dimensiones que tuvieron nivel bajo fueron: “información”, “modulación de la voz” y “contacto visual”. Así mismo el 86.5% de pacientes pre-operatorios obtuvieron un nivel bajo de ansiedad tanto en síntomas positivos, síntomas negativos y a nivel global. Lo que indica que existe una relación significativa entre ambas variables por lo tanto mientras mayor sea la comunicación terapéutica menores serán los niveles de ansiedad.

Delgadillo, G. (2016). Realizó un estudio titulado; Nivel de ansiedad del paciente en periodo pre quirúrgico en cirugía de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena en Ayacucho – Perú. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal, se ejecutó en un amuestra de 40 pacientes programados para cirugía de emergencia, la técnica de recolección de datos que se

aplicó fue al entrevista y como instrumento el Test de Zung. En los resultados encontró que el 45% presentaban ansiedad moderada, el 35% ansiedad intensa y el 20% ansiedad leve. Por tanto existía un alto porcentaje de pacientes con niveles de ansiedad entre moderado e intenso.

Hernández I, (2014) Desarrolló una investigación sobre “Cuidado espiritual y nivel de ansiedad situacional en pacientes quirúrgicos del Hospital Regional de Ayacucho”- Perú, cuyo objetivo fue relacionar el cuidado espiritual con el nivel de ansiedad situacional en pacientes quirúrgicos. Es un estudio de diseño preexperimental, la muestra fue 30 pacientes post operados de una población de 123, el instrumento fue el Test de Ansiedad de Zung y para el contraste de hipótesis la prueba “t” – Student, llegando a los siguientes resultados: La ansiedad situacional marcada como severa descendió de 86% previo al cuidado espiritual a 0% después de él; y se llegó a la siguiente conclusión: “El cuidado espiritual influye significativamente en el nivel de ansiedad situacional en pacientes quirúrgicos”.

Mori, S. (2014) En su estudio “Nivel de ansiedad de la persona en el periodo pre operatorio. Servicio de cirugía. Hospital II 1 Rioja. San Martín. 2014”. Tuvo como objetivo determinar el nivel de ansiedad de la persona en el periodo pre-operatorio. Estudio descriptivo, corte transversal; la muestra estuvo conformada por 58 personas hospitalizadas en el periodo pre-operatorio. Utilizó como instrumento el "Test de nivel de ansiedad". Obtuvo como resultado que el 81 % de los pacientes presentaron ansiedad; el 15.5% presentaron un nivel marcado de ansiedad y 3.5% un nivel de ansiedad dentro de los límites normales

Regional

Díaz, C & serrato, K. (2017). En su tesis "Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo., tuvo como objetivo determinar los niveles de ansiedad y depresión en dicha población. La metodología empleada fue cuantitativa, de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 50 mujeres. La información se recolectó a través del test de ansiedad y depresión de Beck, publicado en U.S.A en 1996 y actualizado en 2011. Con una confiabilidad de 0,90 por el método del alfa de Cronbach. concluye que, los niveles de ansiedad y depresión que se evidenciaron en las mujeres de la asociación "Viviendo en Positivo", fueron moderados. Y a la vez alarmante ya que existe un alto porcentaje de mujeres en riesgo por sintomatología ansiosa (62%) y depresiva (74%) en niveles moderados y graves.

Rodríguez, J. & otros (2015) En su investigación Factores asociados a la ansiedad del paciente en el pre operatorio inmediato en el servicio de cirugía del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Tuvieron como objetivo determinar los factores asociados a la ansiedad del paciente en el pre operatorio inmediato en el servicio de cirugía. Estudio de tipo cuantitativo, correlacional, la muestra estuvo conformada por 80 personas. Utilizaron como instrumento el cuestionario denominado "Factores asociados a la ansiedad". Cuyo resultado fue que el 60% de los pacientes presentaron ansiedad, el 5% alcanzó un nivel alto, el 25% nivel medio y 30% nivel bajo

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Terapia Cognitiva

Beck (1976). El modelo de ansiedad de enfatiza el papel que juegan en los problemas de ansiedad las creencias subyacentes del individuo y la interpretación que realiza de los estímulos a los que teme, incluyendo sus propias reacciones fisiológicas.

Terapia Cognitiva como un procedimiento de intervención estructurado, de tiempo limitado que utiliza como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, para ayudar a las personas a aprender a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales

La Terapia Cognitiva no solo se centra en las distorsiones cognitivas del cliente, también en los problemas externos relacionados con su malestar. El terapeuta colabora con el paciente para conseguir la modificación de sus patrones cognitivos disfuncionales, extendiéndose esta colaboración a la toma de decisiones y búsqueda de soluciones a demandas y problemas ambientales.

La Terapia Cognitiva pretende cubrir dos objetivos fundamentales a corto y largo plazo. A corto plazo, eliminar los síntomas y las creencias disfuncionales subyacentes que presenta el paciente. A largo plazo, que adquiera las habilidades necesarias que le permitan, en el futuro, corregir las distorsiones cognitivas que vaya cometiendo y ayudarle a incorporar, como parte de su repertorio habitual, actitudes y formas de funcionamiento más adaptativos y racionales.

Técnicas Conductuales

Beck (1976). Refiere que la mayoría de las técnicas forman parte del repertorio habitual de la Terapia de Conducta, si bien el objetivo último que se persigue con la aplicación de estas técnicas es distinto. Mientras que para el terapeuta de conducta el cambio en la conducta manifiesta es un fin en sí mismo, para el terapeuta cognitivo es un medio para conseguir la modificación de las cogniciones del paciente, que es el objetivo primordial de la Terapia Cognitiva. Las técnicas conductuales se consideran herramientas que permiten realizar al paciente experimentos mediante los cuales pueda probar la validez de sus hipótesis o creencias. El hecho de hacer cosas que antes no hacía, porque creía que no podía o no era capaz, le permite descubrir cómo algunos pensamientos influyen negativamente en sus emociones, motivación y conducta.

La aplicación de las técnicas cognitivas exige un mínimo de funcionamiento conductual. Cuando éste no existe, se instaura mediante la aplicación de técnicas conductuales. Estas técnicas permiten que el paciente inicie acciones que le ayuden a reducir los pensamientos obsesivos, modificar actitudes poco adecuadas y obtener sentimientos de bienestar.

Programación de actividades

Es una de las estrategias terapéuticas más importantes en Terapia Cognitiva. Durante la sesión, terapeuta y paciente van programando las actividades diarias que realizará el paciente, utilizando una jerarquía de tareas según la dificultad percibida por éste. Puesto que un objetivo fundamental es que el paciente se perciba capaz de controlar su tiempo y realizar algunas actividades, el programa que se establezca ha de ser realista para que pueda llevarlo a cabo y obtener pruebas a favor de su capacidad. Si se programan demasiadas actividades o no se tiene en cuenta el nivel

de dificultad que presentan para el paciente, se pueden producir efectos contraproducentes ya que la no realización de las actividades programadas pueden servir para demostrarle, precisamente, su incapacidad.

La programación y el registro de actividades diarias sirven, para poner a prueba la creencia de que no pueden hacer nada. Las actividades realizadas, por pequeñas que sean, permiten al terapeuta tener una base para refutar las creencias de incapacidad absoluta. Al mismo tiempo, ya que al realizar la programación se procura elegir aquellas actividades que, aunque sea en grado mínimo, proporcionen algún tipo de agrado al cliente, la satisfacción asociada a actividades concretas va sensibilizando al paciente hacia sentimientos de bienestar. Esto permite contrarrestar sus creencias de que es incapaz de experimentar satisfacción, incrementando la probabilidad de repetir las actividades que le hacen sentir mejor.

Las actividades realizadas, por pequeñas que sean, permiten al terapeuta tener una base para refutar las creencias de incapacidad absoluta. Al mismo tiempo, ya que al realizar la programación se procura elegir aquellas actividades que, aunque sea en grado mínimo, proporcionen algún tipo de agrado al cliente, la satisfacción asociada a actividades concretas va sensibilizando al paciente hacia sentimientos de bienestar. Esto permite contrarrestar sus creencias de que es incapaz de experimentar satisfacción, incrementando la probabilidad de repetir las actividades que le hacen sentir mejor.

En cada una de las tareas o actividades que realiza el paciente se le pide que evalúe, en una escala de 0 a 5 puntos, el grado de dominio y agrado que ha experimentado al llevarla a cabo. En el caso de personas con problemas de ansiedad, el grado de dominio y el nivel de ansiedad o malestar. En los pacientes con ansiedad, la programación y el registro de actividades diarias permiten poner a prueba las

creencias básicas de que algo peligroso o amenazante le va a ocurrir, no podrá afrontarlo y los demás no le podrán ayudar.

Role-playing.

En la aplicación de esta técnica se presta una especial atención a los pensamientos automáticos de los pacientes. El role-playing se suele llevar a cabo durante las sesiones, mediante ensayo de conducta o modelado con el terapeuta. Se trata de realizar con esta técnica experimentos en los que comprobar o refutar las hipótesis planteadas en relación a sus creencias ante una acción o interacción determinada. Las técnicas de modelado y role-playing no sólo sirven para ensayar la conducta a realizar, sino también para que el paciente compruebe que sus pensamientos sobre lo que va a ocurrir no son necesariamente verdad, puesto que existen alternativas diferentes a las que él ha pensado (e.g. no tiene por qué equivocarse, la tendera puede no fijarse en él, pensar que está cansado, que no ha dormido, que es tímido, etc.).

Técnicas de afrontamiento.

Además de las anteriormente indicadas se utilizan otras muchas técnicas conductuales según el trastorno objeto de tratamiento, aunque siempre con el objetivo de modificar los pensamientos disfuncionales.

Técnicas de control de estímulos: Se utilizan, por ejemplo, para aliviar las dificultades de sueño que suelen presentarse en los trastornos de ansiedad. Incluye reducir los estímulos que interfieren en el sueño e incrementar los que lo inducen (e.g. no tomar café por la tarde/noche, no trabajar Realizar actividades estimulantes, tratar de ir a la cama a la misma hora, hacer ejercicios de relajación antes de acostarse o en

la cama, evitar rumiaciones sobre problemas o preocupaciones han ocurrido durante el día, tratar de alejarlos con distracciones sobre acontecimientos agradables, etc.).

Relajación como estrategia de coping. Es decir, utilizar la relajación para poder reducir la ansiedad que interfiere con el afrontamiento adecuado de una situación particular.

Exposición graduada a las situaciones temidas o evitadas, fundamentalmente en pacientes con problemas de ansiedad. La exposición se puede realizar mediante Desensibilización Sistemática en la imaginación, o exposición in vivo, estableciéndose previamente la jerarquía de situaciones según el nivel de dificultad.

Control de la Respiración o técnicas de hiperventilación. Se utilizan especialmente en el trastorno de pánico o ante síntomas somáticos amenazantes como ocurre en los problemas de agorafobia. Se utilizan también cuando la relajación resulta difícil de aplicar.

Entrenamiento asertivo: que permita poner en práctica las estrategias entrenadas para manejarse adecuadamente en situaciones o ante personas que producen ansiedad. Incluye ser capaz de decir "no", expresar opiniones, realizar preguntas o pedir ayuda.

Técnicas Emotivas

Beck (1976). Refiere que se utilizan inicialmente por el terapeuta durante las sesiones, y en ellas se entrena al paciente para que las use en su medio natural

cuando sienta que la emoción es demasiado elevada y necesite controlarla. Beck menciona algunas de las que pueden ser útiles con pacientes.

Inducción de autocompasión.

Se utiliza excepcionalmente con algunas personas cuando no pueden llorar y necesitan hacerlo. Puede llevarse a cabo de varias formas. 1) Pedir al paciente que describa detalladamente todos sus sentimientos negativos. Esto suele ser suficiente en muchos para desencadenar el llanto y provocar autocompasión. 2) Descripción por el terapeuta de la historia de otra persona con problemas parecidos a los del paciente con la mayor emoción posible. La identificación puede llevar a convertir la compasión que siente por el otro en autocompasión y sacar la tristeza que tiene contenida. 3) El terapeuta puede hacer role-playing asumiendo el papel del paciente y verbalizando, con la mayor emoción posible, sentimientos de autocompasión para movilizar los del paciente. 4) El terapeuta puede también proporcionar información personal relacionada con sentimientos de autocompasión, provocados por experiencias o vivencias parecidas a las que está experimentando el cliente, para provocar en él su propia autocompasión. Estas sugerencias de Beck hay que tomarlas con mucha precaución ya que los pacientes adolecen de un exceso de llanto, de pena por sí mismo y de autocompasión y es precisamente en la reducción de estos síntomas y sentimientos en los que se ha de centrarse la terapia.

Inducción de cólera controlada.

Se trata de señalar aspectos de la experiencia o la situación que puedan provocar cierto enfado con la vida, personas o situaciones. El sentimiento de enfado es útil para reducir la profunda tristeza que se puede sentir en un momento determinado. Esta

técnica ha de ser utilizada con precaución porque en pacientes depresivos el sentimiento de enfado a veces genera sentimientos de culpa tan aversivos o más que el de tristeza.

Distracción externa.

Ver la T.V., llamar por teléfono, leer un libro, etc., son formas de distracción que sirve para aliviar los sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad. Igualmente, el paciente puede concentrarse en algún aspecto del medio y poner en juego el mayor número posible de modalidades sensoriales (vista, oído, gusto, tacto...) y mantener la distracción hasta que se reduzca el malestar.

Hablar de forma limitada de los sentimientos.

Otro procedimiento para reducir el sentimiento de tristeza es procurar no estar hablando permanentemente de sus sentimientos con las personas de su alrededor, puesto que la expresión continua del malestar hace que el sentimiento se mantenga y se intensifique el recuerdo que provoca la expresión verbal constante.

Evitar verbalizaciones internas catastrofistas o de incapacidad del tipo "no puedo soportar tanto sufrimiento"

Ayuda a aliviar el sentimiento de tristeza, dado que estas verbalizaciones incrementan la percepción de incapacidad y catastrofismo. El paciente ha de intentar sustituir estos comentarios por otros que resalten su fortaleza para soportar el sufrimiento y que le permitan incrementar su tolerancia a la frustración y al dolor.

Análisis de responsabilidad.

Rara reducir los sentimientos de culpa, frecuentes en los pacientes, es conveniente analizar con todo detalle las razones que se da el paciente para sentirse responsable de la conducta de otros. También se deben analizar los patrones arbitrarios e idiosincrásicos que le hacen sentir que hace las cosas mal o que le llevan a considerarse culpable por determinados pensamientos y deseos. Con ello se pretende buscar evidencia que permita al paciente recopilar información más objetiva sobre las razones que le llevan a experimentar sentimientos de culpa.

Los procedimientos utilizados y entrenados durante las sesiones para reducir los síntomas afectivos se programan también como tareas para casa, para que se practiquen entre sesiones y se reduzca la intensidad de su malestar

Técnicas Cognitivas.

Beck (1976). Refiere que denomina al conjunto de técnicas que se utilizan para facilitar el cuestionamiento socrático que permite identificar y cambiar pensamientos negativos.

Los dos procedimientos fundamentales mediante los cuales se lleva a cabo la detección y el cuestionamiento de pensamientos, distorsiones y creencias son los autorregistros y el descubrimiento guiado.

Autor registros

Se utilizan desde las fases iniciales para recoger información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día y conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar, así como para analizar el grado de dominio y agrado de las actividades que llevan a cabo. El estado emocional suele valorarse en una escala de 0 (sentirse muy mal) a 100 (sentirse muy bien). Tienen una doble utilidad: permiten obtener información detallada de lo que le ocurre al

paciente a lo largo de la semana, y sirven de línea base para comparar los cambios posteriores

Durante la fase de tratamiento se utilizan para seguir entre sesiones el cuestionamiento de las cogniciones que surgen ante acontecimientos activadores buscando evidencia que permita confirmarlas o refutarlas.

El autorregistro más utilizado es el Registro diario de pensamientos distorsionados (DTR) propuesto inicialmente por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979). Está dividido en 6 columnas. En la primera se anota el día y hora en la que ocurren los acontecimientos, en la segunda se especifican las situaciones concretas indicando en cada una de ellas dónde estaba y qué estaba pasando cuándo sucedió. En la tercera ha de especificarse la emoción o emociones concretas que se experimentaba indicando su intensidad (1%-100%) En la cuarta columna se apuntan los pensamientos automáticos e imágenes que pasaron por su mente. Estas cuatro columnas son las que se utilizan cuando se trata de identificar pensamientos automáticos y establecer su relación con las emociones. Posteriormente, cuando se ha iniciado el proceso de debate y búsqueda de evidencia y de alternativas al pensamiento automático explicitado, se procede a rellenar las dos columnas siguientes. La quinta recogería las respuestas alternativas a los pensamientos automáticos indicados añadiendo la credibilidad que se les concede. En la sexta se anota el resultado de la reevaluación de la credibilidad de los pensamientos automáticos iniciales así como de la intensidad de sus emociones.

En general la mayoría de los registros que se utilizan recogen en las columnas iniciales días y horas en el que tiene lugar el malestar emocional, situaciones concretas en las que se produce, tipo de emoción y grado de intensidad y pensamientos automáticos identificados. En función de lo que se pretenda trabajar, se irán

añadiendo columnas en las que pueden anotarse, por ejemplo, el nombre de la distorsión o distorsiones asociadas a cada pensamiento automático, pensamientos racionales alternativos, ventajas e inconvenientes de cada pensamiento automático negativo y de los pensamientos racionales alternativos, supuestos básicos que subyacen a los pensamientos negativos y ventajas e inconvenientes de mantener esos supuestos, etc.

Descubrimiento guiado

Hace referencia al proceso de ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático. Para alcanzar los fines que persigue el cuestionamiento socrático el terapeuta va guiando al paciente mediante preguntas abiertas hasta donde considera necesario llegar, pero permitiendo que sea el paciente el que llegue al hacer libremente sus asociaciones y argumentaciones. Hay una serie de preguntas generales que se utilizan para cuestionar cogniciones disfuncionales:

¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos?

¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación?

¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera?

La primera es especialmente pertinente cuando se está cuestionando y debatiendo el carácter disfuncional de los pensamientos y distorsiones cognitivas

Ejemplo: ¿cuál es la evidencia en que te basas para pensar que caes mal a tus compañeros de trabajo? ¿Cuál es la evidencia en la que te basas para pensar que tienes un tumor cerebral

La segunda pregunta tiende a formularse cuando ya se ha aprendido a identificar las distorsiones cognitivas y los sesgos atribucionales en los que se basan

los pensamientos automáticos ante situaciones concretas y lo que se pretende es que el paciente aprenda a realizar interpretaciones alternativas.

Ejemplo: ¿qué otras alternativas a que te estén rechazando podrían dar cuenta del hecho de que a veces algún compañero no te mire cuando entras al despacho? ¿Qué otras alternativas a tener un tumor cerebral pueden explicar el que a veces te duela la cabeza?

La tercera pregunta suele formularse cuando lo que se pretende es detectar posibles creencias o esquemas disfuncionales que sirven de soporte a los pensamientos y sesgos cognitivos negativos. Por ello no se buscan las posibles distorsiones cognitivas que están detrás de los pensamientos, simplemente se dan por válidos los argumentos planteados.

Ejemplo: ¿qué ocurriría o qué consecuencias tendría si, efectivamente, le caes mal a tus compañeros?; ¿que ocurriría si realmente tuvieras un tumor cerebral?

Las técnicas cognitivas específicas.

Se utilizan mediante el cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado son muy variadas. Algunas de las más habituales son:

Técnicas de reatribución: encaminadas a modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribuciones de locus de control (interno/ externo), estabilidad (estable/inestable) y especificidad (global / específico). En general, las personas depresivas suelen hacer atribuciones internas, estables y globales a la hora de explicar sus errores o fracasos, y externas, inestables y específicas para sus éxitos.

Técnica de conceptualización alternativa: Se trata de buscar de forma activa, con la ayuda inicial del terapeuta, interpretaciones distintas a las realizadas por el cliente en un primer momento, y encontrar explicaciones alternativas a los problemas

que se le plantean. Mediante esta técnica se pretende contrarrestar la tendencia a realizar interpretaciones únicas y la dificultad de encontrar solución a los problemas.

Técnicas basadas en la imaginación.

Constituyen un elemento de trabajo fundamental en Terapia Cognitiva. Hay un porcentaje importante de personas a las que les resulta mucho más fácil detectar imágenes visuales que pensamientos asociados a sensaciones de malestar. Desde las primeras fases de la terapia se utiliza algún tipo de técnica en la que está implicado el uso de la imaginación. Una forma habitual de explicar la influencia de las cogniciones en las emociones y en la conducta, es pedir que se imagine una situación particular e ir preguntando al cliente por los sentimientos y conductas que le acompañan, luego cambiar los pensamientos manteniendo la situación y preguntar por el cambio de sentimientos y conductas que se producen.

Beck, Rush, Shaw, y Emery (1979) recogen algunas de las principales técnicas cognitivas basadas en la imaginación que se utilizan en Terapia Cognitiva:

Parada de imágenes. Se pide al paciente que cuando comience una fantasía, recuerdo o imagen que le provoque malestar emocional, dé un golpe fuerte o diga "alto" para interrumpir el curso de la imaginación. Después puede intentar imaginar alguna escena o fantasía agradable para evitar la aparición de las imágenes desagradables.

Repetición continuada. Cuando el paciente informa de grandes dificultades para interrumpir el curso de una fantasía o imaginación, se recomienda que rememore y repita incesantemente la escena o fantasía que provoca malestar hasta que se reduzca la sintomatología emocional.

Proyección temporal. Consiste en pedir a la persona que cuando le venga una imagen con alto contenido emocional, intente imaginar la escena como si ocurriese en

un momento temporal distinto: una semana después, un mes, un año, pretendiendo que la distancia le permita alcanzar cierta objetividad. Imaginar metáforas. Puede ayudar al paciente a representarse mentalmente visiones alternativas de una situación.

Parada de imagen catastrofista. Se pide al paciente que, ante la representación mental de escenas o imágenes catastrofistas, intente incluir en la escena o fantasía los datos positivos, agradables o neutros que ha omitido, con el fin de que la fantasía se acerque más a la realidad, al considerar también otros datos objetivos.

Imaginación inducida. Se trata de que el paciente intente transformar una imaginación negativa en otra más neutra o positiva, con la intención que vaya experimentando mayor control de su imaginación y pueda fantasear con situaciones o conductas más adaptativas.

Repetición de metas. Para incrementar la autoeficacia percibida, se pide al paciente que repita en su imaginación las conductas y acciones deseadas, incluyendo las autoinstrucciones positivas que le puedan facilitar su ejecución.

Imaginación positiva. Se sugiere al paciente que genere fantasías o imágenes positivas que le permitan reducir el tiempo dedicado a las negativas. Este tipo de fantasías positivas le pueden ser útiles como técnicas distractivas cuando el malestar emocional se incrementa.

Imaginación como estrategia de coping. Se entrena al paciente para que utilice la imaginación como estrategia de afrontamiento al visualizarse a sí mismo haciendo frente a distintas situaciones o visualizando cómo lo harían otras personas (modelado encubierto). Deberá ir cambiando la situación de menos a más amenazante y entrenándose mentalmente en distintos posibles finales.

2.2.2. Ansiedad

Beck et al. (2005) .La ansiedad es multifacética, conlleva elementos diversos del dominio fisiológico, cognitivo, conductual y afectivo del funcionamiento humano. Se enumeran los síntomas de ansiedad divididos en los cuatro sistemas funcionales implicados en una respuesta adaptativa a la amenaza o al peligro.

Rasgos Comunes de la Ansiedad

Fisiológicas

Las respuestas fisiológicas automáticas que normalmente ocurren en presencia de una amenaza o de un peligro se consideran respuestas defensivas. Estas respuestas, observadas tanto en animales como en humanos en los contextos que provocan miedo, conllevan una activación autónoma que prepara al organismo para afrontar el peligro huyendo (es decir, huida) o confrontando directamente el peligro (es decir, lucha), un proceso conocido como respuesta de "lucha o huida". Síntomas fisiológicos: (1) Aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones; (2) respiración entrecortada, respiración acelerada; (3) dolor o presión en el pecho; (4) sensación de asfixia; (5) aturdimiento, mareo; (6) sudores, sofocos, escalofríos; (7) náusea, dolor de estómago, diarrea; (8) temblores, estremecimientos; (9) adormecimiento, temblor de brazos o piernas; (10) debilidad, mareos, inestabilidad; (11) músculos tensos, rigidez; (12) sequedad de boca.

Conductuales

Las características conductuales implican primordialmente las respuestas de abandono o de evitación, así como de búsqueda de seguridad. Síntomas: (1) Evitación de las señales o situaciones de amenaza; (2) huida, alejamiento; (3) obtención de

seguridad, reafirmación; (4) inquietud, agitación, marcha; (5) hiperventilación; (6) quedarse helado, paralizado; (7) dificultad para hablar.

Cognitivos

Aportan la interpretación lógica de nuestro estado interno como de ansiedad. Síntomas : (1) Miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo; (2) miedo al daño físico o a la muerte; (.3) miedo a "enloquecer"; (4) miedo a la evaluación negativa de los demás; (5) pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; (6) percepciones de irrealidad o separación; (7) escasa concentración, confusión, distracción; (8) estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza; (9) poca memoria; (10) dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad.

Afectivos

Deriva de la activación cognitiva y fisiológica conjunta y constituye la experiencia subjetiva de la sensación. Síntomas afectivos: (1) Nervioso, tenso, embarullado; (2) asustado, temeroso, aterrorizado; (3) inquieto, asustadizo; (4) impaciente, frustrado.

CAPITULO III

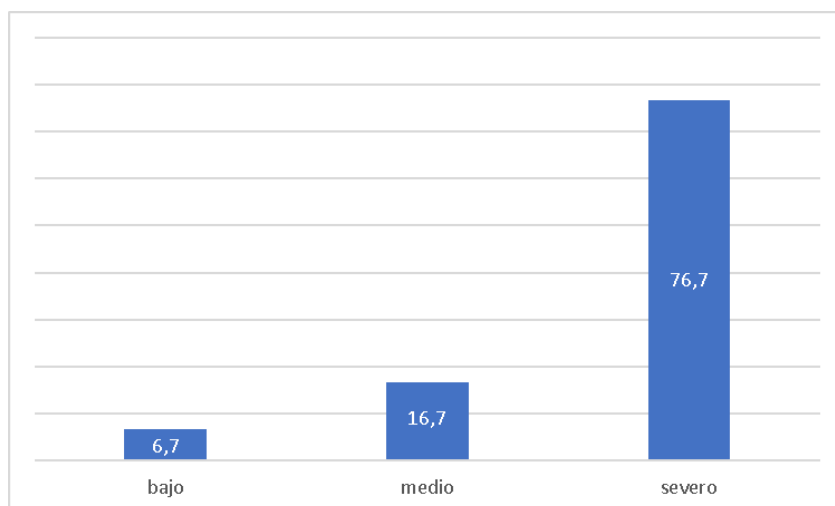
3.1 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE O LOS INSTRUMENTO UTILIZADOS

Tabla 1: Análisis descriptivo de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Nivel de ansiedad			
		f	%
Válido	Bajo	2	6,7
	Medio	5	16,7
	severo	23	76,7
Total		30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 1: Análisis descriptivo de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017.



Análisis

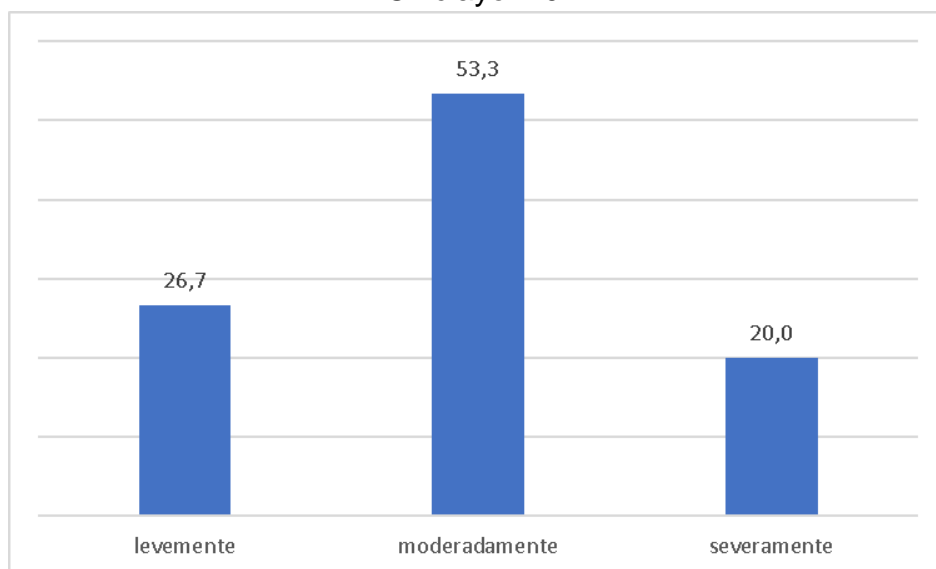
Que un 76,7% de los evaluados poseen nivel severo de ansiedad, y sólo el 6,7% presenta bajo nivel de ansiedad.

Tabla 2: Análisis descriptivo de la pregunta 1 (Torpe o entumecido) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017.

Torpe o entumecido			
		F	%
Válido	Levemente	8	26,7
	Moderadamente	16	53,3
	Severamente	6	20,0
Total		30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 2: Análisis descriptivo de la pregunta 1 (Torpe o entumecido) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017



Análisis

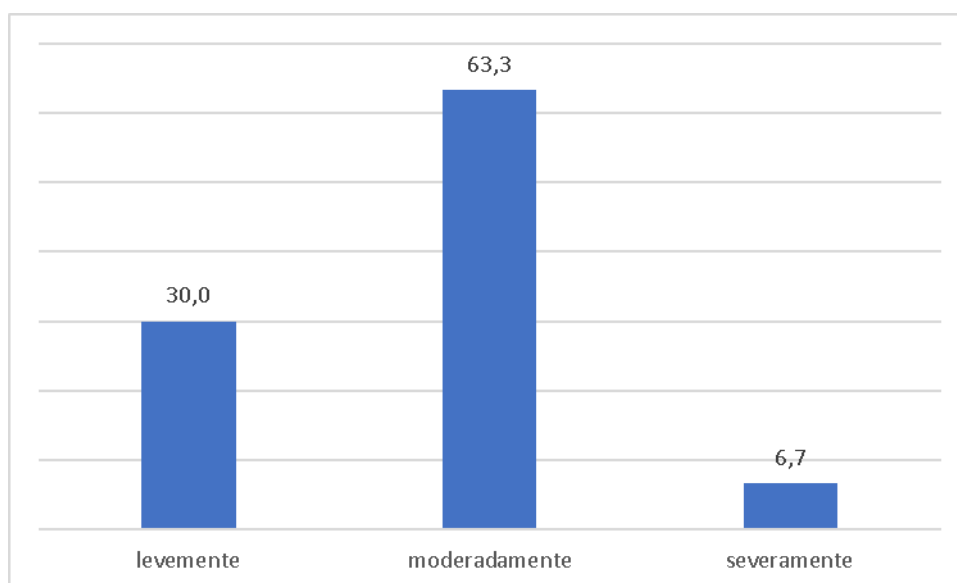
Se puede observar, que el 53,3% de los evaluados marcaron la opción moderadamente, en la pregunta 1 (Torpe o entumecido) y sólo el 20% marcó la opción severamente.

Tabla 3: Análisis descriptivo de la pregunta 2 (Acalorado) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017.

Acalorado			
		F	%
Válido	Levemente	9	30,0
	moderadamente	19	63,3
	severamente	2	6,7
Total		30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017

Grafico 3: Análisis descriptivo de la pregunta 2 (Acalorado) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017.



Análisis

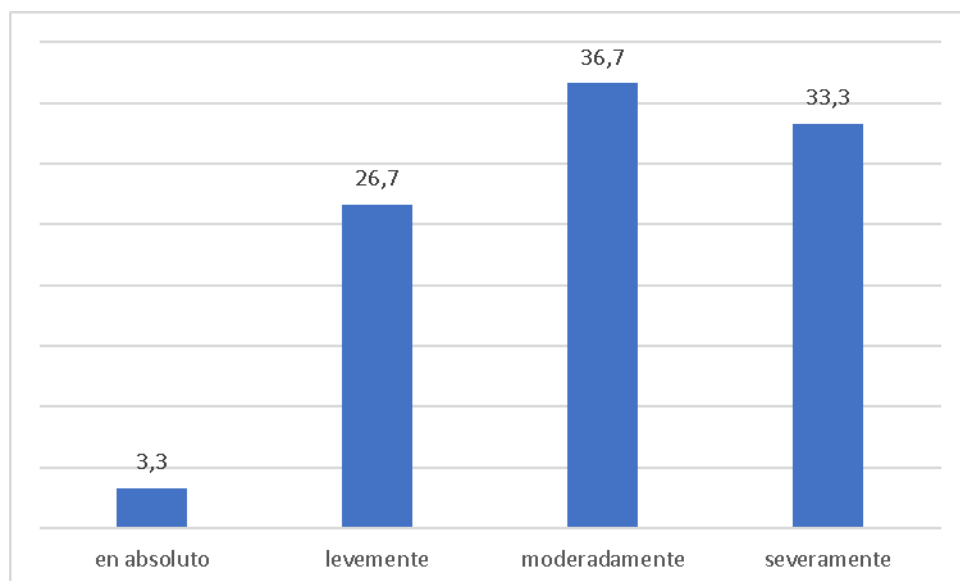
Se puede observar que el 63,7% de los evaluados marcaron la opción moderadamente, en la pregunta 2 (Acalorado) y sólo el 6,7% marcó la opción severamente.

Tabla 4: Análisis descriptivo de la pregunta 3 (con temblor en las piernas) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017

Con temblor en las piernas			
		F	%
Válido	en absoluto	1	3,3
	Levemente	8	26,7
	Moderadamente	11	36,7
	Severamente	10	33,3
Total		30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 4: Análisis descriptivo de la pregunta 3 (con temblor en las piernas) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017



Análisis

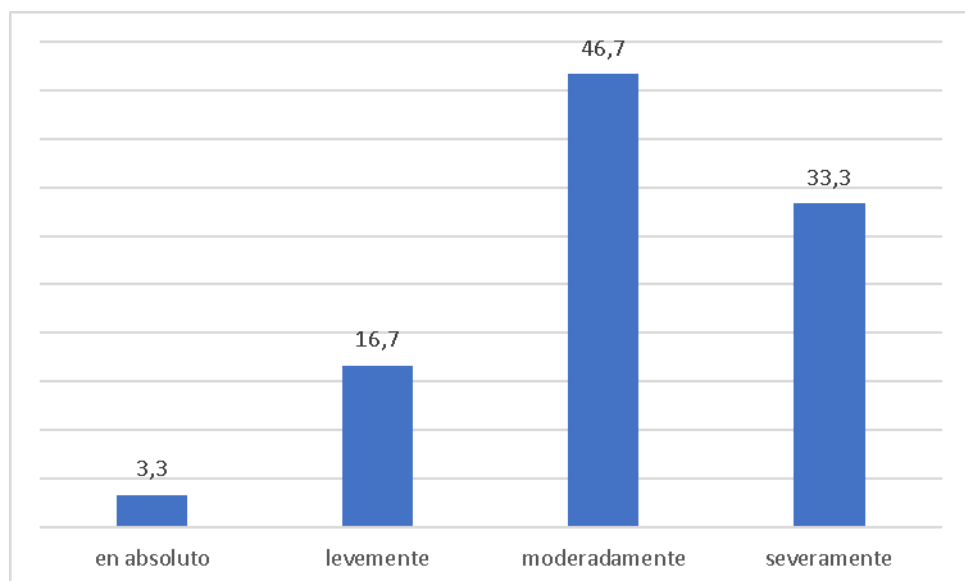
Se puede observar que el 36,7% de los evaluados marcaron la opción moderadamente, en la pregunta 3 (Con temblor en las piernas) y sólo el 3,3% marcó la opción en absoluto.

Tabla 5: Análisis descriptivo de la pregunta 4 (Incapaz de relajarse) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017

Incapaz de relajarse			
		f	%
Válido	en absoluto	1	3,3
	Levemente	5	16,7
	moderadamente	14	46,7
	Severamente	10	33,3
Total		30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 5: Análisis descriptivo de la pregunta 4 (Incapaz de relajarse) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017



Análisis

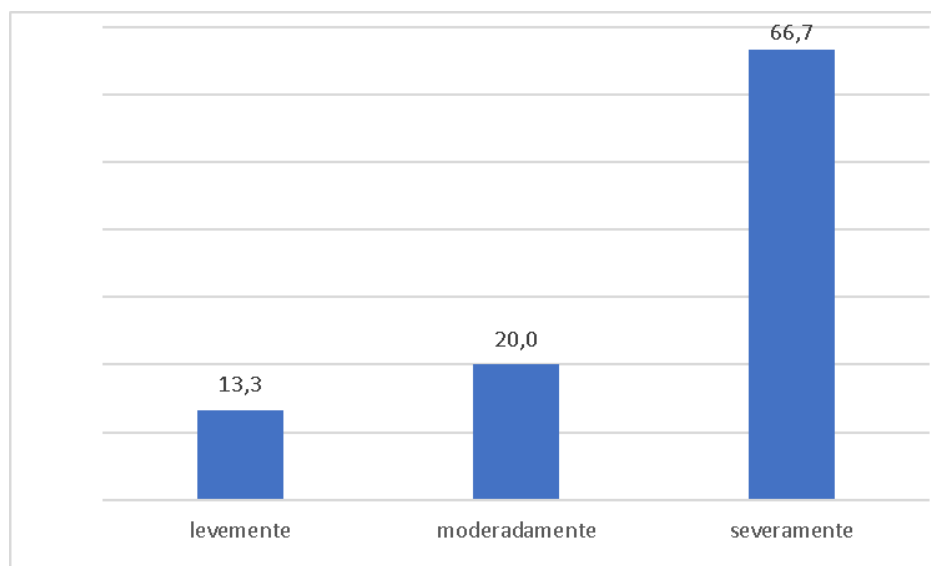
Se puede observar en la tabla 5 que el 46,7% de los evaluados marcaron la opción moderadamente, en la pregunta 4 (Incapaz de relajarse) y sólo el 3,3% marcó la opción en absoluto.

Tabla 6: Análisis descriptivo de la pregunta 5 (con temor a que le ocurra lo peor) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017

Con temor a que ocurra lo peor			
		F	%
Válido	levemente	4	13,3
	moderadamente	6	20,0
	severamente	20	66,7
Total		30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 6: Análisis descriptivo de la pregunta 5 (con temor a que le ocurra lo peor) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017



Análisis

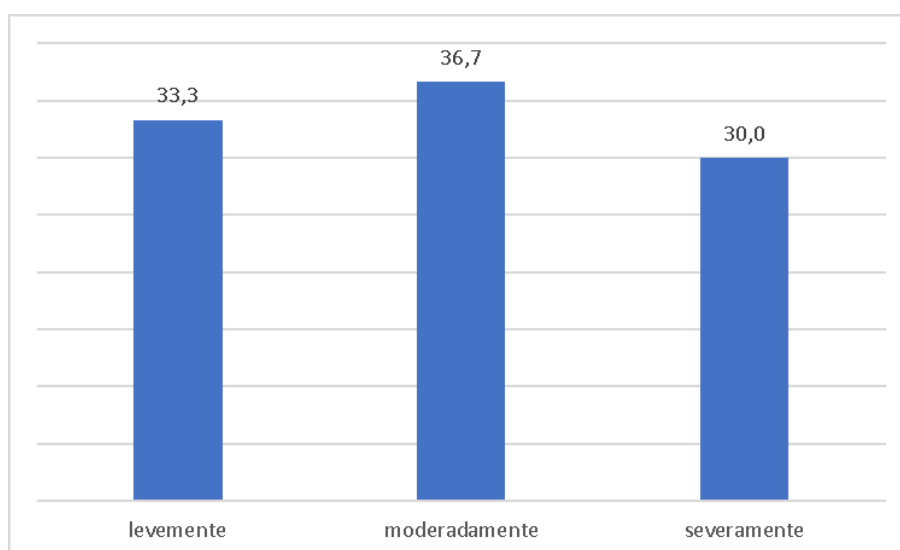
Se puede observar en la tabla 6 que el 66,7% de los evaluados marcaron la opción severamente, en la pregunta 5 (Incapaz de relajarse) y sólo el 13,3% marcó la opción levemente.

Tabla 7: Análisis descriptivo de la pregunta 6 (mareado o que se le va la cabeza) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017

Mareado o que se le va la cabeza.			
		F	%
Válido	Levemente	10	33,3
	moderadamente	11	36,7
	severamente	9	30,0
Total		30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 7: Análisis descriptivo de la pregunta 6 (mareado o que se le va la cabeza) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017



Análisis

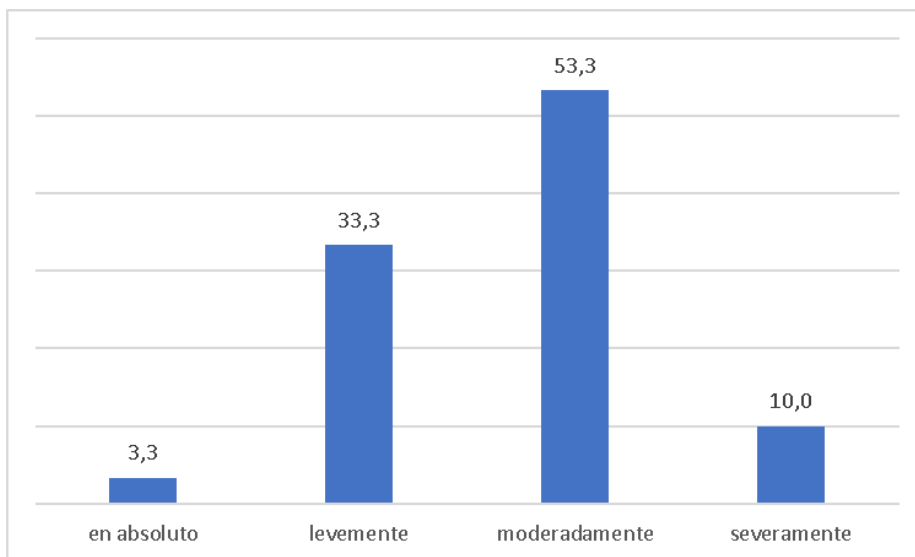
Se puede observar en la tabla 6 que el 36,7% de los evaluados marcaron la opción moderadamente, en la pregunta 6 (mareado o que se le va la cabeza) y sólo el 30% marcó la opción severamente.

Tabla 8: Análisis descriptivo de la pregunta 7 (con latidos del corazón fuertes y acelerados) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017

Con latidos del corazón fuertes y acelerados.			
		F	%
Válido	en absoluto	1	3,3
	levemente	10	33,3
	moderadamente	16	53,3
	severamente	3	10,0
Total		30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 8: Análisis descriptivo de la pregunta 7 (con latidos del corazón fuertes y acelerados) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017



Análisis

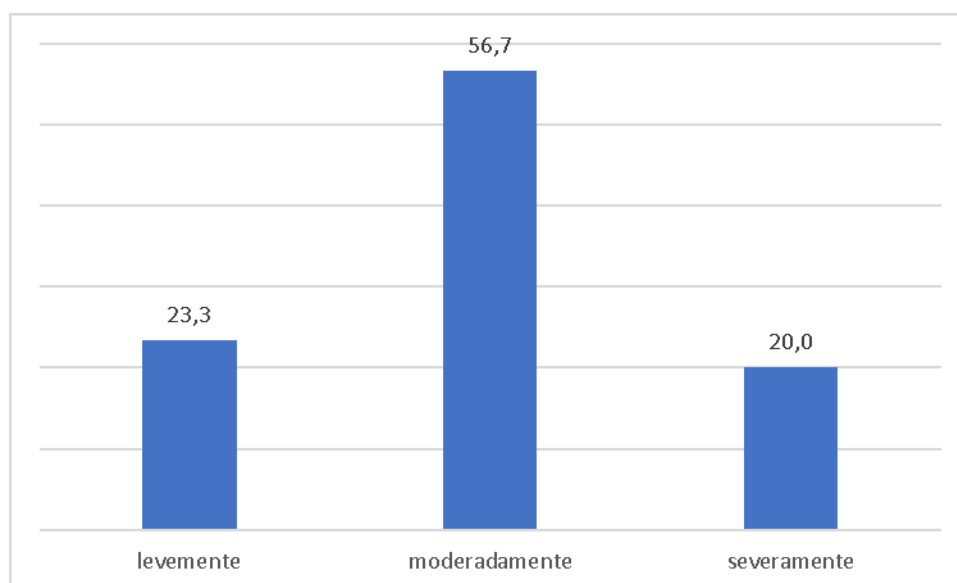
Se puede observar que el 53,3% de los evaluados marcaron la opción moderadamente, en la pregunta 7 (con latidos fuertes del corazón y acelerados) y sólo el 10% marcó la opción severamente.

Tabla 9: Análisis descriptivo de la pregunta 8 (inestable) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017

Inestable			
		F	%
Válido	Levemente	7	23,3
	Moderadamente	17	56,7
	Severamente	6	20,0
Total		30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 9: Análisis descriptivo de la pregunta 8 (inestable) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017



Análisis

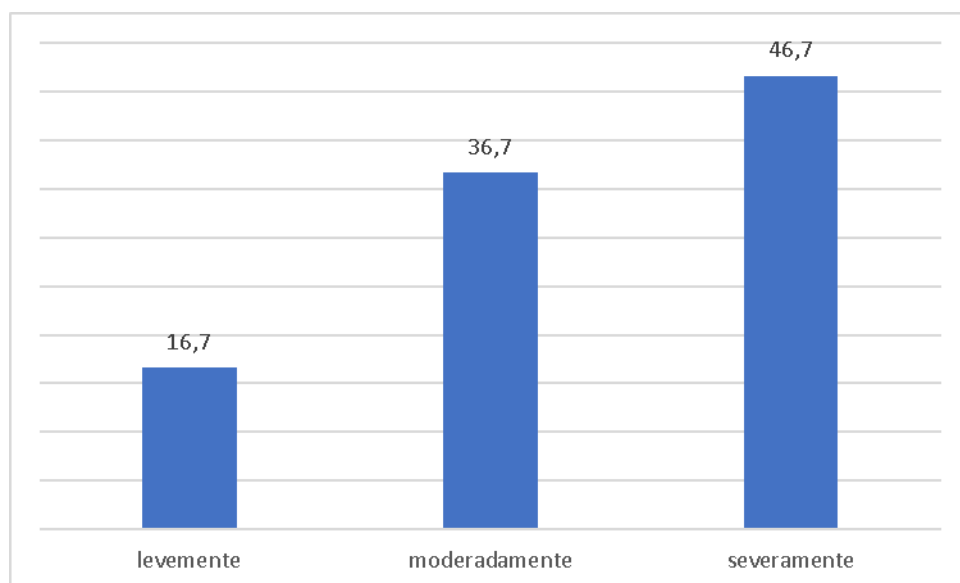
Se puede observar, que el 56,7% de los evaluados marcaron la opción moderadamente, en la pregunta 8 (inestable) y sólo el 20% marcó la opción severamente.

Tabla 10: Análisis descriptivo de la pregunta 9 (atemorizado o asustado) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017

Atemorizado o asustado		
	F	%
Válido	Levemente	5 16,7
	moderadamente	11 36,7
	Severamente	14 46,7
Total		30 100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 10: Análisis descriptivo de la pregunta 9 (atemorizado o asustado) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017



Análisis

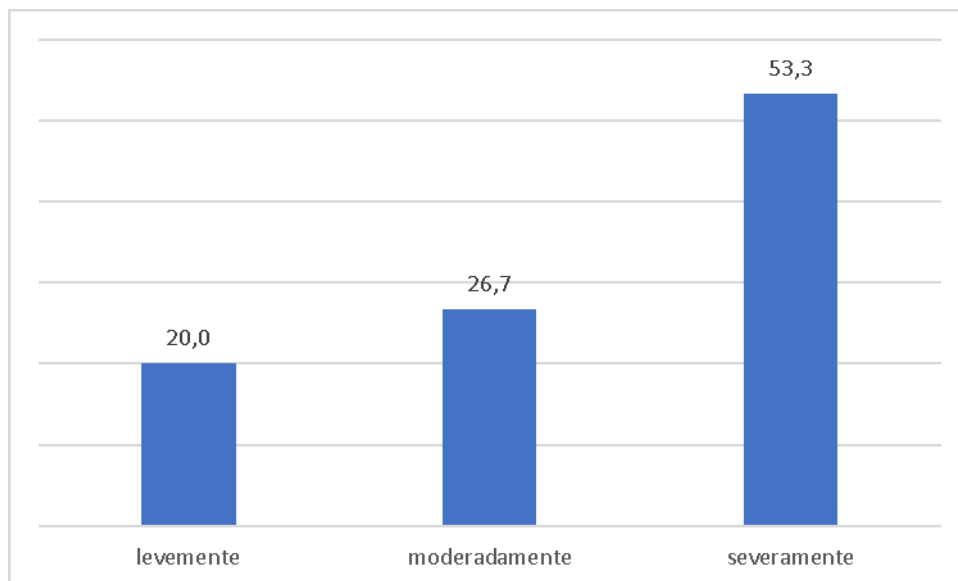
Se puede observar, que el 46,7% de los evaluados marcaron la opción severamente, en la pregunta 9 (atemorizado asustado) y sólo el 36,7 % marcó la opción moderadamente.

Tabla 11: Análisis descriptivo de la pregunta 10 (nervioso) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017

Nervioso			
		F	%
Válido	Levemente	6	20,0
	Moderadamente	8	26,7
	Severamente	16	53,3
Total		30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 11: Análisis descriptivo de la pregunta 10 (nervioso) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017



Análisis

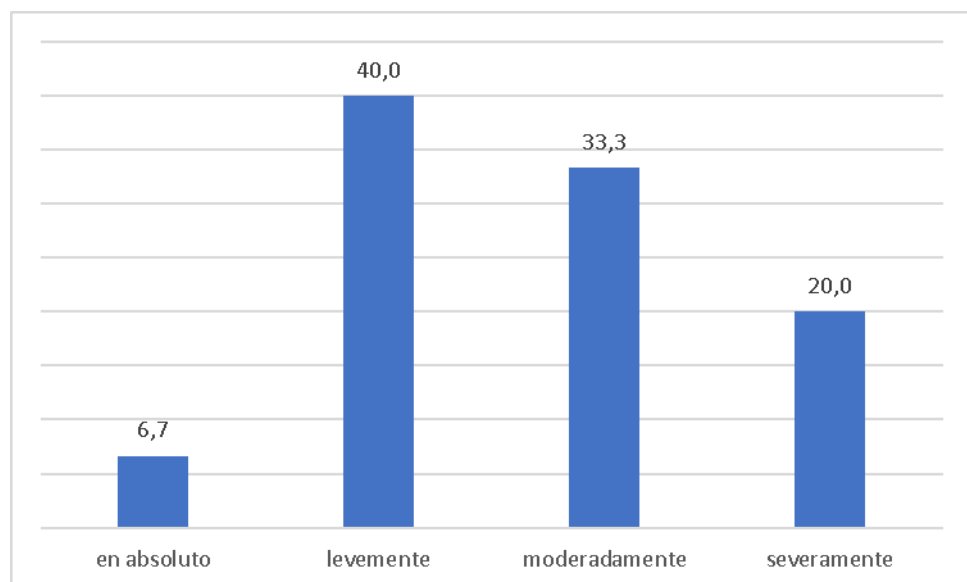
Se puede observar, que el 53,3% de los evaluados marcaron la opción severamente, en la pregunta 10 (nervioso) y sólo el 20% marcó la opción levemente.

Tabla 12: Análisis descriptivo de la pregunta 11 (con sensación de bloqueo) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017

Con sensación de bloqueo		
	F	%
Válido	en absoluto	2 6,7
	levemente	12 40,0
	moderadamente	10 33,3
	severamente	6 20,0
<hr/>		
Total	30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 12: Análisis descriptivo de la pregunta11 (con sensación de bloqueo) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017



Análisis

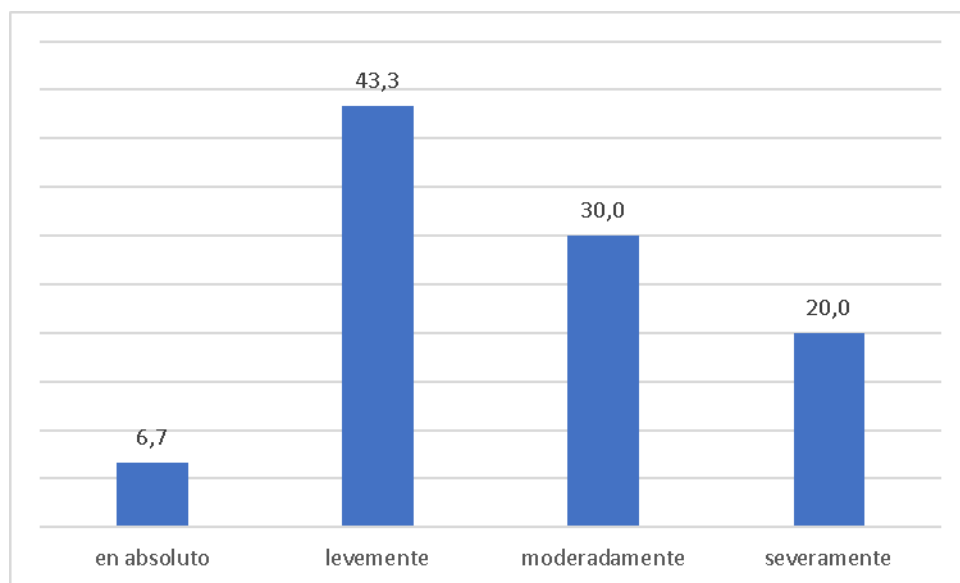
Se puede observar, que el 40% de los evaluados marcaron la opción levemente, en la pregunta 11 con sensación de bloqueo) y sólo el 6,7% marcó en absoluto.

Tabla 13: Análisis descriptivo de la pregunta 12 (con temblores en las manos) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017

Con temblores en las manos			
Válido	en absoluto	2	6,7
	Levemente	13	43,3
	Moderadamente	9	30,0
	Severamente	6	20,0
Total		30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 13: Análisis descriptivo de la pregunta 12 (con temblores en las manos) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017



Análisis

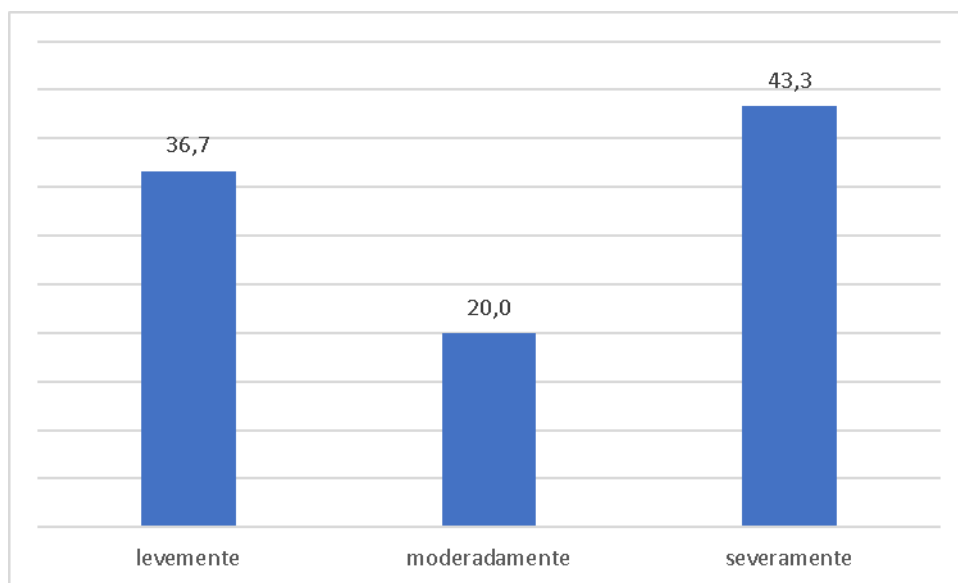
Se puede observar, que el 43,3% de los evaluados marcaron la opción levemente, en la pregunta 12 (con temblores en las manos) y sólo el 6,7% marcó la opción en absoluto.

Tabla 14: Análisis descriptivo de la pregunta 13 (inquieto, inseguro) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017

Inquieto, inseguro			
		F	%
Válido	levemente	11	36,7
	moderadamente	6	20,0
	severamente	13	43,3
Total		30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 14: Análisis descriptivo de la pregunta 13 (inquieto, inseguro) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017



Análisis

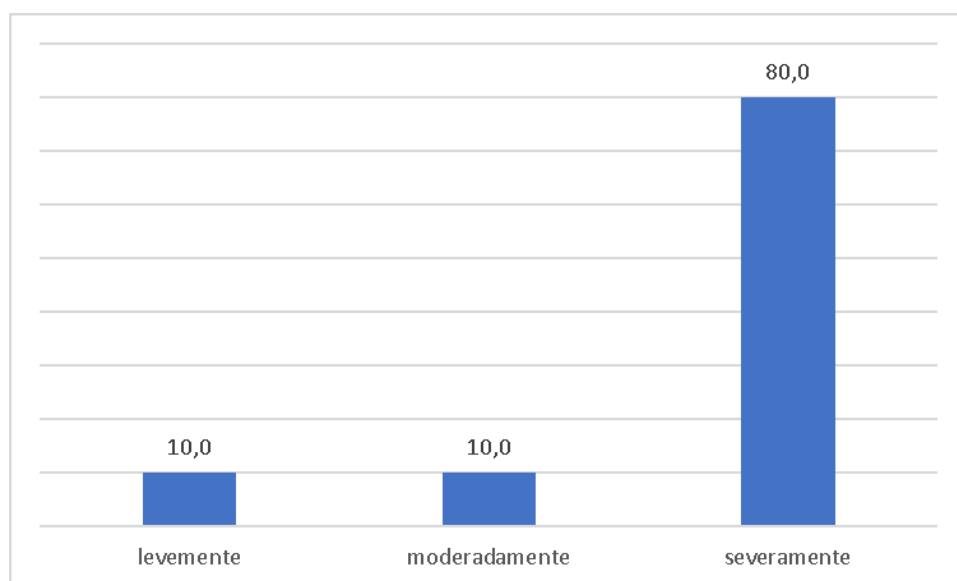
Se puede observar, que el 43,3% de los evaluados marcaron la opción severamente, en la pregunta 13 (nervioso) y sólo el 20% marcó la opción moderadamente.

Tabla 15: Análisis descriptivo de la pregunta 14 (con miedo a perder el control) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017

Con miedo a perder el control			
		F	%
Válido	Levemente	3	10,0
	moderadamente	3	10,0
	Severamente	24	80,0
Total		30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 15: Análisis descriptivo de la pregunta 14 (con miedo a perder el control) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017



Análisis

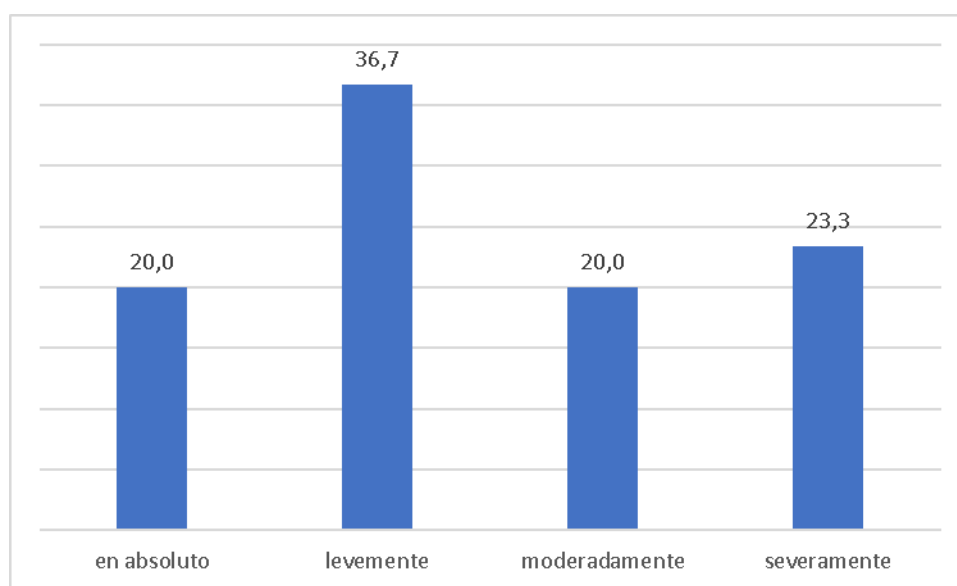
Se puede observar, que el 80% de los evaluados marcaron la opción severamente, en la pregunta 14 (con miedo a perder el control) y sólo el 10% marcó la opción levemente.

Tabla 16: Análisis descriptivo de la pregunta 15 (con miedo a perder el control) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017

Con sensación de ahogo		
	F	%
Válido en absoluto	6	20,0
levemente	11	36,7
moderadamente	6	20,0
severamente	7	23,3
Total	30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 16: Análisis descriptivo de la pregunta 15 (con miedo a perder el control) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017



Análisis

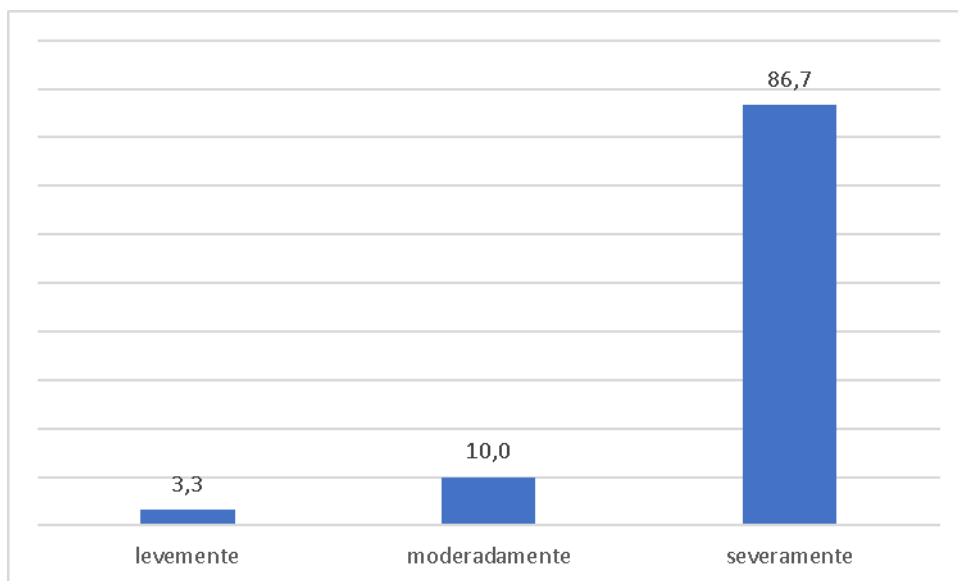
Se puede observar, que el 36,7% de los evaluados marcaron la opción levemente, en la pregunta 15 (con sensación de ahogo) y sólo el 20% marcó la opción en absoluto.

Tabla 17: Análisis descriptivo de la pregunta 16 (con temor de morir) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017

Con temor de morir		
	F	%
Válido levemente	1	3,3
moderadamente	3	10,0
severamente	26	86,7
Total	30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 17: Análisis descriptivo de la pregunta 16 (con temor de morir) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017



Análisis

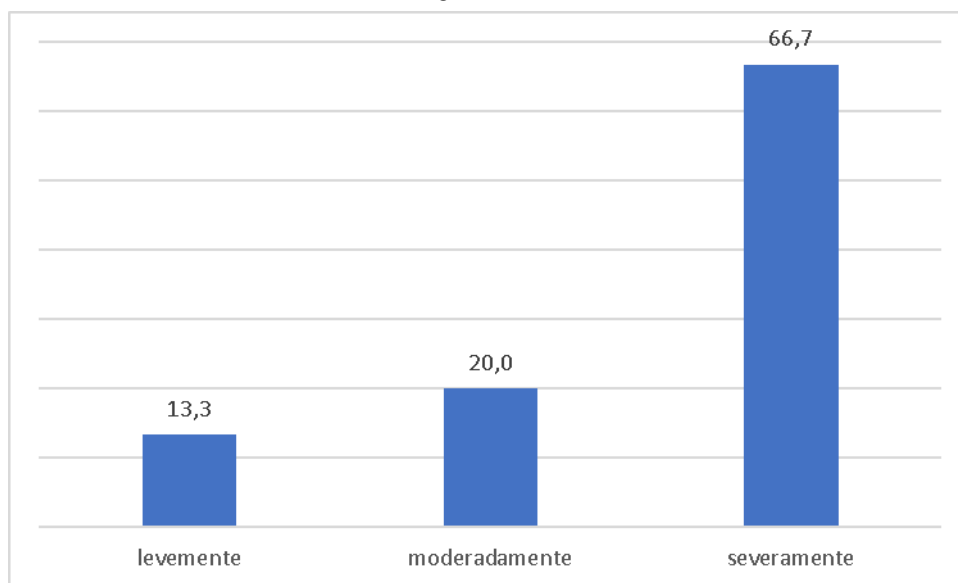
Se puede observar, que el 86,7% de los evaluados marcaron la opción severamente, en la pregunta 16 (con temor de morir) y sólo el 3,3% marcó la opción levemente.

Tabla 18: Análisis descriptivo de la pregunta 17 (con miedo) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017

Con miedo			
		f	%
Válido	Levemente	4	13,3
	moderadamente	6	20,0
	severamente	20	66,7
Total		30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 18: Análisis descriptivo de la pregunta 17 (con miedo) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017.



Análisis

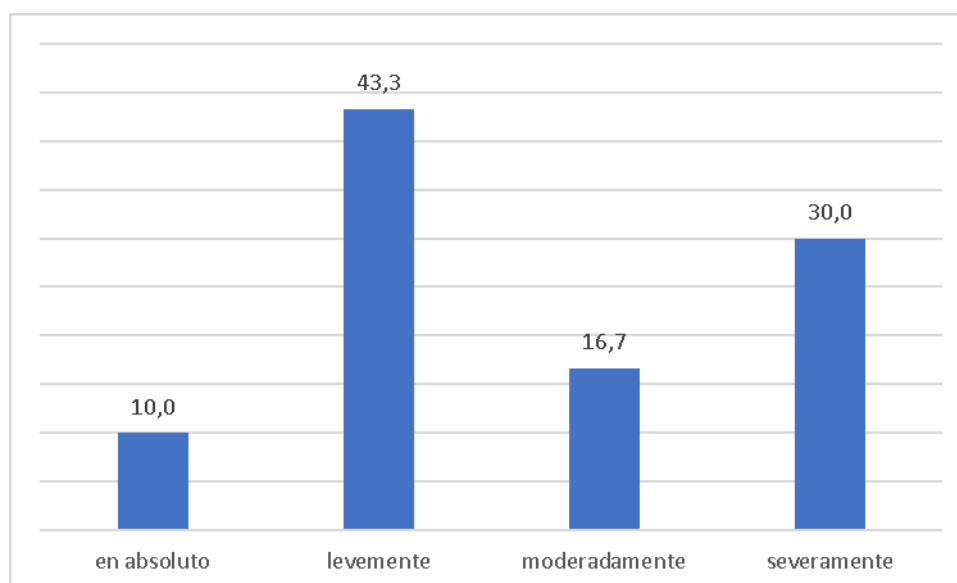
Se puede observar, que el 66,7% de los evaluados marcaron la opción severamente, en la pregunta 17 (con miedo) y sólo el 13,3% marcó la opción levemente.

Tabla 19: Análisis descriptivo de la pregunta 18 (con problemas digestivos) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017.

Con problemas digestivos		
	F	%
en absoluto	3	10,0
levemente	13	43,3
Válidomoderadamente	5	16,7
severamente	9	30,0
Total	30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 19: Análisis descriptivo de la pregunta 18 (con problemas digestivos) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017.



Análisis

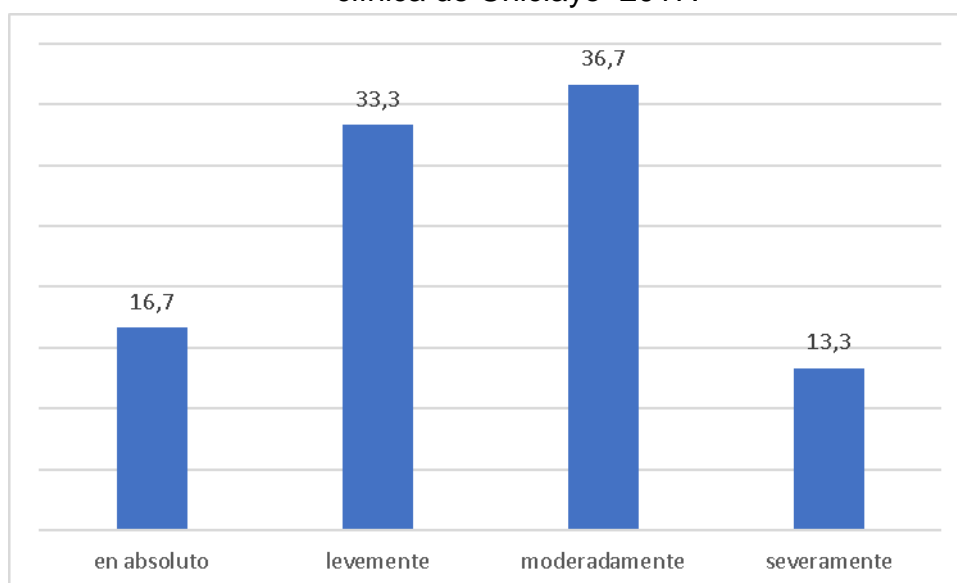
Se puede observar, que el 36,7% de los evaluados marcaron la opción moderadamente, en la pregunta 19 (con desvanecimientos) y sólo el 13,3% marcó la opción severamente.

Tabla 20 Análisis descriptivo de la pregunta 19 (con desvanecimientos) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017.

Con desvanecimientos		
	F	%
en absoluto	5	16,7
Levemente	10	33,3
Moderadamente	11	36,7
Severamente	4	13,3
Válido		
Total	30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 20: Análisis descriptivo de la pregunta 19 (con desvanecimientos) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017.



Análisis

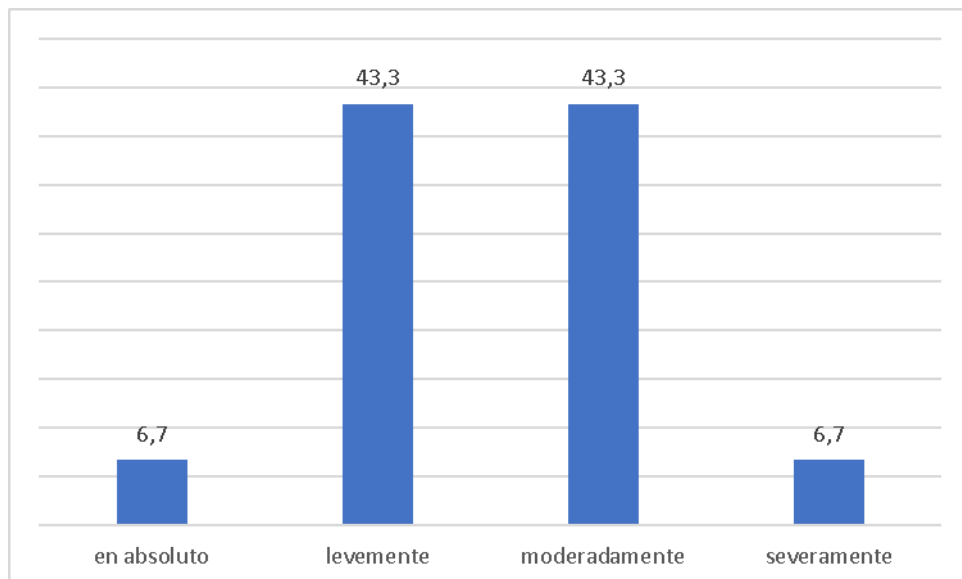
Se puede observar, que el 36,7% de los evaluados marcaron la opción moderadamente, en la pregunta 19 (con desvanecimientos) y sólo el 13,3% marcó la opción severamente.

Tabla 21: Análisis descriptivo de la pregunta 20 (con rubor facial) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017.

Con rubor facial		
	F	%
en absoluto	2	6,7
Levemente	13	43,3
moderadamente	13	43,3
Válido Severamente	2	6,7
Total	30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 21: Análisis descriptivo de la pregunta 20 (con rubor facial) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017.



Análisis

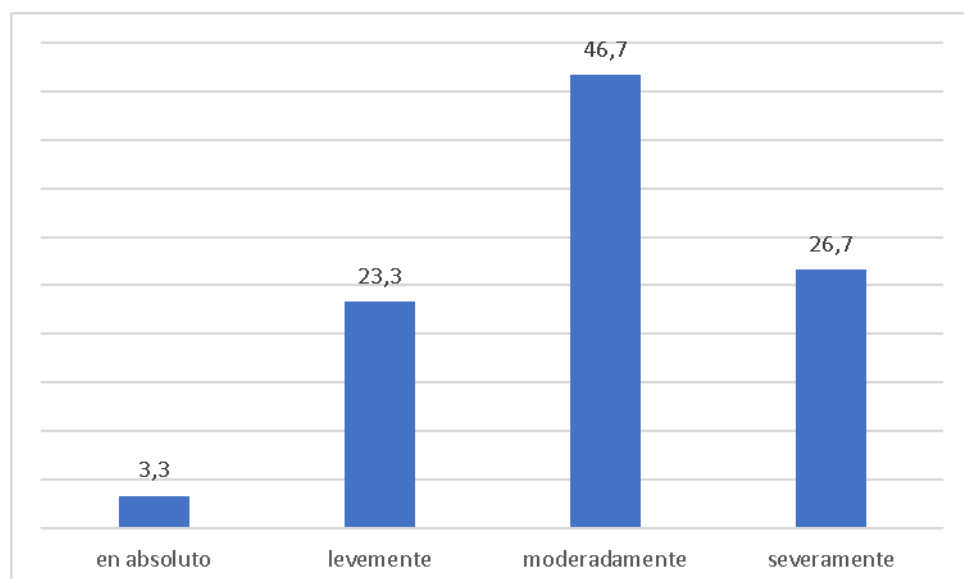
Se puede observar, que el 43,3% de los evaluados marcaron la opción levemente y moderadamente, en la pregunta 20 (con rubor facial) y sólo el 6,7% marcó la opción en absoluto y severamente.

Tabla 22: Análisis descriptivo de la pregunta 21 (con sudores fríos o calientes) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017.

Con sudores fríos o calientes			
		F	%
Válido	en absoluto	1	3,3
	levemente	7	23,3
	moderadamente	14	46,7
	severamente	8	26,7
Total		30	100,0

Fuente: Instrumento Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, 2017.

Grafico 22: Análisis descriptivo de la pregunta 21 (con sudores fríos o calientes) de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017.



Análisis

Se puede observar, que el 46,7% de los evaluados marcaron la opción moderadamente, en la pregunta 21 (con sudores fríos o calientes) y sólo el 3,3% marcó la opción en absoluto.

Discusión

Análisis descriptivo de la variable ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo, fueron que los evaluados poseen nivel severo de ansiedad, os resultados son similares a los encontrados por Gaona, D. (2017). Cuyo resultado fue que presentaron un nivel medio de ansiedad. Así mismo los resultados coinciden con los de Escobar, A (2015) resultados citados se concluye que derivado de los riesgos implícitos en un proceso quirúrgico y la falta de acompañamiento y apoyo psicológico adecuado de parte del centro hospitalario, es necesaria la creación e implementación de protocolos de acción enfocados en detectar y disminuir la ansiedad en los pacientes postquirúrgicos. Del mismo modo Arevalo, L. (2016) Cuyo resultado fue que el manifestaron sentirse tristes previo a la intervención quirúrgica manifestaron sentirse oprimidos previo a la intervención quirúrgica. Así mismo Delgadillo, G. (2016). Realizó un estudio lo cual encontró que el 45% presentaban ansiedad moderada, por tanto existía un alto porcentaje de pacientes con niveles de ansiedad entre moderado e intenso. Beck et al. (2005) .La ansiedad es multifacética, conlleva elementos diversos del dominio fisiológico, cognitivo, conductual y afectivo del funcionamiento humano.

Según los resultados obtenidos nos indica que existe niveles de ansiedad , motivo por lo cual de acuerdo al objetivo general , se afirmaría que se propone aplicar la variable independiente de la Terapia Cognitiva de Beck, como un procedimiento de intervención estructurado, de tiempo limitado que utiliza como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, para ayudar a las personas a aprender a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales, para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica.

3.2. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Propuesta de un programa cognitivo conductual para reducir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017.

La Propuesta del Programa Cognitivo Conductual, brindará un conjunto de herramientas y estrategias terapéuticas a los pacientes para afrontar su enfermedad y su tratamiento, asegurando una recuperación exitosa y definitiva.

Las técnicas preparatorias para una intervención quirúrgica han demostrado eficacia en la reducción de ansiedad experimentada por los pacientes

.

Es por ello que se tomó como sustento la Terapia Cognitiva de Beck, es un procedimiento de intervención estructurado, utiliza herramientas psicológicas, diseñado con el propósito para disminuir los indicadores de ansiedad, dicho programa consta de 3 áreas entre ellas: técnicas conductuales, técnicas emotivas, técnicas cognitivas

Estas actividades plantean una metodología específica para su posterior aplicación, lo cual disminuirá los niveles de ansiedad.

Los recursos metodológicos a utilizar en este programa de técnicas cognitivas conductuales, las cuales son actividades y requiere la participación del paciente.

Este programa se encuentra validado por medio de criterios de expertos, el cual fue aceptado valido para su posterior aplicación (ver anexo 5)

La Propuesta del Programa Cognitivo Conductual

I. Datos generales:

Población beneficiaria	: Pacientes Pre- Quirurquicos
Asistentes	: Pacientes Pre operatorio
Tiempo por sesión	: 1 Hora
Responsables	: Psicólogo Clínico

II. Fundamentación teórica:

Propuesta de un programa cognitivo conductual para reducir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017. Brindará un conjunto de herramientas y estrategias terapéuticas a los pacientes para afrontar su enfermedad y su tratamiento, asegurando una recuperación exitosa y definitiva.

Las técnicas preparatorias para una intervención quirúrgica han demostrado eficacia en la reducción de ansiedad experimentada por los pacientes

. Es por ello que se tomó como sustento la Terapia Cognitiva de Beck, es un procedimiento de intervención estructurado, utiliza herramientas psicológicas, diseñado con el propósito para disminuir los indicadores de ansiedad, dicho programa consta de 3 áreas entre ellas: técnicas conductuales, técnicas emotivas, técnicas cognitivas

Estas actividades plantean una metodología específica para su posterior aplicación, lo cual disminuirá los niveles de ansiedad.

Los recursos metodológicos a utilizar en este programa de técnicas cognitivas conductuales, las cuales son actividades y requiere la participación del paciente.

Este programa se encuentra validado por medio de criterios de expertos, el cual fue aceptado valido para su posterior aplicación (ver anexo 5)

III. Justificación

Numerosos hospitales de otros países utilizan algún tipo de técnica preparatoria en los ingresos de los pacientes , pero la mayoría no tienen en cuenta los procedimientos para evitar los efectos que produce la ansiedad, de los que existe evidencia científica que ha demostrado su eficacia.

Así mismo esta propuesta del programa de es un proceso psicoterapéutico, ayudando a los Psicólogos Clínicos a realizar programas de intervención con la finalidad de prevenir índices de ansiedad en pacientes ante una cirugía.

Del mismo modo ayudara a los profesionales del área psicología clínica, para aumentar sus conocimientos y aprender de manera clara y precisa realizar Propuestas de programas, que reduzcan la ansiedad de los pacientes.

IV. Objetivos:

Objetivo general

- Disminuir la ansiedad en los pacientes que van hacer sometidos a una cirugía.

Objetivos específicos:

- Aplicación del pret test
- Que el paciente se perciba capaz de controlar su tiempo y realizar algunas actividades, el programa que se establezca ha de ser realista para que pueda llevarlo a cabo y obtener pruebas a favor de su capacidad.
- Ensayar la conducta a realizar, que el paciente compruebe que sus pensamientos sobre lo que va a ocurrir no son necesariamente verdad, puesto que existen alternativas diferentes a las que él ha pensado.

- Modificar los pensamientos disfuncionales y que el paciente desarrolle técnicas de afrontamiento.
- Aliviar las dificultades de sueño.
- Paciente sea capaz de identificar el estado de tensión de cada parte de su cuerpo mediante ejercicios físicos contracción- relajación
- Paciente Identifique las sensaciones que está experimentando.
- Entrenamiento corrector de la respiración.
- Es introducir al paciente en las ideas centrales del comportamiento asertivo.
- Eliminar el sufrimiento y a producir bienestar en quien sufre.
- Paciente identifique aspectos de la experiencia o la situación que puedan provocar cierto enfado con la vida.
- Paciente se logre relajar.
- Procedimiento para reducir el sentimiento de tristeza.
- Para reducir los sentimientos de culpa
- Recoger información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día y conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar.
- Ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático.
- Modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales.
- Encontrar explicaciones alternativas a los problemas que se le plantean el paciente.
- Detectar imágenes visuales que pensamientos asociados a sensaciones de malestar.

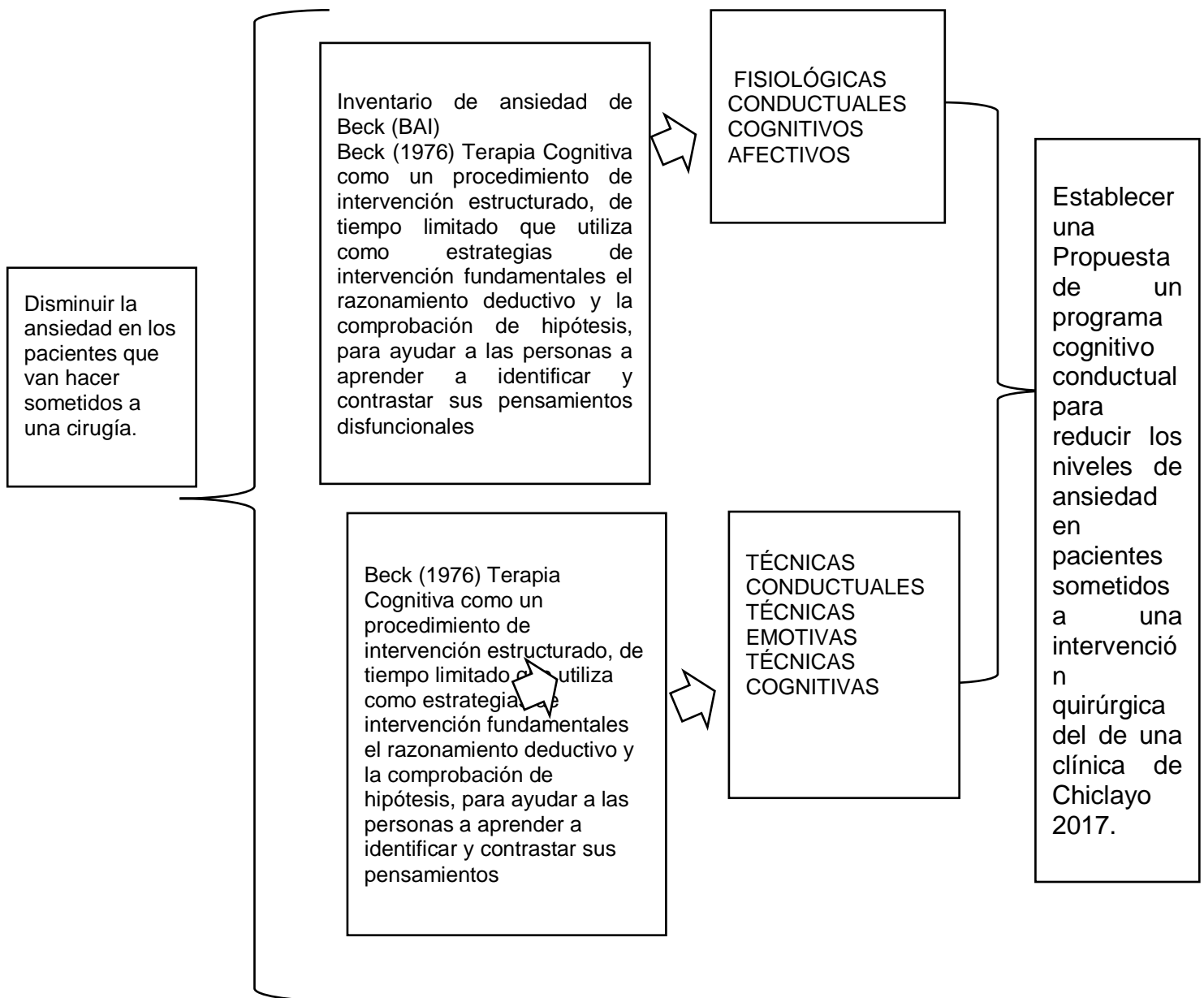
- Aplicación del postest

V. Metodología

La propuesta está conformada por 20 sesiones las cuales están divididas en; técnicas conductuales que consta de 9 sesiones, técnicas emotivas con 5 sesiones, y finalmente técnicas cognitivas con 6 sesiones , cada uno de las cuales responderá al objetivo específico, contando con un tiempo de 1 hora por cada día. Este programa no requiere de un presupuesto elevado.

Este programa será únicamente ejecutado por un profesional Psicólogo Clínico, quien cuenta con las habilidades necesarias para la ejecución de dicho programa.

VI. Modelo de la propuesta



Flujo de los procesos de la propuesta



Tabla de contenido del Programa

N°	Contenido	Actividad	Tiempo
TALLER TÉCNICAS CONDUCTUALES			
1	Aplicación del pret test	Conociéndonos	1 hora.
2	actividades que realiza el paciente	Programación de actividades	1 hora.
3	Ensayar la conducta	Role-playing	1 hora.
4	Modificar los pensamientos	Técnicas de afrontamiento	1 hora.
5	Aliviar las dificultades de sueño	Técnicas de control de estímulos	1 hora.
6	ejercicios físicos	Relajación como estrategia de coping	1 hora.
7	Paciente Identifique las sensaciones	Exposición graduada o prolongada en vivo	1 hora.
8	Entrenamiento corrector de la respiración.	Control de la respiración o técnicas de hiperventilación	1 hora.
9	Asertividad	Entrenamiento asertivo	1 hora.
TALLER TÉCNICAS EMOTIVAS			
1	Eliminar el sufrimiento	Inducción de autocompasión	1 hora.
2	identifique aspectos de la experiencia o la situación	Inducción de cólera controlada	1 hora.
3	Paciente se logre relajar.	Distracción externa.	1 hora.
4	Procedimiento para reducir el sentimiento de tristeza	Hablar de forma limitada de los sentimientos	1 hora.
5	Rara reducir los sentimientos de culpa	Análisis de responsabilidad	1 hora.
TALLER TÉCNICAS COGNITIVAS			
1	Recoger información	Los autorregistros	1 hora.
2	Alcanzar nuevas perspectiva	Descubrimiento guiado	1 hora.
3	Modificar los sesgos cognitivos	Técnicas cognitivas específicas	1 hora.
4	Encontrar explicaciones alternativas a los problemas	Técnica de conceptualización	1 hora.
5	Detectar imágenes visuales	Técnicas basadas en la imaginación	1 hora
6	Aplicación del postest	Aplicación del cuestionario	1 hora

TALLER TÉCNICAS CONDUCTUALES

SESIÓN N°1 CONOCIENDONOS

OBJETIVO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
			Materiales		
<p>Crear un clima de apertura, confianza y respeto, haciendo sentir al paciente parte del programa.</p> <p>Aplicación del pret test través del Inventario de ansiedad de Beck (BAI).</p>	<p>Al paciente se le informara como se realizara la sesión; Lo primero que se hace es llamarlos por su nombre, sin utilizar diminutivos, Posteriormente la facilitadora le informara como se realizara la evaluación, Inventario de ansiedad de Beck (BAI).</p> <p>Se entrevistara al paciente para el llenado de la anamnesis y el consentimiento informado.</p>		<p>Lápiz</p> <p>Manual y Protocolo</p>	1hora	Trabajo individual
<p>Obtener la Anamnesis y el consentimiento informado</p>	<p>Se culminará la sesión agradeciendo la participación del paciente, indicando que desde esta semana se llevara a cabo el programa.</p> <p>se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación</p>				

SESIÓN N° 2 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
Que el paciente se perciba capaz de controlar su tiempo y realizar algunas actividades, el programa que se establezca ha de ser realista para que pueda llevarlo a cabo y obtener pruebas a favor de su capacidad	<p>Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad.</p> <p>El terapeuta y paciente van programando las actividades diarias que realizará el paciente, utilizando una jerarquía de tareas según la dificultad percibida por éste.</p> <p>En cada una de las tareas o actividades que realiza el paciente se le pide que evalúe, en una escala de 0 a 5 puntos, el grado de dominio y agrado que ha experimentado al llevarla a cabo. En el caso de personas con problemas de ansiedad, el grado de dominio y el nivel de ansiedad o malestar</p> <p>Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.</p> <p>se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación</p>	<p>.Hoja de</p> <p>Actividades</p> <p>Lapicero</p>	1 hora	Trabajo individual

SESIÓN N°3 ROLE-PLAYING

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS		DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales			
Ensayar la conducta a realizar, que el paciente compruebe que sus pensamientos sobre lo que va a ocurrir no son necesariamente verdad, puesto que existen alternativas diferentes a las que él ha pensado.	Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad. Posteriormente se le informara como se realizará la sesión.Se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica La facilitadora le entregara o hoja al paciente para que todo eso lo plasme. se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación	.Hoja Actividades Lapicero	de 1 hora .		Trabajo individual

SESIÓN N°4 TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
<p>Modificar los pensamientos disfuncionales y que el paciente desarrolle técnicas de afrontamiento</p>	<p>Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad.</p> <p>La facilitadora le explicara al paciente que se procederá a realizar 5 técnicas de afrontamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Técnicas de control de estímulos Relajación Exposición graduada Control de la respiración Entrenamiento Asertivo <p>se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación</p>	<p>Teoría Técnicas de afrontamiento</p>	30	Trabajo individual

SESIÓN N° 5 TÉCNICAS DE CONTROL DE ESTÍMULOS

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
Aliviar las dificultades de sueño	Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad. Cuando el paciente tiene dificultades para controlar estímulos que interfieren en el sueño, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta que es conciliar el sueño, Esto se plasma en una hoja. Ejemplo: no tomar café por la tarde/noche, no trabajar realizar actividades estimulantes, tratar de ir a la cama a la misma hora, hacer ejercicios de relajación antes de acostarse o en la cama, evitar rumiaciones sobre problemas o preocupaciones han ocurrido durante el día, tratar de alejarlos con distracciones sobre acontecimientos agradables, se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación	Una hoja de actividades	1 hora	Trabajo individual

SESIÓN N° 6 RELAJACIÓN COMO ESTRATEGIA DE COPING.

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
Sea capaz de identificar el estado de tensión de cada parte de su cuerpo mediante ejercicios físicos contracción-relajación	<p>Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad.</p> <p>La facilitadora le explicara al paciente que se procederá a realizar , técnicas de afrontamiento: La Relajación.</p> <p>Se ejecutara la relajación progresiva de Jacobson (1938).</p> <p>La facilitadora, enseñara al paciente la relajación muscular progresiva y se le pide que la practique dos veces al día la sesión así mismo que lleve un registro sobre la misma .</p> <p>El terapeuta ayuda también al paciente a identificar las señales que desencadenan las reacciones de temor. Posteriormente se repasa esta información y se presenta otra más detallada sobre las respuestas específicas de temor tal como se manifiestan en tres canales: el cuerpo (las respuestas fisiológicas), la mente (las respuestas cognitivas) y las acciones (las respuestas conductuales). Como tarea, el paciente tiene que practicar la relajación</p>	<p>1 Hoja de Registro</p> <p>1 Hoja de Actividad .</p>	1 Hora	Trabajo individual

muscular progresiva e identificar las señales que desencadenen respuestas de temor en los tres canales y plasmarlo en una hoja.

Se Utilizara la hoja de actividad, lo cual detalla paso a paso, para ejecutar relajación muscular progresiva , se deben tensar músculos distintos que el grupo muscular que estamos trabajando en cada paso. No mantener la respiración, apretar los dientes o los ojos. Respirar lentamente y uniformemente y pensar solo en el contraste entre la tensión y la relajación. Cada tensión debe durar unos 10 segundos; cada relajación otros 10 o 15 segundos. Contar "1, 2, 3

Se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

SESIÓN N°7 EXPOSICIÓN GRADUADA O PROLONGADA EN VIVO

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
Paciente Identifique las sensaciones que está experimenta ndo.	Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad. La facilitadora le explicara al paciente que se procederá a realizar técnicas de afrontamiento: Exposición graduada, se realizara Exposición prolongada en vivo. Los Pacientes se exponen a las situaciones temidas durante periodos prolongados de tiempo que pueden durar 1 hora o más. Después lo plasmaran en una hoja. Los Pacientes tienen instrucciones de permanecer en la situación, incluso si su ansiedad alcanza valores máximos, hasta que la ansiedad desaparezca o se reduzca; esto último puede operacionalizarse como una disminución hasta la mitad por lo menos o hasta 2 o menos en una escala de 0 a 8. En el caso de experimentar un ataque de pánico durante la exposición, el cliente debe sentarse lo más cerca posible de donde ocurrió el pánico, esperar a que pase, sin prestar demasiada atención a las sensaciones corporales, y afrontar de nuevo la	Hoja Registro	1 hora	Trabajo individual

situación fóbica. Si el terapeuta o alguna otra persona acompañan al cliente, es conveniente que se siente a su lado, pero que no hable con él sobre las sensaciones que está experimentando, ya que esto tiende a empeorar las cosas.

se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

SESIÓN N°8 CONTROL DE LA RESPIRACIÓN O TÉCNICAS DE HIPERVENTILACIÓN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
Entrenamiento corrector de la respiración.	<p>Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad.</p> <p>La facilitadora le explicara al paciente que se procederá a realizar técnicas de afrontamiento:</p> <p>El control de la respiración comienza enfatizando la implicación del músculo diafragmático versus la dependencia excesiva de los músculos del tórax. Además, se enseña a los pacientes a que se concentren en su respiración, contando sus inhalaciones y pensando en la palabra “relájate” durante las exhalaciones (la respiración lenta se introduce en la sesión siguiente). El terapeuta modela los patrones de respiración sugeridos y proporcionan retroalimentación correctora a los pacientes mientras practican en la clínica.</p> <p>El control de la respiración es una habilidad que requiere una práctica considerable antes de que se pueda aplicar con éxito para controlar los episodios de una elevada ansiedad o de pánico. Además, las reacciones iniciales ante los ejercicios</p>	<p>Hoja de</p> <p>Autorregistro</p>	1 hora	Trabajo individual

pueden ser negativas para los pacientes que temen las sensaciones respiratorias (ya que el ejercicio conlleva la concentración en la respiración) o para los pacientes que son hiperventiladores crónicos y en quienes la interrupción de los patrones de respiración aumenta inicialmente la sintomatología del exceso de respiración. En ambos casos, es aconsejable la práctica continuada, asegurando al paciente; En ocasiones, los pacientes contemplan erróneamente el control de la respiración como una forma de desembarazarse de los síntomas que los aterrorizan, cayendo así en la trampa de temer consecuencias terribles si no consiguen modificar su respiración. Las tareas de esta sesión incluyen un autorregistro continuo y la práctica de la respiración diafragmática al menos dos veces al día, durante un mínimo de 10 minutos cada vez. se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

SESIÓN N° 9 ENTRENAMIENTO ASERTIVO

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
Es introducir al paciente en las ideas centrales del comportamiento asertivo	<p>Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad.</p> <p>La facilitadora le explicara al paciente que se procederá a realizar técnicas de afrontamiento: Entrenamiento Asertivo : Las sesiones de entrenamiento asertivo se diseñaron con base en las propuesta de Gutiérrez (1990), así:</p> <p>A. Se identificaran situaciones que requieran de comportamiento asertivo.</p> <p>B. Se estructuran escenas con la mayor exactitud posible.</p> <p>C. Se describen algunos componentes básicos de las habilidades asertivas.</p> <p>D. El terapeuta muestra o modela, según el caso.</p> <p>E. Se discuten y aclaran dudas.</p> <p>F. Se llevan a cabo ensayos conductuales.</p> <p>G. Se repite el ensayo conductual hasta que la Sra. emite la respuesta asertiva deseada.</p>	<p>Hoja de</p> <p>Actividad</p>	1 hora	Trabajo individual

H. Se discute acerca de su ejecución y se corrigen los problemas o dificultades en la realización del ejercicio.

I. Se programan tareas que le permiten ensayar la nueva respuesta.

Las tareas en las que se trabajará serán:

Dar y Recibir cumplidos.

Conversaciones sociales.

Identificación de derechos.

Hacer y rehusar demandas.

Hacer afirmaciones sin dar explicaciones.

Introducir al paciente en las ideas centrales del comportamiento asertivo, a través de una plática que incluirá, se le entregara un paciente hoja de Actividad: la definición de conducta asertiva contrastándola con la conducta no asertiva o pasiva y la conducta agresiva, y lo que podría lograr como resultado del entrenamiento asertivo. Se le explicará que el comportamiento agresivo es la negación de los sentimientos y derechos del otro, mediante la culpabilización, insultos y otros comportamientos que dañan a la persona y tienden a generar una actitud defensiva en ésta (Caballo, 1986). se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

TALLER TÉCNICAS EMOTIVAS

SESIÓN N° 1 INDUCCIÓN DE AUTOCOMPASIÓN.

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
Eliminar el sufrimiento y a producir bienestar en quien sufre.	Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad. a. Inducción de autocompasión. Se utiliza excepcionalmente con algunas personas cuando no pueden llorar y necesitan hacerlo. Puede llevarse a cabo de varias formas. 1) Pedir al paciente que describa detalladamente todos sus sentimientos negativos. Esto suele ser suficiente en muchos para desencadenar el llanto y provocar autocompasión. 2) Descripción por el terapeuta de la historia de otra persona con problemas parecidos a los del paciente con la mayor emoción posible. La identificación puede llevar a convertir la compasión que siente por el otro en autocompasión y sacar la tristeza que tiene contenida. 3) El terapeuta puede hacer role-playing asumiendo el papel del paciente y verbalizando, con la mayor emoción posible, sentimientos de autocompasión	Humanos	1 hora	Trabajo individual

para movilizar los del paciente. 4) El terapeuta puede también proporcionar información personal relacionada con sentimientos de autocompasión, provocados por experiencias o vivencias parecidas a las que está experimentando el cliente, para provocar en él su propia autocompasión. Estas sugerencias de Beck hay que tomarlas con mucha precaución ya que los pacientes depresivos adolecen de un exceso de llanto, de pena por sí mismo y de autocompasión y es precisamente en la reducción de estos síntomas y sentimientos en los que se ha de centrarse la terapia.

se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

SESIÓN N° 2 INDUCCIÓN DE CÓLERA CONTROLADA.

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
Paciente identifique aspectos de la experiencia o la situación que puedan provocar cierto enfado con la vida.	Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad. Inducción de cólera controlada. La facilitadora le explicara al paciente que se debe señal de la experiencia o la situación que puedan provocar cierto enfado con la vida, personas o situaciones lo plasmara en una hoja. El sentimiento de enfado es útil para reducir la profunda tristeza que se puede sentir en un momento determinado. se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación	Una hoja de actividades	1 hora	Trabajo individual

SESIÓN N° 3 DISTRACCIÓN EXTERNA.

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
Paciente logre relajar.	<p>Al paciente se le brindara una cálida bienvenida se transmitiendo confianza y seguridad.</p> <p>La facilitadora le indica al paciente que puede Ver la T.V., llamar por teléfono, leer un libro, etc., son formas de distracción que sirve para aliviar los sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad. Igualmente, el paciente puede concentrarse en algún aspecto del medio y poner en juego el mayor número posible de modalidades sensoriales (vista, oído, gusto, tacto...) y mantener la distracción hasta que se reduzca el malestar.</p> <p>se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación</p>	Humanos	1 hora	Trabajo individual

SESIÓN N° 4 HABLAR DE FORMA LIMITADA DE LOS SENTIMIENTOS

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
procedimiento para reducir el sentimiento de tristeza	<p>Al paciente se le brindara una cálida bienvenida trasmitiendo confianza y seguridad.</p> <p>Otro procedimiento para reducir el sentimiento de tristeza es procurar no estar hablando permanentemente de sus sentimientos con las personas de su alrededor, puesto que la expresión continua del malestar hace que el sentimiento se mantenga y se intensifique el recuerdo que provoca la expresión verbal constante.</p> <p>Se le pide al paciente que en una hoja registre todas los sentimientos que le provoquen dolor para luego romper el papel</p> <p>se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación</p>	Una hoja de actividades	1 hora	Trabajo individual

SESIÓN N° 5 ANÁLISIS DE RESPONSABILIDAD

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
Rara reducir los sentimiento s de culpa	Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad. parara reducir los sentimientos de culpa, frecuentes en los pacientes, es conveniente analizar con todo detalle las razones que se da el paciente para sentirse responsable de la conducta de otros. También se deben analizar los patrones arbitrarios e idiosincrásicos que le hacen sentir que hace las cosas mal o que le llevan a considerarse culpable por determinados pensamientos y deseos. Con ello se pretende buscar evidencia que permita al paciente recopilar información más objetiva sobre las razones que le llevan a experimentar sentimientos de culpa.Los procedimientos utilizados y entrenados durante las sesiones para reducir los síntomas afectivos se programan también como tareas para casa, para que se practiquen entre sesiones y se reduzca la intensidad de su malestar se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación	Una hoja de actividades	1 hora	Trabajo individual

TALLER TÉCNICAS COGNITIVAS

SESIÓN N° 1 LOS AUTORREGISTROS

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
recoger información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día y conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar,	Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad. El estado emocional suele valorarse en una escala de 0 (sentirse muy mal) a 100 (sentirse muy bien). Tienen una doble utilidad: permiten obtener información detallada de lo que le ocurre al paciente a lo largo de la semana, y sirven de línea base para comparar los cambios posteriores Durante las fase de tratamiento se utilizan para seguir entre sesiones el cuestionamiento de las cogniciones que se surgen ante acontecimientos activadores buscando evidencia que permita confirmarlas o refutarlas. La facilitadora le entrega la hoja de autoregistro le explica al paciente que está dividido en 6 columnas. En la primera se anota el día y hora en la que ocurren los acontecimientos, en la segunda se especifican las situaciones concretas indicando en cada una de ellas dónde estaba y qué estaba	Hoja de Autoregistro	1 hora	Trabajo individual

pasando cuándo sucedió. En la tercera ha de especificarse la emoción o emociones concretas que se experimentaba indicando su intensidad (1%-100%) En la cuarta columna se apuntan los pensamientos automáticos e imágenes que pasaron por su mente. Estas cuatro columnas son las que se utilizan cuando se trata de identificar pensamientos automáticos y establecer su relación con las emociones. Posteriormente, cuando se ha iniciado el proceso de debate y búsqueda de evidencia y de alternativas al pensamiento automático explicitado, se procede a rellenar las dos columnas siguientes. La quinta recogería las respuestas alternativas a los pensamientos automáticos indicados añadiendo la credibilidad que se les concede. En la sexta se anota el resultado de la revaluación de la credibilidad de los pensamientos automáticos iniciales así como de la intensidad de sus emociones.

se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

SESIÓN N° 2 DESCUBRIMIENTO GUIADO

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales es mediante el cuestionamiento socrático	Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad. Para alcanzar los fines que persigue el cuestionamiento socrático el terapeuta va guiando al paciente mediante preguntas abiertas hasta donde considera necesario llegar, pero permitiendo que sea el paciente el que llegue al hacer libremente sus asociaciones y argumentaciones. Se le entrega al paciente una hoja con las siguientes preguntas Hay una serie de preguntas generales que se utilizan para cuestionar cogniciones disfuncionales: ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos? ¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación? ¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera? La primera es especialmente pertinente cuando se está La segunda pregunta tiende a formularse cuando ya se ha aprendido a identificar las distorsiones cognitivas y los sesgos	Humanos	1 hora	Trabajo individual

atribucionales en los que se basan los pensamientos automáticos ante situaciones concretas y lo que se pretende es que el paciente aprenda a realizar interpretaciones alternativas. La tercera pregunta suele formularse cuando lo que se pretende es detectar posibles creencias o esquemas disfuncionales que sirven de soporte a los pensamientos y sesgos cognitivos negativos. Por ello no se buscan las posibles distorsiones cognitivas que están detrás de los pensamientos, simplemente se dan por válidos los argumentos planteados.

SESIÓN N° 3 TÉCNICAS COGNITIVAS ESPECÍFICAS

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales	<p>Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad. Se le entrega la hoja de Actividad</p> <p>Técnicas de reatribución: encaminadas a modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales de locus de control (interno/ externo), estabilidad (estable/inestable) y especificidad (global / específico). En general, las personas depresivas suelen hacer atribuciones internas, estables y globales a la hora de explicar sus errores o fracasos, y externas, inestables y específicas para sus éxitos.</p> <p>se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación</p>	Humanos	1 hora	Trabajo individual

SESIÓN N° 4 TÉCNICA DE CONCEPTUALIZACIÓN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
encontrar explicaciones alternativas a los problemas que se le plantean el paciente	Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad. Técnica de conceptualización alternativa: Se trata de buscar de forma activa, con la ayuda inicial del terapeuta, interpretaciones distintas a las realizadas por el cliente en un primer momento, y encontrar explicaciones alternativas a los problemas que se le plantean. Mediante esta técnica se pretende contrarrestar la tendencia a realizar interpretaciones únicas y la dificultad de encontrar solución a los problemas. Se le entrega la hoja de Actividad N° 1 al Paciente para que identifique el problema que se plantea , luego el terapeuta realiza la Actividad N° 2 buscando Alternativas de Solución, de las ideas del paciente que trabajado anteriormente se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación	Humanos	1 hora	Trabajo individual

SESIÓN N° 5 TÉCNICAS BASADAS EN LA IMAGINACIÓN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
detectar imágenes visuales que pensamientos asociados a sensaciones de malestar	Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad. Técnicas basadas en la imaginación: Constituyen un elemento de trabajo fundamental en Terapia Cognitiva. Hay un porcentaje importante de personas a las que les resulta mucho más fácil detectar imágenes visuales que pensamientos asociados a sensaciones de malestar. Desde las primeras fases de la terapia se utiliza algún tipo de técnica en la que está implicado el uso de la imaginación. Una forma habitual de explicar la influencia de las cogniciones en las emociones y en la conducta, es pedir que se imagine una situación particular e ir preguntando al cliente por los sentimientos y conductas que le acompañan, luego cambiar los pensamientos manteniendo la situación y preguntar por el cambio de sentimientos y conductas que se producen. Parada de imágenes. Se pide al paciente que cuando comience una fantasía, recuerdo o imagen que le provoque	Humanos	1 hora	Trabajo individual

malestar emocional, dé un golpe fuerte o diga "alto" para interrumpir el curso de la imaginación. Después puede intentar imaginar alguna escena o fantasía agradable para evitar la aparición de las imágenes desagradables.

- Repetición continuada. Cuando el paciente informa de grandes dificultades para interrumpir el curso de una fantasía o imaginación, se recomienda que rememore y repita incesantemente la escena o fantasía que provoca malestar hasta que se reduzca la sintomatología emocional.
- Proyección temporal. Consiste en pedir a la persona que cuando le venga una imagen con alto contenido emocional, intente imaginar la escena como si ocurriese en un momento temporal distinto: una semana después, un mes, un año, pretendiendo que la distancia le permita alcanzar cierta objetividad. Imaginar metáforas. Puede ayudar al paciente a representarse mentalmente visiones alternativas de una situación.
- Parada de imagen catastrofista. Se pide al paciente que, ante la representación mental de escenas o imágenes catastrofistas, intente incluir en la escena o fantasía los datos positivos, agradables o neutros que ha omitido, con el fin de

que la fantasía se acerque más a la realidad, al considerar también otros datos objetivos.

- Imaginación inducida. Se trata de que el paciente intente transformar una imaginación negativa en otra más neutra o positiva, con la intención que vaya experimentando mayor control de su imaginación y pueda fantasear con situaciones o conductas más adaptativas.
- Repetición de metas. Para incrementar la autoeficacia percibida, se pide al paciente que repita en su imaginación las conductas y acciones deseadas, incluyendo las autoinstrucciones positivas que le puedan facilitar su ejecución.
- Imaginación positiva. Se sugiere al paciente que genere fantasías o imágenes positivas que le permitan reducir el tiempo dedicado a las negativas. Este tipo de fantasías positivas le pueden ser útiles como técnicas distractivas cuando el malestar emocional se incrementa.
- Imaginación como estrategia de coping. Se entrena al paciente para que utilice la imaginación como estrategia de afrontamiento al visualizarse a sí mismo haciendo frente a distintas situaciones o visualizando cómo lo harían otras

personas (modelado encubierto). Deberá ir cambiando la situación de menos a más amenazante y entrenándose mentalmente en distintos posibles finales.se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

SESIÓN N° 6 APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	DURACIÓN	METODOLOGÍA
		Materiales		
Aplicación del posttest	<p>Se realizara la evaluación del post tes,, Inventario de ansiedad de Beck (BAI).</p> <p>se deberá revisar si todas las preguntas han sido contestadas, puesto que si algún ítem ha sido dejado en blanco, o tiene dos respuestas al mismo tiempo, se anulara la resolución de aquella prueba. Por otro lado para hallar el puntaje respectivo Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Luego se procederá a sumar los puntajes obtenidos para ubicarlos, para que finalmente nos permita ubicar al sujeto en un rango o categoría determinada.</p> <p>se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación</p>	Humanos	1 hora	Trabajo individual

TALLER TÉCNICAS CONDUCTUALES

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : **TÉCNICAS CONDUCTUALES**

N° DE SESIONES : 9

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 Hora

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Refiere que la mayoría de las técnicas forman parte del repertorio habitual de la Terapia de Conducta, si bien el objetivo último que se persigue con la aplicación de estas técnicas es distinto. Mientras que para el terapeuta de conducta el cambio en la conducta manifiesta es un fin en sí mismo, para el terapeuta cognitivo es un medio para conseguir la modificación de las cogniciones del paciente, que es el objetivo primordial de la Terapia Cognitiva. Las técnicas conductuales se consideran herramientas que permiten realizar al paciente experimentos mediante los cuales pueda probar la validez de sus hipótesis o creencias. El hecho de hacer cosas que antes no hacía, porque creía que no podía o no era capaz, le permite descubrir cómo algunos pensamientos influyen negativamente en sus emociones, motivación y conducta. La aplicación de las técnicas cognitivas exige un mínimo de funcionamiento conductual. Cuando éste no existe, se instaura mediante la aplicación de técnicas conductuales. Estas técnicas permiten que el paciente inicie acciones que le ayuden a reducir los pensamientos obsesivos, modificar actitudes poco adecuadas y obtener sentimientos de bienestar.

III. OBJETIVO GENERAL

Disminuir la ansiedad en los pacientes que serán sometidos a una cirugía aplicando las técnicas conductuales.

Objetivos específicos

- Que el paciente se perciba capaz de controlar su tiempo y realizar algunas actividades, el programa que se establezca ha de ser realista para que pueda llevarlo a cabo y obtener pruebas a favor de su capacidad.
- Ensayar la conducta a realizar, que el paciente compruebe que sus pensamientos sobre lo que va a ocurrir no son necesariamente verdad, puesto que existen alternativas diferentes a las que él ha pensado.
- Modificar los pensamientos disfuncionales y que el paciente desarrolle técnicas de afrontamiento.
- Aliviar las dificultades de sueño.
- Paciente sea capaz de identificar el estado de tensión de cada parte de su cuerpo mediante ejercicios físicos contracción– relajación
- Paciente Identifique las sensaciones que está experimentando.
- Entrenamiento corrector de la respiración.
- Es introducir al paciente en las ideas centrales del comportamiento asertivo

IV. METODOLOGÍA

La metodología está expuesta a través de:

- Trabajo individual

SESIÓN 01

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : CONOCIENDONOS
N° DE SESION : 01
TIEMPO DE DURACIÓN : 1 Hora.

II. FUNDAMENTACIÓN

Se utilizara la técnica de recolección de datos; La observación; es una de las técnicas más importantes que se utiliza, debido a que permite una evaluación más precisa del estado emocional y conductual de los pacientes durante la investigación.

III. OBJETIVO

- Crear un clima de apertura, confianza y respeto, haciendo sentir al paciente parte del programa.
- Aplicación del pret test través Inventario de ansiedad de Beck (BAI).
- Obtener la Anamnesis y el consentimiento informado.

IV. TIEMPO

1 Hora.

V. MATERIALES

- Lápiz
- Manual y Protocolo Inventario de ansiedad de Beck (BAI)
- Hojas de Anamnesis y consentimiento informado Anexo 2

VI. PROCEDIMIENTO

6.1. Desarrollo del Tema

Se saluda al paciente, lo primero que se hace es llamarlos por su nombre, sin utilizar diminutivos, posteriormente la facilitadora, le informara como se realizara la, aplicación del pret test través Inventario de ansiedad de Beck (BAI)., le pide al paciente que se siente cómodamente sobre la silla y se le brindara el cuestionario con un tiempo de 30 minutos aproximadamente, así mismo se le da las; instrucciones que llene sus datos personales, a continuación, marca con una (X) hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy, Gracias. Al finalizar la evaluación de la prueba, se tomará en cuenta lo siguiente: Luego de la aplicación del Pre- test, se deberá revisar si todas las preguntas han sido contestadas, puesto que si algún ítem ha sido dejado en blanco, o tiene dos respuestas al mismo tiempo, se anulara la resolución de aquella prueba. Por otro lado para hallar el puntaje respectivo Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Luego se procederá a sumar los puntajes obtenidos para ubicarlos, para que finalmente nos permita ubicar al sujeto en un rango o categoría determinada. Luego de la revisión del test, se entrevistara al paciente para el llenado de la anamnesis y el consentimiento informado. Se culminará la sesión agradeciendo la participación del paciente, indicando que desde esta semana se llevara a cabo el programa.

Anexo 1

Instituciones: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo- Unidad de Post Grado

Clínica Juan Pablo II

Investigador: Lic. Alicia del Rocío Rodríguez Ramos

Título: Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Propósito del Estudio: Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: "PROPUESTA DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL DE UNA CLÍNICA DE CHICLAYO ". Este es un estudio desarrollado por investigador Alicia del rocío Rodríguez Ramos de la: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo- Unidad de Post Grado, Estoy realizando este estudio para evaluar la ansiedad en pacientes programados en una intervención quirúrgica, con las especialidad de traumatología.

Procedimientos: Si usted acepta participar en este estudio se le harán los siguientes Evaluación :

1. Se le tomará Inventario de ansiedad de Beck (BAI), comprende un cuestionario de 21 Insten, Indicaciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

Riesgos: No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Beneficios: Usted se beneficiará porque conocerá si tiene ansiedad, Se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan. El costo de la aplicación del cuestionario será cubierto por el estudio y no le ocasionarán gasto alguno.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Su cuestionario no será mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida: los resultados de dicha investigación serán antecedentes de otras investigaciones.

Autorizo que se me aplique la evaluación del Inventario de ansiedad de Beck (BAI)SI () NO ()

Derechos del paciente: Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a..... tel..... Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética e Investigación de la Clinica Juan Pablo II, anexos

CONSENTIMIENTO: Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante:

Nombre:.....

DNI:

Fecha:.....

Testigo

Nombre:

DNI:

Fecha.....

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos :
Edad :
Fecha de Nacimiento :
Número de Hermanos :
Lugar entre Hermanos :
Grado de Instrucción :
Centro de Estudios :
Dirección :

Fecha de Evaluación :
Lugar de Evaluación :
Evaluador :

I. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente manifiesta:

.....
.....
.....

II. ENFERMEDAD ACTUAL

.....
.....
.....
.....
.....

III. HISTORIA FAMILIAR

.....
.....
.....
.....

IV. DESARROLLO

.....
.....
.....
.....
.....

a) Pre natal

.....
.....
.....
.....

b) Peri natal

.....
.....
.....
.....

c) Post natal

.....
.....
.....
.....
.....

d) Desarrollo motor

.....
.....
.....
.....
.....

e) Desarrollo del lenguaje

.....
.....
.....
.....

f) Historia Alimentaria:

.....
.....
.....
.....

g) Entrenamiento de hábitos urinarios y fecales

.....
.....
.....

h) Sueño

.....

.....

.....

.....

.....

V. EDUCACION

.....

.....

.....

.....

VI. SEXUALIDAD

.....

.....

.....

.....

VII. ANTECEDENTES Y ENFERMEDADES

.....

.....

.....

.....

VIII. HABITOS

.....

.....

.....

.....

.....

IX. ASPECTOS DE VIVIENDA

.....

.....

.....

X. ANTECEDENTES RELEVANTES Y OBSERVACIONES

.....

.....

.....


.....

.....

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)				
Indicaciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado. O que se le va la cabeza.				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8. Inestable.				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor de morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores fríos o calientes				


PROTOCOLO HOSPITALARIO

 **Nombre**

 **Edad**.....
.....

 **Nº Historia**
clínica.....

 **Actividades cotidianas del paciente**


.....
.....

 **Motivo de la hospitalización**

.....
.....

 **Fecha de intervención**

■
.....

 **FUNCIONES QUE CUMPLEN CADA INTEGRANTE DEL SERVICIO**

 **Doctor:**.....

 **Enfermera: de turno:**.....

 **Enfermera técnica**

 **Anestesiólogo**

 **Rayos x**.....

SESIÓN 02

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : Programación de actividades

N° DE SESION : 1

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 hora

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Refiere Programación de actividades: Es una de las estrategias terapéuticas más importantes en Terapia Cognitiva. Durante la sesión, terapeuta y paciente van programando las actividades diarias que realizará el paciente, utilizando una jerarquía de tareas según la dificultad percibida por éste. Puesto que un objetivo fundamental es que el paciente se perciba capaz de controlar su tiempo y realizar algunas actividades, el programa que se establezca ha de ser realista para que pueda llevarlo a cabo y obtener pruebas a favor de su capacidad. Si se programan demasiadas actividades o no se tiene en cuenta el nivel de dificultad que presentan para el paciente, se pueden producir efectos contraproducentes ya que la no realización de las actividades programadas pueden servir para demostrarle, precisamente, su incapacidad. La programación y el registro de actividades diarias sirven, en el caso de pacientes , para poner a prueba la creencia de que no pueden hacer nada. Las actividades realizadas, por pequeñas que sean, permiten al terapeuta tener una base para refutar las creencias de incapacidad absoluta. Al mismo tiempo, ya que al realizar la

programación se procura elegir aquellas actividades que, aunque sea en grado mínimo, proporcionen algún tipo de agrado al cliente, la satisfacción asociada a actividades concretas va sensibilizando al paciente hacia sentimientos de bienestar. Esto permite contrarrestar sus creencias de que es incapaz de experimentar satisfacción, incrementando la probabilidad de repetir las actividades que le hacen sentir mejor.

Las actividades realizadas, por pequeñas que sean, permiten al terapeuta tener una base para refutar las creencias de incapacidad absoluta. Al mismo tiempo, ya que al realizar la programación se procura elegir aquellas actividades que, aunque sea en grado mínimo, proporcionen algún tipo de agrado al cliente, la satisfacción asociada a actividades concretas va sensibilizando al paciente hacia sentimientos de bienestar. Esto permite contrarrestar sus creencias de que es incapaz de experimentar satisfacción, incrementando la probabilidad de repetir las actividades que le hacen sentir mejor.

III. OBJETIVO

Que el paciente se perciba capaz de controlar su tiempo y realizar algunas actividades, el programa que se establezca ha de ser realista para que pueda llevarlo a cabo y obtener pruebas a favor de su capacidad

IV. TIEMPO

45 Minutos

V. MATERIALES

- Hoja de Actividades.
- Lapicero.

VI. PROCEDIMIENTO

61. Desarrollo del Tema

Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad.

El terapeuta y paciente van programando las actividades diarias que realizará el paciente, utilizando una jerarquía de tareas según la dificultad percibida por éste,

En cada una de las tareas o actividades que realiza el paciente se le pide que evalúe, en una escala de 0 a 5 puntos, el grado de dominio y agrado que ha experimentado al llevarla a cabo. En el caso de personas con problemas de ansiedad, el grado de dominio y el nivel de ansiedad o malestar.

Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.

Se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

En cada una de las tareas o actividades que realiza el paciente se le pide que evalúe, en una escala de 0 a 5 puntos, el grado de dominio y agrado que ha experimentado al llevarla a cabo

Puntuación	Actividad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

SESIÓN 03:

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : **Role-playing**

N° DE SESION : 1

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 hora

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Refiere Role-playing, esta técnica se presta una especial atención a los pensamientos automáticos de los pacientes. El role-playing se suele llevar a cabo durante las sesiones, mediante ensayo de conducta o modelado con el terapeuta. Se trata de realizar con esta técnica experimentos en los que comprobar o refutar las hipótesis planteadas en relación a sus creencias ante una acción o interacción determinada.

Las técnicas de modelado y role-playing no sólo sirven para ensayar la conducta a realizar, sino también para que el paciente compruebe que sus pensamientos sobre lo que va a ocurrir no son necesariamente verdad, puesto que existen alternativas diferentes a las que él ha pensado (e.g. no tiene por qué equivocarse, la tendera puede no fijarse en él, pensar que está cansado, que no ha dormido, que es tímido, etc.).

III.OBJETIVO

Ensayar la conducta a realizar, que el paciente compruebe que sus pensamientos sobre lo que va a ocurrir no son necesariamente verdad, puesto que existen alternativas diferentes a las que él ha pensado.

IV. TIEMPO:

1 hora

V. MATERIALES

- .Hoja de Actividades
- Lapicero.

VI. PROCEDIMIENTO

61. Desarrollo del Tema

Al paciente se le brindara una cálida bienvenida trasmitiendo confianza y seguridad. Posteriormente se le informara como se realizará la sesión.

Se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica

La facilitadora le entregara o hoja al paciente para que todo eso lo plasme.

Se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

Hoja

SESIÓN 04:

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : Técnicas de afrontamiento

N° DE SESION : 5

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 hora

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Refiere las Técnicas de afrontamiento: Además de las anteriormente indicadas se utilizan otras muchas técnicas conductuales según el trastorno objeto de tratamiento, aunque siempre con el objetivo de modificar los pensamientos disfuncionales.

Técnicas de control de estímulos: Se utilizan, por ejemplo, para aliviar las dificultades de sueño que suelen presentarse en los trastornos de ansiedad y depresión. Incluye reducir los estímulos que interfieren en el sueño e incrementar los que lo inducen (e.g. no tomar café por la tarde/noche, no trabajar realizar actividades estimulantes, tratar de ir a la cama a la misma hora, hacer ejercicios de relajación antes de acostarse o en la cama, evitar rumiaciones sobre problemas o preocupaciones han ocurrido durante el día, tratar de alejarlos con distracciones sobre acontecimientos agradables, etc.).

Relajación como estrategia de coping. Es decir, utilizar la relajación para poder reducir la ansiedad que interfiere con el afrontamiento adecuado de una situación particular.

Exposición graduada a las situaciones temidas o evitadas, fundamentalmente en pacientes con problemas de ansiedad. La exposición se puede realizar mediante Desensibilización Sistemática en la imaginación, o exposición in vivo, estableciéndose previamente la jerarquía de situaciones según el nivel de dificultad.

Control de la Respiración o técnicas de hiperventilación. Se utilizan especialmente en el trastorno de pánico o ante síntomas somáticos amenazantes como ocurre en los

problemas de agorafobia. Se utilizan también cuando la relajación resulta difícil de aplicar.

Entrenamiento asertivo: que permita poner en práctica las estrategias entrenadas para manejarse adecuadamente en situaciones o ante personas que producen ansiedad. Incluye ser capaz de decir "no", expresar opiniones, realizar preguntas o pedir.

III.OBJETIVO

Modificar los pensamientos disfuncionales y que el paciente desarrolle técnicas de afrontamiento.

IV. TIEMPO

1 hora

V. MATERIALES

- Teoría Técnicas de afrontamiento

VI. PROCEDIMIENTO

6.1. Desarrollo del Tema

Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad. La facilitadora le explicara al paciente que se procederá a realizar 5 técnicas de afrontamiento:

Técnicas de control de estímulos

Relajación

Exposición graduada

Control de la respiración

Entrenamiento Asertivo

Se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

SESIÓN 5:

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : Técnicas de control de estímulos

N° DE SESION : 1

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 Hora

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Refiere que esta técnica se utilizan para aliviar las dificultades de sueño que suelen presentarse en los trastornos de ansiedad Incluye reducir los estímulos que interfieren en el sueño e incrementar los que lo inducen (e.g. no tomar café por la tarde/noche, no trabajar realizar actividades estimulantes, tratar de ir a la cama a la misma hora, hacer ejercicios de relajación antes de acostarse o en la cama, evitar rumiaciones sobre problemas o preocupaciones han ocurrido durante el día, tratar de alejarlos con distracciones sobre acontecimientos agradables, etc.).

III.OBJETIVO

Aliviar las dificultades de sueño

IV. TIEMPO

1 Hora

V. MATERIALES

- Una hoja de actividades

VI. PROCEDIMIENTO

6.1. Desarrollo del Tema

Al paciente se le brindara una cálida bienvenida trasmitiendo confianza y seguridad.

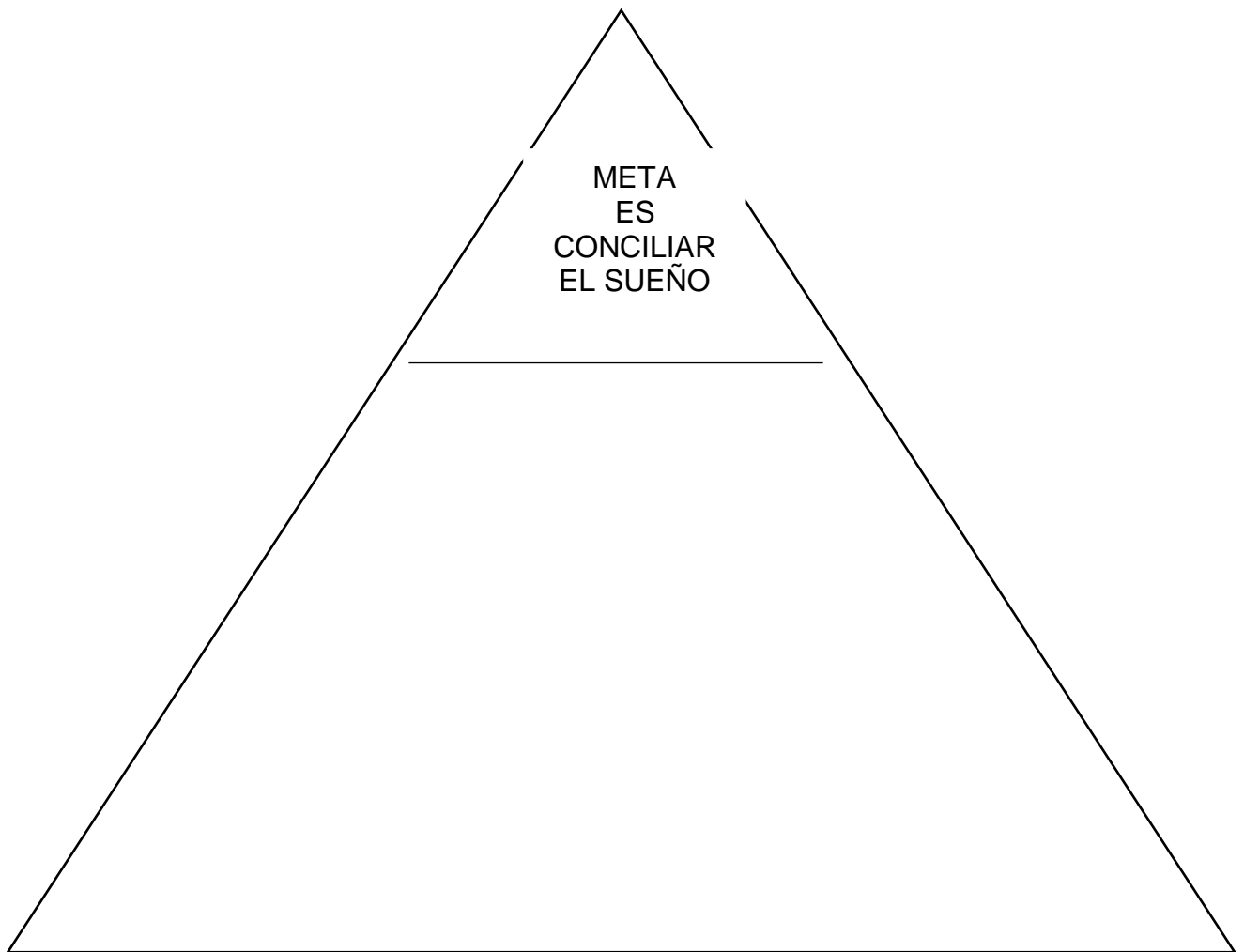
Cuando el paciente tiene dificultades para controlar estímulos que interfieren en el sueño, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad, hasta la conducta meta que es conciliar el sueño, Esto se plasma en una hoja. Ejemplo: no tomar café por la tarde/noche, no trabajar realizar actividades estimulantes, tratar de ir a la cama a la misma hora, hacer ejercicios de relajación antes de acostarse o en la cama, evitar rumiaciones sobre problemas o preocupaciones han ocurrido durante el día, tratar de alejarlos con distracciones sobre acontecimientos agradables,

Se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

. Se concluirá con el cierre de la sesión Agradeciendo al paciente por su participación.

ACTIVIDAD

Elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad, hasta la conducta meta



SESIÓN 6:

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : **RELAJACIÓN COMO ESTRATEGIA DE COPING.**

N° DE SESIÓN : 1

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 Hora

II. FUNDAMENTACIÓN

Jacobson (1938): La relajación progresiva: Consiste en hacer que la persona sea capaz de identificar el estado de tensión de cada parte de su cuerpo mediante ejercicios físicos contracción- relajación. Cuando sepa que zona es la afectada, pondrá en marcha los recursos aprendidos para relajar esa zona.

Jacobson mantiene que si se relajan los músculos que han acumulado tensión emocional, la mente se relajará también gracias a la reducción de la actividad del sistema nervioso autónomo.

Para practicar la relajación progresiva de Jacobson buscaremos un lugar tranquilo, donde haya una luz tenue y la temperatura sea adecuada. Para comenzar la relajación podemos tanto permanecer echados boca arriba como sentados, preferiblemente en un sillón o silla con brazos.

Comenzaremos con la frente, arrugándola durante cinco segundos y notando la tensión que se produce en la zona. Después la relajaremos despacio, mientras sentimos la sensación de relajación. A continuación cerraremos los ojos, apretándolos fuertemente y relajándolos después, siempre notando la diferencia de la sensación. Lo mismo haremos con la nariz y la boca.

Tensaremos después el cuello, los brazos y las manos. Es importante que nos detengamos en cada parte del cuerpo, tensándola y relajándola. Para terminar

haremos lo mismo con los pies y las piernas, poniendo en tensión los músculos y después relajándolos.

Aunque al principio lograr la relajación nos lleve tiempo, si la practicamos regularmente se automatizará, de forma que nos bastará con tensar y relajar, por ejemplo, la mano, para relajarnos totalmente.

Manos, Bíceps y tríceps, Hombros, Cuello (lateral), Cuello (hacia adelante)., Boca (extender y retraer), Boca (apertura), Lengua (paladar y base), Ojos, Respiración, Glúteos, Muslos, Estómago, Pies y Dedos.

III.OBJETIVO

Sea capaz de identificar el estado de tensión de cada parte de su cuerpo mediante ejercicios físicos contracción– relajación

IV. TIEMPO

1 Hora

V. MATERIALES

- 1Hoja de Registro
- 1 Hoja de Actividad.

VI. PROCEDIMIENTO

6.1. Desarrollo del Tema

Al paciente se le brindara una cálida bienvenida trasmitiendo confianza y seguridad.

La facilitadora le explicara al paciente que se procederá a realizar , técnicas de afrontamiento: La Relajación.

Se ejecutara la relajación progresiva de Jacobson, la facilitadora, enseñara al paciente la relajación muscular progresiva y se le pide que la practique dos veces al día la sesión así mismo que lleve un registro sobre la misma.

El terapeuta ayuda también al paciente a identificar las señales que desencadenan las reacciones de temor. Posteriormente se repasa esta información y se presenta otra más detallada sobre las respuestas específicas de temor tal como se manifiestan en tres canales: el cuerpo (las respuestas fisiológicas), la mente (las respuestas cognitivas) y las acciones (las respuestas conductuales). Como tarea, el paciente tiene que practicar la relajación muscular progresiva e identificar las señales que desencadenen respuestas de temor en los tres canales y plasmarlo en una hoja.

Se Utilizara la hoja de actividad, lo cual detalla paso a paso, para ejecutar relajación muscular progresiva , se deben tensar músculos distintos que el grupo muscular que estamos trabajando en cada paso. No mantener la respiración, apretar los dientes o los ojos. Respirar lentamente y uniformemente y pensar solo en el contraste entre la tensión y la relajación. Cada tensión debe durar unos 10 segundos; cada relajación otros 10 o 15 segundos. Contar "1, 2, 3

Se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

HOJA DE REGISTRO

Identificar las señales que desencadenan las reacciones de temor.

Se manifiestan en tres canales:

EL CUERPO - LAS RESPUESTAS FISIOLÓGICAS	LA MENTE - LAS RESPUESTAS COGNITIVAS	LAS ACCIONES- LAS RESPUESTAS CONDUCTUALES.

HOJA DE ACTIVIDAD.

Para **practicar la relajación progresiva de Jacobson** buscaremos un lugar tranquilo, donde haya una luz tenue y la temperatura sea adecuada. Para comenzar la relajación podemos tanto permanecer echados boca arriba como sentados, preferiblemente en un sillón o silla con brazos.

Para ejecutar relajación muscular progresiva , se deben tensar músculos distintos que el grupo muscular que estamos trabajando en cada paso. No mantener la respiración, apretar los dientes o los ojos. Respirar lentamente y uniformemente y pensar solo en el contraste entre la tensión y la relajación. Cada tensión debe durar unos 10 segundos; cada relajación otros 10 o 15 segundos. Contar "1, 2, 3

Aunque al principio lograr la relajación nos lleve tiempo, si la practicamos regularmente se automatizará, de forma que nos bastará con tensar y relajar, por ejemplo, la mano, para relajarnos totalmente.

Ejercicios de relajación muscular progresiva: manos, brazos y antebrazos

Puños

Cerramos los puños todo lo fuerte que podamos durante cinco segundos para sentir la tensión que esto nos produce. Después, relajamos por completo e intentamos notar la diferencia entre lo que era tensión y lo que es relajación. Intentamos concentrar toda nuestra atención en desplegar los músculos durante aproximadamente un minuto.

Parte anterior de los brazos

Ahora doblamos los brazos por los codos para tensar los músculos de la parte anterior de los brazos. Mantenemos esta posición durante unos cinco segundos y después relajamos y dejamos colgar los brazos a lo largo de nuestro cuerpo. Continuamos desplegando los músculos y concentrándonos en la sensación de dejarnos llevar durante un minuto más o menos.

Parte posterior de los brazos

En esta ocasión, debemos extender los brazos todo lo rígidamente que podamos. Sentimos la tensión en la parte posterior de los brazos durante unos cinco segundos y después relajamos. Durante la relajación extendemos los brazos a lo largo de nuestro cuerpo y dejamos que los músculos se desplieguen y caigan con todo su peso todo lo que podamos sin ejercer ninguna presión, durante aproximadamente un minuto. Una vez hayamos acabado con este grupo, utilizamos un tiempo extra y nos concentramos en todos los músculos de las manos y de los brazos, dejándolos relajar hasta sentirlos cada vez más y más profundamente relajados.

Ejercicios de relajación muscular progresiva: hombros y nuca

Hombros

Encojemos los hombros, elevándolos hacia la nuca todo lo que podamos a la vez que sentimos la tensión en ellos. Mantenemos esa misma posición durante unos cinco segundos y después soltamos y relajamos. Dejamos que los hombros caigan con todo su peso y se desplieguen. Mantenemos esa sensación de dejarnos llevar durante un tiempo hasta percibir sensaciones de relajación.

Nuca

Podemos tensar estos músculos apretando la parte posterior de la cabeza contra el respaldo del sillón, del sofá o de la cama, todo lo fuerte que podamos, durante unos cinco segundos. Sentimos la tensión, nos concentramos en ello y después relajamos la nuca hasta sentir cómo nuestra cabeza descansa suave y relajadamente, sin ejercer ninguna tensión sobre ella. Nos concentramos en la sensación de dejarnos llevar y percibir las sensaciones de relajación que poco a poco vayan surgiendo. Después, dejamos que se relajen todo lo que podamos los grupos musculares de la nuca, hombros y brazos.

Ejercicios de relajación muscular progresiva: frente, cejas y ojos

Frente y cuero cabelludo

Pongamos en tensión estos músculos elevando las cejas con fuerza. Tratemos de elevar las cejas ejerciendo toda la tensión que podamos y mantengamos esa misma posición durante unos cinco segundos. Sintamos la tensión generada y después relajemos. Intentemos sentir la diferencia que existe entre tensión-relajación y mantengamos la sensación de dejarnos llevar, sin ejercer ninguna presión sino todo lo contrario, intentando desplegar y desplegar los músculos todo lo que podamos a la vez que mantenemos los ojos quietos, cerrados o mirando suave y directamente hacia delante.

Ojos y entrecejo

Pongámoslos en tensión frunciéndolos todo lo fuertemente que podamos al mismo tiempo que cerramos con fuerza los ojos. Mantengamos esa misma posición de tensión durante unos cinco segundos y después relajamos. Sintamos el alivio que

supone el dejarnos llevar y sigamos suavizando la caída de las cejas a la vez que intentamos percibir las sensaciones que poco a poco van surgiendo. Durante el minuto siguiente concentrémonos únicamente en estos músculos.

Posteriormente, durante otro minuto, dejemos que se relajen por completo los músculos existentes alrededor de los ojos, en la frente, en la nuca, en los hombros y en los brazos.

Ejercicios de relajación muscular progresiva: lengua, mandíbula y labios

Lengua

Estos músculos pueden ser tensados colocando la punta de la lengua sobre el paladar superior y presionando hacia arriba todo lo fuerte que podamos, para sentir la tensión en los músculos de la lengua y del cuello durante unos cinco segundos. Posteriormente sintamos la sensación de dejarnos llevar y dejemos que la lengua caiga por su propio peso y se hunda en el fondo de la boca. Mantengamos la sensación de relajación durante aproximadamente un minuto. Hagamos lo mismo pero, esta vez, contra el paladar inferior.

Mandíbula

Puede ser tensada apretando los dientes durante cinco segundos. Sintamos esa tensión en la mandíbula y después relajemos los músculos. Finalmente, separemos ligeramente los dientes, de modo que no se produzca ninguna tensión en la mandíbula y podamos sentir el alivio de dejarnos llevar durante el minuto siguiente e intentemos percibir las sensaciones que vayan surgiendo.

Labios

Los músculos de los labios y del rostro podemos tensarlos presionando un labio contra el otro. Mantenemos esa posición durante cinco segundos y después relajamos. Para ello dejamos que los labios descansen juntos y ligeramente entreabiertos y sigamos sintiendo la sensación de dejarnos llevar durante aproximadamente un minuto.

Ejercicios de relajación muscular progresiva: pecho y estómago

Pecho

Lo haremos en dos fases:

Respiración pulmonar: hacemos una inspiración lenta y profunda para introducir el aire en la parte superior de los pulmones (el pecho se eleva), mantenemos la respiración durante unos cinco segundos e intentamos percibir la tensión que se produce en el pecho, después expulsamos lentamente el aire, concentrándonos en las sensaciones que van surgiendo al desplegarse el pecho y dejarnos llevar. A continuación, volvemos a respirar profundamente. Percibimos otra vez la tensión en el pecho. Contenemos la respiración durante unos segundos, expulsamos el aire poco a poco y sentimos la relajación. Cada vez que expulsemos el aire sintamos el alivio que notamos al soltar el aire y dejarnos llevar. Continuemos practicando este ejercicio durante el minuto siguiente a la vez que nos concentramos en las sensaciones de relajación.

Respiración diafragmática: inspiramos el aire lentamente por la nariz hasta llevar el aire a la parte inferior de los pulmones (el vientre se eleva) mantenemos la respiración durante unos cinco segundos y sentimos la tensión que se produce en el abdomen, después expulsamos lentamente el aire, concentrándonos en las

sensaciones que van surgiendo al desplegarse la zona ventral e ir poco a poco relajando. A continuación, volvemos a inspirar profundamente. Sentimos otra vez la tensión en el abdomen. Contenemos la respiración durante unos segundos, expulsamos el aire poco a poco y sentimos cómo vamos relajando. Cada vez que expulsamos el aire notamos el alivio que sentimos al soltar el aire y dejarnos llevar sin ofrecer ninguna resistencia. Continuamos practicando este ejercicio durante el minuto siguiente a la vez que nos concentramos en las sensaciones de relajación.

Estómago

Encojemos los músculos situados alrededor de la zona del estómago como si estuviéramos preparándonos para recibir un golpe. Sentimos la tensión que se va acumulando al mantener los músculos encogidos y rígidos. Mantenemos esta posición durante unos cinco segundos. Después relajamos y dejamos caer los músculos del estómago, relajándolos todo lo que podamos. Sigamos sintiendo las sensaciones que van surgiendo conforme vamos poco a poco relajando y dejándonos llevar. Y ahora, antes de pasar al siguiente grupo, nos concentramos en relajar todos los músculos del tronco, del cuello, del rostro, de los brazos y de las manos.

Ejercicios de relajación muscular progresiva: nalgas y piernas

Nalgas y piernas

Tensamos apretando los muslos y las nalgas, extendiendo las piernas hacia delante con fuerza y dirigiendo los dedos de los pies hacia abajo. Mantenemos esa misma posición durante cinco segundos. Sentimos la tensión en las piernas y nalgas y después relajamos por completo. Sintamos cómo la tensión va desapareciendo poco a poco de nuestras piernas y de nuestras nalgas. Sigamos dejándonos llevar,

relajando, desplegando los músculos todo lo que podamos y percibiendo esas sensaciones que poco a poco irán apareciendo.

Todo el cuerpo

Durante los dos o tres minutos siguientes concentremos toda nuestra atención en relajar todos los grandes músculos, ya no tensamos más, sólo relajamos. Sintamos cómo nos vamos hundiendo cada vez más y más profundamente en la cama, sofá o sillón mientras nuestro cuerpo se hace cada vez más y más pesado y se va relajando cada vez más profundamente. Mantengamos esa sensación en la mente lo más vívidamente posible, disfrutemos con ello, percibamos esas sensaciones tan agradables que van surgiendo, sintamos cómo nos vamos relajando cada vez más y más. Durante este período mantengamos los ojos cerrados y tratemos de ver en nuestra mente la imagen que previamente hayamos seleccionado hasta que lleguemos a condicionarla de tal forma que con sólo pensar en ella nos relajemos. Al cabo de unos pocos minutos abramos los ojos y volvamos a mover el cuerpo lentamente hasta adquirir un tono muscular normal. Nunca levantarnos bruscamente, pues podríamos marearnos, sino hacerlo cuando hayamos adquirido un tono muscular de activación. Una vez adquirido ya podemos levantarnos y reanudar nuestra rutina diaria.

Con esto, se terminan los ejercicios. Será fundamental practicar cuantas más veces mejor hasta dominar completamente la técnica. Los beneficios que consigamos con ella compensarán todos los esfuerzos invertidos en su aprendizaje. Una vez aprendida la técnica podremos utilizarla de una forma rápida y diferenciada.

SESIÓN 7:

I. DATOS GENERALES

I. DENOMINACIÓN : EXPOSICIÓN GRADUADA

N° DE SESIÓN : 1

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 Hora

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Exposición graduada a las situaciones temidas o evitadas, fundamentalmente en pacientes con problemas de ansiedad. La exposición se puede realizar mediante Desensibilización Sistemática en la imaginación, o exposición in vivo, estableciéndose previamente la jerarquía de situaciones según el nivel de dificultad.

Los Pacientes se exponen a las situaciones temidas durante periodos prolongados de tiempo que pueden durar 1 hora o más. Los Pacientes tienen instrucciones de permanecer en la situación, incluso si su ansiedad alcanza valores máximos, hasta que la ansiedad desaparezca o se reduzca; esto último puede operacionalizarse como una disminución hasta la mitad por lo menos o hasta 2 o menos en una escala de 0 a 8. En el caso de experimentar un ataque de pánico durante la exposición, el cliente debe sentarse lo más cerca posible de donde ocurrió el pánico, esperar a que pase, sin prestar demasiada atención a las sensaciones corporales, y afrontar de nuevo la situación fóbica. Si el terapeuta o alguna otra persona acompañan al cliente, es conveniente que se siente a su lado, pero que no hable con él sobre las sensaciones que está experimentando, ya que esto tiende a empeorar las cosas. la exposición prolongada en vivo puede ser graduada en cuanto a la dificultad de las situaciones o bien el cliente puede exponerse ya de entrada a situaciones muy temidas (inundación

en vivo). El terapeuta está presente durante las primeras sesiones de exposición prolongada en vivo, pero luego va dejando de acompañar al cliente o grupo de Pacientes durante la exposición y sólo está presente para discutir las prácticas de exposición. El terapeuta se retira gradualmente de los periodos de exposición para hacer la práctica en vivo más difícil y para favorecer la independencia del cliente. Por tanto, siempre hay una cierta gradación en la exposición prolongada en vivo: en la presencia del terapeuta que se va atenuando y/o en la dificultad de las situaciones intentadas. Los Pacientes tienen que realizar actividades de autoexposición prolongada en vivo entre las sesiones formales de tratamiento. La dificultad de estas actividades es similar a la de los ejercicios realizados en la última sesión. Las actividades de autoexposición en vivo (AEV) deben ser específicas y los Pacientes deben colaborar todo lo posible en su formulación. Debe hacerse un gran hincapié en la AEV o práctica autodirigida para evitar la dependencia del cliente respecto del terapeuta o de otros miembros del grupo, si el tratamiento es grupal. Dentro de una misma sesión de exposición prolongada en vivo el cliente puede exponerse a varias situaciones temidas. Estas situaciones deben ser del mismo nivel subjetivo de ansiedad. Además, no debe cambiarse de una situación a otra antes de que la ansiedad en la primera haya declinado. En situaciones de corta duración.

III. OBJETIVO

Paciente Identifique las sensaciones que está experimentando.

IV. TIEMPO

1 Hora

V. MATERIALES

- Hoja de registro

VI. PROCEDIMIENTO

6.1. Desarrollo del Tema

Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad. La facilitadora le explicara al paciente que se procederá a realizar técnicas de afrontamiento:

Exposición graduada, se realizara Exposición prolongada en vivo.

Los Pacientes se exponen a las situaciones temidas durante periodos prolongados de tiempo que pueden durar 1 hora o más. Después lo plasmaran en una hoja. Los Pacientes tienen instrucciones de permanecer en la situación, incluso si su ansiedad alcanza valores máximos, hasta que la ansiedad desaparezca o se reduzca; esto último puede operacionalizar se cómo una disminución hasta la mitad por lo menos o hasta 2 o menos en una escala de 0 a 8. En el caso de experimentar un ataque de pánico durante la exposición, el cliente debe sentarse lo más cerca posible de donde ocurrió el pánico, esperar a que pase, sin prestar demasiada atención a las sensaciones corporales, y afrontar de nuevo la situación fóbica. Si el terapeuta o alguna otra persona acompañan al cliente, es conveniente que se siente a su lado, pero que no hable con él sobre las sensaciones que está experimentando, ya que esto tiende a empeorar las cosas.

Se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

HOJA DE REGISTRO

Plasme sus situaciones temidas:

A series of horizontal dotted lines providing space for writing.

SESIÓN 8:

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN	: Control de la respiración o técnicas de hiperventilación,
N° DE SESIÓN	: 1
TIEMPO DE DURACIÓN	: 1 Hora

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Control de la Respiración o técnicas de hiperventilación. Se utilizan especialmente en el trastorno de pánico o ante síntomas somáticos amenazantes como ocurre en los problemas de agorafobia. Se utilizan también cuando la relajación resulta difícil de aplicar.

III. OBJETIVO

Entrenamiento corrector de la respiración.

IV. TIEMPO

1 Hora

V. MATERIALES

- Hoja de Autorregistro

VI. PROCEDIMIENTO

6.1. Desarrollo del Tema

Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad. La facilitadora le explicara al paciente que se procederá a realizar técnicas de afrontamiento: control de la respiración comienza enfatizando la

implicación del músculo diafragmático versus la dependencia excesiva de los músculos del tórax. Además, se enseña a los pacientes a que se concentren en su respiración, contando sus inhalaciones y pensando en la palabra “relájate” durante las exhalaciones (la respiración lenta se introduce en la sesión siguiente). El terapeuta modela los patrones de respiración sugeridos y proporcionan retroalimentación correctora a los pacientes mientras practican en la clínica. El control de la respiración es una habilidad que requiere una práctica considerable antes de que se pueda aplicar con éxito para controlar los episodios de una elevada ansiedad o de pánico. Además, las reacciones iniciales ante los ejercicios pueden ser negativas para los pacientes que temen las sensaciones respiratorias (ya que el ejercicio conlleva la concentración en la respiración) o para los pacientes que son hiperventiladores crónicos y en quienes la interrupción de los patrones de respiración aumenta inicialmente la sintomatología del exceso de respiración. En ambos casos, es aconsejable la práctica continuada, asegurando al paciente; En ocasiones, los pacientes contemplan erróneamente el control de la respiración como una forma de desembarazarse de los síntomas que los aterrorizan, cayendo así en la trampa de temer consecuencias terribles si no consiguen modificar su respiración. Las tareas de esta sesión incluyen un autorregistro continuo y la práctica de la respiración diafragmática al menos dos veces al día, durante un mínimo de 10 minutos cada vez. se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

HOJA DE REGISTRO

[illegible]

SESIÓN 9

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : ENTRENAMIENTO ASERTIVO

N° DE SESIÓN : 1

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 Hora

II. FUNDAMENTACIÓN

Permita poner en práctica las estrategias entrenadas para manejarse adecuadamente en situaciones o ante personas que producen ansiedad. Incluye ser capaz de decir "no", expresar opiniones, realizar preguntas o pedir ayuda.

III. OBJETIVO

Es introducir al paciente en las ideas centrales del comportamiento asertivo.

IV. TIEMPO

1 Hora

V. MATERIALES

- Hoja de Actividad

VI. PROCEDIMIENTO

6.1. Desarrollo del Tema

Al paciente se le brindara una cálida bienvenida trasmitiendo confianza y seguridad.

La facilitadora le explicara al paciente que se procederá a realizar técnicas de afrontamiento: Entrenamiento Asertivo: Las sesiones de entrenamiento asertivo se diseñaron con base en las propuesta de Gutiérrez (1990), así:

- A. Se identificaran situaciones que requieran de comportamiento asertivo.
- B. Se estructuran escenas con la mayor exactitud posible.
- C. Se describen algunos componentes básicos de las habilidades asertivas.
- D. El terapeuta muestra o modela, según el caso.
- E. Se discuten y aclaran dudas.
- F. Se llevan a cabo ensayos conductuales.
- G. Se repite el ensayo conductual hasta que la Sra. emite la respuesta asertiva deseada.
- H. Se discute acerca de su ejecución y se corrigen los problemas o dificultades en la realización del ejercicio.
- I. Se programan tareas que le permiten ensayar la nueva respuesta.

Las tareas en las que se trabajará serán:

Dar y Recibir cumplidos, Conversaciones sociales, Identificación de derechos, Hacer y rehusar demandas, Hacer afirmaciones sin dar explicaciones.

Introducir al paciente en las ideas centrales del comportamiento asertivo, a través de una plática que incluirá, se le entregara un paciente hoja de Actividad: la definición de conducta asertiva contrastándola con la conducta no asertiva o pasiva y la conducta agresiva, y lo que podría lograr como resultado del entrenamiento asertivo. Se le explicará que el comportamiento agresivo es la negación de los sentimientos y derechos del otro, mediante la culpabilización, insultos y otros comportamientos que dañan a la persona y tienden a generar una actitud defensiva en ésta (Caballo, 1986). se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

HOJA DE ACTIVIDAD

A continuación se procederá a representar escenas que muestren los tres tipos de comportamiento, un ejemplo de esas escenas es el siguiente:

"Imagine que la examinará un médico y le prescribirá un medicamento que usted no conoce, tampoco le dará ningún diagnóstico. El médico parece tener prisa y a usted le gustaría saber el diagnóstico y recibir una explicación sobre su decisión de recetar ese fármaco".

Posteriormente se describen una serie de características de las diferentes formas de comportamiento, en cuanto a los efectos que tiene sobre el que la emite y el que la recibe.

NO ASERTIVA	AGRESIVA	ASERTIVA
COMO EMISOR		
autodenigrado, inhibido, ansioso, permite que otros decidan por él. No logra la meta deseada.	Actúa a expensas de otro, expresivo, desprecia a otros, elige por los demás, logra la meta lastimando a otros.	autoengrandecedora, expresiva, se siente bien, decide por sí mismo. Puede lograr la meta deseada.
COMO RECEPTOR		
autodenigrado, lastimado, humillado, defensivo, no logra la meta deseada.	culpable o enojado, desprecia al emisor, logra la meta deseada a costa del emisor.	Autoengrandecido, expresivo, puede lograr la meta deseada.

Paciente:

NO ASERTIVA	AGRESIVA	ASERTIVA
COMO EMISOR		
COMO RECEPTOR		

EXPLICACIÓN DE LOS COMPONENTES NO VERBALES DE LA CONDUCTA ASERTIVA:

Contacto visual. Es muy importante para transmitir una imagen asertiva. La ausencia de contacto visual puede transmitir mensajes indeseados como "estoy nervioso" o "no creo lo que estoy diciendo".

Tono de voz. Incluso el mensaje más asertivo puede perderse si se transmite en un tono de voz demasiado bajo. Éste da la impresión de inseguridad y/o temor, además de que puede distraer al receptor y/o ponerlo a la defensiva.

Postura. Una posición adecuadamente asertiva puede variar de una situación a otra. Como regla general se debe intentar mantener el cuerpo erguido en una postura que no sea rígida, ni demasiado relajada, que podría malinterpretarse como poco respetuosa.

Expresión facial. Un problema común que puede diluir el mensaje asertivo es que la expresión de la cara no sea congruente con lo que se está diciendo, como sonreír mientras se afirma "esto me enfurece".

Tiempo. La afirmación asertiva mejor construida puede ser desaprovechada si se presenta en un momento inadecuado. Es probable que el jefe responda de una manera poco favorable a una petición de aumento, independientemente de lo bien que se haya construido la solicitud, si se ve abordado precipitadamente antes de entrar a una reunión importante.

Contenido. Todos los componentes asertivos mencionados anteriormente pueden ser inútiles si el contenido del mensaje es amenazador, agresivo o ambiguo.

TALLER TÉCNICAS EMOTIVAS

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : **TÉCNICAS EMOTIVAS**

N° DE SESIONES : 5

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 Hora

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Se utilizan inicialmente por el terapeuta durante las sesiones, y en ellas se entrena al paciente para que las use en su medio natural cuando sienta que la emoción es demasiado elevada y necesite controlarla. Beck menciona algunas de las que pueden ser útiles con pacientes.

Inducción de autocompasión, Inducción de cólera, Distracción externa, Hablar de los sentimientos, Análisis de responsabilidad

III. OBJETIVO GENERAL

Disminuir la ansiedad en los pacientes que serán sometidos a una cirugía aplicando las Técnicas Emotivas.

Objetivos específicos

- Eliminar el sufrimiento y a producir bienestar en quien sufre.
- Paciente identifique aspectos de la experiencia o la situación que puedan provocar cierto enfado con la vida.
- Paciente se logre relajar.
- procedimiento para reducir el sentimiento de tristeza
- Rara reducir los sentimientos de culpa

IV. METODOLOGÍA

- Trabajo individual

SESIÓN 01

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : Inducción de autocompasión.

N° DE SESIÓN : 01

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 Hora.

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Inducción de autocompasión. Se utiliza excepcionalmente con algunas personas cuando no pueden llorar y necesitan hacerlo. Puede llevarse a cabo de varias formas. 1) Pedir al paciente que describa detalladamente todos sus sentimientos negativos. 2) Descripción por el terapeuta de la historia de otra persona con problemas parecidos a los del paciente con la mayor emoción posible.. 3) El terapeuta puede hacer role-playing. 4) El terapeuta puede también proporcionar información personal relacionada con sentimientos de autocompasión, provocados por experiencias o vivencias parecidas a las que está experimentando el cliente, para provocar en él su propia autocompasión. Estas sugerencias de Beck hay que tomarlas con mucha precaución ya que los pacientes depresivos adolecen de un exceso de llanto, de pena por sí mismo y de autocompasión y es precisamente en la reducción de estos síntomas y sentimientos en los que se ha de centrarse la terapia.

III. OBJETIVO

Eliminar el sufrimiento y a producir bienestar en quien sufre.

IV. TIEMPO

1 Hora.

V. MATERIALES

- Humanos

VI. PROCEDIMIENTO

6.2. Desarrollo del Tema

Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad.

Puede llevarse a cabo de varias formas. 1) Pedir al paciente que describa detalladamente todos sus sentimientos negativos. Esto suele ser suficiente en muchos para desencadenar el llanto y provocar autocompasión. 2) Descripción por el terapeuta de la historia de otra persona con problemas parecidos a los del paciente con la mayor emoción posible. La identificación puede llevar a convertir la compasión que siente por el otro en autocompasión y sacar la tristeza que tiene contenida. 3) El terapeuta puede hacer role-playing asumiendo el papel del paciente y verbalizando, con la mayor emoción posible, sentimientos de autocompasión para movilizar los del paciente. 4) El terapeuta puede también proporcionar información personal relacionada con sentimientos de autocompasión, provocados por experiencias o vivencias parecidas a las que está experimentando el cliente, para provocar en él su propia autocompasión. Estas sugerencias de Beck hay que tomarlas con mucha precaución ya que los pacientes depresivos adolecen de un exceso de llanto, de pena por sí mismo y de autocompasión y es precisamente en la reducción de estos síntomas y sentimientos en los que se ha de centrarse la terapia. Se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

SESIÓN 02

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : inducción de cólera controlada.

N° DE SESIÓN : 01

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 Hora.

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Se trata de señalar aspectos de la experiencia o la situación que puedan provocar cierto enfado con la vida, personas o situaciones. El sentimiento de enfado es útil para reducir la profunda tristeza que se puede sentir en un momento determinado.

Esta técnica ha de ser utilizada con precaución porque en pacientes depresivos el sentimiento de enfado a veces genera sentimientos de culpa tan aversivos o más que el de tristeza.

III. OBJETIVO

Paciente identifique aspectos de la experiencia o la situación que puedan provocar cierto enfado con la vida.

TIEMPO

1 Hora.

IV. MATERIALES

- Hoja de Actividades

V. PROCEDIMIENTO

6.1. Desarrollo del Tema

Al paciente se le brindara una cálida bienvenida trasmitiendo confianza y seguridad. Inducción de cólera controlada. La facilitadora le explicara al paciente que se debe señal de la experiencia o la situación que puedan provocar cierto enfado con la vida, personas o situaciones lo plasmara en una hoja. El sentimiento de enfado es útil para reducir la profunda tristeza que se puede sentir en un momento determinado. se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

EXPERIENCIA O LA SITUACIÓN QUE PUEDAN PROVOCAR CIERTO ENFADO

[illegible]

SESIÓN 03

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : Distracción externa.

N° DE SESIÓN : 1

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 Hora.

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Distracción externa. sirve para aliviar los sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad. Igualmente, el paciente puede concentrarse en algún aspecto del medio y poner en juego el mayor número posible de modalidades sensoriales (vista, oído, gusto, tacto...) y mantener la distracción hasta que se reduzca el malestar.

OBJETIVO

Paciente se logre relajar.

III. TIEMPO

1 Hora.

IV. MATERIALES

➤ Humano

V. PROCEDIMIENTO

6.1. Desarrollo del Tema

Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad. La facilitadora le indica al paciente que puede Ver la T.V., llamar por teléfono, leer un libro, etc., son formas de distracción que sirve para aliviar los sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad. Igualmente, el paciente puede concentrarse en algún aspecto

del medio y poner en juego el mayor número posible de modalidades sensoriales (vista, oído, gusto, tacto...) y mantener la distracción hasta que se reduzca el malestar. Se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

SESIÓN 04

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : Hablar de forma limitada de los sentimientos
N° DE SESIÓN : 01
TIEMPO DE DURACIÓN : 1 Hora.

II. FUNDAMENTACIÓN

Hablar de forma limitada de los sentimientos. Otro procedimiento para reducir el sentimiento de tristeza es procurar no estar hablando permanentemente de sus sentimientos con las personas de su alrededor, puesto que la expresión continua del malestar hace que el sentimiento se mantenga y se intensifique el recuerdo que provoca la expresión verbal constante

Evitar verbalizaciones internas catastrofistas o de incapacidad del tipo "no puedo soportar tanto sufrimiento" ayuda a aliviar el sentimiento de tristeza, dado que estas verbalizaciones incrementan la percepción de incapacidad y catastrofismo. El paciente ha de intentar sustituir estos comentarios por otros que resalten su fortaleza para soportar el sufrimiento y que le permitan incrementar su tolerancia a la frustración y al dolor.

OBJETIVO

Procedimiento para reducir el sentimiento de tristeza

III. TIEMPO

1 Hora.

IV. MATERIALES

Una hoja de actividades

V. PROCEDIMIENTO

6.1. Desarrollo del Tema

Al paciente se le brindara una cálida bienvenida trasmitiendo confianza y seguridad.

Otro procedimiento para reducir el sentimiento de tristeza es procurar no estar hablando permanentemente de sus sentimientos con las personas de su alrededor, puesto que la expresión continua del malestar hace que el sentimiento se mantenga y se intensifique el recuerdo que provoca la expresión verbal constante.

Evitar verbalizaciones internas catastrofistas o de incapacidad del tipo "no puedo soportar tanto sufrimiento"

Se le pide al paciente que en una hoja registre todos los sentimientos que le provoquen dolor para luego romper el papel.

Se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

ACTIVIDADES

Registre todos los sentimientos que le provoquen dolor

This image shows a full page of a document template designed for handwritten notes or answers. It features approximately 28 evenly spaced horizontal dotted lines across the entire width of the page, providing a guide for letter height and placement. The background is plain white, and there are no margins, headers, or footers present.

Luego romper el papel

SESIÓN 05

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : **Análisis de responsabilidad**

N° DE SESIÓN : 01

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 Hora.

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Análisis de responsabilidad. Para reducir los sentimientos de culpa, frecuentes en los pacientes, es conveniente analizar con todo detalle las razones que se da el paciente para sentirse responsable de la conducta de otros. También se deben analizar los patrones arbitrarios e idiosincrásicos que le hacen sentir que hace las cosas mal o que le llevan a considerarse culpable por determinados pensamientos y deseos. Con ello se pretende buscar evidencia que permita al paciente recopilar información más objetiva sobre las razones que le llevan a experimentar sentimientos de culpa.

Los procedimientos utilizados y entrenados durante las sesiones para reducir los síntomas afectivos se programan también como tareas para casa, para que se practiquen entre sesiones y se reduzca la intensidad de su malestar

III. OBJETIVO

Para reducir los sentimientos de culpa

IV. TIEMPO

1 Hora.

V. MATERIALES

- Lápiz

VI. PROCEDIMIENTO

6.1. Desarrollo del Tema

Para reducir los sentimientos de culpa, frecuentes en los pacientes, es conveniente analizar con todo detalle las razones que se da el paciente para sentirse responsable de la conducta de otros. También se deben analizar los patrones arbitrarios e idiosincrásicos que le hacen sentir que hace las cosas mal o que le llevan a considerarse culpable por determinados pensamientos y deseos. Con ello se pretende buscar evidencia que permita al paciente recopilar información más objetiva sobre las razones que le llevan a experimentar sentimientos de culpa.

Los procedimientos utilizados y entrenados durante las sesiones para reducir los síntomas afectivos se programan también como tareas para casa, para que se practiquen entre sesiones y se reduzca la intensidad de su malestar

TALLER TÉCNICAS COGNITIVAS

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : Técnicas cognitivas

Nº DE SESIONES : 6

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 Hora

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Denomina técnicas cognitivas al conjunto de técnicas que se utilizan para facilitar el cuestionamiento socrático que permite identificar y cambiar pensamientos negativos.

Los dos procedimientos fundamentales mediante los cuales se lleva a cabo la detección y el cuestionamiento de pensamientos, distorsiones y creencias son los autorregistros y el descubrimiento guiado.

III. OBJETIVO GENERAL

Disminuir la ansiedad en los pacientes que serán sometidos a una cirugía aplicando las Técnicas cognitivas.

Objetivos específicos

- Recoger información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día y conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar.
- Ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático

- Modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales
- Encontrar explicaciones alternativas a los problemas que se le plantean el paciente
- Detectar imágenes visuales que pensamientos asociados a sensaciones de malestar
- **Aplicación del posttest**

IV. METODOLOGÍA

- Trabajo individual

SESIÓN 01

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : Los autorregistros

N° DE SESIÓN : 01

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 Hora.

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Los autorregistros se utilizan desde las fases iniciales para recoger información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día y conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar, así como para analizar el grado de dominio y agrado de las actividades que llevan a cabo. El estado emocional suele valorarse en una escala de 0 (sentirse muy mal) a 100 (sentirse muy bien). Tienen una doble utilidad: permiten obtener información detallada de lo que le ocurre al paciente a lo largo de la semana, y sirven de línea base para comparar los cambios posteriores. Durante la fase de tratamiento se utilizan para seguir entre sesiones el cuestionamiento de las cogniciones que surgen ante acontecimientos activadores buscando evidencia que permita confirmarlas o refutarlas.

OBJETIVO

Recoger información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día y conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar,

III. TIEMPO

1 Hora.

IV. MATERIALES

➤ Humanos

V. PROCEDIMIENTO

6.3. Desarrollo del Tema

Beck (1976). Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad. El estado emocional suele valorarse en una escala de 0 (sentirse muy mal) a 100 (sentirse muy bien). Tienen una doble utilidad: permiten obtener información detallada de lo que le ocurre al paciente a lo largo de la semana, y sirven de línea base para comparar los cambios posteriores. Durante las fase de tratamiento se utilizan para seguir entre sesiones el cuestionamiento de las cogniciones que surgen ante acontecimientos activadores buscando evidencia que permita confirmarlas o refutarlas. La facilitadora le entrega la hoja de autoregistro le explica al paciente que está dividido en 6 columnas. En la primera se anota el día y hora en la que ocurren los acontecimientos, en la segunda se especifican las situaciones concretas indicando en cada una de ellas dónde estaba y qué estaba pasando cuándo sucedió. En la tercera ha de especificarse la emoción o emociones concretas que se experimentaba indicando su intensidad (1%-100%) En la cuarta columna se apuntan los pensamientos automáticos e imágenes que pasaron por su mente. Estas cuatro columnas son las que se utilizan cuando se trata de identificar pensamientos automáticos y establecer su relación con las emociones. Posteriormente, cuando se ha iniciado el proceso de debate y búsqueda de evidencia y de alternativas al pensamiento automático explicitado, se procede a rellenar las dos columnas siguientes. La quinta recogería las respuestas alternativas a los pensamientos automáticos indicados añadiendo la credibilidad que se les concede. En la sexta se anota el resultado de la revaluación de la credibilidad de los pensamientos automáticos iniciales así como de la intensidad de sus emociones.

se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

HOJA DE AUTOREGISTRO

FECHA Y HORA	SITUACIÓN	EMOCIONES 0 sentirse muy Mal 100- sentirse muy bien	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (Imágenes que pasan por su mente)	RESPUESTAS RACIONAL (Alternativas)	RESULTADO (revaluación Emociones y pensamientos)

SESIÓN 02

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : Descubrimiento guiado

N° DE SESIÓN : 01

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 Hora.

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Hace referencia al proceso de ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático.

Para alcanzar los fines que persigue el cuestionamiento socrático el terapeuta va guiando al paciente mediante preguntas abiertas hasta donde considera necesario llegar, pero permitiendo que sea el paciente el que llegue al hacer libremente sus asociaciones y argumentaciones.

Se le entrega al paciente una hoja de preguntas.

Hay una serie de preguntas generales que se utilizan para cuestionar cogniciones disfuncionales,

La primera es especialmente pertinente cuando se está cuestionando y debatiendo el carácter disfuncional de los pensamientos y distorsiones cognitivas.

La segunda pregunta tiende a formularse cuando ya se ha aprendido a identificar las distorsiones cognitivas y los sesgos atribucionales en los que se basan los pensamientos automáticos ante situaciones concretas y lo que se pretende es que el paciente aprenda a realizar interpretaciones alternativas. La tercera pregunta suele formularse cuando lo que se pretende es detectar posibles creencias o esquemas disfuncionales que sirven de soporte a los pensamientos y sesgos

cognitivos negativos. Por ello no se buscan las posibles distorsiones cognitivas que están detrás de los pensamientos, simplemente se dan por válidos los argumentos planteados.

III. OBJETIVO

Ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático

IV. TIEMPO

1 Hora.

V. MATERIALES

➤ Humanos

VI. PROCEDIMIENTO

6.4. Desarrollo del Tema

Al paciente se le brindara una cálida bienvenida trasmitiendo confianza y seguridad. Para alcanzar los fines que persigue el cuestionamiento socrático el terapeuta va guiando al paciente mediante preguntas abiertas hasta donde considera necesario llegar, pero permitiendo que sea el paciente el que llegue al hacer libremente sus asociaciones y argumentaciones.

Hay una serie de preguntas generales que se utilizan para cuestionar cogniciones disfuncionales:

¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos?

¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación?

¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera?

La primera es especialmente pertinente cuando se está cuestionando y debatiendo el carácter disfuncional de los pensamientos y distorsiones cognitivas

Ejemplo: ¿cuál es la evidencia en que te basas para pensar que caes mal a tus compañeros de trabajo? ¿Cual es la evidencia en la que te basas para pensar que tienes un tumor cerebral

La segunda pregunta tiende a formularse cuando ya se ha aprendido a identificar las distorsiones cognitivas y los sesgos atribucionales en los que se basan los pensamientos automáticos ante situaciones concretas y lo que se pretende es que el paciente aprenda a realizar interpretaciones alternativas.

Ejemplo: ¿qué otras alternativas a que te estén rechazando podrían dar cuenta del hecho de que a veces algún compañero no te mire cuando entras al despacho? ¿Qué otras alternativas a tener un tumor cerebral pueden explicar el que a veces te duela la cabeza ?

La tercera pregunta suele formularse cuando lo que se pretende es detectar posibles creencias o esquemas disfuncionales que sirven de soporte a los pensamientos y sesgos cognitivos negativos. Por ello no se buscan las posibles distorsiones cognitivas que están detrás de los pensamientos, simplemente se dan por válidos los argumentos planteados.

Ejemplo: ¿qué ocurriría o qué consecuencias tendría si, efectivamente, le caes mal a tus compañeros?; ¿que ocurriría si realmente tuvieras un tumor cerebral? se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

Preguntas

¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos?

¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación?

¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera?

SESIÓN 03

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : Técnicas de reatribución

N° DE SESIÓN : 01

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 Hora.

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Las técnicas cognitivas específicas que se utilizan mediante el cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado son muy variadas.

Algunas de las más habituales son:

Técnicas de reatribución: encaminadas a modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales de *locus de control* (interno/ externo), *estabilidad* (estable/inestable) y *especificidad* (global / específico).

En general, las personas depresivas suelen hacer atribuciones internas, estables y globales a la hora de explicar sus errores o fracasos, y externas, inestables y específicas para sus éxitos.

III. OBJETIVO

Modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales.

IV. TIEMPO

1 Hora.

V. MATERIALES

➤ Humanos

VI. PROCEDIMIENTO

6.5. Desarrollo del Tema

Al paciente se le brindara una cálida bienvenida trasmitiendo confianza y seguridad.

Se le entrega la hoja de Actividad ; Técnicas de reatribución: encaminadas a modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales de locus de control (interno/ externo), estabilidad (estable/inestable) y especificidad (global / específico). En general, las personas depresivas suelen hacer atribuciones internas, estables y globales a la hora de explicar sus errores o fracasos, y externas, inestables y específicas para sus éxitos.

Se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

HOJA DE ACTIVIDADES

LOCUAS		Interno	
		Externo	
ESTABILIDAD		Estabilidad	
		Inestabilidad	
ESPECIFICIDAD		Global	
		Específico	

SESIÓN 04

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : Técnicas de conceptualización alternativa.

N° DE S SESIÓN : 01

TIEMPO DE DURACIÓN: 1 Hora.

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Técnica de conceptualización alternativa: Se trata de buscar de forma activa, con la ayuda inicial del terapeuta, interpretaciones distintas a las realizadas por el cliente en un primer momento, y encontrar explicaciones alternativas a los problemas que se le plantean. Mediante esta técnica se pretende contrarrestar la tendencia a realizar interpretaciones únicas y la dificultad de encontrar solución a los problemas

III. OBJETIVO

Encontrar explicaciones alternativas a los problemas que se le plantean el paciente

IV. TIEMPO

1 Hora.

V. MATERIALES

➤ Humanos

VI. PROCEDIMIENTO

6.6. Desarrollo del Tema

Al paciente se le brindara una cálida bienvenida transmitiendo confianza y seguridad. Se trata de buscar de forma activa, con la ayuda inicial del terapeuta, interpretaciones distintas a las realizadas por el cliente en un primer momento, y encontrar explicaciones alternativas a los problemas que se le plantean. Mediante esta técnica se pretende contrarrestar la tendencia a realizar interpretaciones únicas y la dificultad de encontrar solución a los problemas.

Se le entrega la hoja de Actividad N° 1 al Paciente para que identifique el problema que se plantea , luego el terapeuta realiza la Actividad N° 2 buscando Alternativas de Solución, de las ideas del paciente que trabajado anteriormente

Se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación.

HOJA DE ACTIVIDAD N°1

Paciente identifica el problema.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

HOJA DE ACTIVIDAD N°2

Terapeuta

Alternativas de Solución, de las ideas del paciente que trabajado anteriormente en la hoja 1.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

SESIÓN 05

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN	: Técnicas basadas en la imaginación
N° DE SESIÓN	: 01
TIEMPO DE DURACIÓN	: 1 Hora.

II. FUNDAMENTACIÓN

Beck (1976). Técnicas basadas en la imaginación, Constituyen un elemento de trabajo fundamental en Terapia Cognitiva. Hay un porcentaje importante de personas a las que les resulta mucho más fácil detectar imágenes visuales que pensamientos asociados a sensaciones de malestar. Desde las primeras fases de la terapia se utiliza algún tipo de técnica en la que está implicado el uso de la imaginación. Una forma habitual de explicar la influencia de las cogniciones en las emociones y en la conducta, es pedir que se imagine una situación particular e ir preguntando al cliente por los sentimientos y conductas que le acompañan, luego cambiar los pensamientos manteniendo la situación y preguntar por el cambio de sentimientos y conductas que se producen.

Beck, Rush, Shaw, y Emery (1979) recogen algunas de las principales técnicas cognitivas basadas en la imaginación que se utilizan en Terapia Cognitiva:

- Parada de imágenes.
- Repetición continuada. .
- Proyección temporal.
- Parada de imagen catastrofista.
- Imaginación inducida.

- Repetición de metas.
- Imaginación positiva.
- Imaginación como estrategia de coping.

III. OBJETIVO

Detectar imágenes visuales que pensamientos asociados a sensaciones de malestar

IV. TIEMPO

1 Hora.

V. MATERIALES

➤ Humanos

VI. PROCEDIMIENTO

6.7. Desarrollo del Tema

Al paciente se le brindara una cálida bienvenida trasmitiendo confianza y seguridad.

Técnicas basadas en la imaginación: Constituyen un elemento de trabajo fundamental en Terapia Cognitiva. Hay un porcentaje importante de personas a las que les resulta mucho más fácil detectar imágenes visuales que pensamientos asociados a sensaciones de malestar. Desde las primeras fases de la terapia se utiliza algún tipo de técnica en la que está implicado el uso de la imaginación. Una forma habitual de explicar la influencia de las cogniciones en las emociones y en la conducta, es pedir que se imagine una situación particular e ir preguntando al cliente por los sentimientos

y conductas que le acompañan, luego cambiar los pensamientos manteniendo la situación y preguntar por el cambio de sentimientos y conductas que se producen.

Parada de imágenes. Se pide al paciente que cuando comience una fantasía, recuerdo o imagen que le provoque malestar emocional, dé un golpe fuerte o diga "alto" para interrumpir el curso de la imaginación. Después puede intentar imaginar alguna escena o fantasía agradable para evitar la aparición de las imágenes desagradables.

- Repetición continuada. Cuando el paciente informa de grandes dificultades para interrumpir el curso de una fantasía o imaginación, se recomienda que rememore y repita incesantemente la escena o fantasía que provoca malestar hasta que se reduzca la sintomatología emocional.
- Proyección temporal. Consiste en pedir a la persona que cuando le venga una imagen con alto contenido emocional, intente imaginar la escena como si ocurriese en un momento temporal distinto: una semana después, un mes, un año, pretendiendo que la distancia le permita alcanzar cierta objetividad. Imaginar metáforas. Puede ayudar al paciente a representarse mentalmente visiones alternativas de una situación.
- Parada de imagen catastrofista. Se pide al paciente que, ante la representación mental de escenas o imágenes catastrofistas, intente incluir en la escena o fantasía los datos positivos, agradables o neutros que ha omitido, con el fin de que la fantasía se acerque más a la realidad, al considerar también otros datos objetivos.
- Imaginación inducida. Se trata de que el paciente intente transformar una imaginación negativa en otra más neutra o positiva, con la intención que vaya experimentando mayor control de su imaginación y pueda fantasear con situaciones o conductas más adaptativas.

- Repetición de metas. Para incrementar la autoeficacia percibida, se pide al paciente que repita en su imaginación las conductas y acciones deseadas, incluyendo las autoinstrucciones positivas que le puedan facilitar su ejecución.
- Imaginación positiva. Se sugiere al paciente que genere fantasías o imágenes positivas que le permitan reducir el tiempo dedicado a las negativas. Este tipo de fantasías positivas le pueden ser útiles como técnicas distractivas cuando el malestar emocional se incrementa.
- Imaginación como estrategia de coping. Se entrena al paciente para que utilice la imaginación como estrategia de afrontamiento al visualizarse a sí mismo haciendo frente a distintas situaciones o visualizando cómo lo harían otras personas (modelado encubierto). Deberá ir cambiando la situación de menos a más amenazante y entrenándose mentalmente en distintos posibles finales. Se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación.

SESIÓN 06

I. DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN : Aplicación del cuestionario

N° DE SESIÓN : 01

TIEMPO DE DURACIÓN : 1 Hora.

II. FUNDAMENTACIÓN

Se realizara la evaluación del post tes,, Inventario de ansiedad de Beck (BAI).

III. OBJETIVO

Aplicación del postest

IV. TIEMPO

1 Hora.

V. MATERIALES

➤ Humanos

VI. PROCEDIMIENTO

6.8. Desarrollo del Tema

Se realizara la evaluación del post tes,, Inventario de ansiedad de Beck (BAI).

se deberá revisar si todas las preguntas han sido contestadas, puesto que si algún ítem ha sido dejado en blanco, o tiene dos respuestas al mismo tiempo, se anulara la resolución de aquella prueba. Por otro lado para hallar el puntaje respectivo Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se

considerará sólo la de mayor puntuación. Luego se procederá a sumar los puntajes obtenidos para ubicarlos, para que finalmente nos permita ubicar al sujeto en un rango o categoría determinada.

se concluirá con el cierre de la sesión agradeciendo al paciente por su participación

CONCLUSIONES

Después de conocer los resultados del presente trabajo de investigación, se llega a las siguientes conclusiones:

Se determinó que existe un nivel severo de ansiedad, razón por la cual se propone el programa cognitivo conductual de Beck, para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica de una clínica de Chiclayo 2017.

Se diseñó un programa Cognitivo Conductual para reducir los indicadores de Ansiedad según el Inventario aplicado en las áreas; Fisiológicas, conductuales, cognitivos y afectivos, en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica de Chiclayo 2017. También este programa fue valido por criterio de jueces aceptado para su posterior aplicación

RECOMENDACIONES

Se recomienda entregar la Propuesta programa cognitivo conductual para reducir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica del de una clínica.

A los investigadores aplicar la propuesta de un programa cognitivo conductual para reducir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica de una clínica.

Capacitar a los psicólogos para poder implementar el programa cognitivo conductual de de Beck, para reducir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica de una clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Archila, V. (2012). *Programa Psicoprofiláctico para la reducción de ansiedad preoperatoria en niños. Guatemala.*
- Alonso, J. (2005). *Programa de preparación psicológica en Cirugía Infantil programada.* Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual:56.
- Angulo, C. & Uribe, I. (2000). *Ansiedad Y Depresión en Padres de niños con y sin Diagnóstico de cáncer.* Tesis Para obtener el título de licenciadas en psicología, Escuela de psicología, Universidad Cesar Vallejo, Trujillo, Perú.
- Analuisa, E. (2016). *Ansiedad del paciente previo al proceso quirúrgico.* Tesis Para obtener el Grado Académico de Magister en Enfermería quirúrgica, Universidad Regional Autónoma de los Andes Uniandes . Ambato – Ecuador.
- Atupaña, K & Muñoz, J (2013). *La Psicoprofilaxis quirúrgica y sus efectos en la ansiedad de pacientes preoperatorios del hospital militar de la ciudad de Riobamba.* Tesina de Grado previo a la Obtención del Título de Psicólogo Clínico. Universidad Nacional de Chimborazo Ecuador.
- Arevalo, L. (2016) *Nivel de ansiedad en pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Tingo María” Perú.*
- Aylas, L. (2017) *Ansiedad del paciente en el preoperatorio programado en la especialidad de traumatología del servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora, Universidad Nacional Mayor de San Marcos Universidad del Perú.* Decana de América Facultad de Medicina Unidad de Posgrado Programa de Segunda Especialización en Enfermería.

- Agramonte del Sol A, Mena MF, Fernández GL.(2007) Limitaciones del Enfoque Cognitivo en la formación integral del profesional de enfermería. Rev Cubana Enfermer [en línea]. 2007 [fecha de acceso 20 de mayo 2017] 23 (2): 0-0. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000200004&lng=es&nrm=iso>
- Beck, A & Clark, A (2012). Libro de terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad. editorial desclee de brouwer, S.A., 2012.
- Beck, A & Clark, A (2012). *Libro de terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Editorial Desclee de Brouwer, S.A., 2012
- Carapia, A. & Otros. (2011). *En su investigación titulada Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria*, México, Revista Mexica de Anestesiología, Vol 34.Nº4 pp260-263
- Díaz, C & serrato, K. (2017). *“Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo*. Tesis Para obtener el título de Licenciadas en Enfermería, Escuela Profesional de Enfermería, Universidad Señor de Sipán , Chiclayo, Perú.
- Delgadillo, G. (2016). *El nivel de ansiedad del paciente en periodo pre quirúrgico en cirugía de emergencia en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena Ayacucho*. Tesis Para obtener el Título Profesional de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Facultad de Medicina; Unidad de Posgrado.

- Escobar, A (2015) Ansiedad en la recuperación quirúrgica. Tesis Para obtener el título de Licenciatura en Psicología Clínica. Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenago Guatemala
- Flores, N. (2017). *Efecto de una intervención educativa en el manejo de ansiedad en pacientes durante el periodo preoperatorio mediato en el servicio de cirugía del hospital maría auxiliadora*; Tesis Para obtener el título de licenciadas en Enfermería, Escuela Profesional de Enfermería, Universidad Privada San Juan Bautista , Lima, Perú.
- Gaona, D. (2017).Ansiedad pre operatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora .Tesis para obtener el título de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja– Ecuador
- García Alonso, I(1991). *Et al. Enfermería e información al paciente quirúrgico*. En rev. Enfermería Científica. Madrid: Ed. Francisco Alberdi Valdés, Mayo, , 110: 25-27 .
- Gavito M, (2000). Corona M, Villagrán M, Morales J, Téllez J, Ortega-Soto H. *La información anestésica quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracotomizados*. Rev Inst Nal Enf Resp Mex;13:153-6.
- Goloman, H. (1992).*Psiquiatría general* .México. Manual moderno. S.A.
- Hernández, I.(2014) Cuidado espiritual y nivel de ansiedad situacional en pacientes quirúrgicos del Hospital Regional de Ayacucho (tesis doctoral). Arequipa: Universidad Nacional San Agustín; 2014.
- Hernández et al. (2010), *Metodología de la investigación*, quinta edición.

- López Roig, S.(1995). *Preparación Psicológica del paciente quirúrgico. En Ciencias Psicosociales Aplicadas II*. Madrid: Ediciones Síntesis S.A., 99-108
- López Roig, S; (1991). et al. *Ansiedad y cirugía: Un estudio con pacientes oftalmológicos*. En rev. Revista de Psicología General y Aplicada. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., Enero. Volumen 44: 87-93 .
- López Roig, S, Pastor, MA; Rodríguez Marín, J. (1993). *Programas de preparación psicológica para la cirugía. En Intervención conductual en contextos comunitarios I*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.,: 169-233.
- López R.(1991) et al. *Ansiedad y cirugía: Un estudio con pacientes oftalmológicos*. En rev. Revista de Psicología General y Aplicada. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., Enero Volumen 44: 87-93 .
- Navas, J. (1989).*Ansiedad en la Toma de Exámenes -Algunas Explicaciones Cognoscitivas-conductuales*. Revista de aprendizaje y comportamiento, 1,17-19.
- Moix J. (1997) *Evaluación de la ansiedad en la antesala del quirófano*. Medicina Clínica ;108:157-8.
- Mori, S. (2014) *Nivel de ansiedad de la persona en el periodo pre operatorio*. San Martín. Perú
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Centro de Prensa: La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400% [en línea] Ginebra: 2016 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depressionanxiety-treatment/es/>

Orellana, F. (2015), "*Prevalencia de ansiedad y factores asociados en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica en el Hospital José Carrasco Arteaga en Cuenca*". Tesis Para obtener el Título de Especialista en Anestesiología Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Centro de Posgrados Cuenca- Ecuador.

Papalia. & wenkdos, S. (1993). *Psicología*. México: Mc .Graw-HILL.

Quintana, A. & Montgomery, W. (2006). *Psicología: Tópicos de actualidad*. Lima: UNMSM. Perú.

Rodríguez, J.; Mayo, L.; Fanning, M. Factores asociados a la ansiedad del paciente en el pre operatorio inmediato en el servicio de cirugía del hospital provincial docente belén de Lambayeque. [Tesis]. Perú: Universidad Señor de Sipán; 2015

Spielberger, Ch. (1980). *Tensión y Ansiedad*. México: Harla.

Wolpe, J. (1981). *Práctica de la Terapia de la conducta*. México: Ediciones Trillas S.A.

Zavala, Del Refugio Ma.; Martínez, Olga Vázquez; Whetsell, Martha V.(2006). *Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos*, Aquichan. oct2006, vol. 6 Número 1, p8-21. 14p.

ANEXOS

Anexo 1

Instituciones: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo- Unidad de Post Grado

Clínica Juan Pablo II

Investigador: Lic. Alicia del Rocio Rodríguez Ramos

Título: Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Propósito del Estudio: Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: "PROPUESTA DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL DE UNA CLÍNICA DE CHICLAYO ". Este es un estudio desarrollado por investigador Alicia del rocio Rodríguez Ramos de la: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo- Unidad de Post Grado, Estoy realizando este estudio para evaluar la ansiedad en pacientes programados en una intervención quirúrgica, con las especialidad de traumatología.

Procedimientos: Si usted acepta participar en este estudio se le harán los siguientes Evaluación : 1. Se le tomará Inventario de ansiedad de Beck (BAI), comprende un cuestionario de 21 Insten, Indicaciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

Riesgos: No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Beneficios: Usted se beneficiará porque conocerá si tiene ansiedad, Se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan. El costo de la aplicación del cuestionario será cubierto por el estudio y no le ocasionarán gasto alguno.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Su cuestionario no será mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida: los resultados de dicha investigación serán antecedentes de otras investigaciones.

Autorizo que se me aplique la evaluación del Inventario de ansiedad de Beck (BAI) SI () NO ()

Derechos del paciente: Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a..... tel..... Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética e Investigación de la Clínica Juan Pablo II, anexos CONSENTIMIENTO: Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante:

Nombre:.....

DNI:

Fecha:.....

Testigo

Nombre:

DNI:

Fecha.....

Anexo 2

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)				
Indicaciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado. O que se le va la cabeza.				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8. Inestable.				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor de morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores fríos o calientes				

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

0 a “en absoluto”

1 a “levemente, no me molesta mucho”,

2 a moderadamente, fue muy desagradable
pero podía soportarlo”

3 a “severamente, casi no podía soportarlo”.

0-21= ansiedad muy baja

22-25= ansiedad moderada

36 o más= ansiedad severa

Anexo 3

FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO DE ANSIEDAD

Título	: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
Autores	: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
Editor de adaptación española	: Pearson Education, S.A
Duración	: 5-10 minutos
Áreas de aplicación	: Psicología Clínica
Administración	: Individual y Colectiva
Ámbito de Aplicación	: Puede aplicarse a personas pertenecientes a poblaciones clínicas, y también a la población general, adultas y adolescentes (de 13 años de edad o mas).
Materiales	: Protocolo, lápiz y etc
Consigna	: Indicaciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.
Baremación	: Ansiedad muy baja (0-21) Ansiedad moderada (22-25) Ansiedad severa (36 o más)

Tabla 1 Generación de baremos de ansiedad

Escala de:

Calificación	Categoría
1	Ansiedad muy baja
2	Ansiedad moderada
3	Ansiedad severa

Tabla 2: Análisis de fiabilidad

Resumen de los procesamientos de los casos

	N	%
validos	20	100,0
Casos Exclusivos ^a	0	,0
Total	20	100,0

.^a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadística de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,90	21

El inventario de ansiedad de Beck consta de 21 preguntas, se analizó la validez de contenido mediante la valoración de expertos; se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach.

Mediante la varianza de los ítems

$$\alpha = \left\{ \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right] \right\}$$

Dónde:

α = Alfa de Cronbach

K = Número de ítems

V_i = Varianza de cada ítem

V_t = Varianza total

Teniendo como resultado para este instrumento es de 0,90; indicando que es altamente confiable.

Anexo 4



Pimentel, 19 de junio de 2017

Señor (a):
DR. JAIM E MURRILLO FEIJOO
Director Ejecutivo del Hospital Juan Pablo II

Asunto : Solicitar autorización para que la alumna de psicología ingrese a su institución.

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo a nombre de la alumna RODRIGUEZ RAMOS ALICIA DEL ROCIO de la UNIDAD DE POSGRADO DE CIENCIAS HISTÓRICAS SOCIALES Y EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICAS SOCIALES Y EDUCACIÓN, asimismo teniendo presente su alto espíritu de colaboración, le solicito gentilmente autorice el ingreso, para que pueda realizar a los pacientes aplicación , Inventario de ansiedad de Beck (BAI) para el Informe Final de tu Tesis para el grado de Maestría.
en horarios coordinado a su despacho.

Por lo que pido a usted, brinde las facilidades del caso a fin que no tenga inconveniente en el desarrollo de dicho Inventario.

Agradezco por anticipado la atención que brinde al presente y sin otro particular, aprovecho la oportunidad para renovarle las muestras de mi especial consideración.

Me despido de usted,

Atentamente.

Lic. Alicia de Rocio Rodríguez Ramos
C.P.P 25989

Anexo 5



FORMATO DE EVALUACIÓN DE EXPERTOS

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN

Nombres y apellidos del juez:.....

Grado de Formación Profesional: Maestría

Usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de una “PROPUESTA DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE UNA CLINICA DE CHICLAYO, 2017”, que forma parte de la tesis que será presentada para obtener el grado académico de Maestro en Psicología con mención en Psicología Clínica, de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque. En razón a ello se le alcanza el Formato con las 20 sesiones que componen esta propuesta de un programa y el que servirá para que usted pueda hacer llegar sus apreciaciones sobre cada sesión del programa que forma parte de esta investigación, realizada por la Licenciada en Psicología Alicia del Rocio Rodríguez Ramos, con N° de colegiatura; 25989 identificada con el N° de DNI 46853430.

El Objetivo principal de este trabajo de investigación es proponer un programa cognitivo conductual para reducir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica de una clínica de Chiclayo, 2017.

Agradezco al presente sus aportes, basadas en su amplia experiencia Profesional que permitirá validar esta Propuesta de Programa, criterio requerido para la culminación de esta investigación.

A continuación sírvanse identificar la sesión y apuntar cada una de sus observaciones en el cuadro.

N°	Título	Objetivo	De acuerdo	Desacuerdo	Observaciones
TÉCNICAS CONDUCTUALES					
1	Conociéndonos	Aplicación del pret test			
2	Programación de actividades	Que el paciente se perciba capaz de controlar su tiempo y realizar algunas actividades, el programa que se establezca ha de ser realista para que pueda llevarlo a cabo y obtener pruebas a favor de su capacidad.			
3	Role-playing	Ensayar la conducta a realizar, que el paciente compruebe que sus pensamientos sobre lo que va a ocurrir no son necesariamente verdad, puesto que existen alternativas diferentes a las que él ha pensado.			
4	Técnicas de afrontamiento	Modificar los pensamientos disfuncionales y que el paciente desarrolle técnicas de afrontamiento.			
5	Técnicas de control de estímulos	Aliviar las dificultades de sueño.			
6	Relajación como estrategia de coping	Paciente sea capaz de identificar el estado de tensión de cada parte de su cuerpo mediante ejercicios físicos contracción-relajación			
7	Exposición graduada o prolongada en vivo	Paciente Identifique las sensaciones que está experimentando			
8	Control de la respiración o técnicas de hiperventilación	Entrenamiento corrector de la respiración.			
9	Entrenamiento asertivo	Es introducir al paciente en las ideas centrales del comportamiento asertivo			

TÉCNICAS EMOTIVAS					
1	Inducción de autocompasión	Eliminar el sufrimiento y a producir bienestar en quien sufre.			
2	Inducción de cólera controlada	Paciente identifique aspectos de la experiencia o la situación que puedan provocar cierto enfado con la vida.			
3	Distracción externa.	Paciente se logre relajar.			
4	Hablar de forma limitada de los sentimientos	Procedimiento para reducir el sentimiento de tristeza.			
5	Análisis de responsabilidad	Para reducir los sentimientos de culpa			
TÉCNICAS COGNITIVAS					
1	Los autorregistros	Recoger información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día y conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar.			
2	Descubrimiento guiado	Ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático.			
3	Técnicas cognitivas específicas	Modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales.			
4	Técnica de conceptualización	Encontrar explicaciones alternativas a los problemas que se le plantean el paciente.			
5	Técnicas basadas en la imaginación	Detectar imágenes visuales que pensamientos asociados a sensaciones de malestar			
6	Aplicación del cuestionario	Aplicación del postest			

FICHA TÉCNICA PROPUESTA DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL

Nombre Original	: Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales .
Autor	: M. Ángeles Ruiz Martha Isabel Díaz Arabella Villalobos
Procedencia	: UNED- España.
Administración	: Individual y Colectiva
Ámbito de Aplicación	13 años de edad a más.
Adaptado por	: Rodríguez Ramos Alicia del Rocio
Propósito	: Reducir la ansiedad pacientes pre quirúrgicos.
Significación	: Compuesta por 3 Áreas.
Materiales	: Protocolo, lápiz y etc.

Validez:

Para este procedimiento se realizó mediante tipo de Validez de contenido la cual fue determinada por el criterio de expertos quienes corroboraron con la coherencia entre el marco teórico, la versión original del programa se tomó algunas características sustentándose bajo el marco teórico.

VALIDEZ DEL PROGRAMA

La ALUMNA RODRÍGUEZ RAMOS ALICIA DEL ROCIO, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO - DE LA FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN -SECCIÓN DE POSTGRADO – UNIDAD DE MAESTRÍA, CONMENCION EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

Realizo una PROPUESTA DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE UNA CLINICA DE CHICLAYO, 2017.; fue valido por criterios de tres jueces siendo estos psicólogos, se les presento a cada uno la copia de la propuesta del programa para las observaciones correspondientes.

Luego de estas observaciones se procedió a corregir en base a los 3 jurados, respectivamente se realizó las rectificaciones planteadas por los 3 jurados.