



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA
EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

Programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad y
depresión en cuidadores de personas con discapacidad de un
Centro de Educación Básica Especial

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Intervención Psicológica

AUTORA:

Abanto Chomba, Anyela Lorena (orcid.org/0009-0002-7052-219X)

ASESORAS:

Dra. Vera Calmet, Velia Graciela (orcid.org/0000-0003-0170-6067)

Dra. García Flores, Lizzeth Aimée (orcid.org/0000-0002-1975-2582)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Modelos de Intervención Psicológica

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2024

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, VERA CALMET VELIA GRACIELA, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Programa Cognitivo Conductual para reducir la ansiedad y depresión en Cuidadores de Personas con Discapacidad de un Centro de Educación Básica Especial", cuyo autor es ABANTO CHOMBA ANYELA LORENA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 18%, 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, 26 de Julio del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
VERA CALMET VELIA GRACIELA DNI: 18159571 ORCID: 0000-0003-0170-6067	Firmado electrónicamente por: VVERAC75 el 28-07- 2024 09:47:55

Código documento Trilce: TRI - 0837108



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, ABANTO CHOMBA ANYELA LORENA estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Programa Cognitivo Conductual para reducir la ansiedad y depresión en Cuidadores de Personas con Discapacidad de un Centro de Educación Básica Especial", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

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

Nombres y Apellidos	Firma
ANYELA LORENA ABANTO CHOMBA DNI: 74061137 ORCID: 0009-0002-7052-219X	Firmado electrónicamente por: AYABANTOC el 26-07- 2024 11:13:30

Código documento Trilce: TRI - 0837110

Dedicatoria

A mi amor bonito, mi hijo Adriano, por llegar a mi vida y hacerme la mujer más feliz; tu presencia me inspira y me impulsa. Te amo infinitamente amor de mi vida.

A mi esposo, por su amor, su apoyo incondicional y por impulsarme a crecer profesionalmente, “Somos lo que queremos edificar”, te amo.

A mi mamá y papá, por ser mi apoyo constante, mis fuerzas y mi sostén en cada momento de mi vida. Son todo para mí y en cada proyecto siempre serán parte por todo el amor que me han sabido dar y por la sabiduría de sus palabras que siguen calando en mi ser. Gracias, por hacer de su “checherito” el más feliz. Los amo mucho mis amores.

A mis ángeles; mamá Reyes, mamá Rosa, papá Antonio y mi hermanito que no conocí pero que siempre ha estado presente en mi vida. Los amo y extraño mucho, besos al cielo mis ángeles.

Agradecimiento

A mis asesores, especialmente a la Dra. Velia Vera Calmet por brindarme su conocimiento y guiar este proceso que llego a su etapa final.

A la directora del CEBE “**Agustín Solano Sabana**” Chocope, por brindarme acceso a su Institución Educativa; y lograr así acciones a favor de los padres de niños con discapacidad severa.

A los padres de familia, que, a pesar de sus contratiempos, estuvieron aptos a participar del programa de manera responsable.

A Kendra y Dayane personal de DEMUNA y OMAPED por su apoyo incondicional en este proceso académico; valoro su tiempo, su esfuerzo y empatía.

Índice de contenidos

Cáratula.....	i
Declaratoria de Autenticidad del Asesor	ii
Declaratoria de Originalidad del Autor.....	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento.....	v
Índice de contenidos.....	vi
Índices de tablas.....	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. METODOLOGÍA.....	13
III. RESULTADOS	20
IV. DISCUSIÓN.....	24
V. CONCLUSIONES	29
VI. RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS	31
Anexos	39

Índice de tablas

Tabla 1 Prueba T de Student para muestras relacionadas pre y post test de la variable ansiedad.....	20
Tabla 2 Prueba T de Student para muestras relacionadas pre y post test de las dimensiones de ansiedad.....	21
Tabla 3 Prueba T de Student para muestras relacionadas pre y post test de ansiedad estado y ansiedad rasgo.....	22
Tabla 4 Prueba T de Student para muestras relacionadas pre y post test de la variable depresión	23

Resumen

En la presente investigación se planteó el objetivo de determinar el efecto de un programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad y depresión en cuidadores de personas con discapacidad de un Centro de Educación Básica Especial. Para tal fin, la muestra estuvo compuesta por 7 participantes, seleccionadas a partir de un muestreo intencional. Asimismo, el diseño de estudio empleado fue pre experimental, sin grupo control. Los instrumentos empleados para la medición fueron el Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Ansiedad Estado Rasgo e Inventario de Depresión de Beck. Los principales resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el pre y post test en el grupo de intervención respecto a la variable general de ansiedad $p < .05$ ($t=2.590$), de igual modo se indicaron diferencias en sus dimensiones. En función de la ansiedad estado rasgo, también se observó diferencias en cuanto a la medición inicial y final $p < .05$. En lo correspondiente a la variable depresión, se reportó un resultado estadísticamente significativo entre el pre y pos test en el grupo de intervención $p < .05$ ($t=4.188$). Por tanto, la investigación concluye indicando que el programa cognitivo conductual desarrollado reduce significativamente la ansiedad y depresión en población adulta.

Palabras clave: Ansiedad, ansiedad estado rasgo, depresión, cuidadores.

Abstract

In the present research, the objective was to determine the effect of a cognitive behavioral program to reduce anxiety and depression in caregivers of people with disabilities in a Special Basic Education Center. For this purpose, the sample was made up of 7 participants, selected from intentional sampling. Likewise, the study design used was pre-experimental, without a control group. The instruments used for measurement were the Beck Anxiety Inventory, State Trait Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory. The main results showed statistically significant differences between the pre- and post-test in the intervention group regarding the general anxiety variable $p < .05$ ($t = 2.590$), likewise differences were indicated in its dimensions. Depending on state-trait anxiety, differences were also observed regarding the initial and final measurement $p < .05$. Regarding the depression variable, a statistically significant result was reported between the pre- and post-test in the intervention group $p < .05$ ($t = 4.188$). Therefore, the research concludes indicating that the cognitive behavioral program developed significantly reduces anxiety and depression in the adult population.

Keywords: Anxiety, state trait anxiety, depression, caregivers.

I. INTRODUCCIÓN

La variable denominada como ansiedad, ha sido conceptualizada a partir de diferentes puntos de vista y estudiado bajo diferentes enfoques, concluyendo que es una variable de respuesta emocional y conductual, que presenta indicadores somáticos y cognitivas asociadas, como una forma de anticiparse a los eventos catastróficos, los cuales son imaginarios o reales, situando a la integridad personal en riesgo (Delgado et al., 2021). En ese sentido, resultan ser respuestas cotidianas de las personas, debido a que todos la han experimentado en algún momento de sus vidas y, de acuerdo a la presencia, se estima que en promedio el 10% de las personas ha indicado problemas relacionado con la ansiedad; no obstante, solo el 27.6% logra acceder a tratamientos oportunos para el manejo de la misma (Alonso & Evans, 2018).

Por otro lado, en la sociedad actual, después de haber atravesado las condiciones de salud producto de la pandemia, la ansiedad se ha manifestado en mayor magnitud, siendo un problema de salud crónico a nivel social (Valladares-Garrido et al., 2023). Se observa alrededor del 28.8% de personas que presentan niveles altos de ansiedad, lo que genera una gran demanda de atención oportuna en servicios sociales de salud (Qiu et al., 2020). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), en referencia a la variable depresión indica que, es el padecimiento más común en la población y causa de suicidio; estimando que alrededor del 5% de la población mundial la padecen. Asimismo, estima un total de más de 280 millones de personas, con más de 50% correspondiente a las mujeres.

De igual modo, se reportaron casos en función a la variable en mención (ansiedad) con la finalidad de comprender su presencia actual (Huarcaya-Victoria, 2020), indicando así principales efectos que se observan bajo la presencia de problemas emocionales. Además, la OMS (2022), señaló que dicha variable ansiedad, es el principal malestar que aqueja a la sociedad actual. Por tanto, las personas, con frecuencia, están propensas a la interpretación de cualquier manifestación como ansiedad, lo que altera su conducta, sueño, capacidad de razonamiento y salud en general (Asmundson & Taylor, 2020).

En Perú, se indicó que el 10.7% de adultos manifestaron experimentar ansiedad en nivel severo, el 39.3% en condición moderada, un 32.1% nivel leve o mínimo y el 17.9% ausente de ansiedad (Cosio, 2021). Asimismo, según el Ministerio de Salud (Minsa, 2021) indicó que un 20% presentó algún problema de salud psicológica, derivándose así, la presencia de ansiedad. En lo que corresponde a la depresión, se estima que aproximadamente el 20% de la población peruana sufre de sintomatología depresiva (Luna-Reyes & Vilchez-Hernández, 2020).

La población de cuidadores de personas con discapacidad no se encuentra ajenas a dicha realidad; según el estudio de Castelo-Rivas et al. (2023), reportaron que el 29.7% presenta nivel muy grave de ansiedad, el 16.7% grave, el 23.4% moderado, existiendo alta prevalencia de afectación. De igual modo, los datos mostrados, se apoyan por la investigación de Gualpa et al. (2020), quienes observaron que el 67.3% de los cuidadores mostró nivel medio de ansiedad y el 11.3% nivel alto.

Frente a lo detallado, Millones y Guevara (2021), observaron que el 52.2% de personas evaluadas en un estudio, manifestaron niveles de ansiedad, donde el 15.7% presenta nivel severo y nivel moderado un 17,4%. Por tanto, en función de los datos mostrados, es imprescindible desarrollar procedimientos psicoterapéuticos que cumplan con criterios de efectividad requeridos, para reducir los niveles de ansiedad, siendo uno de los más recomendados la terapia cognitivo conductual (Ortiz, 2022).

Dicho modelo terapéutico, ha demostrado ser efectivo en población adulta y en diversos contextos de aplicación, como un tratamiento para la reducción de ansiedad (García et al., 2020). Dirigiéndose así a la transformación de la percepción que fundamenta la aparición de ansiedad (Soto et al., 2022). Asimismo, tiene como finalidad modificar la relación entre estímulos y conductas (Dobson & Dozois, 2010).

Además, se constituye como una intervención psicológica, que tiene el objetivo de modificar la sintomatología presente, resolviendo manifestaciones desagradables y condicionantes de conductas. En referencia a otros modelos, se desarrolla bajo objetivos establecidos, se enfoca en la modificación de conductas y cogniciones y, por tanto, ofrece nuevas formas de aprendizaje para el desarrollo de habilidades individuales que permitan el afrontamiento (Fullana et al., 2012). La efectividad del modelo se explica por la posibilidad de mejorar el procedimiento empleado y por la

aplicación de técnicas basadas en evidencia con comprobación científica (Scarpa et al., 2013).

Ante ello, la presente investigación toma como referencia lineal a los cuidadores de personas con discapacidad. Dicho esto, cabe evidenciar que trabajar con esta población es una realidad social muy importante que involucra a muchos y acoge a pocos. Es de conocimiento que este problema mundial afecta con frecuencia a todas las edades y en estos últimos años ha venido en aumento (Andrea-Padilla, 2010). No obstante, se sabe muy poco acerca de lo que acarrea el compromiso de cuidar a una persona con discapacidad y esto probablemente pueda deberse a que la asociación entre discapacidad y cuidador es aún una tarea difícil de hilar (Martin-Palomo, 2010) Por tal motivo, abordar esta población mediante este estudio implicaría conocer la activación en cuanto al desarrollo de estrategias de afrontamiento basados en el cuidador o cuidadora en relación a la sobrecarga (estrés o ansiedad) que surgen con la nueva situación de cuidado (Yonte et al., 2010)

Indagar sobre la variable ansiedad que se desarrolla en cuidadores principales de personas con algún tipo y grado de discapacidad se puede tornar difícil, principalmente porque los datos de intervención en dichas poblaciones son escasos y es muy complicado tener una incidencia precisa. Finalmente, es necesario mencionar que los datos ya existentes develan que esta población de cuidadores también tiene una demanda que debe ser atendida con compromiso y empatía (Crespo & López, 2007).

Por lo expuesto, resulta relevante el uso de programas fundamentados en técnicas basadas en evidencia científica, para ofrecer a las personas procedimientos de intervención que disminuyan la presencia de la ansiedad. Por tanto, la interrogante de investigación planteó ¿Cuál es el efecto de un programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad y depresión en cuidadores de personas con discapacidad de un Centro de Educación Básica Especial?

Referente a la justificación, para el estudio es conveniente en la medida de que propone un programa de intervención para las variables ansiedad y depresión en una población poco estudiada, quienes están expuestos constantemente a condiciones que generan malestar emocional y reacciones ansiosas. En este sentido, existe la necesidad de que puedan ser atendidos como corresponde, con

procedimientos terapéuticos que tengan sólido respaldo científico respecto a su efectividad, de tal manera que favorezca la recuperación emocional de dichos cuidadores de Personas con discapacidad.

En lo que concierne a relevancia teórica, dicha investigación se apoya de sólida base teórica, lo que apoya la descripción e interpretación de las variables en estudio. Asimismo, fundamenta la propuesta del programa empleado, con técnicas de intervención que están respaldadas científicamente y, sobre todo, los resultados que se obtienen son importantes para la comprensión del efecto de la terapia al trabajar con las variables ansiedad y depresión en los cuidadores. En función de la relevancia social, los principales beneficiados son los cuidadores que, en el día a día, se encuentran interviniendo, siendo una población poco considerada para la formulación de programas. Asimismo, la propuesta del programa se puede extender a otras personas que se encuentren trabajando con personas que presenten alguna discapacidad o, en otros contextos, con enfermedades terminales.

En cuanto a la relevancia práctica, el estudio y el programa será un precedente importante, con sólido respaldo científico, el cual puede replicarse en otras condiciones de estudio y características de la población. Por último, en lo que respecta a la utilidad metodológica, el programa se formula de forma clara y precisa con la finalidad de llevar su aplicación correctamente y en donde se pueda medir su eficacia, asimismo aporta a la tecnología puesto que se puede emplear para reducir las variables de estudio y prevenirlas.

Por tanto, en el objetivo general se planteó: determinar cuál es el efecto de un programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad y depresión en cuidadores de personas con discapacidad de un Centro de Educación Básica Especial. Respecto a los objetivos específicos: a). Establecer el efecto de un programa cognitivo conductual en la reducción de las dimensiones de ansiedad (subjetivo, neurofisiológico, automático, vasomotor), b). Indicar el efecto de un programa cognitivo conductual en la reducción de ansiedad estado y ansiedad rasgo, c). Evaluar el efecto de un programa cognitivo conductual en la reducción de la depresión.

Respecto a la hipótesis general se planteó: el programa cognitivo conductual tiene efecto en la disminución de la ansiedad y depresión en cuidadores de personas con

discapacidad de un Centro de Educación Básica Especial. Respecto a los objetivos específicos: a). El programa cognitivo conductual tiene efecto positivo en la disminución de las dimensiones de ansiedad (subjetivo, neurofisiológico, automático, vasomotor), b). Existe efecto del programa cognitivo conductual en la reducción de ansiedad estado y ansiedad rasgo, c). Existe efecto del programa cognitivo conductual en la reducción de la depresión.

En antecedentes, a nivel internacional, se describe la investigación de Sánchez (2023), en una muestra de 44 participantes, empleando un programa que utiliza la terapia cognitivo conductual (TCC), desarrollado en 8 sesiones, de 90 minutos cada una, se demostró reducción de ansiedad en pacientes que recibieron dicho procedimiento a diferencia de aquellos que no recibieron. Se observó evolución favorable de un 10.5% al 44.4% de mejoras en dichos pacientes. Asimismo, la tasa de evolución no favorable fue mayor en los participantes que desistieron que de aquellos que continuaron el tratamiento.

De igual modo, el estudio de Salamanca-Camargo (2021), quienes trabajaron con una muestra de 10 participantes un programa de 10 sesiones, con duración de dos horas cada una. Respecto a los efectos, se reportó una distinción estadísticamente importante de la ansiedad en pre y post test $p < .05$. Del mismo modo, en las dimensiones cognitivo, fisiológico y motor, se reportaron diferencias significativas $p < .05$. Por tanto, se concluye indicando que las técnicas cognitivo conductuales empleadas fueron apropiadas para la disminución de la ansiedad.

Andreu et al. (2019), analizaron la validez del programa en TCC, de apoyo tecnológico (virtual) puesto que la finalidad se orientaba en reducir variables clínicas (ansiedad, depresión, etc.). La muestra empleada fue de 13 participantes y el diseño de investigación fue cuasi experimental. La intervención se constituyó de 8 sesiones y los resultados indicaron desigualdades estadísticamente significativas entre los datos del pre y post tratamiento, respecto ansiedad, tristeza, depresión y pensamientos negativos $p < .05$. Por tanto, concluyen que dicho programa empleado fue válido en la reducción de los síntomas clínicos.

Por último, el estudio de Llanque y Villanueva (2023), analizaron el impacto de una intervención en TCC frente a la ansiedad. El diseño de estudio empleado fue pre-experimental con una muestra de 12 participantes, con edades entre 20 a 60 años.

Los resultados indicaron que, en el pre test, 66.7% presentaron nivel de ansiedad grave. No obstante, en el pre test, se logró observar que el 66.7% mostró nivel de ansiedad leve. Asimismo, se observó diferencias estadísticamente significativas entre ansiedad psíquica, somática, intolerancia y comportamiento evitativo $p < .05$. Concluyendo de manera oportuna, que la intervención redujo la ansiedad.

Flores (2021), en su investigación, trabajó con una población de 50 participantes lo relacionado a la TCC, desarrollando sesiones (12) de 1 hora cada una, con la finalidad de reducir la ansiedad social, los resultados indicaron que las técnicas cognitivo conductuales empleadas fueron apropiadas para la disminución de la variable logrando así un impacto positivo y valor del programa.

En cuanto a los postulados o teorías que respaldan las variables, se explica lo siguiente. La TCC, se conceptualiza por ser aquellos procedimientos terapéuticos, los cuales tienen la finalidad de moldear y modificar conductas disfuncionales, para generar conductas que se asocian a emociones positivas y que faciliten la adaptación en diversos contextos (Caballo, 2007).

Asimismo, dicha referencia nace de la combinación de dos propuestas terapéuticas: cognitiva y conductual (Scarpa et al., 2013; Westbrook et al., 2011), logrando abrirse espacio dentro de los procedimientos terapéuticos de la época, es decir, mostraba mayor efectividad a diferencia de los modelos psicodinámicos, analíticos, entre otros; los cuales, no mostraban evidencia científica en lo que respecta al tratamiento de diferentes malestares emocionales (Scarpa et al., 2013; Westbrook, et al., 2011),

Así también, la percepción conductual, refiere que las técnicas que se emplean están enfocadas en la construcción de asociación entre respuestas comportamentales y los eventos que suceden en el exterior; sin embargo, el planteamiento fue criticado, debido a que no consideraban aquellos procesos internos y no observables, sino se empeñaban en solo la observación de conductas medibles (Dobson & Dozois, 2010). A pesar de las críticas, el modelo resultó exitoso por estar respaldado en investigaciones científicas, de tal modo que se situó con mayor importancia en comparación de otros modelos de intervención. No obstante, las limitaciones mostradas, posteriormente fueron recogidas por el planteamiento cognitivo, el cual reconoció la importancia de aspectos motivacionales y procesos internos que son parte de la experiencia del ser humano: creencias, pensamientos o la acción de

interpretar que son determinantes para la explicación de conductas disfuncionales (Scarpa et al., 2013).

En función de dichas propuestas cognoscitivas, Aaron Beck, creador de dicho modelo indicó que las dificultades están sujetas a mal interpretaciones o, en todo caso, a pensamientos distorsionados que tienen un efecto en la conducta (Beck, 1995). En el año 70, el modelo logró ser reconocido por su capacidad técnica de explicación del comportamiento, con respaldo en evidencia científica (Beck, 1995).

Posteriormente, surge la unión de ambos modelos, surgiendo el modelo de la TCC, siendo un enfoque incluyente, vigente por décadas como unas de las intervenciones psicológicas efectivas y, sobre todo, por estar respaldado en enfoques teóricos consistentes (Cox & O'Doyle, 2011; Butler et al., 2006; Hoffmann et al., 2012). La técnica prioriza los síntomas en la experiencia del ser humano, formulando objetivos y proyecto de intervención bajo metas en cuanto a la modificación conductual y su base cognitiva, tomando en cuenta aspectos motivacionales y emocionales (Hoffmann et al., 2012). Además, presenta respaldo empírico, que, mediante investigaciones, indica su efectividad (Cox & O'Doyle, 2011; Butler et al., 2006).

Los principios, resaltan la importancia de tres de ellos, siendo determinantes para analizar los problemas mentales, la relación entre la parte cognitiva y la conducta problemática individual (Scarpa et al., 2013; Westbrook et al., 2011). El primero relacionado a: supuesto de mediación, donde se indica que el pensamiento, interpretación y representación de los eventos personales, influyen en la conducta y no los eventos en sí mismos (Dobson & Dobson, 2009).

El segundo: acceso a la cognición, se puede monitorear, identificar y evaluar el pensamiento, mediante proceso de entrenamiento personal y atención focalizada en los mismos (Dobson & Dozois, 2010; Dobson & Dobson, 2009). Y como tercero: todas las personas pueden cambiar, es decir, por naturaleza, la viabilidad para generar modificaciones en lo concerniente a respuestas conductuales, emocionales y cognoscitivas, debido a la capacidad de regulación del organismo y actualización ante toda crisis, por su dinamismo y movimiento frente al cambio (Kumar et al., 2012).

Por otra parte, en función de lo expuesto anteriormente, se explica que los problemas psicológicos en general no se producen a partir de eventos específicos o experiencias humanas, sino son el producto del error en el procesamiento de la

información, la distorsión cognitiva y pensamientos distorsionados (Beck & Haight, 2014; Beck, 2011) y, sobre todo, es resultado de la denominada triada, es decir, la representación disfuncional del mundo, del futuro y de sí mismo (Wright et al., 2006).

Desde este modelo, es común la descripción de las distorsiones cognitivas, las cuales hacen referencia a una evaluación de las representaciones de la interpretación en función de eventos o estímulos que surgen en el contexto ulterior de cada sujeto y, con frecuencia, limitan la libertad emocional y fomenta condiciones para que surjan las dificultades psicológicas (Westbrook et al., 2011; Beck & Haight, 2014). Además, los esquemas cognitivos no son formados en etapas adultas de la vida de las personas, sino se van configurando a partir de las experiencias infantiles, en la interacción, figuras parentales, modos de educación, entre otros, los que dan pie a la forma de interpretación de la información en etapas posteriores (Beck & Haight, 2014).

En efecto, a partir de ello, las personas van formulando la comprensión su exterior, de forma negativa, desarrollando creencias rígidas, globales, generalizable las que se consideran como verdaderas, limitan el desarrollo del potencial y cimientan las bases para el inicio de dificultades a nivel emocional (Beck & Haight, 2014). En tal sentido, que dicha forma de percibir e interpretar tiene como finalidad depurar la información, mediante la que se logra observar el mundo (Watt et al., 2011).

No obstante, en lo que se refiere a los planteamientos teóricos del modelo, también se aprecian las creencias intermedias, las cuales son conceptualizadas a partir de las normas que posee cada persona, lo que influye en las respuestas comportamentales frente a las diversas situaciones que se experimenta de forma particular (Curwen et al., 2000). Dichas formas de interactuar y percibir surgen en la infancia, de tal manera que se van modelando en función de interacción con el entorno, dando como resultado una forma de adaptación. Sin embargo, con mayor frecuencia, hacen referencia a sesgos en la interpretación de la información, con impacto negativo en la salud en general (Freitas et al., 2012).

Las distorsiones y percepción son aspectos importantes que dirigen el camino para la interpretación de los malestares psicológicas y, sobre todo, aportan a la formulación de objetivos terapéuticas dentro de contexto de trabajo terapéutico (Felgoise et al., 2006; Curwen et al., 2000). Respecto a la tecnología, en primera

instancia, bajo una primera sesión, se establecen los objetivos, se realiza la socialización terapéutica, para tomar acuerdos en función del contexto terapéutico que se trabajará, sus implicancias y aspectos intermediarios. Cabe señalar que cada proyecto de trabajo siempre estará alineado a las necesidades del consultante (Beck, 1995).

Otra de las técnicas utilizadas es el debate socrático, que hace referencia a cuestionamientos, de forma consecuente, las cuales juzgan y cuestionan pensamientos propios, de tal manera que se permita motivar al consultante para tomar entendimiento (Ibañez & Manzanera, 2012). Asimismo, se presenta la técnica de la imaginación, la cual permite crear imágenes consecuentes y recuerdos significativos, los que son relevantes para tomarlos como recursos y acompañarlos en las experiencias del aquí y ahora (Carmioli & Chinchilla, 2024). Dicho procedimiento tiene su base en la propuesta cognitiva, pues se visualiza y verbaliza las experiencias personales (Holmes et al., 2007).

El role playing o juego de roles, es una de las técnicas más utilizadas, ya que propicia la transformación de conductas mediante la modificación de cogniciones (Amorós, 2003). Otra de las técnicas empleadas es el registro de pensamientos, el cual permite anotar de forma específica y focalizada, aquellas situaciones que desencadenan pensamientos, sus consecuencias afectivas emocionales y las respuestas conductuales, de tal forma que logre realizar un automonitoreo (López, 2022). Esta técnica es de vital importancia dentro del modelo, pues permite realizar un monitoreo diario de los pensamientos distorsionados asociados a eventos cotidianos, asumiendo conciencia de los mismos, los cuales se trabajan en sesión terapéutica (López & García, 2011).

La técnica actuar como sí, es una posibilidad conductual, en la que el consultante toma la decisión de establecer conductas alternativas a las comunes que agravan el problema, de tal forma que se permita analizar y repensar en las diversas posibilidades de respuesta frente a una misma situación. En efecto, actuar de forma alternativa a la disfuncional, permite modificar la actitud que se asume frente al problema, disminuyendo la intensidad y frecuencia del malestar (Antón-Menárguez, 2016). Por último, la técnica tareas conductuales, son un conjunto de herramientas que permiten el cambio fuera de la sesión terapéutica. Estas tareas deben estar

claramente especificadas, de forma concisa, para reforzar y direccionar los cambios en función de los objetivos planteados (Kazantzis & Daniel, 2008).

Respecto a la variable ansiedad, es una condición emocional, caracterizada por manifestaciones de intranquilidad, inestabilidad, miedos constantes, desesperación e ideas catastróficas, los cuales se asocian a eventos reales o imaginarios, afectando la integridad personal (Chacón, 2021; Gao et al., 2012).

Según Serrano et al. (2013) formularon a la ansiedad en relación al miedo, tensión emocional, que activa el organismo para responder frente a amenazas específicas y en donde se emplean acciones orientadas a disminuir su impacto. Por tanto, es el resultado de eventos no esperados, los cuales no se logran anticipar ni prevenir (Yague et al., 2016).

Las reacciones frente a la ansiedad, no solo implica las tensiones emocionales, sino también pensamientos asociados, repetitivos sobre los eventos, los cuales son de naturaleza negativa, disfuncional y de evitación (Fernández, 2012). Asimismo, Martínez (2014), añadió que las respuestas pueden ser conductuales, emocionales y fisiológicas.

Arango y Rincón (2018), detallaron que las consecuencias en relación a la ansiedad resultan limitantes en la funcionalidad personal, además de que las respuestas son productos de los estímulos amenazantes del entorno. Frente a estas manifestaciones, el modelo terapéutico de terapia favorece la recuperación y estabilidad personal (Delgado & Amutio, 2011). Se describe la propuesta tridimensional de Lang. El modelo fue de gran influencia en lo que respecta al área clínica, es decir para su valoración, diagnóstico y abordaje de la ansiedad. Según el autor, se describen tres dimensiones de la ansiedad (Martínez et al., 2012).

Se inicia, con la denominada respuesta cognitiva, que hace referencia a la expresión mediante la percepción de temor, intranquilidad, pensamientos con valoración catastrófica, los cuales no son congruentes con las situaciones experimentadas y sobrepasan los recursos personales, involucrando ideas y pensamientos irracionales (Sierra, 2003). Así también, la dimensión fisiológica, en donde surgen manifestaciones somáticas como dolores de cabeza, musculares, náuseas, mareas, dificultades motoras, problemas con el apetito y para conciliar el sueño (Díaz, 2019). Finalmente, la última dimensión, se indica como respuesta motora, la que indica la

afectación para la habilidad motora en general, mediante la manifestación de temblores, inquietudes motoras y dificultad en la precisión motora (Lang et al., 1970).

En lo que corresponde a la depresión, se define como aquella afectación que se encuentra frecuente en los últimos años, la cual se manifiesta mediante tristeza constante, dificultad para sentir placer o goce de las actividades cotidianas, así como pérdida de interés, sentimientos de desesperanza, inutilidad, cansancio o agotamiento personal y dificultades para lograr conciliar el sueño (Santos et al., 2019). Por tanto, los síntomas mencionados afectan considerablemente la adaptación y capacidad de afrontamiento en diferentes áreas de vida de las personas, siendo un riesgo latente para el suicidio. (Guerra et al., 2016).

Asimismo, para Sáenz et al. (2019), explican que es un estado emocional frecuente, caracterizado por presencia importante de tristeza, y creencias irracionales de la vida misma. De igual modo, dichas manifestaciones se acompañan de enojo, irritabilidad, afectando la forma como establece sus relaciones interpersonales y, en general, afecta todas las áreas de la vida personal (Salma et al., 2020). Por ello, se estima una prevalencia equivalente a trescientos millones de personas a nivel mundial, en donde población adulta presentan manifestaciones depresivas, siendo estas las causas principales de discapacidad (Acosta et al., 2017).

La presencia de la depresión es un peligro inminente en lo relacionado a calidad de vida, bienestar integral y la salud de las personas (Guerra et al., 2016).

En lo correspondiente a los niveles de depresión, Brink et al. (2008), indicaron la presencia de tres niveles, con sus respectivas características. El primero es la no existencia de depresión, mediante el cual no existe indicadores significativos de depresión ni afectación emocional. El segundo denominado depresión moderada, se caracteriza por manifestaciones importantes emocionales, cognitivas y conductuales, que afecta la vida familiar, social y laboral. Por último, la depresión severa, con las manifestaciones propias de la depresión y se constituye como un riesgo para la ideación suicida.

Las causas de la depresión son múltiples, no solo obedecen a un solo factor, sino que, se explica por características biológicas, sociales e individuales. El aspecto denominado como biológico es un factor predisponente, los sociales son las dificultades para la interrelación con los demás y, los individuales, hacen referencia

a la personalidad, aspectos emocionales y la percepción subjetiva (Montecinos et al., 2019).

El modelo por excelencia que explica la depresión desde una sólida base teórica es el planteado por Beck et al. (2010), quienes indican que la variable en mención es el resultado de tres componentes: percepción negativa del futuro, de sí mismo y del entorno. Respecto al primero, se refiere a la percepción de condena de fracaso en tiempo futuro; donde no existe esperanza, sino solo sensaciones de soledad, inutilidad y desesperanza. El segundo componente, es la percepción negativa de sí mismo, caracterizada por problemas de autoestima y valía personal. Por último, en lo que concierne a la percepción negativa del ambiente, este lo percibe como hostil desafiante y dañino.

II. METODOLOGÍA

El tipo de investigación en el presente trabajo fue aplicado ya que se centró específicamente en la solución de un problema que aqueja a una población determinada, su finalidad es poder fundar soluciones y que estas puedan emplearse en entornos similares. El enfoque es cuantitativo, puesto que se aplicó la recolección y análisis de datos, conllevando a un procesamiento estadístico (Hernández et al., 2010). El diseño fue preexperimental, dado que la investigación abordó un grupo de participantes a quienes se les aplicaron un pre y un post test (Sánchez et al., 2018).

Implica tres pasos a realizarse:

$$G: O_1 - X - O_2$$

Donde:

O1: Pre-Test: evaluación de la ansiedad y depresión.

X: Aplicación del programa para disminuir las variables de estudio.

O2: Post Test: nivel de ansiedad y depresión al término de la aplicación del programa.

Por otro lado, para trabajar la investigación se aplicó un programa cuya variable independiente (VI), viene a ser el Programa de Intervención Cognitivo Conductual; el cual se conceptualiza como aquel conjunto con procedimientos terapéuticos, los cuales tiene la finalidad de moldear y modificar conductas disfuncionales, además de las creencias y pensamientos distorsionados; la línea base es construir nuevos comportamientos y percepción saludable, que se asocien a emociones positivas y que faciliten la adaptación en diversos contextos de las personas (Caballo, 2007). El programa se basó en la ejecución en 8 sesiones, las cuales se abordaron en 2 sesiones por semana, y cuya duración fue de 100 min. por sesión.

Asimismo, en lo que respecta a las variables dependientes (VD) se tiene en primer lugar, a la denominada "Ansiedad" que viene a ser un estado emocional de respuesta y/o contestación ante la apreciación de peligro. Por ello, diversos autores ultiman que la ansiedad es útil y conveniente en la vida de las personas, sin embargo, cuando esta se percibe en niveles que sobrepasan su grado de normalidad, esta debe ser abordada para no gestar repercusiones negativas en las emociones y conductas de dichas personas (Palomino, 2019). En cuanto a su definición operacional, dicha

variable se logró medir con la ayuda de dos inventarios: el primero denominado inventario de ansiedad de Beck el cual presenta ítems (21), subdividido en 4 dimensiones, el segundo, inventario de ansiedad estado rasgo, quien mide de manera independiente la ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Finalmente, en lo que concierne a la variable “Depresión” esta se define como un estado emocional; caracterizado por la presencia de tristeza, creencias irracionales de la vida misma, enojo, y/o irritabilidad; afectando la forma en como las personas establecen sus relaciones interpersonales y su vida misma, en relación a sus áreas (Salma et al., 2020). En cuanto a su definición operacional, esta se logró medir mediante la utilización del inventario de depresión de Beck, el cual consta de 21 ítems quien mide de manera global lo relacionado a dicha variable.

Por ende, dicha población, está conformada por los cuidadores de personas con discapacidad de un Centro de Educación Básica Especial, con un total de 7 participantes. Por tanto, la muestra empleada para la investigación fue del total de la población, es decir, los 7 participantes. El muestreo utilizado fue no probabilístico intencional, el que consiste en elegir una muestra mediante métodos no aleatorios, que garantice características similares a las de la población específica e implica que el investigador pueda elegir directa y deliberadamente a los individuos de esa población (Arias-Gómez et al., 2016).

Respecto a la técnica de recogida o recolección de datos, se usó la técnica denominada como encuesta, ya que se compone de un grupo de elementos organizados que actúan como instrumento estandarizado diseñado para la recolectar datos objetivos a través de un proceso meticuloso de medición de indicadores. (Sánchez et al., 2018). Para lo cual se tuvo como criterios de inclusión: ser mayor de 18 años, cuidar a una persona con discapacidad y tener parentesco consanguíneo.

El primer instrumento empleado fue el Inventario de Ansiedad de Beck (2023), adaptado por Gómez et al., (2023) el cual consta de 21 ítems, los cuales miden cuatro dimensiones. Dichas dimensiones son las siguientes: La primera es la subjetivo, donde sus principales indicadores son incapacidad para relajarse (I4), miedo a que suceda lo peor (I5), sensación de inestabilidad e inseguridad (I8), terrores (I9), nerviosismo (I10), miedo a perder el control (I14) y miedo a morirme (I16).

La segunda es la dimensión neurofisiológica, cuyos indicadores son: hormigueo o entumecimiento (I1), temblor de piernas (I3), mareo o aturdimiento (I6), temblores de mano (I12), temblor generalizado o estremecimiento (I13), sobresaltos (I17), molestias digestivas o abdominales (I18), palidez (I9). La tercera dimensiones la autonómico, cuyos indicadores presentes son: (palpitaciones o taquicardia (I7), sensación de ahogo (I11) y dificultad para respirar (I15); y la cuarta y última dimensión es de síntomas vasomotores, cuyos indicadores presentes son: sensaciones de calor (I2), rubor facial (I20) y sudoración (I21); los ítems se calificaron en una escala tipo Likert de 0 a 3, donde el puntaje 0 significa "en absoluto", el puntaje 1 es "levemente, no me molesta mucho", el puntaje 2 para "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y el puntaje 3 para "severamente, casi no podía soportarlo".

A su vez los resultados obtenidos en su prueba original arrojan valores de fiabilidad; es decir, con indicadores de alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94; en cuanto a su validez presenta correlación con otros instrumentos y en distinta población donde los coeficientes de correlación son de 0,51, 0,47 a 0,58 y 0,81. Asimismo las puntuaciones en su versión adaptada arrojan que su validez está basada en la estructura interna del instrumento, en el AFC ($\chi^2 / gl = 3.82$; CFI = .98; SRMR = .03; RMSEA = .07); la validez basada con otras variables ($r = .84$; $p < .001$; $r^2 = .70$), y la confiabilidad de la escala ($\alpha = .95$) se concluye explicando que la prueba exhibe un nivel aceptable en lo que concierne a su consistencia interna, por lo que se deduce que dicho instrumento obtiene evidencias aceptables de validez y confiabilidad (Gómez et al.,2023).

Por otro lado, se utilizó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE), creado por Spielberger (1966), y en donde se ha diferenciado dos formas que asume la variable es decir como rasgo y estado. Aplicado esto a la ansiedad como definición, el autor precisa que la ansiedad estado es una fase emocional breve y súbita e inesperada. Así también, contempla que el nivel de ansiedad incrementa bajo condiciones percibidas como amenazantes o en situaciones que aun sin exigir peligro, ésta es percibida como tal.

En lo que concierne a la ansiedad rasgo, este tipo de ansiedad engloba ciertos patrones de respuesta estables y de forma reiterada, es decir que existe una tendencia a reaccionar de dicha forma, manteniendo así una marcada predisposición para percibir las situaciones como peligrosas e inseguras. Cabe mencionar, que dicho

cuestionario consta de 40 ítems dividido en 2 factores: ansiedad estado cuyos ítems (1 al 20) y ansiedad rasgo (21 al 40). El instrumento en sus estudios originales presenta puntuaciones 0,83 y 0,92 en lo que concierne a confiabilidad y en relación a su validez de contenido y análisis presenta resultados significativos. En la versión adaptada en lo que se refiere a “confiabilidad” tomando en cuenta la consistencia interna, los puntajes obtenidos arrojan un alfa de Cronbach de .83 y .90 en cada sub escala, indicando un nivel muy favorable de fiabilidad (Castro, 2016).

Finalmente, como tercer instrumento se utilizó el inventario de depresión de Beck en su segunda edición IDB-II (Beck et al., 1996), su principal objetivo es estimar su intensidad y magnitud de los síntomas depresivos con predominancia en sus dos últimas semanas de manifestación; dicha sintomatología se puede evaluar desde los 13 años de edad. Cabe decir, que el instrumento se contempla de 21 ítems, los cuales se componen de una escala de cuatro puntos, de 0 a 3; dicho ello la persona debe elegir una alternativa, es decir; la que mejor se aproxima a su estado en sus últimas semanas, esto incluiría el día en que responde el inventario. La puntuación de los 21 ítems varía de 0 a 63. Si se presenta la situación en la que la persona elige más de una opción en algún ítem, se considera la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. A su vez, en lo que se refiere a resultados del instrumento este presenta una fiabilidad alfa de Cronbach (= .93) lo cual indica un nivel alto. Así también se logró conocer que del total de los ítems del IDB II, no se excluyó ninguno, quedando su totalidad para la prueba final. En cuanto al índice de validez de contenido este es alto, ya que se observó un valor V de Aiken de (= .99).

Para la utilización de las mismas, se ejecutó un programa de intervención en relación a la TCC de 8 sesiones (dos veces por semanas), 100 minutos cada una. Teniendo la finalidad de moldear y modificar creencias, pensamientos y conductas disfuncionales; las técnicas desarrolladas consistieron en: cognitivas, conductuales, de relajación e imaginación; así también, exposiciones y diálogos entre otras que ayudaron a disminuir la intensidad y frecuencia del malestar asociado (Antón-Menárguez, 2016).

Posteriormente, a la recopilación de información se usó dos tipos de softwares: Ms Excel y SPSS IBM V.27. Al principio se tabuló lo obtenido y posteriormente el SPSS tuvo como intención procesar los principales datos del estudio. Así también como paso previo, se logró estimar la estadística descriptiva, de tendencia central

(media), de forma (asimetría) y de dispersión (mínimo, máximo, desviación estándar). Luego se procedió a realizar la prueba de normalidad inferencial de Shapiro Wilk (población menor a 50), con la finalidad de determinar si se sigue una distribución normal. Como consecuencia, para el análisis inferencial se utilizó la prueba de T de Student para grupos relacionados. Finalmente, se elaboraron las tablas en formato APA 7MA edición.

Por último, en la presente investigación se consideraron aspectos éticos, en donde se presentó de manera correcta y clara las fuentes consultadas, es decir en las citas y en la bibliografía. Así también, se cumplió con la confidencialidad de los cuidadores que participaron en el presente trabajo, respetando así lo planteado por el Colegio de Psicólogos del Perú. Asimismo, con su autonomía, dichos cuidadores tomaron decisiones con absoluta libertad en el desarrollo de la investigación puesto que firmaron el consentimiento de participación. En cuanto a beneficencia, la finalidad del presente estudio fue procurar ejecutar un trabajo el cual contribuya con el bienestar y mejoramiento de la persona. Por tanto, se cumplió con la no maleficencia pues el estudio no tiene fines que afecten la integridad de cada participante. Finalmente, en lo que, respecto a la prevalencia de justicia, se cumplió con la equidad dado que dicho estudio no discrimina y/o rechaza injustificadamente a aquellos aspectos que se tienen que dar por igual de condiciones en la totalidad de participantes.

III. RESULTADOS

Tabla 1

Comparación de grupos relacionados pre y post test, mediante la Prueba T de Student para la variable ansiedad.

		Diferencias emparejadas			t	gl	Sig.
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar			
Ansiedad	Pre - Post	12.71	12.97	4.90	2.590	6	.000

En la tabla 1, se reporta el análisis de diferencias para muestras emparejadas, para analizar el resultado del programa desarrollado en la disminución de la ansiedad en la población abordada. Se reportó un resultado estadísticamente significativo entre el pre y post test en el grupo de intervención $p < .05$ ($t = 2.590$), por tanto, se señala que el programa desarrollado ha tenido significancia para la reducción de la ansiedad.

Tabla 2

Comparación de grupos relacionados pre y post test, mediante la prueba T de student respecto a las dimensiones de ansiedad

		Diferencias emparejadas			t	gl	Sig.
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar			
Subjetivo	Pre - Post	5.42	5.09	1.92	2.819	6	.030
Neurofisiológico	Pre - Post	3.42	5.74	2.16	2.580	6	.015
Automático	Pre - Post	1.71	2.36	.892	2.922	6	.010
Vasomotor	Pre - Post	2.14	2.41	.911	2.352	6	.050

Se visualiza, el análisis de diferencias para muestras emparejadas, para analizar el impacto del programa cognitivo conductual en la reducción de las dimensiones de ansiedad. Se reportó un resultado estadísticamente significativo entre el pre y post test en el grupo de intervención $p < .05$ respecto a las dimensiones de estudio, por tanto, se indica que el programa desarrollado ha tenido un efecto importante para la disminución de dichos indicadores.

Tabla 3

Comparación de grupos relacionados pre y post test, mediante la prueba T de student respecto a las dimensiones de ansiedad

		Diferencias emparejadas			t	gl	Sig.
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar			
Ansiedad estado	Pre - Post	9.28	1.25	.473	19.598	6	.001
Ansiedad rasgo	Pre - Post	7.28	6.10	2.30	3.159	6	.020

Se reporta el análisis de diferencias para muestras emparejadas, para analizar el efecto del programa cognitivo conductual en la reducción de la ansiedad estado y ansiedad rasgo en la población abordada. Se reportó un resultado estadísticamente significativo entre el pre y post test en el grupo de intervención para ansiedad estado ($p < .05$, $t = 19.598$) y ansiedad rasgo ($p < .05$, $t = 3.159$), por tanto, se puede indicar que el programa desarrollado ha tenido un efecto significativo para la reducción de la ansiedad.

Tabla 4

Comparación de grupos relacionados pre y post test, mediante la prueba T de student para la variable depresión.

	Diferencias emparejadas			t	gl	Sig.
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar			
Depresión Pre - Post	12.28	7.76	2.93	4.188	6	.006

En la tabla 4, se reporta el análisis de diferencias para muestras emparejadas, para analizar el efecto del programa cognitivo conductual en la reducción de la depresión en la población estudiada. Por tanto, se reportó un resultado estadísticamente significativo entre el pre y post test en el grupo de intervención $p < .05$ ($t=4.188$), indicando que el programa desarrollado ha tenido un efecto significativo para la reducción de la depresión.

IV. DISCUSIÓN

El estudio, se orientó al análisis del efecto de una intervención en TCC para reducir las variables de estudio (ansiedad y depresión) en cuidadores de personas con discapacidad. Al respecto, la ansiedad se conceptualiza como la respuesta: emocional, fisiológica y conductual que surge como una forma de anticipación a situaciones reales o imaginaria (Delgado et al., 2021). En la actualidad, se observa alrededor del 28.8% de personas que presentan niveles altos de ansiedad, lo que genera una gran demanda de atención oportuna en servicios sociales de salud y, sobre todo, requiere de una atención psicológica urgente (Qiu et al., 2020). La población de cuidadores de personas con discapacidad no se encuentra ajenas a dicha realidad; según el estudio de Castelo-Rivas et al. (2023), reportó que el 29.7% presenta nivel muy severo de ansiedad, el 16.7% severo, el 23.4% moderado, existiendo alta prevalencia de afectación.

Frente a lo expuesto, surge la necesidad de establecer un modelo de intervención orientado a disminuir la ansiedad y depresión en la población mencionada, debido a las altas exigencias a las que se encuentran expuestas y la carga emocional que conlleva su trabajo diario. Por tanto, el objetivo general planteó determinar el efecto de un programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad y depresión en cuidadores de personas con discapacidad de un Centro de Educación Básica Especial. Al respecto, se reportó un resultado estadísticamente significativo en referencia al pre y post test en el grupo de intervención $p < .05$ ($t = 2.590$), por tanto, se indica que el programa desarrollado ha tenido un efecto significativo para la reducción de las variables.

Con lo obtenido; la hipótesis planteada queda confirmada, puesto que existe efecto en la reducción de la ansiedad y depresión a través del programa planteado. La ansiedad se explica a partir de los esquemas cognitivos que subyacen a la misma, la cual crea conductas disfuncionales que afectan la emotividad. Por tanto, de acuerdo al programa desarrollado, se logró modificar las respuestas comportamentales y los eventos o estímulos que los cuidadores perciben del exterior, de tal manera que lograron desarrollar conductas alternativas funcionales (Dobson & Dozois, 2010).

Los hallazgos coinciden con la investigación desarrollada por Sánchez (2023), quien mostró reducción significativa en lo referido a ansiedad; destacando a aquellos pacientes que recibieron el tratamiento a diferencia de aquellos que no recibieron el tratamiento. Se observó evolución favorable de un 10.5% al 44.4% de mejorías en dichos pacientes. Asimismo, la tasa de evolución no favorable fue mayor en los participantes que desistieron que de aquellos que continuaron el tratamiento.

En efecto, la TCC resulta ser efectivo para el abordaje y reducción de la ansiedad (García et al., 2020). Esto, debido a que se orienta a modificar esquemas cognitivos y conductas que generan dificultades a nivel psicológico, aumentando la competencia personal y el manejo de las emociones y manifestaciones ansiosas que son una respuesta a estímulos del exterior (Dobson & Dozois, 2010). Asimismo, de acuerdo a los resultados, implica que se ha logrado modificar aquellos estímulos del entorno que provocan ansiedad en los cuidadores y las respuestas conductuales, lo cual es fundamental para que, frente a nuevos eventos, exista una regulación conductual que permita la gestión emocional y reducir el impacto de la ansiedad (Soto et al., 2022).

El primer objetivo específico planteo establecer el efecto de un programa cognitivo conductual en la reducción de las dimensiones de ansiedad (subjetivo, neurofisiológico, automático, vasomotor). Al respecto, en la tabla 2, se indicó el resultado estadísticamente significativo entre el pre y post test en el grupo de intervención $p < .05$ respecto a las dimensiones de estudio, por tanto, se indica que el programa desarrollado ha tenido un efecto significativo para la reducción de las dimensiones. Aceptando la hipótesis que plantea la existencia de efecto del programa desarrollado para disminuir la ansiedad. Estos resultados son similares a los hallados por Salamanca-Camargo (2021) quien desarrolló una intervención cognitiva conductual basada en 10 sesiones, concluyendo con la existencia de diferencias estadísticamente significativa entre el pre y post test. Asimismo, se indicó diferencias en las dimensiones cognitivo, fisiológico y motor, concluyendo que las técnicas cognitivo conductuales empleadas fueron efectivas para la disminución de la ansiedad. Asimismo, el efecto del programa se fundamenta por ser una terapia directiva, con objetivos claros y medibles, los cuales son alcanzados mediante el conjunto de técnicas que se emplean para

la reducción de diferentes manifestaciones emocionales que resultan ser disfuncionales para las personas. En este sentido, el modelo cognitivo conductual favoreció el desarrollo de conductas que hacen frente a eventos ansiógenos (Caballo, 2007).

Chacón (2021), indicó que la ansiedad muestra manifestaciones emocionales, somáticas, cognitivas y fisiológicas; resaltando la percepción como eje central que subyace a la ansiedad. En tal sentido, la TCC se orienta a fundamentar los principios de identificación y evaluación de la percepción, como una forma de modificar el esquema cognitivo (Dobson & Dozois, 2010; Dobson & Dobson, 2009). Por ello, acceder al pensamiento determina la capacidad de cambio, es decir, la transformación de las respuestas: conductuales, emocionales y cognitivas que se asocian a las manifestaciones de los indicadores de la ansiedad, sean vasomotores, neurofisiológicos y subjetivos (Kumar et al., 2012).

Desde la formulación conductual, las técnicas que se logran emplear tienen la finalidad de construir nuevos comportamientos adaptativos frente a las manifestaciones de ansiedad. De esta forma, el impacto o las manifestaciones de ansiedad se pueden ver modificadas o controladas, al obtener conductas de autorregulación y control personal (Scarpa et al., 2013). Además, debido a la complementación del modelo con las propuestas cognitivas, no solo se logra modificación de la conducta, sino también de los esquemas cognitivos catastróficos que sostienen la presencia de la ansiedad. De tal manera, se modifica las malinterpretaciones y déficits, obteniendo mayor claridad de pensamiento y percepción saludable de los eventos exteriores.

Por consiguiente, el segundo objetivo específico planteo indicar el efecto de un programa cognitivo conductual en la reducción de ansiedad estado y ansiedad rasgo. Por tanto, en la tabla 3, se visualiza datos estadísticamente significativos en pre test y post test del grupo de intervención para ansiedad estado ($p < .05$, $t = 19.598$) y ansiedad rasgo ($p < .05$, $t = 3.159$), por tanto, se indica que el programa desarrollado es significativo para reducir la ansiedad. Con lo evidenciado se logra aceptar la hipótesis que planteó: existencia de efecto del programa en TCC para la disminución de la ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Resultados que coinciden con Llanque y Villanueva (2023), quienes desarrollaron un programa de modelo cognitivo conductual con la finalidad de reducir la ansiedad, mostrando en el pretest una disminución significativa de la presencia de ansiedad. Asimismo, se observó diferencias estadísticamente significativas entre ansiedad psíquica, somática, intolerancia y comportamiento evitativo $p < .05$. Concluyendo con la efectividad del programa. Asimismo, Sánchez (2023), concluyó con reducción significativa de la ansiedad a partir del desarrollo de un programa cognitivo conductual. Dicha terapia, combina dos propuestas terapéuticas, las cuales tienen sus propias técnicas que, al aplicarse de manera conjunta, brindan resultados efectivos en la modificación de patrones conductuales que fundamentan malestares emocionales (Scarpa et al., 2013; Westbrook, et al., 2011). De esta forma, su efectividad es respaldada bajo la evidencia que ha mostrado su aplicación en sus diversos formatos y poblaciones de estudio.

Por último, se tiene el objetivo determinar el efecto de un programa cognitivo conductual en la reducción de la depresión. Al respecto en la tabla 4, se reportó un resultado estadísticamente significativo entre el pre y post test $p < .05$ ($t=4.188$), por tanto, se indica que el programa desarrollado ha tenido un efecto significativo para la reducción de la depresión.

Los hallazgos, son semejantes a los reportados Andreu et al. (2019), dado que evaluaron la efectividad de un programa de TCC para reducir variables clínicas, dentro de las cuales se ubica la depresión, concluyendo que la intervención desarrollada fue efectiva para la modificación de la depresión.

La depresión es producto de las dificultades a nivel de procesamiento de la información, es decir, existen distorsiones cognitivas y pensamientos distorsionados que perturban el contenido real de un evento, surgiendo una percepción negativa que favorece la conducta disfuncional (Beck & Haight, 2014; Beck, 2011). En este sentido, uno de los supuestos que subyace a la depresión es la triada cognitiva, es decir, la percepción disfuncional del mundo, del futuro y de sí mismo (Wright et al., 2006). En lo que concierne a la tercera triada, hace referencia a la percepción de inutilidad, fracaso y frustración personal, ideas de falta de estima y de estar condenado al fracaso. Asimismo,

la percepción negativa del mundo se refiere al exterior como un medio ansiógeno y depresógeno, el cual solo es responsable de causar daños, temores y desesperanza. El pensamiento negativo del futuro, se indica como la condena a la desesperanza total, en donde solo puede existir soledad, tristeza y temor (Beck et al., 2010).

Frente a ello, las técnicas que se emplearon en el programa fueron efectivas, debido a que se enfocó en la modificación de dichos pensamientos distorsionados, la modificación de la percepción y la formulación de nuevos hábitos conductuales que permiten la recuperación emocional (Caballo, 2007). La efectividad del modelo se explica por la posibilidad de mejorar el procedimiento empleado y por la aplicación de técnicas basadas en evidencia con comprobación científica (Scarpa et al., 2013).

De acuerdo a las implicancias del estudio, fue importante para promover la evidencia de la efectividad del modelo cognitivo conductual frente a manifestaciones ansiosas, sus indicadores cognitivos y conductual. De tal manera, apoya la comprensión y la utilidad en diversas aplicaciones y formas de estudio. A nivel práctico, es importante dar continuidad a estudios de aplicación de dicho modelo, debido a que existen diferentes poblaciones que deben ser consideradas y las cuales están expuestas a eventos ansiógenos que facilitan el desarrollo de la ansiedad.

Por último, en lo que corresponde al aspecto metodológico, se planteó la estructura y contenido de un programa con base en la TCC, el cual puede ser empleado para futuros estudios, en diferentes contextos y modalidades de intervención. Cabe señalar que, las técnicas consideradas, también tienen su aplicabilidad en formato individual.

Por ende, los objetivos propuestos de la presente investigación, fundamenta la efectividad de la intervención cognitiva conductual en la reducción de la ansiedad y depresión.

V. CONCLUSIONES

En lo que concierne al objetivo general, se reportaron desigualdades estadísticamente significativas entre el pre y post test respecto a las variables de ansiedad y depresión, lo que indicó que el programa de intervención fue efectivo para la reducción de las mismas. Respecto a las dimensiones (subjetivo, neurofisiológico, automático, vasomotor), en la medición final, se observó desigualdades estadísticamente significativas en el pre y post test. Concluyendo, que el programa cognitivo conductual desarrollado, es efectivo para la variable general, así como en la reducción de sus indicadores. Por otro lado, en lo que respecta a la ansiedad estado y rasgo, se asumen como dos dimensiones distintas, midiéndose la primera por existencia eventual de la ansiedad y la segunda como rasgo de personalidad. En este sentido, la intervención desarrollada resulta ser efectiva para la reducción de ambas formas de presentación de la ansiedad. Por último, se evaluó la presencia de la depresión antes y después de la intervención desarrollada para valorar la efectividad sobre la misma. Es así, que los resultados mostraron desigualdades estadísticamente significativas, por lo que la TCC disminuyó la presencia de la depresión.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda dar continuidad a la replicabilidad del programa propuesto, con el objetivo de probar su efectividad en diferentes poblaciones y contextos clínicos que tengan la necesidad de intervención para la reducción de la ansiedad u otras variables asociadas. Asimismo, se recomienda que el programa se pueda implementar en contextos clínicos y grupales, de tal manera que se pueda extender a otras realidades que necesiten de intervención cognitiva conductual (Ordoñez-Morales, 2014)

A nivel metodológico, se recomienda establecer un grupo control en investigaciones futuras, de tal manera que se permita la medición y comparación con un conjunto de muestra que no reciban la intervención. Así también se recomienda que, en intervenciones grupales futuras, se dé continuidad al desarrollo del programa en un grupo máximo de 10 personas, de tal manera que se permita el control de variables extrañas que puedan influir en los participantes y afectar su participación durante las sesiones programadas.

REFERENCIAS

- Alonso, J., & 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>
- Amorós, M. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19(2), 193-204. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16719203>
- Andreu, Q., Baños, M., & Botella, M. (2019). Un programa cognitivo conductual que utiliza la realidad virtual para el tratamiento de los trastornos adaptativos: una serie de casos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1), 5-1. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281950399002.pdf>
- Antón-Menárguez, V., García-Marín, P.V., & García-Benito, J.M. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 3(1), 45-52. https://www.revistapcna.com/sites/default/files/anton-menarguez_et_al_2016_tcc_depresion_adolescente_tardia.pdf
- Arango, C., & 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>
- Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M. Á., & Miranda-Novales, M. G. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-206. <https://doi.org/10.29262/ram.v63i2.181>
- Asmundson, J., & 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>

- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford Press.
- Beck, J. (2011). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford Press.
- Beck, A., & 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., & 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.
- Castelo-Rivas, W., Vincés, A., & Lamar-guale, N. (2023). Sobrecarga en la presencia de ansiedad, depresión y estrés de los cuidadores de discapacitados. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 5(4), 197-203. <http://revistas.udh.edu.pe/index.php/RPCS/article/view/436e/708>
- Castro, I. (2016). Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad estado rasgo IDARE. *Paian*, 7(1), 1-15, <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20500.12692/1013>
- Carmioli Yalico, M. A., & Chinchilla Fonseca, P. (2024). Terapia Cognitiva Conductual Basada en Mindfulness en el Manejo de Ansiedad para Mujeres Mayores de 18 Años con Cáncer de Mama: Revisión Sistemática. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(2), 876-900. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10533
- Cosío, 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., & 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., & Ruddell, P. (2000). *Brief Cognitive Behaviour Therapy*. London: Sage Publications.

- Chacón, E. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Delgado, L., & 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., & 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, K., & Dozois, D. (2010). *Historical and philosophical bases of the cognitivebehavioral therapies*. Guilford Press.
- Dobson, K., & Dozois, D. (2010). *Historical and philosophical bases of the cognitivebehavioral therapies*. Guilford Press.
- Felgoise, S., Nezu, A., Nezu, C., & Reinecke, M. (2006). *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. Springer Science & Business Media.
- Flores, G. (2021). *Programa cognitive conductual para la ansiedad social en adolescentes del nivel secundario de la ciudad de Chiclayo* [Tesis de Licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. Universidad Señor de Sipán. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/8303/Flores%20Arroyo%20de%20Garay%20Raquel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fernández, O. (2012). Manual para diagnóstico de trastornos ansiosos. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas n Cienfuegos*, 10(5), 1-14. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms19510.pdf>
- Freitas Pereira, A., Barros, L., & 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., & 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>
- 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>
- García, C., Vásquez, F., Avalos, F., Robles, L., Sánchez, S., & Juárez, T. (2018). Clinical effectiveness of group cognitivebehavioural therapy for depressed older people in primary care: A randomised controlled trial. *Salud Mental*, 38(1), 33-39. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n1/v38n1a5.pdf>
- García, J., Valiente, R., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., & 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>
- Gómez, J., Acevedo, K., Cano, K., De la Cruz, F., Mosquera, D., & Castillo, R. (2023). Adaptación y validación del inventario de ansiedad de Beck en jóvenes peruanos. *Liberabit*, 27(2), 1-11. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272023000200006
- Gualpa, M., Yambay, X., Ramírez, A., & Vásquez, A. (2020). Carga laboral y ansiedad en cuidadores de personas con discapacidad severa. *Universidad, Ciencia y Tecnología*, 23(95), 33-39. <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/download/243/431/>
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & 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>

- Holmes, E., Arntz, A., & 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>
- 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>
- Ibañez, C., & Manzanera, R. (2012). Easily implemented cognitive behaviour techniques in Primary Care. *Semergen*, 38(6), 377-387. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S113835931200069X>
- Kazantzis, N., & 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., & 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., & 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>
- López, 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 del Estado de México*, 11(23), 1-23. <https://revistapsicologia.uaemex.mx/article/view/18056/13239>

- López, R., & García, F. (2011). La terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la ansiedad generalizada. *Metas de Enferm*, 14(10), 70-73. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3890387>
- Llanque, L., & Villanueva, S. (2023). *Aplicación de un programa cognitivo conductual sobre la ansiedad en pacientes oncológicos que reciben tratamiento en un hospital de la ciudad del Cusco, 2022*. <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/5514>
- 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_et al_AnsiedadyEstres.pdf
- Martínez, P. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29(2), 1-16. <http://www.revista.uclm.es/index.php/ensayos>
- Millones, P., & 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>
- 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>

- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & 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>
- Salamanca-Camargo, Y., & Forero-Mendoza, I. X. (2021). Diseño y pilotaje de un programa cognitivo conductual grupal para manejo de ansiedad en universitarios. *Salud & Sociedad Uptc*, 5(1), 13–22.
https://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud_sociedad/article/view/11197
- Sánchez-Román, S., Velasco-Furlong, L., Rodríguez-Carbajal, R., & Baranda-Sepúlveda, J. (2019). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Medigraphic*, 58(6), 540-546.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2006/nn066b.pdf>
- Sánchez, H., Reyes, C., & Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. Universidad Ricardo Palma.
<https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>
- Sánchez, M. (2023). Effectiveness of a cognitive-behavioural group therapy in patients with anxiety disorders. *Clínica y Salud*, 14(2), 183-201.
<https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/84284.pdf>
- Serrano, C. Rojas, A. y Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47-60.
<https://www.redalyc.org/pdf/802/80225697004.pdf>
- 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>
- Scarpa, A., White, S., & Attwood, T. (2013). *CBT for children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorders*. New York: Guilford Press.
- Soto, W., Zarco, D., López, S., Guzmán, G., & 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>

Valladares-Garrido, M., Picón-Reátegui, C., Zila-Velásquez, J., Grados-Espinoza, P., Vera-Ponce, V., Pereira, C., Valladares-Garrido, D., & Failoc, V. (2023). Depression and anxiety in peruvian military personnel during the pandemic context: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 13(23), 691-706. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15612-z>

Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2011). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications*. Sage Publications.

Wright, J., Basco, M., & Thase, M. (2006). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide*. American Psychiatric Pub.

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>

Anexos

Anexo 1:

Matriz de operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ÍTEMS	ESCALA
Programa cognitivo conductual	Se conceptualiza como el conjunto de procedimientos terapéuticos, los cuales tiene la finalidad de moldear y modificar conductas disfuncionales, además de la modificación de creencias y pensamientos distorsionados, para construir nuevos comportamientos y percepción saludable, que se asocien a emociones positivas y que faciliten la adaptación en diversos contextos de las	El programa se basó en la ejecución en 8 sesiones, las cuales se abordaron en 2 sesiones por semana, y cuya duración fue de 100 min. por sesión.	No aplica	No aplica	Nominal

	personas (Caballo, 2007).				
Ansiedad	Respecto a la variable ansiedad, es una condición emocional, caracterizada por manifestaciones de inquietud, inseguridad, temor, miedos constantes, desesperación y pensamientos catastróficos, los cuales se asocian a eventos reales o imaginarios, afectando la integridad personal (Chacón, 2021).	La variable se midió a través del inventario de ansiedad de Beck que consta de 21 ítems y esta subdividido en 4 factores o dimensiones. El formato de respuesta es tipo Likert de 4 puntos.	Subjetivo	4, 5, 8, 9, 10, 14, 16	Ordinal
			Neurofisiológico	1, 3, 6, 12, 13, 17, 18 y 9	
			Autonómico	7, 11, 15	
			Vasomotor	2, 20, 21	
		Se utilizó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, creado por Spielberger (1966), y en donde se ha diferenciado dos formas que asume la	Ansiedad estado	1-20	
			Ansiedad rasgo	21-40	

variable es decir como rasgo y estado. Consta de 40 ítems, 20 mide ansiedad estado y 20 ansiedad rasgo.

Depresión

Estado emocional frecuente, caracterizado por presencia importante de tristeza, fatiga, sentimientos de cansancio emocional y creencias irracionales de la vida misma. (Sáenz et al.,2019),

Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, cual consta de 21 ítems,

21

Ordinal

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENCIONES	INDICADORES	METODOLOGIA	
¿Cuál es el efecto de un programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad y depresión en cuidadores de personas con discapacidad de un Centro de Educación Básico Especial?	<p>OG: Determinar cuál es el efecto de un programa cognitivo conductual para reducir la ansiedad y depresión en cuidadores de personas con discapacidad de un Centro de Educación Básica Especial</p> <p>OE: Establecer el impacto de un</p>	<p>Hipótesis Afirmativa H1: El programa cognitivo conductual influye en la disminución de la ansiedad y depresión en cuidadores de personas con discapacidad de un Centro de Educación Básica Especial.</p>	VI	Exposiciones, diálogos Técnicas cognitivas Técnicas conductuales Dinámicas experienciales	No aplica	<p>-Tipo: Aplicada</p> <p>-Enfoque: cuantitativo</p> <p>-Diseño: Preexperimental</p> <p>-Población. 07 cuidadores de personas con discapacidad de un Centro de Educación Básico Especial.</p>	
			VD	Subjetivo			4, 5,8,9,10,14 Y 18
			Ansiedad	Neurofisiológico			1,3,6,12,13,17,18 Y 19

	<p>programa cognitivo conductual en la reducción de las dimensiones de ansiedad (subjetivo, neurofisiológico, automático, vasomotor).</p> <p>Indicar el impacto de un programa cognitivo conductual en la reducción de ansiedad estado y ansiedad rasgo</p> <p>Conocer el impacto de un programa cognitivo conductual en la reducción de la depresión.</p>		<p>Ansiedad estado rasgo</p> <p>Depresión</p>	Automático	7,11 Y 15	<p>-Muestra: tipo no probabilístico por conveniencia.</p> <p>Técnica de Recolección: Encuesta Técnicas de Análisis y Procedimientos: Estadística descriptiva.</p>
				Vasomotor	2,20 Y 21	
				-Ansiedad estado	1 al 20	
				-Ansiedad rasgo	21 al 40	
				No aplica	1 al 21	

Anexo 2: instrumentos empleados

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombres _____ **y** _____ **Apellidos:** _____

Edad: _____ **Genero:** _____

Estado civil: (marque con una X)

SOLTERO	CASADO	CONVIVIENTE

Grado de instrucción alcanzable: (marque con una X)

PRIMARA		SECUNDARIA	
COMPLETA	INCOMPLETA	COMPLETA	INCOMPLETA
SUPERIOR TECNICO		SUPERIOR UNIVERSITARIO	
COMPLETA	INCOMPLETA	COMPLETA	INCOMPLETA

N° PCD que viven en tu hogar: ____

Relación con la PCD: (marque con una X)

PADRE	MADRE	OTRO

Actualmente Trabaja	
SI	NO

Fecha de aplicación: ____ Lugar de aplicación: ____

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

A continuación, se le presentara una serie de enunciados los cuales pueden estar en relación a su estado emocional de la última semana, o en relación de su momento actual (HOY).

Tiene que saber que no existen respuestas correctas o incorrectas, solo tiene que elegir entre las siguientes opciones la que mejor corresponda a cada pregunta.

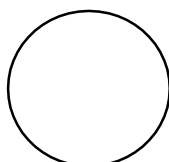
Para ello, tiene que conocer la valoración según escala y responder con sinceridad.

0	1	2	3
NADA	LEVEMENTE	MODERADO	SEVERAMENTE

N°	ITEMS	VALORACION			
		0	1	2	3
01	Hormigueo o entumecimiento				
02	Sensación de calor intenso				
03	Debilidad en las piernas				
04	Dificultad para relajarse				
05	Miedo a que pase lo peor				
06	Mareos o vértigos				
07	Aceleración del ritmo cardiaco				
08	Sensación de inseguridad				
09	Con miedo o aterrorizado				
10	Nervioso				
11	Sensación de ahogo				
12	Con temblores en las manos				
13	Inquieto /tembloroso				
14	Miedo a perder el control				
15	Dificultad para respirar				
16	Con temor a morir				
17	Asustado				

18	Indigestión o malestar estomacal				
19	Sensación de desvanecimiento o desmayos				
20	Rubor facial o sonrojamiento				
21	Sudoración (no producida por calor)				

PUNTUACION TOTAL:



INTERPRETACION:

NIVELES DE ANSIEDAD			
0-7	8-15	16-25	26-63
MÍNIMO	LEVE	MODERADO	GRAVE

DIMENSIONES	ITEMS
SUBJETIVO	4, 5,8,9,10,14 Y 18
NEUROFISIOLOGIC O	1,3,6,12,13,17,18 Y 19
AUTO9MATICO	7,11 Y 15
VASOMOTOR	2,20 Y 21

CUESTIONARIO (IDARE) ANSIEDAD RASGO- ESTADO

Por favor, lea cada frase y marque con una "X" el recuadro que indique cómo se siente ahora mismo, es decir, en este momento, recuerde que no hay respuestas incorrectas, trate de dar la respuesta más honesta posible.

ANSIEDAD ESTADO (AE)					
N°	ITEMS	VALORIZACION			
		1	2	3	4
		Absolutamente no	Un poco	Bastante	Mucho
01	Me siento calmado/a				
02	Me siento seguro/a				
03	Estoy tenso/a				
04	Estoy contrariado/a				
05	Estoy a gusto				
06	Me siento alterado/a				
07	Estoy preocupado/a actualmente por algún posible contratiempo				
08	Me siento descansado/a				
09	Me siento ansioso/a				
10	Me siento cómoda/a				
11	Me siento con confianza en mí mismo/a				
12	Me siento nervioso/a				
13	Me siento agitado/a				
14	Me siento "a punto de explotar"				
15	Me siento reposado/a				
16	Me siento satisfecho/a				
17	Estoy preocupado/a				
18	Me siento muy agitado/a y aturdido/a				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				

CUESTIONARIO (IDARE) ANSIEDAD RASGO- ESTADO

Por favor, lea cada frase y marque con una "X" el recuadro que indique cómo se siente ahora mismo, es decir, en este momento, recuerde que no hay respuestas incorrectas, trate de dar la respuesta más honesta posible.

ANSIEDAD RASGO (AR)					
N°	ITEMS	VALORIZACION			
		1	2	3	4
		Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21	Me siento bien				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
25	Pierdo oportunidades por no decidirme rápidamente				
26	Me siento descansado/a				
27	Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29	Me preocupo demasiado por las cosas sin importancias				
30	Soy feliz				
31	Me tomo las cosas muy a pecho				
32	Me falta confianza en mí mismo/a				
33	Me siento seguro/a				
34	Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades				
35	Me siento melancólico/a				
36	Me siento satisfecho/a				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan				
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso/a y alterado/a				

PUNTUACION TOTAL:

INTERPRETACION:

IDARE			
ANSIEDAD ESTADO (AE)		ESTADO RASGO (AR)	
NIVEL MINIMO 20	NIVEL MAXIMO 80	NIVEL MINIMO 20	NIVEL MAXIMO 80

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK -II (IDB-II)

Por favor, lea cada frase y marque con una "X" el recuadro que indique cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas, recuerde que no hay respuestas incorrectas, trate de dar la respuesta más honesta posible.

N°	ITEMS	VALORACION			
		0	1	2	3
01	Tristeza				
02	Pesimismo				
03	Sentimientos de fracaso				
04	Pérdida de placer				
05	Sentimientos de culpa				
06	Sentimientos de castigo				
07	Insatisfacción con uno mismo				
08	Autocríticas				
09	Pensamientos o deseos suicidas				
10	Llanto				
11	Agitación				
12	Pérdida de interés				
13	Indecisión				
14	Desvalorización o Inutilidad				
15	Pérdida de energía				
16	Cambios los hábitos de sueño				
17	Irritabilidad				
18	Cambios en el apetito				
19	Dificultad de concentración				
20	Cansancio o fatiga				
21	Pérdida de interés en el sexo				

NIVELES DE ANSIEDAD			
0-7	8-15	16-25	26-63
MÍNIMO	LEVE	MODERADO	GRAVE

Anexo 4: Prueba de normalidad

Análisis de normalidad de la variable ansiedad, ansiedad estado rasgo y depresión

Variable/Dimensiones	Shapiro-Wilk	Sig
Ansiedad	.907	.378
Subjetivo	.895	.301
Neurofisiológico	.921	.478
Automático	.776	.223
Vasomotor	.984	.976
Ansiedad estado	.650	.335
Ansiedad rasgo	.965	.863
Depresión	.805	.201

Se logra apreciar el contraste de normalidad de los datos de la variable ansiedad, ansiedad estado rasgo y depresión. Se reporta significancia estadística mayor al estándar esperado $p > .05$, lo que indica un resultado estadísticamente significativo; por ello, los datos siguen una distribución normal.

Anexo 5: Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Programa Cognitivo Conductual para reducir la ansiedad en Cuidadores de Personas con Discapacidad de un Centro de Educación Básica Especial.

Investigador/a: ABANTO CHOMBA ANYELA LORENA

Propósito del estudio

Le invitamos a participar en la investigación "Programa Cognitivo Conductual para reducir la ansiedad en Cuidadores de Personas con Discapacidad de un Centro de Educación Básica Especial. La cual tiene como objetivo, Analizar la efectividad del programa de intervención en la reducción de la ansiedad de cuidadores de Personas con Discapacidad del Centro de Educación Básica Especial. Esta investigación es desarrollada por estudiantes del programa de estudio "Estar contigo, SANAMENTE", de la Universidad César Vallejo del campus Trujillo, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso del Centro de Educación Básico Especial (CEBE) Chocope.

El desarrollo de dicho programa, favorecerá a la población objetivo (Cuidadores de Personas con Discapacidad), ya que proporcionará una serie estrategias que permitan la reducción de la ansiedad y así mejorar su calidad de vida.

Procedimiento:

Si usted decide participar de dicha investigación, se le informa que se desarrollara los siguientes procedimientos:

1. Se aplicarán instrumentos que permitirán el recojo de información, tal es el caso de datos personales, así como información adicional que es relevante para el estudio de la investigación.
2. Dicha aplicación de los instrumentos tendrán un tiempo respuesta de 10 a 20 minutos aproximadamente y se realizarán en el ambiente del Centro de Educación Básico Especial. Las respuestas de los instrumentos serán sistematizadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.
3. Finalmente, se desarrollará un programa de intervención, el cual tendrá 08 sesiones, cada una de ellas tendrá una duración de 100 minutos y se dará dos veces por semana.

Participación voluntaria (principio de autonomía):

Si tiene alguna duda, lo ideal es que pueda comunicarnos para absolver dichas interrogantes antes de decidir si desea participar o no, pues su decisión será respetada. Posterior a la aceptación sino desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgo (principio de No maleficencia):

Es importante mencionar, que NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios (principio de beneficencia):

Se les informa que los resultados de la investigación se le alcanzará a la institución al término de la investigación. No se recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna otra índole. Sin embargo, cabe mencionar que los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad (principio de justicia):

Los datos recolectados serán anónimos y no habrá forma alguna de identificar al o la participante. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador/a principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con la **Investigadora:**

Anyela Lorena Abanto Chomba

Email: lorenachomba14@gmail.com

Asesora:

Dra. Velia Graciela Vera Calmet

Email:

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Nombre y apellidos:


Fecha


Hora:

Firma:

Para garantizar la veracidad del origen de la información: en el caso que el consentimiento sea presencial, el encuestado y el investigador deben proporcionar sus nombres y firma. En el caso que sea cuestionario virtual, se debe solicitar el correo desde el cual se envía las respuestas a través de un formulario Google

Anexo 8: Autorización para el Desarrollo de la Investigación

 **CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL**
AGUSTIN SOLANO SABANA
CHOCOPE



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Chocope, 17 de Abril del 2024

OFICIO N.º 036-2024-GRSE/UGEL-A /CEBE/ASS /A1-EE

SEÑOR (A):
Anyela Lorena Abanto Chomba
Presente


Asunto : **AUTORIZO INGRESO para la aplicación de instrumentos para desarrollo de tesis.**

Que habiéndose presentado la **CARTA N°022-2024-UCV-VA-EPG-FO1/J** el día 17 de abril del 2024 en el **Centro de Educación Básica Especial "AGUSTIN SALONO SABANA"** por la Sra. Anyela Lorena Abanto Chomba, del programa de **MAESTRIA EN INTERVENCION PSICOLOGICA** de la escuela de post grado de la Universidad Cesar Vallejo, con la finalidad de aplicar instrumentos para el desarrollo de tesis denominada **Programa Cognitivo Conductual para reducir la ansiedad en Cuidadores de Personas con Discapacidad de un Centro de Educación Básica Especial**, en la institución que dirijo refiero lo siguiente;

Que, como **DIRECTORA** del **Centro de Educación Básica Especial "AGUSTIN SALONO SABANA"** perteneciente al distrito de Chocope, **AUTORIZO su ingreso para realizar la aplicación de dichos instrumentos con los padres de familia.** Puesto que dicho trabajo de investigación beneficiara a nuestra institución con los datos encontrados y el abordaje respectivo.

Es todo cuanto se informa para su conocimiento y fines que se sirva determinar.

Atentamente.


Prof. Daisy Lorena Silva Sánchez
DIRECTORA

DAISY LORENA SILVA SÁNCHEZ
DIRECTORA

Anexo 9: Otras Evidencias

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD “ESTAR CONTIGO SANAMENTE”

I. DATOS GENERALES:

- Institución: Centro de Educación Básica Especial (CEBE)
- Dirección: Calle Eleazar Pereda- Chocope
- Beneficiarios: Cuidadores principales de personas con discapacidad.
- Responsable del programa: Lic. Anyela Lorena Abanto Chomba
- Fecha de presentación: 21 de Mayo del 2024

II. FUNDAMENTACIÓN

De acuerdo a la bibliografía revisada, la ansiedad es una variable presente en todas las personas, en diferente medida; sin embargo, pese a ser una emoción universal, en ocasiones, cuando sobrepasa los recursos personales afecta al estado emocional y la integridad personal. Por tanto, se conceptualiza 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.

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 & Evans, 2018). La población de cuidadores de personas con discapacidad no se encuentra ajenas a dicha realidad; según el estudio de Castelo-Rivas et al. (2023), reportó que el 29.7% presenta nivel muy severo de ansiedad, el 16.7% severo, el 23.4% moderado, existiendo alta prevalencia de afectación. De igual modo, los datos mostrados, se apoyan por la investigación de Gualpa et al. (2020), observó que el 67.3% de los cuidadores mostró nivel medio de ansiedad y el 11.3% nivel alto.

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. Dicho modelo terapéutico ha demostrado ser eficaz para la reducción de la ansiedad en distintos contextos de aplicación, debido a que interviene bajo la modificación de esquemas cognitivos, conductas y emociones, relacionadas a las manifestaciones ansiosas. Asimismo, sus procedimientos cuentan con respaldo científico, siendo el modelo que fundamenta la presente propuesta del programa de intervención.

III. OBJETIVO GENERAL

Reducir los niveles de ansiedad y depresión en cuidadores de personas con discapacidad.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reducir las manifestaciones de la dimensión subjetivo.
- Disminuir las manifestaciones sintomáticas de la dimensión neurofisiológico.
- Reducir la presencia de los indicadores de la dimensión automático.
- Disminuir la presencia de la dimensión ansiedad visomotor.
- Reducir las manifestaciones de la ansiedad estado.
- Reducir los indicadores de ansiedad rasgo.
- Disminuir la presencia de sintomatología depresiva.
- Prevenir recaídas futuras.

V. METODOLOGÍA

- El desarrollo de las sesiones de intervención será presencial y en formato grupal.
- Se empleará un pre y pos test para valorar la línea inicial de intervención y los efectos al término del programa.
- El programa consta de 8 sesiones, de 100 minutos de duración cada una aproximadamente.
- Se emplearán técnicas cognitivas, conductuales, las cuales se desarrollarán bajo la orientación de entrenamiento, de tal manera que los participantes logran habituar cada estrategia en su vida cotidiana.

- Se emplearán espacios de diálogo, lluvia de ideas, reflexiones y dinámicas experienciales.
- Se empleará explicaciones y exposiciones de temas programados.
- Se emplearán fichas de práctica personal.
- Las sesiones serán retroalimentadas para evitar dudas o temas inconclusos.

VI. CONTENIDOS DEL PROGRAMA

Sesión	Objetivo
SESION 1 “Psicoeducación”	Reducir las manifestaciones de la dimensión subjetivo.
SESION 2 “Entrenamiento en relajación”	Reducir las manifestaciones de la dimensión subjetivo.
SESION 3 “Mis preocupaciones”	Reducir la presencia de los indicadores de la dimensión automático.
SESION 4 “Modificando mi percepción”	Disminuir la presencia de la dimensión ansiedad visomotor
SESION 5 “Reestructurando pensamientos”	Reducir las manifestaciones de la ansiedad estado.
SESION 6 “Flexibilidad de mi pensamiento”	Reducir los indicadores de ansiedad rasgo.
SESION 7 “Cambiano conductas”	Disminuir la presencia de sintomatología depresiva.
SESION 8 “Prevenir recaídas”	Prevenir recaídas futuras.

VII. EVALUACIÓN

Para el establecimiento de la medición inicial y final se emplearán los instrumentos: Inventario de Ansiedad de Beck, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo IDARE y el Inventario de Depresión de Beck.

VIII. TECNICAS UTILIZADAS.

- Exposiciones, diálogos
- Técnicas cognitivas
- Técnicas conductuales
- Dinámicas experienciales
- Participación activa

ANEXOS FOTOGRAFICOS

SESION 01





SESION 02





SESION 03



SESION 04



SESION 05





SESION 06



SESION 07





SESION 08



