



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA
EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

Programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad en los adultos mayores de una iglesia de Chaclacayo 2022.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Intervención Psicológica

AUTOR:

Schmidt Urdanivia, Jürgen (orcid.org/0000-0002-3684-2096)

ASESOR:

Dr. Rodriguez Vega, Juan Luis (orcid.org/00000002-2639-7339)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Modelos de Intervención Psicológica

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Apoyo a la reducción de brechas y carencias en la educación en todos sus niveles

TRUJILLO – PERÚ

2022

Dedicatoria

Dedico mi trabajo a todos aquellos adultos mayores que, además de todas las vicisitudes de la vida, lidian con la ansiedad diariamente y que se resisten a sucumbir ante los estragos que esta puede causar.

Agradecimiento

Toda mi gratitud en primer lugar a Dios, quien vela por la ciencia y nos da la sabiduría para conocer la mente humana, su funcionamiento y cómo tratarla en sus diferentes estados. En segundo lugar, agradezco a mi madre, Blanca Urdanivia Ruiz, por su apoyo y aliento constante e incondicional en el transcurrir de mi vida y mis estudios. En tercer lugar a mi esposa Vanessa Salazar y mis dos hijos Jürgen y Samuel por su amor y soporte.

Índice de Contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	14
3.1. Tipo y diseño de investigación.	14
3.2. Variables y operacionalización de las variables.	14
3.3. Población, muestra y muestreo.	15
3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos.	16
3.5. Procedimientos.	17
3.6. Método de análisis de datos.	17
3.7. Aspectos éticos.	18
IV. RESULTADOS	19
V. DISCUSIÓN	24
VI. CONCLUSIONES	30
VII. RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS	32
ANEXOS	39

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Caracterización de la población de acuerdo al sexo de adultos mayores que asisten a La iglesia de Chaclacayo</i>	16
Tabla 2 <i>Nivel descriptivo de la variable ansiedad</i>	19
Tabla 3 <i>Nivel descriptivo de la dimensión respuesta cognitiva</i>	20
Tabla 4 <i>Nivel descriptivo de la dimensión respuesta fisiológica</i>	21
Tabla 5 <i>Nivel descriptivo de la dimensión respuesta motora</i>	22

Índice de figuras

Figura 1 Resultado descriptivo de la ansiedad en adultos mayores de una Iglesia de Chaclacayo.....	19
Figura 2 Resultado descriptivo de la dimensión respuesta cognitiva en adultos mayores de una iglesia de Chaclacayo.....	20
Figure 3 Resultado descriptivo de la dimensión respuesta fisiológica en adultos mayores de una Iglesia de Chaclacayo.....	21
Figure 4 Resultado descriptivo de la dimensión respuesta motora en adultos mayores de una Iglesia de Chaclacayo.....	23

Resumen

La presente investigación se orientó a determinar en qué medida el programa cognitivo conductual reducirá la ansiedad en adultos mayores de una Iglesia de Chaclacayo, 2022. Para tal fin, la muestra estuvo conformada por 100 participantes, adultos mayores pertenecientes a la Iglesia de Chaclacayo. Para realizar la evaluación, se empleó la Escala de Ansiedad WCHAI. El instrumento es de procedencia peruana, creada por Chávez (2018). El diseño empleado fue descriptivo propositivo y para el análisis de datos se hizo uso del software IBM SPSS. Los principales resultados muestran que el 19,0% de participantes presentó nivel bajo de ansiedad, el 53,0% nivel medio y el 28,0% nivel alto. Ante la necesidad observada, para la intervención, se propone el modelo cognitivo conductual, dicho modelo enfoca su atención en la sintomatología que se manifiesta en el presente, estructurando cada objetivo y proyecto de trabajo, orientado a metas y a la modificación tanto cognitiva como conductual. El programa está constituido por 20 sesiones, empezando por la aplicación de un pre test, siguiendo con la aplicación de las diferentes técnicas que plantea el modelo para finalmente culminar con la aplicación de un pos test y valorar los resultados obtenidos. La investigación concluye mencionando que, en los adultos mayores, se ha observado alta frecuencia de ansiedad, por tanto, es determinante generar una intervención efectiva para reducir las manifestaciones ansiosas.

Palabras clave: ansiedad, programa cognitivo conductual, adultos mayores.

Abstract

This research was aimed at determining to what extent the cognitive behavioral program will reduce anxiety in older adults from the Chaclacayo church 2022. For this purpose, the sample consisted of 100 participants, older adults belonging to the Christian Mission Church of Chaclacayo. To carry out the evaluation, the WCHAI Anxiety Scale was used. The instrument is of Peruvian origin, created by Chávez (2018). The design used was descriptive and purposeful, and the IBM SPSS software was used for data analysis. The main results show that 19.0% of participants presented low level of anxiety, 53.0% medium level and 28.0% high level. Given the observed need, for the intervention, the cognitive behavioral model is proposed, this model focuses its attention on the symptomatology that manifests itself in the present, structuring each objective and work project, goal-oriented and both cognitive and behavioral modification. The program is made up of 20 sessions, beginning with the application of a pre-test, continuing with the application of the different techniques proposed by the model to finally culminate with the application of a post-test and evaluating the results obtained. The research concludes by mentioning that, in older adults, a high frequency of anxiety has been observed, therefore, it is crucial to generate an effective intervention to reduce anxious manifestations.

Keywords: anxiety, cognitive behavioral program, older adults.

I. INTRODUCCIÓN

La ansiedad ha sido estudiada desde diversos enfoques y teorías, conceptualizándola como una respuesta fisiológica, emocional y conductual a través de manifestaciones cognitivas, somáticas asociadas a la anticipación de eventos catastróficos reales o imaginarios, temores y preocupaciones de eventos que sitúan en una posición de riesgo la integridad del ser humano (Delgado et al., 2021). Por tanto, son respuestas cotidianas en las personas y, a nivel mundial, se estima que el 10% de la población ha desarrollado algún problema emocional producto de la ansiedad, sin embargo, solo el 27,6% han tenido la oportunidad de acceso a tratamientos oportunos para apoyar la rehabilitación emocional (Alonso y Evans, 2018).

Por otro lado, de acuerdo a las condiciones de salud actual producto del Covid-19, la presencia de la ansiedad ha aumentado, posicionándose como un problema de salud social grave. En este sentido, se estima que aproximadamente el 28,8% de la población ha presentado altos niveles de ansiedad, siendo un problema de gran demanda en servicios de salud y atención psicológica (Qiu et al., 2020).

Asimismo, los principales resultados encontrados sobre las consideraciones de la salud mental como consecuencia del coronavirus han sido reunidos sistemáticamente (Huarcaya-Victoria, 2020), reportando que los principales efectos se encuentran en función de la ansiedad, la depresión, el miedo y la reacción al estrés en la población en general. Respecto a la ansiedad como síntoma principal, en el contexto del COVID-19, la Organización Mundial de la Salud (2022) reportó que el principal impacto de la enfermedad son las tasas elevadas de ansiedad. Las personas con altos niveles de ansiedad por la salud se encuentran susceptibles a interpretar cualquier síntoma físico inofensivo como prueba de que se encuentran infectados, lo que aumenta su ansiedad y altera su comportamiento, sueño, y su capacidad para tomar decisiones de manera racional (Asmundson y Taylor, 2020).

A nivel nacional, en Lima se observó que el 10,7% de adultos presentaron nivel severo de ansiedad, el 39,3% nivel moderado, el 32,1% nivel leve y el 17,9% no presentaron manifestaciones ansiosas (Cosio, 2021). De acuerdo al Ministerio de Salud (2021), reportaron que, en la población adulta, el 20% presenta algún

problema de salud mental, los cuales se encuentran asociados y son derivados de la ansiedad.

Apoyando lo expuesto, Millones y Guevara (2021), refirieron que el 52,2% presentaron nivel extremadamente severo de ansiedad, el 15,7% nivel severo y el 17,4% presentó solo nivel moderado. Por tanto, de acuerdo a la prevalencia reportada, se presenta la necesidad de contar con modelos de intervención psicoterapéutica que presenten estándares requeridos para un el tratamiento oportuno de la ansiedad; dentro de estos tratamientos se consideran, como uno de los más eficaces, los derivados de la terapia cognitiva conductual (Ortiz, 2022).

Al respecto, el modelo cognitivo conductual ha demostrado ser efectivo para el tratamiento de la ansiedad en la población adulta (García et al., 2020). Esta terapia está orientada a la modificación de los esquemas cognitivos, las creencias, hábitos de vida, conductas, actitudes que se encuentran relacionadas con las manifestaciones ansiosas (Soto et al., 2022).

Por otro lado, el modelo planteado está orientado a la modificación de la asociación entre los estímulos que provienen del entorno y las respuestas conductuales, las cuales son moderadas, además, por la percepción y constitución cognitiva de las personas (Dobson y Dozois, 2010).

Asimismo, es una forma de intervención psicológica y terapéutica, la que tienen como fin el cambio sintomatológico, resolutorio de las manifestaciones desagradables y supresoras de malestares conductuales, según sea el caso en el cual se interviene. En comparación a otros modelos terapéuticos, la terapia cognitivo conductual es directiva, orientada a objetivos claramente establecidos, se centra específicamente en la modificación de las cogniciones y conductas y, por lo tanto, el aprendizaje de nuevas conductas para lograr habilidades personales de afrontamiento (Fullana et al., 2012).

En este sentido, se explica que la efectividad de la terapia cognitivo conductual está fundamentada por el trabajo medible que presenta en sus procedimientos, por la aplicación de métodos probados científicamente, a pesar de ser un modelo frecuentemente cuestionado por la falta de reconocimiento de la complejidad y naturalidad de la personalidad (Scarpa et al., 2013).

Por lo expuesto, es importante el planteamiento de programas que estén fundamentados sobre cimientos establecidos y probados científicamente, para

ofrecer a la población medios estandarizados y de intervención que favorezca su recuperación emocional. Por tanto, se formula la pregunta de investigación ¿Cómo sería el programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad en adultos mayores de la Iglesia Misión Cristianos Chaclacayo, 2022? La propuesta del presente trabajo de investigación es importante en la medida que se orienta a realizar un diagnóstico inicial de la prevalencia de la ansiedad en adultos y, a partir de ello, proponer un programa derivado de la terapia cognitivo conductual, con procedimientos, estrategias y técnicas que resulten ser eficaces para reducir las respuestas sintomatológicas de la ansiedad, tanto emocionales, somáticas, físicas y cognitivas, promoviendo hábitos conductuales saludables y de afrontamiento para los adultos.

En función del valor teórico, la descripción de la variable y el modelo considerado para la intervención serán fundamentados partiendo de los postulados teóricos más relevantes, los cuales, además, serán de utilidad para el planteamiento del programa y la descripción de los resultados; de igual modo, el resultado que se reportará posteriormente pretende apoyar la comprensión de la variable y cómo se presenta en la población adulta mayor. De acuerdo a la relevancia social y dadas las condiciones de salud actual, las manifestaciones de ansiedad han aumentado considerablemente, por tanto, ante la demanda en servicios de salud, es necesario tener acceso a tratamientos terapéuticos que sean eficaces y oportunos para cada persona. En este sentido, el programa que se propondrá pretende favorecer a los profesionales que se desenvuelven en la práctica clínica y, en efecto, en la aplicación con personas que requieran de procesos terapéuticos en la reducción de la ansiedad.

Por último, en función de las implicancias prácticas, el presente estudio será un precedente importante, para que en futuras investigaciones se pueda tomar como referencia el programa propuesto para la aplicación o adaptación que favorezca la intervención en la población que requiera.

Por otro lado, el objetivo general propone determinar en qué medida el programa cognitivo conductual reducirá la ansiedad en adultos mayores de la Iglesia Misión Cristianos de Chaclacayo, 2022. De acuerdo a los objetivos específicos, se plantea identificar los niveles de ansiedad en adultos mayores de la Iglesia

Misión Cristianos de Chaclacayo, fundamentar el programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad en adultos mayores de la Iglesia Misión Cristianos de Chaclacayo 2022 y, por último, diseñar el programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad en adultos mayores de la Iglesia Misión Cristianos de Chaclacayo.

II. MARCO TEÓRICO

Se presentan los trabajos que anteceden a la presente investigación. A nivel internacional, se tiene el estudio de García et al. (2020), titulado efectos de un programa de prevención de la ansiedad y depresión para adolescentes en variables educativas y de bienestar. Se planteó el objetivo de determinar la eficacia de un programa elaborado a partir de las técnicas cognitivo conductual para prevenir la ansiedad y depresión. El diseño de estudio fue controlado aleatorizado. La muestra estuvo conformada por 151 participantes. Respecto a la intervención, se planteó un programa de 9 sesiones de 55 minutos cada una. Los resultados principales muestran reducción significativa de la sintomatología ansiosa y depresión en toda la muestra, debido a la efectividad del programa empleado. Por tanto, se concluye mencionando que el programa aplicado fue efectivo.

Asimismo, se presenta el estudio de García y Contreras (2019) titulado intervención cognitivo conductual en un caso de ataques de pánico, donde el objetivo fue probar la eficacia de un programa elaborado bajo los fundamentos de la terapia cognitivo conductual para casos de ataques de pánico. El programa elaborado estuvo conformado por 11 sesiones, de 1 hora de duración cada una. De acuerdo a los resultados, en la medición inicial se obtuvo una puntuación de 28 respecto a la ansiedad mientras que en la medida final fue de 12. En función a la ansiedad estado, en la medida inicial fue de 49 y, después del tratamiento aplicado, resultó una puntuación de 23. Por tanto, de acuerdo a los resultados mostrados, se concluye que el programa fue efectivo para reducir la ansiedad.

Por otro lado, a nivel nacional se tiene el estudio de Flores (2018) titulado efecto del programa cognitivo conductual para disminuir el estrés y mantener el control metabólico en pacientes. La finalidad del estudio fue valorar la efectividad de programa para la disminución del estrés. El diseño de estudio empleado fue cuasiexperimental y la población estuvo conformada por 20 pacientes. El programa desarrollado estuvo compuesto por 10 sesiones de 1 hora de duración cada una. En el grupo experimental, se observó que, antes de la intervención, el 40% presentó estrés en el nivel medio y el 60% estrés en el nivel alto. Asimismo, el 10% presentó ansiedad en el nivel alto y el 90% en el nivel medio. Después de la intervención realizada, respecto a la ansiedad, el 60% presentó ansiedad

en el nivel medio y el 40% en el nivel bajo. Se concluye que el programa elaborado fue efectivo para los fines propuestos.

El estudio de Ruesta (2020) titulado incidencia del programa de intervención “manejando mi ansiedad ante los exámenes” en la disminución de ansiedad. La finalidad del estudio fue probar la efectividad del programa derivado de los supuestos de la terapia cognitivo conductual para reducir la ansiedad. El método empleado para el estudio fue pre experimental, en dónde se contó con una muestra de 9 participantes. El programa estuvo conformado por 9 sesiones, de 2 horas y 30 minutos cada una. Como resultados se aprecia que, antes de la aplicación del programa, se observó que el 11,1% presentó ansiedad en el nivel alto, el 77,8% en el nivel medio y el 11,1% en el nivel superior. Después de la aplicación del programa, se observó que el 44,4% de participantes presentaron ansiedad en el nivel bajo, el 22,2% en el nivel bajo, el 22,2% en el nivel medio y el 11,1% en el nivel alto. Por tanto, se concluye mencionando que el programa desarrollado fue efectivo para reducir la ansiedad.

A nivel local, se tiene el estudio de Zapata (2020) titulado intervención cognitivo conductual para la reducción de la ansiedad en adolescentes de un centro psicológico privado. La finalidad del estudio fue reducir la ansiedad en adolescentes. Para tal fin, la muestra estuvo conformada por 5 adolescentes. El programa planteado fue de 14 sesiones, de 1 hora cada una. De acuerdo al resultado, en las puntuaciones directas antes de la aplicación del programa fue de 28, mientras que, después de la aplicación del programa, se redujeron a 20. Por tanto, se concluye que el programa fue efectivo para la reducción de la ansiedad.

Por último, se presenta el estudio de Esquivias (2019), titulado efectos de un programa cognitivo conductual en el estrés laboral de docentes, tuvo la finalidad de determinar los efectos del programa sobre el estrés. El diseño empleado fue pre experimental y la muestra estuvo conformada por 20 docentes. El programa propuesto estuvo conformado por 10 sesiones, de 1,30 horas de duración cada una. De acuerdo a la dimensión ansiedad, antes de la aplicación del programa, el 20,0% presentó ansiedad en el nivel bajo, el 55,0% en el nivel moderado y el 25,0% en el nivel alto. Posteriormente, después de la aplicación del programa,

el 40,0% de participantes presentaron ansiedad en el nivel bajo, el 55,0% en el nivel moderado y el 5,0% en el nivel alto. Por tanto, el programa desarrollado fue efectivo para la disminución del estrés.

A continuación, se describen las teorías más importantes respecto a la variable en estudio. La terapia cognitivo conductual, por sus sigas TCC, se define como los procedimientos terapéuticos orientados a modificar, cambiar las conductas de naturaleza disfuncional mediante principios conductuales y, además, a la modificación de las creencias irracionales y pensamientos disfuncionales, para generar nuevos comportamientos, percepción saludable y emociones que permitan la adaptación de las personas (Caballo, 2007).

La TCC, surge de la combinación de dos planteamientos importantes dentro de la psicología y la psicoterapia: la terapia cognitiva y la terapia conductual (Scarpa et al., 2013; Westbrook, et al., 2011), posicionándose como un procedimiento alterativo a las terapias de esa época, es decir, al modelo psicodinámico, el cuál presentaba poca evidencia científica que respalde la efectividad y los procedimientos que empleaban (Scarpa et al., 2013; Westbrook, et al., 2011).

Por otro lado, desde los planteamientos conductuales, los terapeutas centran su atención en la construcción de la asociación entre los estímulos que provienen de los eventos exteriores y las respuestas conductuales individuales, y en todos los procesos objetivos, no obstante, no es de su consideración aquellos procesos inconscientes y no observables, sino por el contrario, todo aquello que se pueda medir (Dobson y Dozois, 2010). De acuerdo a ello, el éxito de la intervención está respaldada por diversas investigaciones, las posicionaron al modelo por encima de los demás procedimientos terapéuticos, sin embargo, a pesar del éxito reconocido, fue duramente criticado por no considerar aquellos procesos internos que, posteriormente, fueron recogidos por los alcances cognitivos, a partir de los que se empezó a reconocer la importancia del pensamiento, las creencias, interpretaciones de los eventos como aspectos relevantes en la regulación de la conducta humana (Scarpa et al., 2013).

Respecto a los planteamientos cognitivos, Aaron Beck fue el principal difusor del modelo, quien sugirió que los problemas de naturaleza emocional están fundamentados por los pensamientos distorsionados, errores en el

procesamiento de la información, evaluaciones negativas de sí mismo que, a la vez, influyen en la conducta disfuncional (Beck, 1995). Por ello, en la época de los años 70, Beck y colaboradores lograron ser reconocidos por la importancia de sus planteamientos en las intervenciones psicoterapéuticas a nivel mundial, las cuales también estuvieron respaldadas por evidencia científica (Beck, 1995).

Posteriormente, se planteó una forma complementaria, de unión entre los dos modelos antes mencionados, denominada terapia cognitivo conductual, siendo un tratamiento influyente de la intervención, la cual estuvo vigente por décadas como uno de los principales modelos terapéuticos efectivos y, sobre todo, por los cimientos que ofrecieron para el nacimiento de otros modelos terapéuticos importantes en la intervención para diversos problemas psicológicos (Cox y O'Doyle, 2011; Butler et al., 2006; Hoffmann et al., 2012). El modelo enfoca su atención en la sintomatología que se manifiesta en el presente, estructurando cada objetivo y proyecto de trabajo, orientado a metas y a la modificación tanto cognitiva como conductual (Hoffmann et al., 2012). De igual modo, dicho enfoque presenta respaldo empírico amplio, mediante diversas investigaciones, donde probaron la efectividad de la intervención en diversos problemas de salud mental, en diversas poblaciones, con una variedad de edades, grado de instrucción y en diferentes modalidades de aplicación, sea individual, grupal y familiar (Cox y O'Doyle, 2011; Butler et al., 2006).

Por otro lado, la terapia cognitiva conductual ofrece principios bien establecidos sobre sus modalidades de intervención, dentro de los cuales se presentan tres más importantes que explican los problemas psicológicos, el grado de dependencia entre los procesos cognitivos y la conducta disfuncional de las personas (Scarpa et al., 2013; Westbrook et al., 2011). El primer principio se conoce como la hipótesis de mediación, el cual se explica en la medida de que los pensamientos, creencias, interpretación y percepción de las experiencias personales, tiene influencia directa en la conducta y desarrollo emocional (Dobson y Dobson, 2009).

Posteriormente, el segundo principio sugiere la posibilidad de acceder al contenido del pensamiento, el cual puede ser identificado, monitoreado y evaluado con frecuencia gracias a los procesos de entrenamiento personal y

atención pertinente (Dobson y Dozois, 2010; Dobson y Dobson, 2009). Por último, se sugiere el principio de cambio, es decir, todas las personas tienen la posibilidad de ejercer una modificación de sus propias respuestas emocionales, cognitivas y conductuales, dada la naturaleza humana y por regulación del organismo, es decir, ante la crisis, todo organismo presenta una característica de movimiento y dinamismo, el cual orienta el cambio conductual (Dobson y Dozois, 2010; Dobson y Dobson, 2009). Por tanto, los principios mencionados, favorecen la comprensión de las conductas disfuncionales y, por tanto, direccionan el trabajo terapéutico para lograr el bienestar individual de las personas (Kumar et al., 2012).

Por otro lado, de acuerdo a lo expuesto, los problemas emocionales, conductuales y psicológicos no son producto de los eventos o experiencias humanas negativas, sino son consecuencia del procesamiento disfuncional de la información, los pensamientos irracionales que perturban el estado natural y saludable de los sujetos (Beck y Haight, 2014; Beck, 2011) y, además, de la triada cognitiva, es decir, la aplicación de la percepción negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Wright et al., 2006).

Por tanto, de acuerdo a los procedimientos planteados, la terapia cognitiva conductual también ofrece recursos para la identificación, monitoreo y evaluación de los pensamientos disfuncionales, con la finalidad de crear una nueva perspectiva de vida, más funcional, adaptativa, realista para la recuperación emocional, conductual y un nuevo estilo de vida que favorezca la salud mental y el bienestar general (Beck y Haigh, 2014).

Por otro lado, se menciona con frecuencia las distorsiones cognitivas, las cuales, de acuerdo al modelo, son representaciones de la interpretación de las experiencias tempranas individuales las que, con frecuencia, son negativas y fundamental la libertad emocional futura, creando condiciones para el surgimiento de problemas emocionales en la vida adulta (Westbrook et al., 2011; Beck y Haigh, 2014). Al mencionar experiencias tempranas, se refiere a la creación de esquemas cognitivos en edades infantiles producto de la interacción, relación y asociación con los estímulos del medio y la forma de crianza por parte de los progenitores quienes, por falta de conocimiento en educación saludable, optan por métodos negativos para el desarrollo de los menores (Beck y Haigh,

2014).

En consecuencia, las personas forman el entendimiento de su mundo individual y de sí mismo de una manera negativa, constituida por creencias globales, rígidas las que, posteriormente, son asumidas como verdades y absolutas, limitando el desarrollo personal, la interacción social y siendo base para distintos problemas psicológicos (Beck y Haigh, 2014). Por tanto, las creencias presentan una función de filtro, mediante las cuales se observan la realidad externa, se interpreta los estímulos y niegan toda forma alternativa de percibir el mundo individual (Watt et al., 2011).

Por otro lado, dentro de las apreciaciones teóricas, también se plantean las creencias intermedias, las que son definidas como aquellas actitudes, normas y reglas preconcebidas de las personas, las que influyen en cierta medida en las respuestas conductuales frente a las situaciones conflictivas (Curwen et al., 2000). Estas creencias también se gestan en edades tempranas del ciclo vital, de tal manera que apoyan la comprensión y adaptación al entorno (Beck, 1995), además de presentarse como sesgos en la interpretación de la realidad, no reflejan los recursos saludables de las personas y, en consecuencia, tienen un impacto negativo sobre la salud, emociones y conductas (Freitas et al., 2012).

En efecto, todas las creencias y distorsiones cognitivas son principios importantes que orientan el entendimiento de los trastornos psicológicos y, sobre todo, dan pie a la formulación de objetivos para establecer un trabajo terapéutico estandarizada, objetivo y efectivo (Felgoise et al., 2006; Curwen et al., 2000).

En función a las técnicas terapéuticas que emplea el modelo, han sido respaldadas por estudio orientados a establecer la efectividad para la recuperación emocional y conductual de las personas (Beck, 1995). En el proceso inicial de terapia, se pretende establecer los objetivos que se perseguirán en cada sesión, los cuales serán cubiertos por la aplicación del bagaje de técnicas establecidas, en este sentido, cada estrategia debe estar bien dirigida de acuerdo a las características de los pacientes, sus necesidades, sintomatología presente, contexto de intervención y etapa evolutiva en la que se encuentra (Beck, 1995).

Por tanto, dentro de las principales técnicas, se presenta el cuestionamiento socrático, la cual sigue una secuencia de preguntas y modos de cuestionar los propios pensamientos para motivar al consultante al establecimiento de sus

distorsiones cognitivas para, posteriormente, probar su veracidad y reemplazarlos por otros más funcionales (Verduyn et al., 2009). Asimismo, se tiene la imaginería, la cual tiene la finalidad de crear imágenes, pensamientos y recuerdos significativos para la experiencia personal, los cuales deben ser lo suficientemente relevantes para asumirlo dentro de la propia vida y esquema cognitivo (Beck, 1995). Este procedimiento es de naturaleza cognitiva, visual y verbales de las personas que, a la vez, puede cambiar la percepción de las experiencias humanas mediante las imágenes dinámicas que subyacen a los problemas emocionales (Holmes et al., 2007).

Dentro del mismo modelo, se planteó la técnica juego de roles, la que es importante para identificar, evaluar y modificar pensamientos centrales, automáticos e intermedias, gracias a la práctica conductual de acciones concretas que son representativas de los eventos que causan el malestar emocional (Beck, 1995). Asimismo, se tiene el registro de pensamientos, en el cual, mediante columnas, se detallan las situaciones cotidianas que son desencadenantes de los problemas psicológicos, los pensamientos consecuentes a las situaciones, las emociones provocadas y las respuestas conductuales frente a la emoción experimentada (Oliveira, 2012). En efecto, esta estrategia es de vital importancia para que el mismo consultante pueda monitorear sus propios pensamientos, asumir consciencia de los mismos para que sea un material de trabajo en cada sesión terapéutica (Oliveira, 2012).

Asimismo, el modelo planteó la técnica actuar como sí, es decir, al consultante se le sugiere la posibilidad de que, en su cotidianidad, puedan optar por conductas o acciones alternativas al patrón habitual, lo cual es influyente en la manera de pensar y comportarse de las personas. En consecuencia, actuar en función a una cognición diferente a la disfuncional, lleva a las personas a generar una actitud distinta, disminuyendo la intensidad y frecuencia de la conducta que genera el malestar (Oliveira, 2012; Beck, 1995). Finalmente, se detalla la estrategia denominada tareas conductuales, las que son relevantes para facilitar el cambio fuera de sesión terapéutica, mediante tareas claras y concisas que tienen la finalidad de reforzar los cambios y direccionar los objetivos planteados en la vida cotidiana (Kazantzis y Daniel, 2008).

En función de la ansiedad, se define como una condición emocional, un estado mental caracterizado por la aparición de inquietud, inseguridad, temor, miedos

frecuentes, pensamientos catastróficos y desesperación, frente a un evento real o imaginario que atenta contra la integridad personal (Miró y Simón, 2012). De igual modo, la ansiedad es responsable de la aparición de manifestaciones fisiológicas, cognitivas, somáticas y emocionales desagradables, que generan temor, preocupación, aprensión e inquietud (Gao et al., 2012).

Por otro lado, Serrano et al. (2013), explica que la ansiedad es una respuesta asociada al temor, la tensión emocional, lo cual activa al organismo para actuar frente a una potencial amenaza y para emplear los esfuerzos necesarios para disminuir el impacto emocional. De igual modo, está relacionada a eventos peligrosos imprevisibles, indefinibles que son anticipados sin razón alguna (Yague et al., 2016).

La ansiedad presenta una reacción múltiple, es decir, no solo implica la atención específica en el evento peligroso, sino también, pensamientos repetitivos sobre el mismo, pensamientos negativos, percepción negativa de sí mismo y evitación constante de todo aquel recurso que logre la regulación emocional (Mascioli, 2014). En este sentido, Spielberger (1980), explica que, además de lo mencionado, la ansiedad se expresa mediante tensión, nerviosismo, preocupación, hiper activación del organismo y el sistema nervioso, así como también respuestas fisiológicas

Por otra parte, Arango y Rincón (2018) explicaron que los trastornos derivados de la ansiedad son molestos y limitantes en la funcionalidad personal dada la intensidad y duración de las manifestaciones ansiosas, por los estímulos que significan una amenaza y por las reacciones emocionales y físicas ante los mismos. Ante esta condición emocional, el modelo de terapia cognitivo conductual ha resultado ser efectivo, el que combina la relajación muscular, el cambio de esquemas cognitivos, modificación de experiencias ansiógenas, exposición gradual a los eventos desencadenantes, prevención de recaídas y entrenamiento en búsqueda de soluciones constantes para futuros problemas relacionados con la ansiedad (Delgado y Amutio, 2011).

El modelo teórico que explica la ansiedad es el modelo planteado por Lang en la década de los años 60, denominado teoría tridimensional de la ansiedad, el cual fue aceptado por la comunidad científica para explicar la condición emocional. Este modelo influyó en el entendimiento del origen de la ansiedad dentro del área clínica, en su evaluación, diagnóstico y tratamiento. De acuerdo a ello, se planteó

tres dimensiones importantes como objeto de estudio por parte del autor (Martínez et al., 2012).

Por su parte, Martínez et al. (2012), refiere que la teoría en mención explica que la ansiedad se conforma por un sistema de respuesta ante los eventos: conductual, fisiológico y cognitivo. Por tanto, Lang (1968), sugiere que la ansiedad no es un fenómeno aislado, sino comprende diversos sistemas de expresión, los cuales deben ser tomados en cuenta para su evaluación. Al respecto, se detallan las dimensiones:

La primera dimensión se denomina respuesta cognitiva, la cual refiere que la ansiedad se expresa por sensaciones de temor, intranquilidad, percepción de amenaza, no obstante, también se le puede denominar sentimientos catastróficos puesto que no son congruentes con los eventos experimentados, involucrando ideas, pensamientos e imágenes identificadas como peligrosas para la integridad personal (Sierra, 2003).

Asimismo, se tiene la dimensión fisiológica, la cual hace referencia a las respuestas del sistema nervioso, por tanto, surgen como producto de la ansiedad dolores musculares, dolores de cabeza, mareos, molestias cardiovasculares, motores, problemas para respirar, dificultad para conciliar el sueño y problemas en el apetito (Díaz, 2019).

Por último, se presenta la dimensión de respuesta motora, la cual afecta la habilidad tanto motora como gruesa, produciendo temblores, inquietudes motoras, gestos involuntarios faciales sin razón alguna. Asimismo, surge problemas para la precisión motora, lentitud en la respuesta motora frente a diferentes estímulos, así como también respuestas evitativas que implican el control sobre la ansiedad (Lang et al., 1970).

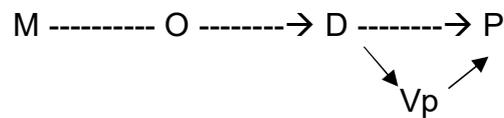
III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación.

El tipo de investigación empleado para el presente estudio se denomina aplicada propositiva el cual tiene la finalidad de resolver problemas específicos presentes en una realidad determinada objeto de estudio, mediante la recopilación de datos, procedimientos estandarizados para el contraste de hipótesis para dar respuestas a las interrogantes planteadas (Hernández et al., 2016). De igual modo, es cuantitativo, dado que se apoya en instrumentos de recolección de información, para medir y observar los indicadores de las variables para, posteriormente, contrastar las hipótesis (Hernández et al., 2016).

El estudio no pretende realizar manipulación de variables, por tanto, tiene la finalidad de establecer un diagnóstico sobre la base de una medición inicial para, posteriormente, proponer un programa orientado a actuar sobre el problema identificado (Hernández et al., 2016).

El esquema de este diseño es:



En el cual:

M: Muestra

O: Información de interés

D: Evaluación y diagnóstico

Vp: Propuesta validada

P: Propuesta

3.2. Variables y operacionalización de las variables.

Variable dependiente: ansiedad.

Definición conceptual: se define como una condición emocional, un estado mental caracterizado por la aparición de inquietud, inseguridad, temor, miedos frecuentes, pensamientos catastróficos y desesperación, frente a un evento real o imaginario que atenta contra la integridad personal (Miró y Simón, 2012).

Definición operacional: se asumen los puntajes obtenidos mediante la Escala de Ansiedad WCHAI, creada por Chávez (2018). El instrumento está conformado por 47 ítems, los cuales miden 3 dimensiones: respuesta cognitiva, fisiológica y motora. El formato de respuesta es tipo Likert de 5 puntos, la aplicación puede realizarse de manera individual como colectiva, con una duración de 15 minutos aproximadamente.

Indicadores: respuestas cognitivas (ítems: 6, 16, 47, 8, 14, 9, 12, 26, 35, 39, 41, 1, 15, 20, 28, 34, 4, 10, 17, 33, 42, 21, 37, 46), respuestas fisiológicas (ítems: 2, 13, 24, 31, 44, 27, 32, 43, 7, 30, 45) y respuestas motoras (ítems: 11, 19, 25, 33, 22, 38, 5, 36, 23, 18, 40, 29).

Escala de medición: intervalo.

Variable independiente: programa cognitivo-conductual.

Definición conceptual: se define como los procedimientos terapéuticos orientados a modificar, cambiar las conductas de naturaleza disfuncional mediante principios conductuales y, además, a la modificación de las creencias irracionales y pensamientos disfuncionales, para generar nuevos comportamientos, percepción saludable y emociones que permitan la adaptación de las personas (Caballo, 2007).

Definición operacional: el modelo cognitivo conductual propone una serie de estrategias, gracias a las que se elaboró un programa orientado a disminuir la problemática identificada, el cual puede ser aplicado posteriormente en diferentes contextos y poblaciones.

Dimensiones: técnicas cognitivas y conductuales. Se propone la elaboración de un programa con 20 sesiones elaboradas, las cuales parten de una medición inicial, es decir, un pretest y una medición final con un postest.

Escala de medición: nominal.

3.3. Población, muestra y muestreo.

La población se conformará por 350 adultos mayores, asistentes a la Iglesia de Chaclacayo.

Tabla 1

Caracterización de la población de acuerdo al sexo de adultos mayores que asisten a la Iglesia de Chaclacayo.

	Varones	Mujeres	Total
Iglesia de Chaclacayo.	200	150	350
TOTAL			350

Por tanto, de acuerdo a los datos poblacionales, la muestra quedó conformada por 100 adultos mayores, pertenecientes a la Iglesia de Chaclacayo. El muestreo empleado se denomina no probabilístico por conveniencia, el cual selecciona los casos necesarios que presentan las características que se requiere para el estudio, en función de criterios de cercanía y proximidad para el investigador (Otzen y Menterola, 2017). La unidad de análisis está determinada por 1 adulto mayor perteneciente a la Iglesia Asamblea de Dios de Chaclacayo.

3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos.

La técnica empleada fue la encuesta. Esta técnica hace uso de instrumentos previamente elaborados y estandarizados para recoger datos cuantitativos de una muestra establecida y en función a indicadores conductuales, los cuales serán de utilidad para realizar las inferencias, describir comportamientos y contrastar hipótesis de estudio (Hernández et al., 2016).

Para la medición de la variable, se empleó la Escala de Ansiedad WCHAI. El instrumento es de procedencia peruana, creada por Chávez (2018). El instrumento está conformado por 47 ítems, los cuales miden 3 dimensiones: respuesta cognitiva, fisiológica y motora. El formato de respuesta es tipo Likert de 5 puntos, la aplicación puede realizarse de manera individual como colectiva, con una duración de 15 minutos aproximadamente.

Respecto a la validez, el instrumento fue sometido al análisis de contenido, con un total de 10 expertos que evaluaron cada uno de los ítems. De acuerdo a los resultados mostrados, se aprecia que los valores de V de Aiken se sitúan entre el ,97 y 1,00, por tanto, dichos ítems que constituyen al instrumento son representativos de los indicadores que pretende medir.

Por otro lado, se empleó el análisis factorial exploratorio para evaluar la validez basada en la estructura interna. Las cargas factoriales para cada ítem se situó por encima del ,40 y la estructura resultante explica el 51,24% de la varianza total. De acuerdo a la confiabilidad por consistencia interna, el coeficiente alfa, mostró valores de ,85 para la dimensión de respuesta cognitiva, de ,80 para respuesta fisiológica y de ,80 para respuesta motora. La escala general de ansiedad reportó un valor de ,91.

3.5. Procedimientos.

La presente investigación partió por la elaboración del proyecto de investigación, en función a los requerimientos y pautas correspondientes a los lineamientos de la universidad. Posteriormente, dicho proyecto fue sustentado y aprobado para proceder al desarrollo del mismo.

Asimismo, se realizaron las coordinaciones necesarias con los encargados de la Iglesia Misión Cristianos, para acceder a la interacción con los adultos mayores y realizar la aplicación del instrumento. Dicha aplicación se realizó tanto de manera virtual, mediante formulario de Google, como de manera presencial, con los protocolos en físico, los cuales fueron llenados en función a las indicaciones brindadas.

Luego de la aplicación del instrumento, se elaboró la base de datos, tanto con los datos del formulario, como con los recogidos por el medio físico. Por último, fueron procesados estadísticamente con los procedimientos que corresponda, reportando los resultados en tablas con formato APA y su respectiva interpretación.

3.6. Método de análisis de datos.

Para realizar el análisis estadístico de los datos, se empleó dos softwares importantes: el Ms Excel y el SPSS IBM. V.25. En el primero, se elaboró la base de datos en función a las respuestas ofrecidas por el instrumento en la aplicación a la muestra en consideración, las cuales fueron codificadas de acuerdo a la naturaleza del formato del mismo. Asimismo, para evitar datos sesgados, se realizó un filtro y limpieza de los mismos, evitando alteración de los resultados posteriores.

Seguidamente, la base de datos será exportada al IBM SPSS, en el cual se realizó el análisis de frecuencias absolutas y porcentuales que corresponde a los niveles descriptivos. En efecto, se realizará la codificación de variables de acuerdo a los percentiles o cuartiles, para determinar la categorización de cada nivel por la variable general y por sus dimensiones. En función a ello, se elaboraron las frecuencias tanto absolutas como porcentuales por cada nivel.

Finalmente, los resultados observados se reportaron en tablas con formato APA y su respectiva interpretación.

3.7. Aspectos éticos.

La presente investigación hace uso de datos propiciados por participantes que aceptan llenar el instrumento. En este sentido, es importante el cuidado de su integridad para evitar el uso de los datos en fines ajenos. Por tanto, se consideraron los siguientes aspectos éticos:

Se tiene el consentimiento informado, el cual es un documento que explica y detalla la finalidad del estudio, para que el participante pueda emitir su conformidad y saber cuál es su rol en la investigación. Asimismo, se tiene la confidencialidad, puesto que los datos que ofrecen los participantes serán de uso exclusivo para el análisis del estudio. Por otro lado, se respeta la elección de la libre participación, en donde todo sujeto es libre de elegir o no ser parte de la muestra y llenar el instrumento que corresponde. Finalmente, se tiene la anonimidad, dado que, para investigación, no existe la necesidad de solicitar algún dato personal que afecte la integridad de cada sujeto (Wood, 2008).

IV. RESULTADOS

Tabla 2

Nivel descriptivo de la variable ansiedad.

Ansiedad	f	h%
Bajo	19	19,0%
Medio	53	53,0%
Alto	28	28,0%
Total	100	100%

Respecto a la tabla número 2, se evidencia las categorías descriptivas de la variable ansiedad, según tres niveles: alto, medio y bajo; describiendo las frecuencias de agrupamiento en sus diferentes categorías. Por tanto, se observó que el 19,0% de participantes presentó nivel bajo de ansiedad, el 53,0% nivel medio y el 28,0% nivel alto.

Figura 1

Resultado descriptivo de la ansiedad en adultos mayores de la Iglesia de Chaclacayo.

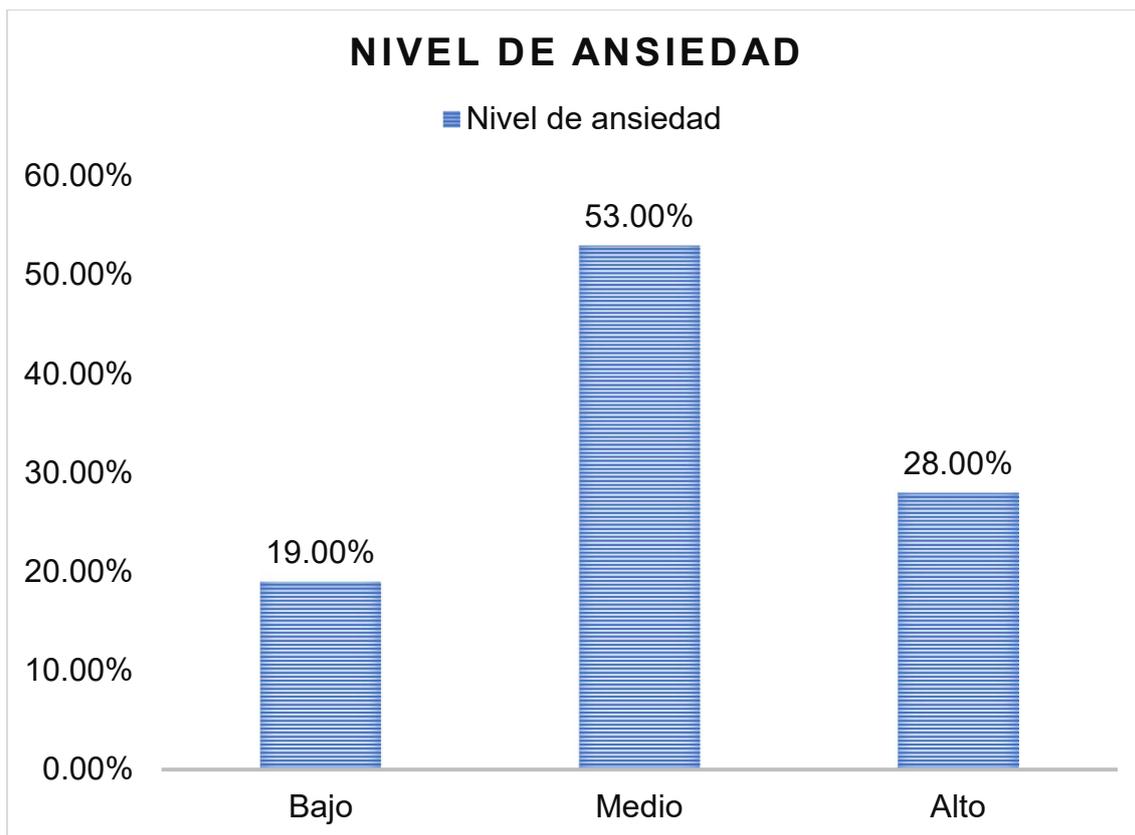


Tabla 3

Nivel descriptivo de la dimensión respuesta cognitiva.

Respuesta cognitiva	f	h%
Bajo	24	24,0%
Medio	36	36,0%
Alto	40	40,0%
Total	100	100%

Respecto a la tabla número 3, se evidencia las categorías descriptivas de la dimensión respuesta cognitiva, según tres niveles: alto, medio y bajo; describiendo las frecuencias de agrupamiento en sus diferentes categorías. Por tanto, se observó que el 24,0% de participantes presentó nivel bajo de la dimensión respuesta cognitiva, el 36,0% nivel medio y el 40,0% nivel alto.

Figura 2

Resultado descriptivo de la dimensión respuesta cognitiva en adultos mayores de la Iglesia de Chaclacayo.

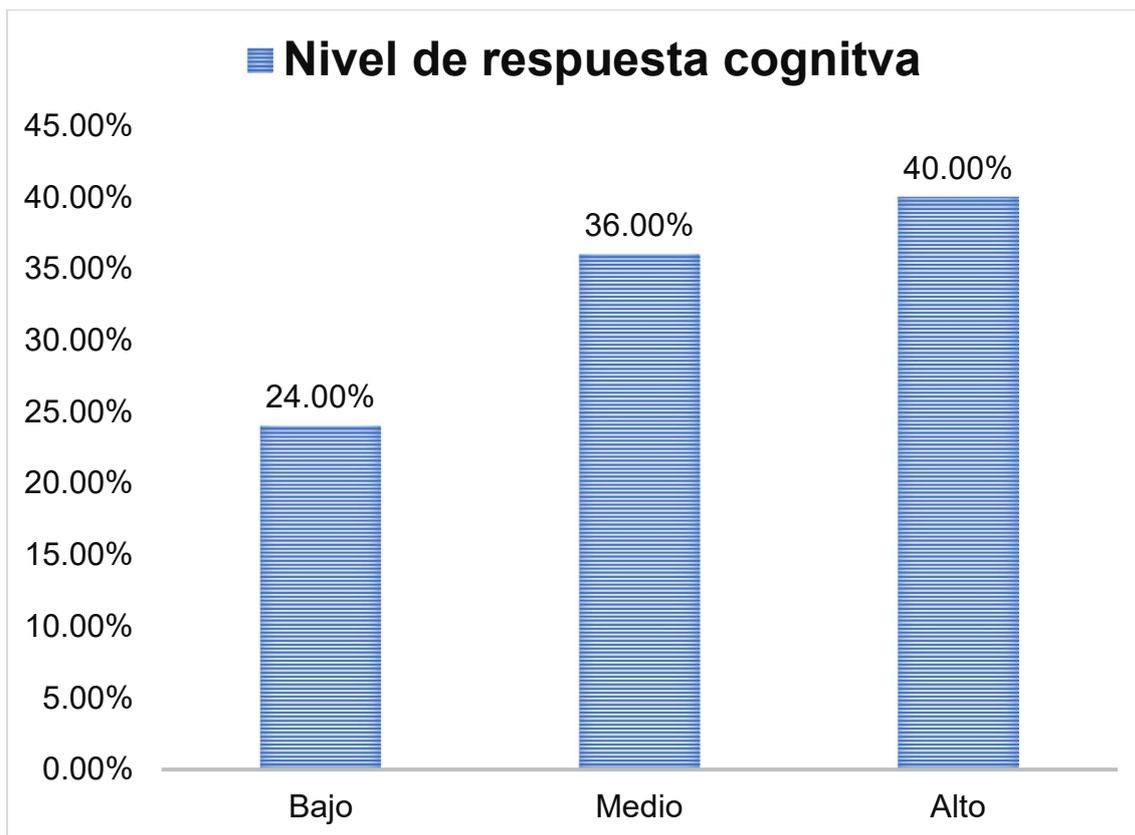


Tabla 4

Nivel descriptivo de la dimensión respuesta fisiológica.

Respuesta fisiológica	F	h%
Bajo	24	24,0%
Medio	51	51,0%
Alto	25	25,0%
Total	100	100%

Respecto a la tabla número 4, se evidencia las categorías descriptivas de la dimensión respuesta fisiológica, según tres niveles: alto, medio y bajo; describiendo las frecuencias de agrupamiento en sus diferentes categorías. Por tanto, se observó que el 24,0% de participantes presentó nivel bajo de la dimensión respuesta fisiológica, el 51,0% nivel medio y el 25,0% nivel alto.

Figure 3

Resultado descriptivo de la dimensión respuesta fisiológica en adultos mayores de la Iglesia de Chaclacayo.

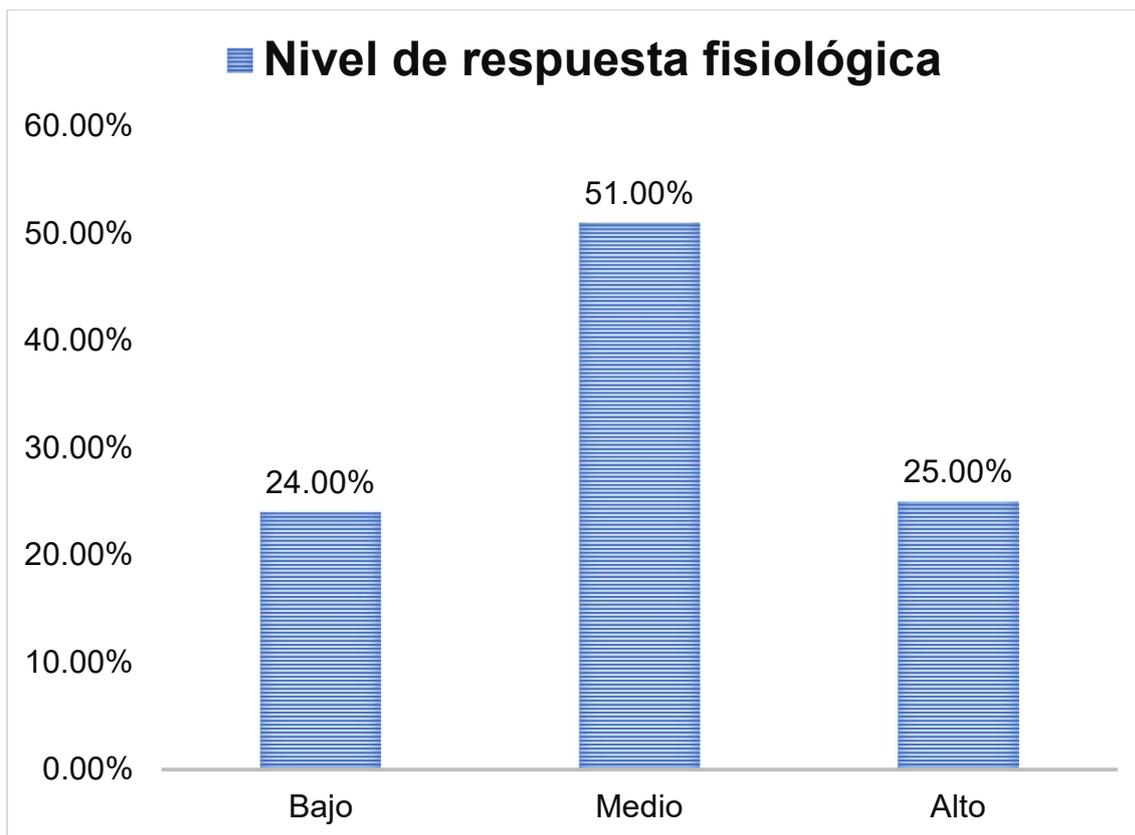


Tabla 5

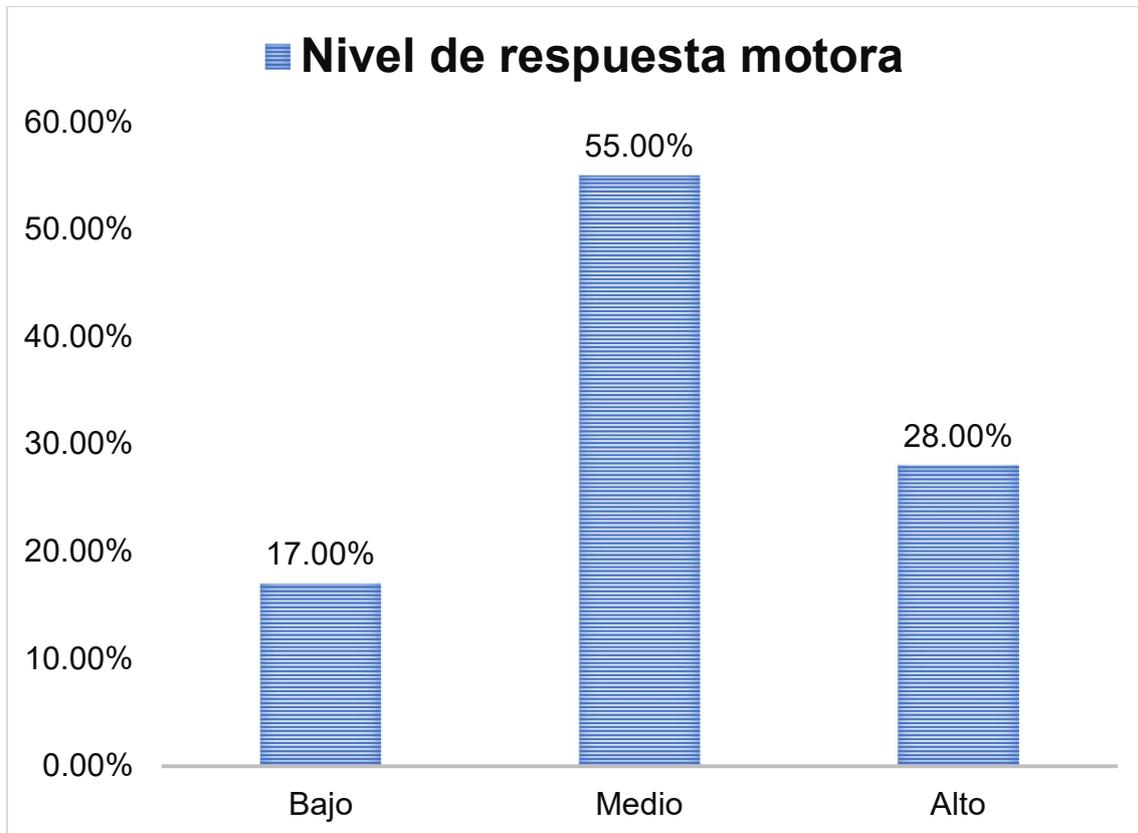
Nivel descriptivo de la dimensión respuesta motora.

Respuesta motora	F	h%
Bajo	17	17,0%
Medio	55	55,0%
Alto	28	28,0%
Total	100	100%

Respecto a la tabla número 5, se evidencia las categorías descriptivas de la dimensión respuesta motora, según tres niveles: alto, medio y bajo; describiendo las frecuencias de agrupamiento en sus diferentes categorías. Por tanto, se observó que el 17,0% de participantes presentó nivel bajo de la dimensión respuesta motora, el 55,0% nivel medio y el 28,0% nivel alto.

Figure 4

Resultado descriptivo de la dimensión respuesta motora en adultos mayores de la Iglesia de Chaclacayo.



V. DISCUSIÓN

La presente investigación plantea la finalidad de proponer un programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad en adultos mayores de la Iglesia de Chaclacayo. Para tal fin, la muestra estuvo conformada por 100 adultos mayores. Respecto a la ansiedad, se define como una condición emocional, un estado mental caracterizado por la aparición de inquietud, inseguridad, temor, miedos frecuentes, pensamientos catastróficos y desesperación, frente a un evento real o imaginario que atenta contra la integridad personal (Miró y Simón, 2012). Para contrarrestar la presencia de la ansiedad, se propone un programa de intervención cognitivo conductual, el modelo se define como los procedimientos terapéuticos orientados a modificar, cambiar las conductas de naturaleza disfuncional mediante principios conductuales y, además, a la modificación de las creencias irracionales y pensamientos disfuncionales, para generar nuevos comportamientos, percepción saludable y emociones que permitan la adaptación de las personas (Caballo, 2007).

El primer objetivo específico planteó identificar los niveles de ansiedad en adultos mayores de la Iglesia Misión Cristianos de Chaclacayo. Por tanto, en la tabla 1, se observó que el 19,0% de participantes presentó nivel bajo de ansiedad, el 53,0% nivel medio y el 28,0% nivel alto. Por tanto, aquellos participantes ubicados en el nivel alto y medio, presentan características emocionales derivadas de la ansiedad, las cuales se manifiestan mediante la aparición de inquietud, inseguridad, temor, miedos frecuentes, pensamientos catastróficos y desesperación, frente a un evento real o imaginario que atenta contra la integridad personal (Miró y Simón, 2012). Mientras que aquellos participantes ubicados en el nivel bajo, suelen manejar pertinentemente la ansiedad y es probable que no se presenten las manifestaciones antes mencionadas.

Los resultados reportados son similares a los de Flores (2018), quién planteó la finalidad del estudio fue valorar la efectividad de programa para la disminución del estrés. La investigación mostró que, antes de la intervención, el 40% presentó estrés en el nivel medio y el 60% estrés en el nivel alto. De igual modo, son similares a los resultados de García et al. (2020), quienes en la medición inicial observaron niveles altos de ansiedad. Asimismo, los resultados reportados en la presente investigación coinciden con el estudio de Ruesta (2020), quien planteó

la finalidad de probar la efectividad del programa derivado de los supuestos de la terapia cognitivo conductual para reducir la ansiedad. Como resultados mostraron que el 11,1% presentó ansiedad en el nivel alto, el 77,8% en el nivel medio y el 11,1% en el nivel superior. Por último, son similares a los de Esquivias (2019), quien mostró inicialmente que el 20,0% de participantes presentó ansiedad en el nivel bajo, el 55,0% en el nivel moderado y el 25,0% en el nivel alto.

Asimismo, en la tabla 2, se observó que el 24,0% de participantes presentó nivel bajo de la dimensión respuesta cognitiva, el 36,0% nivel medio y el 40,0% nivel alto. Por tanto, aquellos participantes ubicados en el nivel alto y medio, presentan la ansiedad manifestada mediante sensaciones de temor, intranquilidad, percepción de amenaza, así como también mediante pensamientos catastróficos los cuales no son congruentes con los eventos experimentados, involucrando ideas, pensamientos e imágenes identificadas como peligrosas para la integridad personal (Sierra, 2003). Mientras que los participantes ubicados en el nivel bajo, no suelen presentar las manifestaciones antes mencionadas o logran manejar adecuadamente las manifestaciones cognitivas ansiosas.

Asimismo, en la tabla 3, se observó que el 24,0% de participantes presentó nivel bajo de la dimensión respuesta fisiológica, el 51,0% nivel medio y el 25,0% nivel alto. En efecto, la mayor parte de participantes se ubica en el nivel alto y medio respectivamente, quienes presentan manifestaciones mediante respuestas del sistema nervioso, por tanto, surgen como producto de la ansiedad dolores musculares, dolores de cabeza, mareos, molestias cardiovasculares, motores, problemas para respirar, dificultad para conciliar el sueño y problemas en el apetito (Díaz, 2019). No obstante, aquellos participantes que se sitúan en el nivel bajo, suelen manejar adecuadamente las respuestas fisiológicas y no son significativas en su experiencia personal.

Además, en la tabla 3, se observó que el 17,0% de participantes presentó nivel bajo de la dimensión respuesta motora, el 55,0% nivel medio y el 28,0% nivel alto. Por tanto, en su gran mayoría, los participantes presentan nivel alto y medio de ansiedad, quienes manifiestan afectación a la habilidad tanto motora como gruesa, produciendo temblores, inquietudes motoras, gestos involuntarios faciales sin razón alguna. Asimismo, es probable que presenten problemas para

la precisión motora, lentitud en la respuesta motora frente a diferentes estímulos, así como también respuestas evitativas que implican el control sobre la ansiedad (Lang et al., 1970).

Por otro lado, se presenta el segundo objetivo específico, el que planteó fundamentar el programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad en adultos mayores de la Iglesia de Chaclacayo 2022. La ansiedad es una condición emocional, un estado mental caracterizado por la aparición de inquietud, inseguridad, temor, miedos frecuentes, pensamientos catastróficos y desesperación, frente a un evento real o imaginario que atenta contra la integridad personal (Miró y Simón, 2012). De igual modo, la ansiedad es responsable de la aparición de manifestaciones fisiológicas, cognitivas, somáticas y emocionales desagradables, que generan temor, preocupación, aprensión e inquietud (Gao et al., 2012).

Por otro lado, Serrano et al. (2013), explica que la ansiedad es una respuesta asociada al temor, la tensión emocional, lo cual activa al organismo para actuar frente a una potencial amenaza y para emplear los esfuerzos necesarios para disminuir el impacto emocional. De igual modo, está relacionada a eventos peligrosos imprevisibles, indefinibles que son anticipados sin razón alguna (Yague et al., 2016).

Al respecto, la terapia cognitivo conductual centra su atención en el manejo de las respuestas emocionales asociadas a la ansiedad. La TCC, surge de la combinación de dos planteamientos importantes dentro de la psicología y la psicoterapia: la terapia cognitiva y la terapia conductual (Scarpa et al., 2013; Westbrook, et al., 2011), posicionándose como un procedimiento alterativo a las terapias de esa época, es decir, al modelo psicodinámico, el cuál presentaba poca evidencia científica que respalde la efectividad y los procedimientos que empleaban (Scarpa et al., 2013; Westbrook, et al., 2011).

Por otro lado, desde los planteamientos conductuales, los terapeutas centran su atención en la construcción de la asociación entre los estímulos que provienen de los eventos exteriores y las respuestas conductuales individuales, y en todos los procesos objetivos, no obstante, no es de su consideración aquellos procesos inconscientes y no observables, sino por el contrario, todo aquello que se pueda medir (Dobson y Dozois, 2010). De acuerdo a ello, el éxito de la intervención está respaldada por diversas investigaciones, las posicionaron al modelo por encima

de los demás procedimientos terapéuticos, sin embargo, a pesar del éxito reconocido, fue duramente criticado por no considerar aquellos procesos internos que, posteriormente, fueron recogidos por los alcances cognitivos, a partir de los que se empezó a reconocer la importancia del pensamiento, las creencias, interpretaciones de los eventos como aspectos relevantes en la regulación de la conducta humana (Scarpa et al., 2013).

La terapia cognitiva conductual, es un tratamiento influyente de la intervención, la cual estuvo vigente por décadas como uno de los principales modelos terapéuticos efectivos y, sobre todo, por los cimientos que ofrecieron para el nacimiento de otros modelos terapéuticos importantes en la intervención para diversos problemas psicológicos (Cox y O'Doyle, 2011; Butler et al., 2006; Hoffmann et al., 2012). El modelo enfoca su atención en la sintomatología que se manifiesta en el presente, estructurando cada objetivo y proyecto de trabajo, orientado a metas y a la modificación tanto cognitiva como conductual (Hoffmann et al., 2012). De igual modo, dicho enfoque presenta respaldo empírico amplio, mediante diversas investigaciones, donde probaron la efectividad de la intervención en diversos problemas de salud mental, en diversas poblaciones, con una variedad de edades, grado de instrucción y en diferentes modalidades de aplicación, sea individual, grupal y familiar (Cox y O'Doyle, 2011; Butler et al., 2006).

Al respecto, García et al. (2020), desarrolló su programa basado en el modelo cognitivo conductual, encontrando efectos importantes en la reducción significativa de la sintomatología ansiosa y depresión en toda la muestra, debido a la efectividad del programa empleado. De igual modo, García y Contreras (2019), hicieron uso de las técnicas cognitivas y conductuales para su programa de intervención mostrando que fueron efectivas para reducir la ansiedad. De igual modo Flores (2018), basó su estudio sobre el enfoque terapéutico cognitivo conductual, mostrando efectos importantes en la reducción de la ansiedad. Por último, Zapata (2020), ofreció un programa cognitivo conductual, el cual mostró ser efectivo para la reducción de la ansiedad.

Por último, se tiene el objetivo específico diseñar el programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad en adultos mayores de la Iglesia Chaclacayo. El programa planteado, lleva como denominación manejando mi ansiedad. Asimismo, se presenta el objetivo general del programa proponer un

programa orientado a la disminución de la ansiedad en adultos mayores de la iglesia de Chaclacayo. Y los objetivos específicos son:

1. Conocer el nivel de ansiedad en adultos mayores de la iglesia de Chaclacayo.
2. Disminuir la percepción negativa de la ansiedad.
3. Disminuir las respuestas sintomatológicas de la ansiedad.
4. Aumentar la capacidad y habilidades de afrontamiento los adultos mayores.

El programa está constituido por 20 sesiones, las que empiezan por la aplicación del pre test, es decir, la medición inicial, la cual será efectuada mediante la Escala de Ansiedad. Asimismo, todas las sesiones planteadas están orientadas a reducir los niveles de ansiedad y las manifestaciones mediante sus dimensiones. Por tanto, se emplearán técnicas tales como el SPAC, el registro de pensamientos, ejercicios de relajación mediante la respiración. De igual modo, el análisis de la conducta-consecuencia, la identificación de pensamientos automáticos para, posteriormente, cuestionarios mediante el cuestionamiento socrático y el debate de creencias.

Asimismo, se pretende reducir la ansiedad mediante la desensibilización sistemática, la reflexión grupal y el trabajo cognitivo. Por último, se pretende establecer recursos que permitan la prevención de recaídas mediante el entrenamiento asertivo, las autoinstrucciones positivas, el análisis de responsabilidad y las redes de apoyo. Finalmente, el programa culmina con la aplicación del pos test para valorar los cambios y efectos del programa.

Respecto a los antecedentes, García y Contreras (2019), establecieron un programa de 11 sesiones, encontrado efectos positivos en la reducción de la ansiedad. De igual modo Flores (2018), planteó un programa de 10 sesiones, evidenciando efectos significativos para la reducción de la ansiedad. El programa de Ruesta (2020), estuvo constituido por 9 sesiones, las cuales fueron consistentes para la reducción de la ansiedad.

Asimismo, Zapata (2020), planteó un programa de 14 sesiones, las cuales redujeron la ansiedad, mientras que el programa de Esquivias (2019), planteó un programa de 10 sesiones importantes para la reducción de la ansiedad.

Finalmente, se cumplió con los objetivos que planteó la presente investigación, ofreciendo un programa que debe ser aplicado consistentemente para la

reducción de la ansiedad en los adultos mayores.

VI. CONCLUSIONES

1. Se observó que el 19,0% de participantes presentó nivel bajo de ansiedad, el 53,0% nivel medio y el 28,0% nivel alto.
2. La ansiedad es una condición emocional, un estado mental caracterizado por la aparición de inquietud, inseguridad, temor, miedos frecuentes, pensamientos catastróficos y desesperación, frente a un evento real o imaginario que atenta contra la integridad personal. Como modelo de intervención, se planteó el modelo cognitivo conductual, dicho modelo enfoca su atención en la sintomatología que se manifiesta en el presente, estructurando cada objetivo y proyecto de trabajo, orientado a metas y a la modificación tanto cognitiva como conductual.
3. El programa está constituido por 20 sesiones, empezando por la aplicación de un pre test, siguiendo con la aplicación de las diferentes técnicas que plantea el modelo para finalmente culminar con la aplicación de un pos test y valorar los cambios obtenidos.
4. El programa fue validado mediante jueces, para el análisis de la concordancia de su coherencia y relevancia, obteniendo valores de V de Aiken que superan el estándar establecido.

VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los líderes de la Iglesia de Chaclacayo la implementación y aplicación del programa planteado en diversas poblaciones y diferentes características para probar su efectividad.
- Se recomienda al liderazgo de la iglesia de Chaclacayo generar estudios de naturaleza experimental, con la finalidad de valorar, mediante un grupo experimental y control, los efectos que puede tener el programa en la disminución de la ansiedad.
- Se recomienda al liderazgo de la iglesia de Chaclacayo que, en la aplicación del programa, la cantidad de participantes no sobrepase los 30 sujetos.
- Se recomienda a los líderes de la iglesia de Chaclacayo que la aplicación del programa se desarrolle de forma dinámica, con la finalidad de captar la atención de los participantes y se logre los objetivos que se esperan.

REFERENCIAS

- Alonso J, y Evans, S. (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*, 35(3), 195-208. <https://doi.org/10.1002/da.22711>
- Arango, C. y Rincón, H. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 46-55. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.007>
- Asmundson, J. y Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like Covid-19: what all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*, 71(1), 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102211>
- Borkovec, T. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, 2004. [https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=klrXMNzWhNMC&oi=fnd&pg=PA77&dq=Borkovec,+T.+\(2004\).+Avoidance+theory+of+worry+and+generalized+anxiety+disorder.&ots=mwJmY6-Sae&sig=mJKEehX_rP8uo3vq7Vz6t1OHyz4#v=onepage&q=Borkovec%20\(2004\).%20Avoidance%20theory%20of%20worry%20and%20generalized%20anxiety%20disorder.&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=klrXMNzWhNMC&oi=fnd&pg=PA77&dq=Borkovec,+T.+(2004).+Avoidance+theory+of+worry+and+generalized+anxiety+disorder.&ots=mwJmY6-Sae&sig=mJKEehX_rP8uo3vq7Vz6t1OHyz4#v=onepage&q=Borkovec%20(2004).%20Avoidance%20theory%20of%20worry%20and%20generalized%20anxiety%20disorder.&f=false)
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford Press.
- Beck, J. (2011). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford Press.
- Beck, A. y Haigh, E. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual review of clinical psychology*, 10(1), 1-24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Butler, A., Chapman, J., Forman, E. y Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Caballo, (2007). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos*. Siglo Veintiuno.
- Chávez, W. (2018). *Construcción y validación de una escala de ansiedad para adultos de 20 a 44 años residentes en independencia*, 2018. [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29842/Chavez_LWE.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Cosio, A. (2021). Ansiedad durante la pandemia en ancianos de una población desfavorecida en San Juan de Lurigancho. *Revista de Investigación Científica Ágora*, 8(1), 10-16. <https://doi.org/10.21679/arc.v8i1.201>
- Cox, D. y D'Oyley, H. (2011). Cognitive-behavioral therapy with older adults. *British Columbia Medical Journal*, 53(7), 348-352. https://bcmj.org/sites/default/files/BCMJ_53_Vol7_cog_therapy.pdf
- Curwen, B., Palmer, S. y Ruddell, P. (2000). *Brief Cognitive Behaviour Therapy*. London: Sage Publications.
- Delgado, L. y Amutio, A. (2011). La ansiedad generalizada y su tratamiento basado en Mindfulness. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 23(99), 50–65. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3781330>
- Delgado, E., De la Cera, D., Fernández, M. y Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Díaz, L. (2019). Ansiedad: revision y delimitación conceptual. *Summa Psicológica*, 16(1), 42-50. <https://summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/393/445>
- Dobson, G. y Dobson, K. (2009). *Evidence-based practice of cognitivebehavioral therapy*. Guilford Press.
- Dobson, K. y Dozois, D. (2010). *Historical and philosophical bases of the cognitivebehavioral therapies*. Guilford Press.
- Esquivias, C. (2019). *Efectos de un programa Vega cognitivo conductual en el estrés laboral de los docentes del nivel primario del colegio Héroes del Cenepa*. [Tesis de Maestría, Universidad Inca Garcilaso de la]. Repositorio de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/5396/TESIS_ESQUIVIAS%20YEPEZ.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Felgoise, S., Nezu, A., Nezu, C. y Reinecke, M. (2006). *Encyclopedia of cognitive*

behavior therapy. Springer Science & Business Media.

- Flores, S. (2018). *Efecto del programa cognitivo conductual para disminuir el estrés y mantener el control metabólico en los pacientes diabéticos tipo II del Hospital la Caleta de Chimbote*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional del Santa]. Repositorio de la Universidad Nacional del Santa. <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/3263/47128.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Freitas Pereira, A., Barros, L. y Mendonça, D. (2012). Cognitive errors and anxiety in school aged children. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(4), 817-823. <https://www.redalyc.org/pdf/188/18825219022.pdf>
- Fullana, M., Fernández, L., Bulbena, A. y Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 1(2), 1-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017>
- García, H. y Contreras, A. (2019). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ataques de pánico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1(1), 79-92. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7323084.pdf>
- García, J., Valiente, R., Sandín, B., Ehrenreich-May, J. y Chorot, P. (2020). Los efectos de un programa de prevención de la ansiedad y la depresión para adolescentes en variables educativas y de bienestar. *Revista de Psicodidáctica*, 25(2), 143-149. <https://ojs.ehu.eus/index.php/psicodidactica/article/download/23343/20705>
- Gao, Y., Pan, B., Sun, W., Wu, H., Wang, J., & Wang, L. (2012). Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 12(1), 141-156. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-12-141>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M.P. (2018). *Metodología de la Investigación* (6ª Ed.). McGraw Hill Educación. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Holmes, E., Arntz, A. y Smucker, M. (2007). Imagery rescripting in cognitive

- behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38(4), 297-305. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.007>
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A. y Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440. <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10608-012-9476-1>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de Covid-19. *Revista Peruana de Salud Pública*, 37(2), 327-334. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Kazantzis, N. y Daniel, J. (2008). Homework assignments in cognitive behavior therapy. *Cognitive Behaviour Therapy: A Guide for the Practising Clinician*, 2(1), 165. <https://psycnet.apa.org/record/2008-17692-011>
- Kumar, A., Sharma, M., Kandavel, T. y Reddy, Y. (2012). Cognitive appraisals and quality of life in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of ObsessiveCompulsive and Related Disorders*, 1(4), 301-305. <https://dx.doi.org/10.31887%2FDCNS.2014.16.2%2Fmsubramaniam>
- Lang, P. J. (1968). *Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct*. Ameri.
- Lang, P. J., Melaned, B. G. y Hart, J. (1970). A psychophysiological analysis of fear modification using and automated desensitization procedure. *Journal of Abnormal Psychology*, 76(2), 220-234. <https://doi.org/10.1037/h0029875>
- Martínez, C., Cano, A., Inglés, C. y García, J. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, 18(2), 201-219. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/35859/1/2012_Martinez-Monteagudo_etal_AnsiedadEstres.pdf
- Mascioli, K. (2014). *Mindfulness and its Ability to Alleviate State and Trait Anxiety in College Students*. Trinity College.
- Millones, P. y Guevara, A. (2022). Depresión, ansiedad y estrés durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en jefes de hogar de un

- asentamiento humano en Comas. *Revista de Investigación Científica Ágora*, 8(1), 34-41. <https://doi.org/10.21679/arc.v8i1.205>
- Ministerio de Salud. (2021). *Plan de salud mental Perú, 2020, 2021*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>
- Miró, M. y Simón, V. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Oliveira, I. (2012). *Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy*. InTech.
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Mental health and covid-19: early evidence of the pandemics impact*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1412184/retrieve>
- Ortiz, A. (2022). Intervención cognitivo-conductual en pacientes asistentes a psicoterapia: ansiedad, depresión, autoestima, satisfacción con la vida y relaciones familiares. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma de México*, 11(23), 208-230. <https://revistapsicologia.uaemex.mx/article/download/18056/13239>
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B. y Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(1), 1-4. <https://gpsych.bmj.com/content/gpsych/33/2/e100213.full.pdf>
- Ruesta, B. (2020). *Incidencia del programa de intervención “manejando mi ansiedad ante los exámenes”, en la disminución de la ansiedad*. [Tesis de Maestría, Universidad de Piura]. Repositorio de la Universidad de Piura. https://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/11042/4793/MAE_EDUC_P_SIC_2003.pdf?sequence=2
- Serrano, C. Rojas, A. y Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de*

- Sierra, J. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar y Subjetividad*, 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Soto, W., Zarco, D., López, S., Guzmán, G. y Cisneros, J. (2022). Eficacia de una intervención cognitivo-conductual de inoculación al estrés para la disminución de TEPT en mujeres víctimas de abuso sexual en Hidalgo. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 9(17), 1-10. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/view/8145/8441>
- Scarpa, A., White, S. y Attwood, T. (2013). *CBT for children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorders*. New York: Guilford Press.
- Spielberger, D. (1980). *Test Anxiety Inventory* Palo Alto, C.A: Consulting Psychologists Press.
- Verduyn, C., Rogers, J. y Wood, A. (2009). *Depression: Cognitive behaviour therapy with children and young people*. Routledge.
- Watt, N., Wetherby, A., Barber, A. y Morgan, L. (2008). Repetitive and stereotyped behaviors in children with autism spectrum disorders in the second year of life. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(8), 1518-1533. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0532-8>
- Westbrook, D., Kennerley, H. y Kirk, J. (2011). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications*. Sage Publications.
- Wright, J., Basco, M. y Thase, M. (2006). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide*. American Psychiatric Pub.
- Wood, G. (2008) *Fundamentos de la Investigación Psicológica*. Editorial Trillas. https://www.academia.edu/27010586/LIBRO_PSICOLOGIA_FUNDAMENTOS_INVESTIGACION
- Yagüe, L., Sánchez-Rodríguez, A. I., Mañas, I., Gómez-Becerra, I. y Franco, C. (2016). Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness. *Psychology, Society, & Education*, 8(1), 23–37. <https://doi.org/10.25115/psye.v8i1.545>

Zapata, A. (2020). *Intervención cognitivo conductual para la reducción de la ansiedad en adolescentes de un Centro Psicológico Privado*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Lima]. Repositorio de la Universidad de Lima. https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/11325/Zapata_Arias_Ana_Giselle.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA INTERNA DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad en adultos mayores de la iglesia “Misión Cristianos” de Chaclacayo, 2022.

Autor: Schmidt Urdanivia, Jürgen

INTRODUCCIÓN			MÉTODO				
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN		POBLACIÓN Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS	MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS
			VARIABLES	DIMENSIONES		VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	
¿Cómo sería el programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad en adultos mayores de la iglesia de Chaclacayo, 2022?	<p>HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>El programa cognitivo conductual reducirá la ansiedad en adultos mayores de la Iglesia de Chaclacayo, 2022.</p>	<p>GENERAL:</p> <p>Determinar en qué medida el programa cognitivo conductual reducirá la ansiedad en adultos mayores de la Iglesia de Chaclacayo, 2022.</p> <p>ESPECÍFICOS:</p> <p>O1: Identificar los niveles de ansiedad en adultos mayores de la Iglesia de Chaclacayo</p> <p>O2: Fundamentar el programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad en adultos mayores de la Iglesia de</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Programa cognitivo conductual</p>	Técnicas cognitivas	<p>POBLACION:</p> <p>La población se conformará por 350 adultos mayores, asistentes a la Iglesia de Chaclacayo.</p>	<p>TECNICAS:</p> <p>- LA ENCUESTA.</p> <p>La técnica que se empleará para la recolección de datos es la encuesta. Esta técnica está dirigida a recoger datos cuantitativos de una determina muestra, previamente seleccionada, con la finalidad de reportar resultados, mostrar evidencia, contrastar hipótesis y responder a</p>	<p>Para realizar el análisis estadístico de los datos, se empleó dos softwares importantes: el Ms Excel y el SPSS IBM. V.25. En el primero, se elaboró la base de datos en función a las respuestas ofrecidas por el instrumento en la aplicación a la muestra en consideración, las cuales fueron</p>

		<p>Chaclacayo 2022.</p> <p>O3: Diseñar el programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad en adultos mayores de la Iglesia de Chaclacayo.</p>		<p>Técnicas conductuales</p>		<p>objetivos previamente establecidos (Hernández et al., 2016). se asumen los puntajes obtenidos mediante la Escala de Ansiedad WCHAI, creada por Chávez (2018). El instrumento está conformado por 47 ítems, los cuales miden 3 dimensiones: respuesta cognitiva, fisiológica y motora. El formato de respuesta es tipo Likert de 5 puntos, la aplicación puede realizarse de manera individual como colectiva, con una duración de 15 minutos aproximadamente.</p>	<p>codificadas de acuerdo a la naturaleza del formato del mismo. Asimismo, para evitar datos sesgados, se realizó un filtro y limpieza de los mismos, evitando alteración de los resultados posteriores. Seguidamente, la base de datos será exportada al IBM SPSS, en el cual se realizó el análisis de frecuencias absolutas y porcentuales que corresponde a los niveles descriptivos. En efecto, se realizará la codificación de</p>
			<p>Variable Dependiente: Ansiedad</p>	<p>Respuestas cognitivas</p>			

				Respuestas fisiológicas			<p>variables de acuerdo a los percentiles o cuartiles, para determinar la categorización de cada nivel por la variable general y por sus dimensiones. En función a ello, se elaboraron las frecuencias tanto absolutas como porcentuales por cada nivel.</p>
				Respuestas motoras			

Operacionalización de la variable independiente cognitivo conductual.

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Escala de medición
Programa cognitivo conductual	Se define como los procedimientos terapéuticos orientados a modificar, cambiar las conductas de naturaleza disfuncional mediante principios conductuales y, además, a la modificación de las creencias irracionales y pensamientos disfuncionales, para generar nuevos comportamientos, percepción saludable y emociones que permitan la adaptación de las personas (Caballo, 2007).	El modelo cognitivo conductual propone una serie de estrategias, gracias a las que se elaboró un programa orientado a disminuir la problemática identificada, el cual puede ser aplicado posteriormente en diferentes contextos y poblaciones.	Técnicas cognitivas. Técnicas conductuales.	Nominal

Instrumento al inicio de la investigación

Escala de Ansiedad WCHA1

Wilder Enrique Chávez
Laurente Escuela de
Psicología UCV

Edad:

Fecha:.....

.....

Sexo:

Estado civil:

INSTRUCCIONES:

-Seleccione para cada ítem la puntuación que sea correspondiente, según su estado actual.

-Lea con atención las siguientes preguntas y marque con un aspa según describa la intensidad de cómo se sienta en los últimos días.

-Recuerde que no existe respuesta ni buena ni mala ni esta calificación tiene nota, cada respuesta será individual y altamente confidencial para el evaluador.

-Esta prueba ayudará a conocerte mejor.

-Responda con la mayor sinceridad posible,
esta prueba es anónima. Empiece a la
siguiente hoja.

PREGUNTAS	NUNCA	CAS I NUN CA	A VECE S SI A VECE S NO	CASI SIEMPR E	SIEMPR E
1. Tienes dificultades para tomar decisiones		X			
2. Tus problemas son más grandes que los de otros.				X	
3. Tienes miedo a lo que te pueda pasar en el futuro	X				

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	A VECE S SI A VECE S NO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Yo siento estar en peligro constantemente.					
2. Más de una vez he sentido mareos o he sudado sin razón aparente.					
3. Me cansa mucho, controlarme o mantenerme tranquilo.					
4. No me da miedo lo que pueda pasarme en el futuro.					
5. Tengo expresiones faciales exageradas de cólera, miedo, molestia o preocupación sin alguna razón aparente.					
6. Me asusto con facilidad.					
7. Tengo temblores en las manos y piernas.					
8. He tenido nauseas o escalofríos.					
9. Me siento intranquilo.					
10. Las demás personas están conspirando en mi contra.					
11. Me duele alguna parte del cuerpo.					
12. Se me hace muy difícil poder concentrarme.					
13. He sentido estar a punto de desmayarme.					
14. Voy a perder el control de mi vida en cualquier momento.					
15. Me siento muy angustiado o preocupado.					
16. Actualmente me asustan cosas que antes no.					
17. Algo malo va pasarme pronto.					
18. Agredo físicamente a las personas cuando me siento incómodo.					
19. Tengo dolores de espalda o cuello.					
20. Tengo ganas de llorar.					

21. Tengo sueños o pesadillas en los que me ocurren cosas malas.					
22. Tartamudeo cuando intento hablar.					
23. Parpadeo excesivamente.					
24. Tengo dolores en el pecho.					
25. Tengo algún tic nervioso.					
26. Se me hace difícil mantenerme quieto en un solo lugar.					
27. Recientemente mi apetito ha disminuido o incrementado.					
28. Ya no puedo aguantar más mi situación actual.					
29. Mis movimientos han perdido coordinación.					
30. Canalizo mi temor en objetos o movimientos repetitivos.					
31. Me siento agitado sin ningún motivo.					
32. He tenido problemas para respirar cuando pienso en situaciones desagradables.					
33. Mis propios pensamientos me hacen sentir mal física o psicológicamente.					
34. Estoy en peligro de ser dañado física o psicológicamente.					
35. No se me dificulta tomar decisiones.					
36. He tenido temblores en los ojos.					
37. A menudo imagino que algo malo está pasándome.					
38. He sentido enredarme con mis propias palabras al querer explicar una idea.					
39. Tengo deseos de tomar, fumar, o comer para intentar calmarme.					
40. Tengo movimientos involuntarios.					
41. Tengo problemas para dormir.					
42. Tengo problemas que yo no puedo resolver.					
43. Sin ninguna razón tengo problemas					

para respirar.					
44. No me ruborizo con facilidad.					
45. Cuando alguien tiene contacto físico conmigo, ya sea un rose, saludo o una caricia, me siento irritado.					
46. No tengo pensamientos desagradables.					
47. Tengo mucho miedo de que algo malo pueda pasarme.					

PROPUESTA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL

1. Denominación: “Manejando mi ansiedad”

2. Fundamentación:

La ansiedad es una condición emocional, un estado mental caracterizado por la aparición de inquietud, inseguridad, temor, miedos frecuentes, pensamientos catastróficos y desesperación, frente a un evento real o imaginario que atenta contra la integridad personal (Miró y Simón, 2012). De igual modo, la ansiedad es responsable de la aparición de manifestaciones fisiológicas, cognitivas, somáticas y emocionales desagradables, que generan temor, preocupación, aprensión e inquietud (Gao et al., 2012).

Por otro lado, Serrano et al. (2013), explica que la ansiedad es una respuesta asociada al temor, la tensión emocional, lo cual activa al organismo para actuar frente a una potencial amenaza y para emplear los esfuerzos necesarios para disminuir el impacto emocional. De igual modo, está relacionada a eventos peligrosos imprevisibles, indefinibles que son anticipados sin razón alguna (Yague et al., 2016).

La ansiedad presenta una reacción múltiple, es decir, no solo implica la atención específica en el evento peligroso, sino también, pensamientos repetitivos sobre el mismo, pensamientos negativos, percepción negativa de sí mismo y evitación constante de todo aquel recurso que logre la regulación emocional (Mascioli, 2014). En este sentido, Spielberger (1980), explica que, además de lo mencionado, la ansiedad se expresa mediante tensión, nerviosismo, preocupación, hiper activación del organismo y el sistema nervioso, así como también respuestas fisiológicas.

Al respecto, la terapia cognitivo conductual centra su atención en el manejo de las respuestas emocionales asociadas a la ansiedad. La TCC, surge de la combinación de dos planteamientos importantes dentro de la psicología y la psicoterapia: la terapia cognitiva y la terapia conductual (Scarpa et al., 2013; Westbrook, et al., 2011), posicionándose como un procedimiento alterativo a las terapias de esa época, es decir, al modelo psicodinámico, el cuál presentaba poca evidencia científica que respalde la efectividad y los procedimientos que empleaban (Scarpa et al., 2013; Westbrook, et al., 2011).

Por otro lado, desde los planteamientos conductuales, los terapeutas centran su atención en la construcción de la asociación entre los estímulos que provienen de los eventos exteriores y las respuestas conductuales individuales, y en todos los procesos objetivos, no obstante, no es de su consideración aquellos procesos inconscientes y no observables, sino por el contrario, todo aquello que se pueda medir (Dobson y Dozois, 2010). De acuerdo a ello, el éxito de la intervención está respaldada por diversas investigaciones, las posicionaron al modelo por encima de los demás procedimientos terapéuticos, sin embargo, a pesar del éxito reconocido, fue duramente criticado por no considerar aquellos procesos internos que, posteriormente, fueron recogidos por los alcances cognitivos, a partir de los que se empezó a reconocer la importancia del pensamiento, las creencias, interpretaciones de los eventos como aspectos relevantes en la regulación de la conducta humana (Scarpa et al., 2013).

Respecto a los planteamientos cognitivos, Aaron Beck fue el principal difusor del modelo, quien sugirió que los problemas de naturaleza emocional están fundamentados por los pensamientos distorsionados, errores en el procesamiento de la información, evaluaciones negativas de sí mismo que, a la vez, influyen en la conducta disfuncional (Beck, 1995). Por ello, en la época de los años 70, Beck y colaboradores lograron ser reconocidos por la importancia de sus planteamientos en las intervenciones psicoterapéuticas a nivel mundial, las cuales también estuvieron respaldadas por evidencia científica (Beck, 1995). Posteriormente, se planteó una forma complementaria, de unión entre los dos modelos antes mencionados, denominada terapia cognitivo conductual, siendo un tratamiento influyente de la intervención, la cual estuvo vigente por décadas como uno de los principales modelos terapéuticos efectivos y, sobre todo, por los cimientos que ofrecieron para el nacimiento de otros modelos terapéuticos importantes en la intervención para diversos problemas psicológicos (Cox y O'Doyle, 2011; Butler et al., 2006; Hoffmann et al., 2012). El modelo enfoca su atención en la sintomatología que se manifiesta en el presente, estructurando cada objetivo y proyecto de trabajo, orientado a metas y a la modificación tanto cognitiva como conductual (Hoffmann et al., 2012). De igual modo, dicho enfoque presenta respaldo empírico amplio, mediante diversas investigaciones, donde probaron la efectividad de la intervención en diversos problemas de salud mental, en diversas poblaciones, con una variedad de edades, grado de instrucción y en

diferentes modalidades de aplicación, sea individual, grupal y familiar (Cox y O'Doyle, 2011; Butler et al., 2006).

3. Objetivos del programa.

3.1. Objetivo general.

Proponer un programa orientado a la disminución de la ansiedad en adultos mayores de la iglesia de Chaclacayo.

3.2. Objetivos específicos.

- Conocer el nivel de ansiedad en adultos mayores de la iglesia de Chaclacayo.
- Disminuir la percepción negativa de la ansiedad.
- Disminuir las respuestas sintomatológicas de la ansiedad.
- Aumentar la capacidad y habilidades de afrontamiento los adultos mayores.

4. Beneficiarios del programa: adultos mayores de la iglesia de Chaclacayo.

5. Duración de cada sesión: 60 minutos.

6. Enfoque teórico del programa: La terapia cognitivo conductual, por sus siglas TCC, se define como los procedimientos terapéuticos orientados a modificar, cambiar las conductas de naturaleza disfuncional mediante principios conductuales y, además, a la modificación de las creencias irracionales y pensamientos disfuncionales, para generar nuevos comportamientos, percepción saludable y emociones que permitan la adaptación de las personas (Caballo, 2007).

Número de sesión	Indicadores de trabajo	SESIÓN	OBJETIVO	METODOLOGÍA	TÉCNICAS	RECURSOS O MATERIALES
01		Sesión 01 Bienvenida	Establecer la bienvenida, conocer a los participantes y determinar la línea base.	Dinámica de presentación Aplicación del pre test "Psicoeducación"	Dinámica Grupal Exposición de la finalidad del programa, la metodología y conocimiento del modelo cognitivo conductual.	Protocolos de la Escala de Ansiedad WCHAI Proyector multimedia Laptop
02	Respuesta cognitiva	Sesión 02 Conociendo los eventos activadores de la ansiedad	Brindar estrategias para reconocer los eventos potenciales peligrosos que generan la ansiedad.	Dinámica de inicio mediante la respiración guiada. Explicación del SPAC Importancia del registro de pensamientos y situaciones.	Respiración guiada SPAC Hoja de registro diario.	Alfombras Lápiz o lapicero Reproductor de sonido Música de relajación

03		Sesión 03 Relación entre situación y emoción.	Brindar un medio de conocimiento para el establecimiento de la relación entre la situación que genera la respuesta emocional y la ansiedad.	Revisión inicial de la hoja de auto registro. Explicar la relación entre pensamiento y emoción.	Hoja personal de auto registro. Termómetro del estado de ánimo. Relajación	Alfombras Hojas bond Registro ABC Lápiz, lapicero.
04		Sesión 04 Buscando soluciones	Encontrar un medio alternativo al comportamiento que surge por evento ansiógeno.	Respirando Con la técnica 4-7-8 ¿qué hago cuando identifico algún evento potencial que genera ansiedad? Registrar la conducta-consecuencia de la ansiedad. Proponer conductas alternativas para la conducta-consecuencia.	Respiración guiada Técnica de la triple columna. Conducta alternativa	Colchoneta Lápiz o lapicero Formato de la técnica de la triple columna.
05		Sesión 05 Debatiendo ideas	Analizar las creencias negativas que producen la ansiedad	Se iniciará con el registro de los pensamientos automáticos, haciendo uso del SPAC.	SPAC Identificación de pensamientos	Hojas bond Lapiceros

				De igual modo, se identificarán las creencias irracionales. Se denominarán los pensamientos automáticos para cuestionarlos		
06		Sesión 06 Debatiendo ideas	Cuestionar y debatir los pensamientos automáticos	En la sesión anterior, se identificaron los pensamientos automáticos, los cuales serán cuestionados y debatidos para probar su veracidad. Se debatirá cada uno de los pensamientos mediante el cuestionamiento socrático. Se empleará la triple columna para identificar pensamientos funcionales alternativos.	Debate de pensamientos Cuestionamiento socrático Técnica de la triple columna	Hojas bond Lapiceros
07		Sesión 07 Acercándome al evento ansioso	Desensibilizar a los participantes respecto a las reacciones cognitivas	Desensibilización sistemática: se empleará dicha técnica para que, de manera progresiva, los	Desensibilización sistemática	Música de relajación

			<p>cuando aparecen los eventos ansiosos</p>	<p>participantes se acerquen al conocimiento de los eventos que produce la ansiedad.</p> <p>Posteriormente, mediante la imaginación, empezarán a acercarse a la situación que genera la ansiedad.</p> <p>De igual modo, mediante imágenes directas, también se acercarán al evento ansioso, para que progresivamente asuman una actitud asertiva.</p>		<p>Imágenes en físico</p> <p>Colchonetas</p>
08		<p>Sesión 08 Modificando mi pensamiento</p>	<p>Lograr que los participantes logren modificar la percepción anticipatoria que presentan.</p>	<p>Los participantes identificarán las verbalizaciones negativas que presentan de sí mismos, las cuales serán modificadas posteriormente.</p> <p>En grupo, se reflexionará sobre los motivos por los cuales surgen las verbalizaciones negativas</p> <p>Posteriormente, se</p>	<p>Evitación de verbalizaciones internas negativas</p> <p>Entrenamiento en asertividad</p>	<p>Hojas bond</p> <p>Lapiceros</p>

				efectuarán verbalizaciones con connotación positiva y funcional, las cuales serán expuestas por los participantes.		
09		Sesión 09 Reflexión final sobre el pensamiento ansioso	Lograr que los participantes se expongan, gradualmente, a los eventos y pensamientos ansiosos.	<p>Discusión y debate de creencias para el trabajo final de los pensamientos automáticos que generan la ansiedad.</p> <p>Exposición gradual y afrontamiento frente a situaciones cotidianas que generan la ansiedad.</p> <p>Cierre y aprendizaje de las reacciones cognitivas de la ansiedad.</p>	<p>Discusión y debate de creencias</p> <p>Exposición gradual.</p>	<p>Música de relajación</p> <p>Colchonetas.</p>

10	Respuestas fisiológicas	Sesión 10 Reducción de la activación fisiológica	Reducir la activación fisiológica mediante competencias cognitivas	Sensibilización mediante el aprendizaje de: pensamientos catastróficos, concentración en sensaciones internas y control respiratorio.	<p>Psicoeducación.</p> <p>Identificación de pensamientos catastróficos.</p> <p>Relajación muscular</p>	<p>Colchoneta.</p> <p>Lápiz o lapicero</p> <p>Música relajante.</p> <p>Hojas bond</p>
----	-------------------------	--	--	--	--	---

			conductuales.	Entrenamiento en relajación muscular progresiva.		
11		Sesión 11 Aprendiendo a relajarme	Reducir el malestar emocional asociado a la ansiedad.	“Respiración para centrarse en el aquí y ahora” Entrenamiento en relajación. Tensión, distensión de 4 grupos musculares. Respiración diafragmática lenta.	Entrenamiento en relajación. Imaginería Musicoterapia	Reproductor de sonido. Música de relajación. Alfombra o colchoneta.
12		Sesión 12 Modificando mis pensamientos	Disminuir los pensamientos negativos asociados a los eventos ansiógenos.	Explicación del debate ABCDE. Lograr identificar pensamientos adecuados, flexibles y saludables. Analizar pensamientos negativos: lógica incorrecta, cuestionamiento de los pensamientos.	Reestructuración cognitiva. Cuestionamiento socrático. Actuar como sí.	Hojas. Lapiceros Hojas bond
13				Retribución de sensaciones internas: explicar las experiencias	Diálogo socrático. Entrenamiento	Hojas bond. Lapiceros.

		Sesión 13 Cambiando mi percepción	Modificar los pensamientos distorsionados.	realistas. Identificar pensamientos distorsionados. Descatastrofización	focalizado atencional. Autoinstrucciones positivas	Plumones.
14	Estrategias de afrontamiento	Sesión 14 Evitar recaídas	Brindar medios para la búsqueda de comportamientos de afrontamiento.	Identificación de recursos personales Búsqueda de comportamientos alternativos	Auto observación. Técnica de la triple columna.	Hojas bond Música de relajación
15		Sesión 15 Creando escenas	Exposición imaginaria a las situaciones de afrontamiento.	Exposición mediante la imaginación. Práctica imaginaria de estrategias de afrontamiento.	Imaginería	Colchoneta Música relajante.
16		Sesión 16 Ensayo nuevos pensamientos	Exposición cognitiva de estrategias de afrontamiento que faciliten la prevención de recaídas	Reflexión inicial sobre las estrategias de afrontamiento planteadas anteriormente. Trabajo grupal de organización y planificación de estrategias de afrontamiento. Ensayo cognitivo de las estrategias planteadas.	Ensayo cognitivo Trabajo grupal	Colchoneta Música relajante. Papelotes, plumones.

				Exposición cognitiva de las estrategias alternativas de afrontamiento.		
17		Sesión 17 Practicando estrategias de afrontamiento	Poner en práctica las estrategias de afrontamiento identificadas	Aproximación a la práctica conductual de las estrategias identificadas.	Role playing	Colchoneta Música relajante.
18		Sesión 18 Resolución de conflictos	Aprender estrategias que permitan la resolución de conflictos de forma asertiva.	Reflexión sobre la asertividad, como un medio de resolución de conflictos funcional. Escenificación de situaciones en las que se aprecia estrategias de solución de conflictos. Retroalimentar aquellos comportamientos positivos.	Role playing Asertividad. Análisis de responsabilidad	Colchoneta Música relajante.
10		Sesión 19 Redes de apoyo	Mostrar la importancia de la construcción de las redes de apoyo para la reducción de la ansiedad.	Reflexión inicial sobre la importancia de las redes de apoyo en los conflictos emocionales. Trabajo grupal, en donde los participantes crearan un gráfico que represente las redes de apoyo para cada uno de ellos.	Redes de apoyo	Papelotes Plumones.

				Exposición del gráfico de redes de apoyo. Retroalimentación		
20	Cierre	Sesión 20 Redes de apoyo	Reflexión final y aplicación del pos test.	Reflexión grupal sobre lo aprendido mediante el desarrollo del programa: los participantes expondrán el logro que han tenido gracias al desarrollo del programa. Se realizará la despedida, en donde cada participante ofrecerá una frase final. Se aplicará la medición final, mediante el pos test.	Pos test. Reflexión final	

FICHA DE VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA
CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE
EVALUA EL PROGRAMA

						Pertinencia ¹		Relevancia ²		Construcción gramaticals					
VARIABLE	DIMENSIÓN	Indicadores	ITEM			ACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO	OBSERVACIONES	SUGERENCIAS		
				SÍ	NO										
PROGRAMA BASADO EN EL METODO DE CASOS	ONTOLOGICA	Bases teóricas	1. Tiene un sustento epistemológico.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
			2. Presenta un sustento pedagógico.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
			3. Presenta un sustento psicológico	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
			4. Presenta un sustento sociocultural.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
	TELEOLOGICA	Metodológica	5. Se establece la secuencia metodológica del programa.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
			Práctica	6. La justificación está redactada en forma coherente.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
				7. Existen datos de la Institución Educativa sobre las necesidades y	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				

			carencias de los estudiantes de la I.E.										
		Objetivo General	8. Presenta coherencia interna entre los diversos elementos del programa y de ellos en relación con los objetivos.	X		X		X		X			
		Objetivo Específicos	9. Son factibles de alcanzar.	X		X		X		X			
			10. Son operativos.	X		X		X		X			
	SUSTANTIVA	Organización	11. El programa está organizado teniendo en cuenta la parte afectiva del estudiante.	X		X		X		X			
				12. Las sesiones de aprendizajes planteadas tienen coherencia con las unidades didácticas.	X		X		X		X		
		Relación	13. Guarda relación entre cada uno de sus elementos	X		X		X		X			
				14. Responde a tipo de estudio.	X		X		X		X		
	METODOLÓGICA	Pertinente	15. Las estrategias propuestas	X		X		X		X			

			permitirán el logro de los objetivos.									
			16. Favorecen la participación activa en los talleres de aprendizaje.	X		X		X		X		
		Participativas	17. Permiten mejorar el nivel de afectividad	X		X		X		X		
			18. Permiten el desarrollo del aspecto intrapersonal del estudiante.	X		X		X		X		
		Humanos	19. Permiten el desarrollo de actitudes en los estudiantes.	X		X		X		X		
			20. Considera a todos los estudiantes	X		X		X		X		
	ADMINISTRATIVA	Materiales	21. Contiene los materiales necesarios.	X		X		X		X		
			22. Se ha considerado los materiales adecuados.	X		X		X		X		
	EVALUATIVA	Coherencia	23. Se han planteado los instrumentos de evaluación.	X		X		X		X		

			24. Los indicadores de evaluación corresponden a los aprendizajes esperados.	<input checked="" type="checkbox"/>									
	Permanente		25. Se ha planteado evaluaciones durante el desarrollo del programa.	<input checked="" type="checkbox"/>									

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez evaluador: Mg: Marlo Obed Alcántara Obando

DNI: 46941815

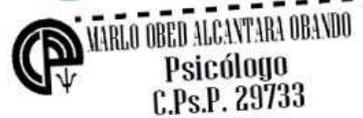
Especialidad del evaluador: Psicólogo clínico.

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Construcción gramatical:** Se entiende sin dificultad el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

MARLO OBED ALCANTARA OBANDO
Psicólogo
C.Ps.P. 29733

DNI: 46941815

N° CPsP: 29733

FICHA DE VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA

CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE EVALUA EL PROGRAMA

VARIABLE	DIMENSIÓN	Indicadores	ITEM			Pertinencia ¹		Relevancia ²		Construcción gramaticals		OBSERVACIONES	SUGERENCIAS	
						ACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO			
				SÍ	NO									
PROGRAMA BASADO EN EL METODO DE CASOS	ONTOLOGICA	Bases teóricas	26. Tiene un sustento epistemológico.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
			27. Presenta un sustento pedagógico.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
			28. Presenta un sustento psicológico	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
			29. Presenta un sustento sociocultural.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
	TELEOLOGICA	Metodológica	Práctica	30. Se establece la secuencia metodológica del programa.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			
				31. La justificación está redactada en forma coherente.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			
				32. Existen datos de la Institución Educativa sobre las necesidades y carencias de los estudiantes de la I.E.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			

	Objetivo General	33. Presenta coherencia interna entre los diversos elementos del programa y de ellos en relación con los objetivos.	X		X		X		X				
		Objetivo Específicos	34. Son factibles de alcanzar.	X		X		X		X			
			35. Son operativos.	X		X		X		X			
	SUSTANTIVA	Organización	36. El programa está organizado teniendo en cuenta la parte afectiva del estudiante.	X		X		X		X			
			37. Las sesiones de aprendizajes planteadas tienen coherencia con las unidades didácticas.	X		X		X		X			
		Relación	38. Guarda relación entre cada uno de sus elementos	X		X		X		X			
			39. Responde a tipo de estudio.	X		X		X		X			
		METODOLÓGICA	Pertinente	40. Las estrategias propuestas permitirán el logro de los objetivos.	X		X		X		X		
	41. Favorecen la participación activa en los talleres de aprendizaje.			X		X		X		X			
	Participativas		42. Permiten mejorar el nivel de afectividad	X		X		X		X			

			43. Permiten el desarrollo del aspecto intrapersonal del estudiante.	X		X		X		X			
	ADMINISTRATIVA	Humanos	44. Permiten el desarrollo de actitudes en los estudiantes.	X		X		X		X			
45. Considera a todos los estudiantes			X		X		X		X				
Materiales		46. Contiene los materiales necesarios.	X		X		X		X				
		47. Se ha considerado los materiales adecuados.	X		X		X		X				
	EVALUATIVA	Coherencia	48. Se han planteado los instrumentos de evaluación.	X		X		X		X			
			49. Los indicadores de evaluación corresponden a los aprendizajes esperados.	X		X		X		X			
		Permanente	50. Se ha planteado evaluaciones durante el desarrollo del programa.	X		X		X		X			

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez evaluador: Mg: **Daniel Lazaro Valverde**

DNI: 70868746

Especialidad del evaluador: **Psicólogo clínico.**

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Construcción gramatical:** Se entiende sin dificultad el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



DNI 70868746
N° CPsP: 29890

FICHA DE VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA

CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE EVALUA EL PROGRAMA

VARIABLE	DIMENSIÓN	Indicadores	ITEM			Pertinencia ¹		Relevancia ²		Construcción gramaticals		OBSERVACIONES	SUGERENCIAS	
						ACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO			
				SÍ	NO									
PROGRAMA BASADO EN EL METODO DE CASOS	ONTOLÓGICA	Bases teóricas	51. Tiene un sustento epistemológico.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
			52. Presenta un sustento pedagógico.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
			53. Presenta un sustento psicológico	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
			54. Presenta un sustento sociocultural.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
	TELEOLÓGICA	Metodológica	55. Se establece la secuencia metodológica del programa.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
			Práctica	56. La justificación está redactada en forma coherente.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			
				57. Existen datos de la Institución Educativa sobre las necesidades y carencias de los estudiantes de la I.E.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			

	Objetivo General	58. Presenta coherencia interna entre los diversos elementos del programa y de ellos en relación con los objetivos.	X		X		X		X				
		Objetivo Específicos	59. Son factibles de alcanzar.	X		X		X		X			
			60. Son operativos.	X		X		X		X			
	SUSTANTIVA	Organización	61. El programa está organizado teniendo en cuenta la parte afectiva del estudiante.	X		X		X		X			
			62. Las sesiones de aprendizajes planteadas tienen coherencia con las unidades didácticas.	X		X		X		X			
		Relación	63. Guarda relación entre cada uno de sus elementos	X		X		X		X			
			64. Responde a tipo de estudio.	X		X		X		X			
	METODOLÓGICA	Pertinente	65. Las estrategias propuestas permitirán el logro de los objetivos.	X		X		X		X			
			66. Favorecen la participación activa en los talleres de aprendizaje.	X		X		X		X			
		Participativas	67. Permiten mejorar el nivel de afectividad	X		X		X		X			

			68. Permiten el desarrollo del aspecto intrapersonal del estudiante.	X		X		X		X			
	ADMINISTRATIVA	Humanos	69. Permiten el desarrollo de actitudes en los estudiantes.	X		X		X		X			
70. Considera a todos los estudiantes			X		X		X		X				
Materiales		71. Contiene los materiales necesarios.	X		X		X		X				
		72. Se ha considerado los materiales adecuados.	X		X		X		X				
	EVALUATIVA	Coherencia	73. Se han planteado los instrumentos de evaluación.	X		X		X		X			
			74. Los indicadores de evaluación corresponden a los aprendizajes esperados.	X		X		X		X			
		Permanente	75. Se ha planteado evaluaciones durante el desarrollo del programa.	X		X		X		X			

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez evaluador: Mg: **Andy Julca Roncal**

DNI: 70659192

Especialidad del evaluador: **Psicólogo clínico.**

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Construcción gramatical:** Se entiende sin dificultad el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

A handwritten signature in black ink is positioned to the left of a circular fingerprint scan. Both are placed above a horizontal line.

DNI 70659192
N° CPsP 35942

FICHA DE VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA

CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE EVALUA EL PROGRAMA

VARIABLE	DIMENSIÓN	Indicadores	ITEM			Pertinencia ¹		Relevancia ²		Construcción gramaticals		OBSERVACIONES	SUGERENCIAS	
						ACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO			
				SÍ	NO									
PROGRAMA BASADO EN EL METODO DE CASOS	ONTOLÓGICA	Bases teóricas	76. Tiene un sustento epistemológico.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
			77. Presenta un sustento pedagógico.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
			78. Presenta un sustento psicológico	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
			79. Presenta un sustento sociocultural.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
	TELEOLÓGICA	Metodológica	80. Se establece la secuencia metodológica del programa.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
			Práctica	81. La justificación está redactada en forma coherente.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			
				82. Existen datos de la Institución Educativa sobre las necesidades y carencias de los estudiantes de la I.E.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			

	Objetivo General	83. Presenta coherencia interna entre los diversos elementos del programa y de ellos en relación con los objetivos.	X		X		X		X				
		Objetivo Específicos	84. Son factibles de alcanzar.	X		X		X		X			
			85. Son operativos.	X		X		X		X			
	SUSTANTIVA	Organización	86. El programa está organizado teniendo en cuenta la parte afectiva del estudiante.	X		X		X		X			
			87. Las sesiones de aprendizajes planteadas tienen coherencia con las unidades didácticas.	X		X		X		X			
		Relación	88. Guarda relación entre cada uno de sus elementos	X		X		X		X			
			89. Responde a tipo de estudio.	X		X		X		X			
	METODOLÓGICA	Pertinente	90. Las estrategias propuestas permitirán el logro de los objetivos.	X		X		X		X			
			91. Favorecen la participación activa en los talleres de aprendizaje.	X		X		X		X			
		Participativas	92. Permiten mejorar el nivel de afectividad	X		X		X		X			

			93. Permiten el desarrollo del aspecto intrapersonal del estudiante.	X		X		X		X			
	ADMINISTRATIVA	Humanos	94. Permiten el desarrollo de actitudes en los estudiantes.	X		X		X		X			
95. Considera a todos los estudiantes			X		X		X		X				
Materiales		96. Contiene los materiales necesarios.	X		X		X		X				
		97. Se ha considerado los materiales adecuados.	X		X		X		X				
	EVALUATIVA	Coherencia	98. Se han planteado los instrumentos de evaluación.	X		X		X		X			
99. Los indicadores de evaluación corresponden a los aprendizajes esperados.			X		X		X		X				
Permanente		100. Se ha planteado evaluaciones durante el desarrollo del programa.	X		X		X		X				

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez evaluador: Mg: **Diego Salvador Chu.**

DNI: 72542880

Especialidad del evaluador: **Psicólogo clínico.**

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Construcción gramatical:** Se entiende sin dificultad el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Diego Salvador Chu
PSICÓLOGO
C.Ps.P. N° 30640

DNI 72542880
N° CPsP 30640

FICHA DE VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA

CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE EVALUA EL PROGRAMA

VARIABLE	DIMENSIÓN	Indicadores	ITEM			Pertinencia ¹		Relevancia ²		Construcción gramaticals ³		OBSERVACIONES	SUGERENCIAS		
						ACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO				
				SÍ	NO										
PROGRAMA BASADO EN EL METODO DE CASOS	ONTOLÓGICA	Bases teóricas	101. Tiene un sustento epistemológico.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
			102. Presenta un sustento pedagógico.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
			103. Presenta un sustento psicológico	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
			104. Presenta un sustento sociocultural.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
	TELEOLÓGICA	Metodológica	105. Se establece la secuencia metodológica del programa.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
			Práctica	106. La justificación está redactada en forma coherente.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
				107. Existen datos de la Institución Educativa sobre las necesidades y carencias de los estudiantes de la I.E.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				

		Objetivo General	108. Presenta coherencia interna entre los diversos elementos del programa y de ellos en relación con los objetivos.	X		X		X		X				
		Objetivo Específicos	109. Son factibles de alcanzar.	X		X		X		X				
			110. Son operativos.	X		X		X		X				
	SUSTANTIVA	Organización	111. El programa está organizado teniendo en cuenta la parte afectiva del estudiante.	X		X		X		X				
			112. Las sesiones de aprendizajes planteadas tienen coherencia con las unidades didácticas.	X		X		X		X				
		Relación	113. Guarda relación entre cada uno de sus elementos	X		X		X		X				
			114. Responde a tipo de estudio.	X		X		X		X				
		METODOLÓGICA	Pertinente	115. Las estrategias propuestas permitirán el logro de los objetivos.	X		X		X		X			
	116. Favorece n la participación activa en los			X		X		X		X				

		talleres de aprendizaje.										
	Participativas	117. Permiten mejorar el nivel de afectividad	X		X		X		X			
		118. Permiten el desarrollo del aspecto intrapersonal del estudiante.	X		X		X		X			
	ADMINISTRATIVA	Humanos	119. Permiten el desarrollo de actitudes en los estudiantes.	X		X		X		X		
			120. Considera a todos los estudiantes	X		X		X		X		
		Materiales	121. Contiene los materiales necesarios.	X		X		X		X		
			122. Se ha considerado los materiales adecuados.	X		X		X		X		
	EVALUATIVA	Coherencia	123. Se han planteado los instrumentos de evaluación.	X		X		X		X		
			124. Los indicadores de evaluación corresponden a los aprendizajes esperados.	X		X		X		X		
		Permanente	125. Se ha planteado evaluaciones	X		X		X		X		

			durante el desarrollo del programa.										
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez evaluador: Mg: **Brunny Dioses Membrillo**

DNI: 71958400

Especialidad del evaluador: Psicólogo clínico.

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Construcción gramatical:** Se entiende sin dificultad el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Mg. Brunny F. Dioses Membrillo
Ψ PSICÓLOGA
C.Ps.P. 38382

DNI 71958400
N° CPsP 38382



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, RODRIGUEZ VEGA JUAN LUIS, docente de la ESCUELA DE POSGRADO de la escuela profesional de MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad en los adultos mayores de una iglesia de Chaclacayo 2022", cuyo autor es SCHMIDT URDANIVIA JURGEN, constato que la investigación tiene un índice de similitud de %, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 12 de Agosto del 2022

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
RODRIGUEZ VEGA JUAN LUIS : 16739701 ORCID: 0000-0002-2639-7339	Firmado electrónicamente por: RVEGAJL el 12-08- 2022 19:45:32

Código documento Trilce: INV - 0830692