



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

“Programa de educación emocional para conductas depresivas en personal asistencial, causadas por la covid_19, del Distrito de Parcoy 2021: Estudio descriptivo - propositivo”

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Intervención Psicológica

AUTOR:

Garcia More, Juan Carlos (ORCID: [0000-0001-7111-6957](https://orcid.org/0000-0001-7111-6957))

ASESOR:

Dr. Rodriguez Vega, Juan Luis (ORCID: [0000-0002-2639-7339](https://orcid.org/0000-0002-2639-7339))

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Modelos de Intervención Psicológica

TRUJILLO – PERÚ

2022

Dedicatoria

A Dios

Le agradezco inmensamente por la fortaleza y sabiduría que me ha proporcionado para poder lograr exitosamente una meta más en mi vida, porque todo lo que he emprendido lo he hecho confiando en su inmensa misericordia, ya siempre he sentido su compañía aun en los momentos más difíciles. Siempre le estaré en deuda

A mi familia

Hoy que mis estudios de maestría han sido concluidos, me llena de orgullo y siento que el mismo orgullo está dentro de ustedes. Este triunfo vale la pena compartirlo y con quien mejor que con ustedes mis queridos padres José y María, mis estimados hermanos Rosa, Humberto, Nery, Vanessa y mi adorada hija Guadalupe. Siempre han sido, son y serán la motivación para seguir superándome en la vida. Gracias.

A mis amigos

Después de haber culminado esta etapa de estudio con éxito, no me queda más que agradecer a todas aquellas personas que de una u otra forma me apoyaron para alcanzar la meta de realizar mi maestría. Gracias a todos.

Juan Carlos García More

Agradecimiento

A mi asesor

Dr. Rodríguez Vega, Juan Luis; por el aporte de sus conocimientos, paciencia, esmero y apoyo constante para la elaboración del presente trabajo de investigación.

A los catedráticos de la Universidad César Vallejo

A mis docentes de la Maestría y miembros del jurado calificador, que me permitió construir nuevos conocimientos en base a sus enseñanzas y experiencias durante los estudios.

A la Red de Salud Pataz.

A las autoridades de la Red de Salud Pataz que me brindaron las facilidades para realizar esta investigación.

A los trabajadores y compañeros de trabajo de los establecimientos de salud de Parcoy que participaron voluntariamente en esta investigación con sus experiencias, sentimientos y emociones; que permitieron obtener estos resultados.

Juan Carlos García More

Índice de contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA.....	8
3.1. Tipo y diseño de investigación	8
3.2. Variables y operacionalización	8
3.3. Población	10
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	11
3.5. Procedimientos	12
3.6. Método de análisis de datos.....	13
3.7. Aspectos éticos	13
IV. RESULTADOS.....	14
V. DISCUSIÓN	22
VI. CONCLUSIONES	25
VII. RECOMENDACIONES.....	27
REFERENCIAS.....	28
ANEXOS	29

Índice de tablas

Tabla 1: Edad de los trabajadores asistenciales encuestados	10
Tabla 2: Niveles de depresión (aplicación del pre-test)	14
Tabla 3: Niveles de depresión y la dimensión de estado afectivo persistente	15
Tabla 4: Niveles de depresión y la dimensión de trastornos fisiológicos	16
Tabla 5: Niveles de depresión y la dimensión de trastornos psicomotores	17
Tabla 6: Niveles de depresión y la dimensión de trastornos psíquicos	18

Resumen

La presente investigación descriptivo propositivo tuvo como finalidad determinar los niveles de depresión del personal asistencial del Distrito de Parcoy, para luego diseñar una propuesta de intervención. Para medir los niveles de depresión utilizamos la Escala de Evaluación para la Depresión de Zung, adaptado al Perú por Astocondor (2010). La población de la investigación estuvo conformada por los 50 trabajadores asistenciales que laboran en el Distrito de Parcoy. Se usó tablas de frecuencia para establecer los niveles de depresión tanto en la escala general como para las dimensiones; estado afectivo persistente, trastornos fisiológicos, trastornos psicomotores, trastornos psíquicos. Los hallazgos demostraron que el 56% del personal asistencial evidencio depresión leve, el 26% presento depresión moderada, el 12% sin depresión y el 6% presento depresión intensa. Significando que el porcentaje del personal que presento niveles de depresión de leve a intenso, está asociado a la coyuntura actual de la Covid-19 porque la pandemia conlleva al personal a no tener las mismas motivaciones que tenían antes de dicha enfermedad, desquebrajando su estado emocional actual. Finalmente se diseñó y fundamento el programa de educación emocional que consta de 15 sesiones basados en las cuatro dimensiones de la Escala propuesta por Zung.

Palabras clave: Programa educación emocional, personal asistencial, pandemia COVID-19.

Abstract

The present descriptive-purposeful research had as purpose to determine to levels the depressive behaviors in care staff, from District the Parcoy, to later design a proposal the intervention. For to size levels the depressive for this the Zung Self-Assessment Scale for Depression, adapted the Peruvian for Astocondor (2010). The population investigation of cross section involving the 50 care workers who work from the Parcoy. I use frequency tables to set the levels the depressive both on the general scale as for the dimensions: affective state persistent, disorders physiological, disorders psychomotor, disorders psychic. Finding as results that the 56 % of the health personnel presented mild depression, 26% presented moderate depression, 12% presented normal levels and only 6% presented severe depression. Which means that the percentage of staff who have presented levels of mild to severe depression is associated with the current situation Covid-19 since the pandemic means that staff do not have the same motivations that they had before said disease, which that has been unraveling its current state and has caused depression. Concluding that if we apply an "Emotional Education" program, that consists the fifteen sessions based on the four dimensions, scale proposal for Zung.

Keywords: Emotional education program, care staff, COVID-19 pandemic

I. INTRODUCCIÓN

La Covid-19, ha conllevado a grandes impactos psicosociales en el presente siglo, convirtiéndose en el reto principal que tienen actualmente las organizaciones e instituciones responsables en recuperar la salud integral de la población mundial. Los diversos estudios realizados en epidemias anteriores de SARS-CoV-2, muestran los efectos psicosociales negativos que se presentaron durante las oleadas epidémicas, evidenciando que los habitantes manifestaron diversas alteraciones psicológicas que se originaron a raíz de esta enfermedad, predominando los trastornos de ánimo, lo cual marco un grave deterioro en las capacidades cotidianas fundamentales para la vida. En la presente situación, es vital que los organismos de salud diseñen programas de intervención psicológica con el objetivo de reducir el impacto psicológico de la población afectada.

Esta pandemia ha provocado que la población a nivel mundial experimente una gran incertidumbre e inseguridad, puesto que los gobiernos optaron por restringir el desplazamiento de las personas, debido a la progresión de este mal, generando alteraciones en las actividades socio familiares, Brooks et al (2020). Nos señalan que las medidas de restricción en el desplazamiento de las personas, que en un inicio se plantearon por un determinado tiempo y luego se prolongaron, han aumentado las vulnerabilidades en la salud de la población contando que en este lapso de tiempo disminuyen significativamente las redes de contención social.

La coyuntura vivida actualmente, ha originado que las personas que laboran en los diversos establecimientos de salud a nivel mundial, vean desquebrajada su salud física y mental, presentando trastornos de ánimo como la depresión, ansiedad y estrés, condición que perjudica de forma significativa la realización de sus labores para brindar una atención de calidad a las personas con diagnóstico de la Covid-19. La organización mundial de la salud (OMS, 2020) se pronunció sobre el personal asistencial,

el cual debe obtener una atención diferenciada ya que son propensos a padecer alteraciones anímicas por la labor que desempeñan.

OMS (2019) comenta que las secuelas de la COVID-19 dentro del sistema de salud en América Latina son enormes, la realidad que viven las instituciones de salud es complicada ya que sus equipos de trabajo presentan altos niveles de cansancio mental, irritación, intranquilidad, problemas de atención, ansiedad alta ocasionada por el miedo a contagiarse y morir, etc. Ante esta realidad que vivenciamos es imprescindible que los gobiernos latinoamericanos valoren al personal y no los vean simplemente como recursos tangibles, sino como individuos, con sentimientos, proyectos y responsabilidades familiares. Dentro de las actividades a realizar se debe priorizar que el trabajador de la salud se sienta seguro, apoyándolo en todo aspecto ya que ahora más que nunca son los recursos más valiosos de cada país.

Los trabajadores sanitarios que trabajan en diferentes establecimientos de salud del Perú, han modificado sus formas de trabajo, esto ha conllevado a que realicen diariamente largas jornadas laborales debido al desborde en la demanda asistencial, a trabajar bajo presión debido a esta actual coyuntura, estar expuestos al contagio de la Covid-19, relacionarse con pacientes y familiares que experimentan desequilibrios emocionales debido a sus diagnósticos, sentir inseguridad por el poco abastecimiento de equipos de seguridad, sumado a esto el poco tiempo que tiene para compartir con sus seres queridos, etc., aspectos que sin duda desbordan los mecanismos de afrontamiento psicológico del personal asistencial peruano.

A pesar de estas situaciones nocivas para el bienestar psicológico, el personal asistencial de nuestra región de Parcoy, se encuentra afrontando una lucha incansable contra esta enfermedad, con un mapa situacional de 2,011 casos positivos confirmados y 18 fallecidos. (Minsa 2021), convirtiéndose en el Distrito más golpeado por la pandemia Covid-19 de la

provincia de Patatez, siendo la salud emocional las más afectadas en este equipo de trabajo. Por lo expuesto surge la siguiente interrogante ¿Qué características tendría un programa de educación emocional para las conductas depresivas en el personal asistencial, causadas por la pandemia Covid-19, del Distrito de Parcoyo 2021?

Por lo cual, el presente estudio de investigación de carácter descriptivo-propositivo tiene como objetivo general diseñar un programa basado en la educación emocional para regular las conductas depresivas en el personal asistencial, causadas por la Covid-19, del Distrito de Parcoyo. A su vez como objetivos específicos se plantea: a. identificar los niveles de depresión que presenta el personal asistencial que laboran en el Distrito de Parcoyo., b. fundamentar la propuesta sobre la educación emocional para ser aplicado en el personal de salud de Parcoyo., c. diseñar el programa de intervención para regular las conductas depresivas que presenta el personal asistencial del Distrito de Parcoyo dicho programa tiene una duración de 08 meses, consta de 15 sesiones de 02 hora cada una, con una frecuencia quincenal. Este programa cuenta con una metodología que involucra la participación activa y lúdica de todos los participantes siguiendo diversos enfoques psicológicos. Es importante hacer mención que, la investigación presenta una hipótesis implícita debido a su alcance descriptivo propositivo.

II. MARCO TEÓRICO

Conforme a los estudios realizados se presentan los siguientes antecedentes internacionales como el caso de Chen, Liang, Li, Guo, Fei & Wang (2020) titulada “Atención de salud mental para personal médico en China durante el brote de COVID-19.” Esta investigación es de tipo cuantitativo, diseño no experimental, la técnica usada fue la recolección de datos, el instrumento aplicado fue el cuestionario de respuesta emocional para identificar síntomas ansioso depresivos para ello se evaluaron a 23 médicos, 36 enfermeras y 21 integrantes de las áreas de Cardiología y unidad de cuidados intensivos del Hospital afiliado de la Universidad Sun Yat-sen. Las conclusiones a las que arribó la referida investigación son que, gran porcentaje del personal, indistintamente del área en que se desempeñaban, evidenciaron signos depresivos clínicamente significativo y que el equipo médico más joven (edad ≤ 30) sacaron los puntajes más altos.

Dentro los antecedentes nacionales tenemos a Condori (2020), en su investigación titulada “Asociación entre la exposición al Covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa”. Esta investigación fue de tipo observacional, transversal y retrospectivo. A través de una encuesta virtual a 395 médicos que trabajaban en hospitales COVID-19 y no COVID-19, del 24 al 30 de junio del 2020; la técnica usada fue la recolección de datos, el instrumento aplicado fue: Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9), Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y Índice de Gravedad del Insomnio (Insomnia Severity Index – ISI). Las conclusiones a las que arribó la referida investigación son que el 36,7% de médicos presentaban intensidad depresiva leve, 24,6% moderada y el 10,1% grave. Además, la tercera parte de médicos encuestados presentaron síntomas de ansiedad (35,7%), con una severidad leve (21,1%) a moderada (6,6%).

Concerniente a los antecedentes locales tenemos Aldave (2016), en su investigación titulada “Asociación entre depresión y violencia familiar en centro médico Essalud - Ascope”. Esta investigación es de tipo descriptivo, transversal, y aplicó la metodología no Experimental, la técnica usada fue la recolección de datos, el instrumento aplicado fue La Escala de Depresión de Hamilton y un cuestionario de datos generales, en una población constituida por 125 pacientes. Las conclusiones a las que arribo la referida investigación son: en primer lugar, no se encontró diferencias significativas respecto a la edad de los participantes. Segundo, el grupo con violencia familiar que presento frecuencias significativamente altas fueron el sexo femenino y de nivel socioeconómico alto en comparación con el grupo sin violencia familiar y finalmente se concluyó que si existe una relación entre depresión y violencia familiar.

La depresión ha sido estudiada durante varios años hasta la actualidad. Varios autores han elaborado pruebas para medir el nivel de depresión, como son las escalas de Beck y Zung que han marcado el camino en el diseño de planes de tratamientos para la depresión (Pérez y García, 2001; Lara, Narvino y Navarrete, 2004); y como esta afecta a las personas de la tercera edad (Espinosa, Caraveo, et al, 2007). Así mismo esta variable fue relacionada con otras variables como el estrés (Palacios y Jiménez, 2008) y la ansiedad (Bragado, Hernández, et al, 2008). Estos estudios han permitido construir un concepto amplio sobre la depresión.

Zung (1965), conceptualiza a la depresión como un estado emocional grave, que origina inestabilidad emocional, afectando las relaciones familiares, sociales y laborales, convirtiéndose en un factor de riesgo frente a diversas enfermedades físicas o psicológicas.

Garza (2004), define la depresión como una alteración que presenta estado de ánimo melancólico, pérdida de interés en actividades placenteras, sentimientos de irritabilidad, frustración, intranquilidad, desesperanza y una

sensación general de ineptitud, etc. Los diferentes malestares físicos y psicológicos, varían de acuerdo a la personalidad del individuo afectado.

Según las bases teorías científicas sobre la depresión, Vallejo y Utarrivizcaya (2015) enfoca la enfermedad en tres dimensiones: primero como síntoma porque está asociada a perturbaciones emocionales tales como, los trastornos de angustia y de ansiedad. Segundo como síndrome porque agrupa un conjunto de síntomas como tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital y tercero como enfermedad porque se presenta como un desorden de origen biológico que tiende a tener una etiología, clínica, curso, pronóstico y un tratamiento específico.

Así mismo, Strange (1992), jerarquiza la depresión en tres niveles; la depresión leve donde el paciente manifiesta sensación de tristeza o pesadumbre, sentimientos de inutilidad, aislamiento socio familiar, pérdida de interés en actividades de la vida cotidiana, etc. Depresión moderada donde experimenta sensaciones similares al nivel anterior, pero son acompañados por cambios como disminución en la actividad motora, dificultad para hablar y pensar rápidamente, alteraciones del sueño y del apetito, pérdida de la libido, etc., depresión severa donde los síntomas son similares a los niveles anteriores, pero en mayor intensidad, en algunos casos se suman síntomas como la pérdida de contacto con la realidad, pueden presentar delirios alrededor de su pensamiento pesimista todos acerca del presente, pasado y futuro, también pueden incluirse alucinaciones. Todas estas manifestaciones clínicas del trastorno depresivo originan un gran deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento del ser humano.

Casa, Castro, Lembo & Saldias, (2013), conceptualiza a la depresión en cuatro dimensiones: como estado afectivo persistente, que es un tipo de depresión continua y crónica. Trastornos fisiológicos, que se manifiestan a través de disfunciones fisiológicas como dolores de cabeza, dolores musculares, malestares gastrointestinales, etc. Trastornos psicomotores,

que implica la psicopatología de la psicomotricidad, es decir, anomalías, déficits o alteraciones en el movimiento. Trastornos psíquicos; son aquellos problemas referentes al estado del ánimo, el pensamiento y comportamiento.

Beck (1983), A través de su teoría cognitiva, considera que el causante principal de la depresión es la interpretación irracional que realiza el paciente de las situaciones o eventos que acontecen en su vida lo cual le conlleva a tener una percepción errada de la realidad que le rodea. Estas interpretaciones distorsionadas en los procesos de información generan que la persona que padece de depresión mantenga una visión negativa de sí mismo, de su entorno y de su futuro, es decir que la persona depresiva se ve a sí misma como un ser inservible, ineficaz e improductivo, con relación al medio que le rodea evalúa en términos de desgracias e infortunios la mayor parte de sus experiencias individuales y sociales, así mismo cree que el futuro vendrá acompañado de derrotas, desilusiones y sufrimientos.

Por lo tanto, la Educación en emociones es fundamental para lograr el bienestar de las personas, lo cual se da a través de un conjunto de actividades y dinámicas psicoterapéuticas planificadas en la que se busca aumentar las competencias emocionales de los individuos que padecen algún tipo de trastornos de ánimo. En conclusión, trabajar la educación emocional en el personal asistencial del Distrito de Parcoy, permitirá que puedan adquirir las competencias emocionales que son necesarias en cualquier contexto y más ahora en la situación que vivimos correspondiente a la pandemia Covid-19.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio corresponde a un enfoque cuantitativo, haciendo uso de recolección y análisis de datos teniendo como fin resolver la pregunta de investigación, por lo que se tiene plena confianza en la medición numérica, el conteo y diseño y a menudo utilizar la estadística para fijar con precisión una línea de conducta en una población determinada. (Hernández, Fernández y Baptista, 2001). Así mismo el estudio presenta un diseño no experimental transversal, se desarrolló sin manipular la variable independiente, debido a que en la investigación no experimental se observa los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos y es transversal puesto que está orientada a la recolección de datos dentro de un único momento, a través de un cuestionario que sirvió de línea base. (Hernández, Fernández y Baptista, 2001). El presente estudio será descriptivo propositivo.

M – O - P

M= Trabajadores asistenciales del Distrito de Parcoy

O= Nivel de Depresión

P= Propuesta del programa de Educación Emocional

3.2. Variables y operacionalización

Primera etapa: Estudio descriptivo de la variable Depresión.

Variable Dependiente: Depresión

1. Definición conceptual; Zung (1965), la conceptualiza como una alteración del estado emocional, originando inestabilidad, afecta las relaciones familiares, sociales y laborales,

convirtiéndose en un factor de riesgo frente a diversas enfermedades físicas o psicológicas.

2. Definición operacional; La Escala de auto medición de la depresión (EAMD) de Zung, consta de 20 ítems cada una relacionada con características específicas de la depresión. Las preguntas se dividen en cuatro categorías: afectiva, fisiológica, psicomotora y psicológica, lo que permite delinear en sus diferentes aspectos sintomáticos el síndrome depresivo.

Segunda etapa: Propuesta de un programa.

Variable independiente: Programa de educación emocional

1. Definición conceptual; Programa que estará basado en la competencia para controlar las emociones propias, por lo que se alcance su manejo, en cuanto a los afectos de tristeza, ira, desprecio, entre otros, y de esta manera no se repita en su conducta, que de ser así generaría un desequilibrio notorio en su facultad para ajustarse al sistema social, el cual abarca a la familia, amigos, escuela y comunidad (Baron, 1997 citado en Ugarriza y Pajares, 2001).
2. Definición operacional; el programa de educación emocional se operacionaliza a través de 15 sesiones diseñadas para preservar la salud mental del personal asistencial. En cuanto a las dimensiones de la variable independiente esta se compone de tres elementos; planificación, ejecución y evaluación. En cuanto a sus indicadores, estos están determinados por la elaboración de 15 sesiones para la regulación de las conductas depresivas del personal asistencial.

3.3. Población

Conformada por los 50 trabajadores asistenciales, que durante la pandemia del Covid-19 laboran en el Distrito de Parcoy, periodo 2021. Así mismo no se consideró muestra ni muestreo debido a que se toma en cuenta a la población total (muestra censal).

Nivel de depresión según edad:

Tabla 1

Niveles de depresión del Pre test en trabajadores asistenciales del Distrito Parcoy-2021 según la edad de los encuestados.

ÍNDICE DE DEPRESIÓN	Edad	
	<30 años	>30 años
Normal	0%	12%
Depresión leve	40%	16%
Depresión moderada	14%	12%
Depresión intensa	6%	0%
Total	60%	40%

Fuente: EAMD, aplicado al personal asistencial del Distrito de Parcoy.

Según los resultados de la tabla 1, se visualiza que, en la aplicación del Pre test, el 40% del personal de salud que presentó depresión leve tenía <30 años, el 14% que presentó depresión moderada tenía menos de 30 años, el 6% que presentó depresión intensa tenía <30 años y el 12% sin depresión tenían >30 años. Lo cual estaría desencadenado los cuadros depresivos en esta población

menores de 30 años sería la provisionalidad de sus plazas, las condiciones de trabajo que entrañan riesgos para su salud y seguridad, sumado que en este lapso de tiempo disminuyen significativamente las redes de contención social.

Así mismo se consideró:

Criterios de inclusión:

1. Personal que participe voluntariamente.
2. Personal que firme el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1. Personal que presente trastornos de personalidad o alteraciones mentales.
2. Personal de salud que dejen algún ítem sin responder.

Unidad de Análisis:

- Trabajador asistencial
- Lugar: Distrito de Parcoy
- Tiempo: 2021

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnica:

Se empleó la técnica de la encuesta, esta técnica consiste en la estructuración de una serie de preguntas orientadas a la recopilación de información sobre un tema de investigación (Hernández y Mendoza, 2018).

3.4.2. Instrumento:

La Escala de auto medición de la depresión (EAMD), creado en España por William Zung y Zung (1965), siendo adaptado al contexto peruano por Astocondor (2010). El objetivo es medir síntomas depresivos, está compuesto de 20 ítems, los cuales

están expresados en escala Liker de 1 al 5, agrupándose en cuatro factores: depresivo, biológico, psicológico y psicosocial. Enmarcando cada factor la sintomatología característica de la depresión.

Dentro de la validez, se considera la validación interna donde la Escala de depresión de Zung, fue elaborado en 1965 en la que, valida las escalas, tanto de la autoevaluación de la ansiedad como de la autoevaluación de la depresión. Cada una de las dimensiones se refieren a un síntoma o signo característico de la depresión. Con respecto a la validez externa, fue aplicado por Astocondor a 100 pobladores de ambos sexos, de 14 a 30 años, de siete comunidades nativas aguarunas del departamento de Amazonas. Alcanzando Coeficientes Alfa de Cronbach mayores a ,700 y correlaciones mayores a ,350 tanto a nivel general como en sus cuatro dimensiones. Alcanzando según el Coeficiente V de Aiken una significancia al ,05 tanto a nivel general como en sus cuatro dimensiones. La validez de contenido y estructura, se realizó por 10 Jueces expertos en el área clínica, social y comunitaria, bajo el Coeficiente V de Aiken y tuvo una Significancia al ,05.

Con respecto a la confiabilidad: todos los participantes que pertenecen a la muestra, se utilizó el Alpha de Cronbach; obteniendo en Varones el 0,7750 y en mujeres el 0,6714 y en total la prueba obtuvo una confiabilidad de 0,7850.

3.5. Procedimientos

Inicialmente se requirió el permiso para realizar el estudio de investigación a la gerencia de la red de salud Pataz. Una vez obtenido las autorizaciones para efectuar el estudio, se coordinó con el personal asistencial del Distrito de Parcoy para la aplicación de la escala, en la cual no se incluyó los datos personales para salvaguardar el anonimato, se aplicó de manera individual bajo la

supervisión del responsable del proyecto de investigación. Después de la aplicación de la escala y de la corrección de las mismas, se utilizó una matriz en donde se incluyó los datos obtenidos.

3.6. Método de análisis de datos

En cuanto al análisis de los datos para el presente estudio, se inició con la codificación y clasificación de los mismos vía el programa Excel siendo trasladados al programa SPSS versión 22 donde se realizó el análisis descriptivo correspondiente, es decir, se realizó en análisis de las frecuencias, porcentajes y niveles en que se manifiesta la variable de depresión junto a sus dimensiones identificando con ello la línea base a considerar para la realización de la propuesta de intervención.

3.7. Aspectos éticos

Para fines del presente estudio se asumió los principios del código de ética del Colegio de Psicólogos del Perú correspondiente a tres elementos fundamentales de la investigación: libre participación; los colaboradores de la investigación lo hicieron de forma voluntaria y para constancia de ello se usó el consentimiento informado. Confidencialidad; se mantuvo el anonimato de los participantes, de tal forma que los datos brindados no fueron publicados o compartidos inoportunamente. Legitimidad; se primó la originalidad, la transparencia y la justicia durante el desarrollo del estudio.

IV. RESULTADOS

4.1. Nivel de depresión

Tabla 2

Niveles de depresión del Pre test en trabajadores asistenciales del Distrito Parcoy-2021.

Nivel	N°	%
Normal	6	12%
Depresión leve	28	56%
Depresión moderada	13	26%
Depresión intensa	3	6%
Total	50	100.0%

Fuente: EAMD, aplicado al personal asistencial del Distrito de Parcoy.

Según los resultados de la tabla 2, se visualiza que, en la aplicación del Pre test, el 56% del personal de salud presentó depresión leve, el 26% presentó depresión moderada, el 12% sin depresión y solo el 6% presentó depresión intensa. Lo que significa que el 88% del personal ha presentado niveles de depresión de leve a intenso, lo cual estaría asociado a la coyuntura actual de la Covid-19 ya que la pandemia ha conllevado a que el personal realice largas jornadas laborales debido al desborde en la demanda asistencial, a trabajar bajo presión debido a esta actual coyuntura, estar expuestos a riesgo de infección por Covid-19, relacionarse con pacientes y sus familiares que experimentan desequilibrios emocionales debido a sus diagnósticos, sentir inseguridad por el poco abastecimiento de equipos de seguridad, sumado a esto el poco tiempo que tiene para compartir con sus familiares, etc., aspectos que sin duda desbordaron los mecanismos de afrontamiento psicológico del personal asistencial del Distrito de Parcoy.

4.2. Nivel de depresión: Dimensión estado afectivo persistente

Tabla 3

Niveles de depresión del Pre test en trabajadores asistenciales del Distrito Parcoy-2021. Según la dimensión de Estado afectivo persistente.

Nivel	Estado afectivo persistente	
	Presenta	No presenta
Normal	0%	12%
Depresión leve	48%	8%
Depresión moderada	26%	0%
Depresión intensa	4%	2%
Total	78%	22%

Fuente: EAMD, aplicado al personal asistencial del Distrito de Parcoy.

Según los resultados de la tabla 3, se visualiza que, en la aplicación del Pre test, el 48% del personal de salud presentó depresión leve, el 26% presentó depresión moderada, el 4% presentó depresión intensa, con estado afectivo persistente y el 12 % sin depresión. Lo que evidencia que el 78% del personal asistencial del Distrito de Parcoy presenta esta dimensión de depresión continua y crónica. Los acontecimientos traumáticos que se viven día a día, el deceso de pacientes y familiares por la pandemia, la inseguridad económica, etc., pueden estar causando el trastorno depresivo persistente en este equipo de salud.

4.3. Nivel de depresión: Dimensión trastornos fisiológicos

Tabla 4

Niveles de depresión del Pre test en trabajadores asistenciales del Distrito Parcoy-2021. Según la dimensión de Trastornos fisiológicos.

Índice de depresión	Trastornos fisiológicos	
	Presenta	No Presenta
Normal	0%	12%
Depresión leve	40%	16%
Depresión moderada	22%	4%
Depresión intensa	6%	0%
Total	68%	32%

Fuente: EAMD, aplicado al personal asistencial del Distrito de Parcoy.

Según los resultados de la tabla 4, se visualiza que, en la aplicación del Pre test, el 40% del personal de salud presentó depresión leve, el 22% presentó depresión moderada, el 6% presentó depresión intensa con trastornos fisiológicos y el 12% sin depresión. Lo que reflejaría que el 68% de los trabajadores asistenciales del Distrito de Parcoy presentan esta dimensión de depresión como resultado del requerimiento exagerado por la necesidad de servicio que hay y el déficit de competencias emocionales que muestran.

4.4. Nivel de depresión: Dimensión trastornos psicomotores

Tabla 5

Niveles de depresión del Pre test en trabajadores asistenciales del Distrito Parcoy-2021. Según la dimensión de Trastornos psicomotores.

Índice de depresión	Trastornos psicomotores	
	Presenta	No presenta
Normal	2%	10%
Depresión leve	50%	6%
Depresión moderada	24%	2%
Depresión intensa	6%	0%
Total	82%	18%

Fuente: EAMD, aplicado al personal asistencial del Distrito de Parcoy.

Según los resultados de la tabla 5, se visualiza que, en la aplicación del Pre test, el 50% del personal de salud presentó depresión leve, el 24% presentó depresión moderada, el 6% presentó depresión intensa con trastornos psicomotores y el 10% sin depresión. Lo que indica que el 82% del personal asistencial del Distrito de Parcoy presenta esta dimensión la cual se determina por la baja en la actividad motora, dificultad para hablar y pensar rápidamente, alteraciones del sueño y del apetito, pérdida de la libido, etc., lo que constituye una fuente de malestar tanto para el afectado como para su entorno social.

4.5. Nivel de depresión: Dimensión trastornos psíquicos

Tabla 6

Niveles de depresión del Pre test en trabajadores asistenciales del Distrito Parcoy-2021. Según la dimensión de Trastornos psíquicos.

Índice de depresión	Trastornos psíquicos	
	Presenta	No presenta
Normal	0%	12%
Depresión leve	30%	26%
Depresión moderada	20%	6%
Depresión intensa	6%	0%
Total	56%	44%

Fuente: EAMD, aplicado al personal asistencial del Distrito de Parcoy.

Según los resultados de la tabla 6, se visualiza que, en la aplicación del Pre test, el 30% del personal de salud presentó depresión leve, el 20% presentó depresión moderada, el 6% presentó depresión intensa con trastornos psíquicos y el 12% % sin depresión. Lo que indicaría que el 56% del personal asistencial del Distrito de Parcoy presentan esta dimensión de depresión caracterizada por la lentitud del pensamiento, evidenciando tendencia a distraerse fácilmente y tener pensamientos pesimistas acerca del presente, pasado y futuro, Todas estas manifestaciones originan gran alteración psicológica en las áreas de vida del personal de salud.

4.6. Diseño de la propuesta

1. Título de la Propuesta: Educación Emocional
2. Población Objetivo: Personal asistencial del Distrito de Parcoy.
3. N° de sesiones: 15
4. N° de participantes: 44
5. Objetivo de la propuesta: Regular las conductas depresivas del personal asistencial del Distrito de Parcoy.
6. Metodología: Trabajos individuales-grupales, escucha activa.
7. Sesiones de la Propuesta:

Sesión	Nombre de Sesión	Objetivo de la Sesión
1	Las emociones	Dotar de un esquema teórico sobre las emociones.
2	Función de las emociones	Conocer la función de las emociones.
3	Categorías emocionales	Identificar las categorías básicas de las emociones.
4	Estilos para responder-afrontar las emociones	Conocer los estilos de afrontar emociones.
5	Entrenamiento en técnicas de relajación	Adiestrar en el manejo de técnicas de relajación.
6	Entrenamiento en técnicas de visualizaciones positivas	Instruir en el manejo de las técnicas visualizaciones positivas.
7	Afrontamiento de emociones fuertes	Conocer los tipos de reacciones al experimentar emociones fuertes.

8	El autocontrol	Proporcionar técnicas de autocontrol.
9	Toma de decisiones	Facilitar estrategias para la toma de decisiones.
10	Habilidades sociales	Promover el reconocimiento y manejo de las habilidades sociales para el afrontamiento de la depresión.
11	Respuestas apropiadas-inapropiadas de la ira	Identificar las respuestas adecuadas e inadecuadas cuando se experimenta ira.
12	Pensamientos automáticos	Conocer el proceso de emisión de respuestas inadecuadas a través de los autorregistros de pensamientos.
13	Cambiando nuestras interpretaciones	Conocer el proceso de modificación de las interpretaciones en múltiples formas de una situación específica.
14	Inteligencia emocional	Dotar de un esquema teórico, sobre la capacidad de adaptación de nuestras emociones, para el mejor manejo de nuestros sentimientos y conductas.
15	Autocuidado responsabilidad personal	Fortalecer las conductas de autocuidado que favorezcan la prevención de la depresión.

Fundamento teórico:

Los trabajadores sanitarios que trabajan en diferentes establecimientos de salud del Perú, han modificado sus formas de trabajo, esto ha conllevado a que realicen diariamente largas jornadas laborales debido al desborde en la demanda asistencial, a trabajar bajo presión debido a esta actual coyuntura, estar expuestos al contagio de la Covid-19, relacionarse con pacientes y familiares que experimentan desequilibrios emocionales debido a sus diagnósticos, sentir inseguridad por el poco abastecimiento de equipos de seguridad, sumado a esto el poco tiempo que tiene para compartir con sus seres queridos, etc., aspectos que sin duda desbordan los mecanismos de afrontamiento psicológico del personal asistencial peruano. OMS (2019) comenta que las secuelas de la COVID-19 dentro del sistema de salud son enormes, la realidad que viven las instituciones de salud es complicada ya que sus equipos de trabajo presenten altos niveles de cansancio mental, irritación, intranquilidad, problemas de atención, ansiedad alta ocasionada por el miedo a contagiarse y morir, etc.

El programa de educación emocional es un conjunto de conocimientos y técnicas dirigidas a los trabajadores asistenciales del Distrito de Parcoy para fomentar el aprendizaje de habilidades de afrontamiento de emociones, necesarios para la regulación de conductas depresivas. Enfocándonos en diversas corrientes psicológicas; cognitivo-conductual, terapia racional emotiva, humanista, técnicas de grupo.

V. DISCUSIÓN

En la investigación titulada Programa de educación emocional para conductas depresivas en personal asistencial, causadas por la Covid_19, del Distrito de Parcoy 2021. Se llegó a los siguientes resultados:

En nuestra investigación se encontró que existe relación entre la depresión asociados a la coyuntura actual de la Covid-19, según como lo menciona Chen, Liang, Li, Guo, Fei & Wang (2020) gran porcentaje del personal, indistintamente del área en que se desempeñaban, evidenciaron signos depresivos clínicamente significativos asociados a la pandemia.

En nuestra investigación, a través de la aplicación del pre test se ha evidenciado que casi todo personal de salud presentaba depresión (88%), existiendo semejanza con los resultados de Condori (2020), que mencionan en su investigación que el 36,7% de médicos presentaban intensidad depresiva leve, 24,6% moderada y el 10,1% grave. Además, el tercio de médicos encuestados presentaron síntomas de ansiedad (35,7%), con una severidad leve (21,1%) a moderada (6,6%).

En nuestra investigación, se encontró que los niveles de depresión altos lo presento aquellos trabajadores que tenían menos de 30 años, en similitud con los resultados de Chen, Liang, Li, Guo, Fei & Wang (2020) que mencionan en su investigación que el personal de salud cuyas edades son ≤ 30 presentaron puntajes de depresión más altos.

En nuestra investigación, se evidenció que los niveles de depresión altos se asocian a la presencia de estados afectivos persistentes (78%), como lo explica Garza (2004), que dentro de la depresión conlleva a tener una sensación de malestar, con síntomas como son la pena, aflicción, melancolía, irritabilidad y frustración a consecuencia de algo negativo que ocurrió.

En nuestra investigación, se evidenció que los niveles de depresión altos se asocian a la presencia de trastornos fisiológicos (68%), como lo

explica Vallejo y Utarrivzcaya (2015) que la depresión como enfermedad se presenta como una alteración de origen biológico que presenta una etiología, clínica, curso, pronóstico y un tratamiento específico.

En nuestra investigación, se encontró que los niveles de depresión altos se asocian a la presencia de trastornos psicomotores (82%), como lo explica Strange (1992) en su teoría que en la depresión hay cambios como disminución en la actividad motora, dificultad para hablar y pensar rápidamente, alteraciones del sueño y del apetito, pérdida de la libido.

En nuestra investigación, se evidenció que los niveles de depresión altos se asocian a la presencia de trastornos psíquicos (52%), como lo explica Vallejo y Utarrivzcaya (2015) que explica que la depresión se presenta en tres formas: síntoma, síndrome y enfermedad.

En nuestra investigación se encontró que gran porcentaje del personal asistencial que fue encuestado presenta depresión leve y solo un porcentaje mínimo presenta depresión intensa.

En nuestra investigación, se encontró que el 88% del personal asistencial del distrito de Parcoy que ha presentado niveles de depresión de leve a intenso, todo esto originado por la pandemia conlleva a que el personal no tenga las mismas motivaciones que tenían al inicio de la pandemia, lo que ha ido desquebrajando su estado actual y ha originado la depresión. Este resultado, se asemeja con lo que explica Garza (2004), quien define la depresión como una alteración que presenta estado de ánimo melancólico, pérdida de interés en actividades placenteras, sentimientos de irritabilidad, frustración, intranquilidad, desesperanza y una sensación general de ineptitud, etc. Los diferentes malestares físicos y psicológicos, varían de acuerdo a la personalidad del individuo afectado.

En nuestra investigación, se ha evidenciado porcentajes altos en nuestra población encuestada con respecto a las dimensiones relacionadas

con la depresión: Estado afectivo persistente, trastornos fisiológicos, trastornos psicomotores y trastornos psíquicos lo cual, se contrasta con lo que explica Casa, Castro, Lembo & Saldías, (2013), conceptualiza a la depresión en cuatro dimensiones: como estado afectivo persistente, que es un tipo de depresión continua y crónica. Trastornos fisiológicos, que se manifiestan a través de disfunciones fisiológicas como dolores de cabeza, dolores musculares, malestares gastrointestinales, etc. Trastornos psicomotores, que implica la psicopatología de la psicomotricidad, es decir, anomalías, déficits o alteraciones en el movimiento. Trastornos psíquicos; son aquellos problemas referentes al estado del ánimo, el pensamiento y comportamiento.

VI. CONCLUSIONES

En la investigación titulada Programa de educación emocional para conductas depresivas en personal asistencial, causadas por la Covid_19, del Distrito de Parcoy 2021, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Al aplicar el Pre test al personal de salud, se demostró que el 56% (28 personas) presentó depresión leve, el 26% (13 personas) presentó depresión moderada, el 12% (6 personas) sin depresión y el 6% (3 personas) presentó depresión intensa.
2. Cuando se aplicó el pre test, se obtuvo que el 40% (20 personas) que presentó depresión leve tenía <30 años, el 14% (7 personas) que presentó depresión moderada tenía menos de 30 años, el 6% (3 personas) que presentó depresión intensa tenía <30 años y el 12% (6 personas) sin depresión tenía >30 años.
3. Cuando se aplicó el pre test, se obtuvo que el 48% (24 personas) presentó depresión leve con estado afectivo persistente, el 26% (13 personas) presentó depresión moderada con estado afectivo persistente, el 4% (2 personas) presentó depresión intensa, pero con estado afectivo persistente y el 12% (6 personas) sin depresión con estado afectivo persistente.
4. Cuando se aplicó el pre test, se obtuvo que el 40% (20 personas) presentó depresión leve con trastornos fisiológicos, el 22% (11 personas) presentó depresión moderada con trastornos fisiológicos, el 6% (3 personas) presentó depresión intensa con trastornos fisiológicos y el 12% (6 personas) sin depresión con trastornos fisiológicos.
5. Cuando se aplicó el pre test, se obtuvo que el 50% (25 personas) presentó depresión leve con trastornos psicomotores, el 24% (12 personas) presentó depresión moderada con trastornos psicomotores, el 6% (3 personas) presentó depresión intensa con

trastornos psicomotores y el 10% (5 personas) sin depresión con trastornos psicomotores.

6. Cuando se aplicó el pre test, se obtuvo que el 30% (15 personas) presentó depresión leve con trastornos psíquicos, el 20% (10 personas) presentó depresión moderada con trastornos psíquicos, el 6% (3 personas) presentó depresión intensa con trastornos psíquicos y el 12% (6 personas) sin depresión con trastornos psíquicos.
7. Al diseñar y fundamentar el programa de educación emocional puedo concluir que sería una adecuada propuesta para disminuir los niveles de depresión en el personal asistencial del Distrito de Parcoy, debido que permite adquirir técnicas y estrategias de afrontamiento para regular emociones negativas.

VII. RECOMENDACIONES

En la investigación titulada Programa de educación emocional para conductas depresivas en personal asistencial, causadas por la Covid_19, del Distrito de Parcoy 2021, se recomienda:

1. Basándonos a los resultados adquiridos en el estudio, aplicar el programa educación emocional para regular las conductas depresivas en el personal asistencial, causadas por la Covid_19, del Distrito de Parcoy y también a personal de salud de otros Distritos.
2. En los resultados obtenidos del pre test se evidencio que había personal que presenta depresión, por la que se les debería apoyar a este personal con talleres de relajación y psicoterapia para manejar sus niveles de depresión.
3. Monitoreo y seguimiento continuo en el personal que presento depresión en un nivel moderado e intenso.
4. Ampliar la población de estudio para poder inferir los resultados a un mayor número de personal de salud víctimas de la depresión por la pandemia de la Covid_19.
5. Realización de acciones de sensibilización e información sobre las diferentes consecuencias de la depresión al personal en general de salud.

REFERENCIAS

- Aldave, J. (2016). Asociación entre depresión y violencia familiar en centro médico Essalud - Ascope [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego]
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington 2013.
- Anónimo (2007). El estrés laboral como síntoma de una empresa. *Perspectiva*, 20(1), 55-66.
<https://www.redalyc.org/pdf/4259/425942331005.pdf>
- Becerra, T. (2020). Estrés laboral y calidad de vida en tiempos de pandemia en docentes de escuelas con quintil 1 – Cajamarca [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Perú]
- Beck, A. y Rush, A. (1983) *Cognitive approaches and suicide*. Serban Edition, *Cognitive defects in the development of mental illness*. New York: Brunner-Mazel
- Bisquerra, R., & Pérez, N. (2012). Educación emocional: estrategias para su puesta en práctica. *Avances En Supervisión Educativa*, (16).
<https://avances.adide.org/index.php/ase/article/view/502>
- Brage D. y Meredith W. (1993) A causal model of adolescent depression. *The Journal of Psychology*. 4.
- Brunet, L. (1999). *El clima de trabajo en las organizaciones. Definiciones diagnóstico y consecuencias*. México: Editorial Trillas
- Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4).
- Cockerham, W. (2001). *Manual de sociología médica*. Nueva York: Prentice-Hall.

Comité Permanente entre Organismos Grupo de Referencia del IASC para la salud mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia (Inter-Agency Standing Committee—IASC). Nota informativa sobre la atención de la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de COVID-19, Versión 1.2.2020.

Condori, Y. (2020). “Asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa”

Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19, <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>

Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (s/f). La Depresión desde la terapia Cognitivo conductual. Revista de Terapia Cognitivo Conductual, 5.

Fernández, E. (2012). Psicología de la emoción.

Garza, F. (2004). Depresión, Angustia y Bipolaridad: Guía para pacientes y familiares. México: Editorial Trillas.

Goleman D (1996). Inteligencia Emocional. Barcelona: Kairós.

Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP), Organización Mundial de la Salud, 2015.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28418/9789275319017_spa.pdf

Guía técnica de salud mental en situaciones de desastres y emergencias, Organización Mundial de la Salud, 2010. https://www.paho.org/disaster/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=books&alias=2443-guia-tecnica-salud-mental-situaciones-desastres-emergencias-3&Itemid=1179&lang=es

Harnois G, Grabiell P, World Health Organization & International Labour Organization. (2000). Mental health and work: impact, issues and good

practices. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42346>

Huang L, Harsh J, Cui H, Wu J, Thai J, Zhang X, et al. A Randomized Controlled Trial of Balint Groups to Prevent Burnout Among Residents in China, *Front Psychiatry*, 2019; 10:957.

Kang L, Li Y, Hu S, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3): e14.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32035030>.

Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*. 2 de marzo de 2020;3(3): e203976

Linehan, M. (1993). *Cognitive - behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press

Llaja, V, Sarria, C. y Garcia, P. (2007) MBI Inventario "Burnout" de Maslach & Jackson. Muestra Peruana. Lima: Pinedo Grafic.

Maslach, C. & Jackson, S. (1981). *Bournout en la configuración organizacional*. Beverly Hills: Sage.

Melamed, A. (2016). Las teorías de las emociones y su relación con la cognición: un análisis de la filosofía de la mente. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/185/18551075001.pdf>

Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M y Flores-Monterrosa C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *Revista de la facultad de ciencias de la salud*, 23(2), 195-213.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1117984/3890-estres-laboral-ansiedad-y-miedo-covid.pdf>

Navarro, R. (1990), *Psicoterapia antidepresiva. Humanismo Conductual para recuperar la alegría de vivir*. México. Ed. Trillas.

- National Institute of Mental Health, (2006). Men and depression. <http://www.menanddepression.nimh.nih.gov>
- Ocas, L. (2021). Estrés, ansiedad y depresión en el personal de salud del primer nivel de atención durante la pandemia de COVID – 19. Lima, 2020
- Organización Mundial de la Salud. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19—11 March 2020. 11 de Marzo 2020
- Pachari, L, Pacori, B. y Quispe, N. (2020). Estrés y desempeño laboral en tiempos de emergencia sanitaria por COVID – 19. [Tesis de Bachiller, Universidad Peruana Unión].
- Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias. Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2016. https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informes-tecnicos&alias=2539-proteccion-salud-mental-atencion-psicosocial-situaciones-epidemias-2016-539&Itemid=1179&lang=en
- Retamal, C. (1998), Depresión, (Págs. 9-10), 2da. Edición, Santiago de Chile, Editorial Universitaria.
- Rojas, E. (2006), Adiós depresión. En busca de la felicidad razonable. España, Ed. Temas de hoy.
- Strange, P. (1992). Brain biochemistry and brain disorders. London. Ed. Oxford
- Taylor, H. (1987). Evaluating quality of life. Industrial Development, 156, 1-4.
- Tizon JL. Sobre los grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la relación médico-paciente. Aten Primaria. 15 de noviembre de 2005; 36(8): 453-555.
- Torres, C. (2002). La otra mirada de la salud mental. Mujeres y salud, Isis Internacional. <http://www.isis.cl/mujereshoy/salud/reflex4.htm>

Trickett, S. (2009), *Supera la ansiedad y la depresión*, 5ta. Edición, Barcelona, España, Editorial Hispano Europea S.A.

Urzua, A., Vera, P., Caqueo, A. & Polanco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Revista Terapia Psicológica*,. 38(1). 103-118

ANEXOS

ANEXO N°01

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Programa Educación Emocional	Programa que estará basado en la competencia para controlar las emociones propias, por lo que se alcance su manejo, en cuanto a los afectos de tristeza, ira, desprecio, entre otros, y de esta manera no se repita en su conducta, que de ser así generaría un desequilibrio notorio en su facultad para ajustarse al sistema social, el cual abarca a la familia, amigos, escuela y comunidad (Baron, 1997 citado en Ugarriza y Pajares, 2001).	El programa de educación emocional se operacionaliza a través de 15 sesiones diseñadas para preservar la salud mental del personal asistencial. En cuanto a sus indicadores, estos están determinados por la elaboración de 15 sesiones para la regulación de las conductas depresivas del personal asistencial.	Planificación	Sesiones	
			Ejecución	Pre test Tiempo Espacio	Nominal
			Evaluación	Post test	

Conductas depresivas	Zung, define a la depresión como un estado emocional grave, que origina inestabilidad emocional, afectando las relaciones familiares, sociales y laborales, convirtiéndose en un factor de riesgo frente a diversas enfermedades físicas o psicológicas.	La Escala de auto medición de la depresión (EAMD) de Zung, el paciente debe indicar la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas depresivos. Consta de 20 ítems que se agrupan en factores: Factor depresivo, factor biológico, factor psicológico y factor psicosocial.	Estado afectivo persistente	Pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad	Ordinal
			Trastornos fisiológicos	Disminución de la atención y concentración	
			Trastornos psicomotores	Perspectiva pesimista del futuro	
				Alteraciones del apetito y sueño	
				Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones	
			Trastornos psíquicos		

ANEXO N°02

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

N°	PREGUNTAS	Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1.	Me siento triste y deprimido.					
2.	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.					
3.	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.					
4.	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.					
5.	Ahora tengo tanto apetito como antes.					
6.	Todavía disfruto del sexo.					
7.	He notado que estoy adelgazando.					
8.	Tengo problemas de estreñimiento.					
9.	Mi corazón late más rápido de lo normal.					
10	Me canso sin razón alguna.					
11	Mi mente esta tan clara como siempre.					
12	Me es fácil hacer lo que siempre					
13	Me siento agitado y no puedo estar quieto.					
14	Siento esperanza en el futuro.					
15	Estoy más irritable de lo normal.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Siento que soy útil y me necesitan.					
18	Mi vida es bastante plena.					
19	Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.					

ANEXO N°03

FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO DE LA ESCALA DE AUTO MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN

Título:	Estudio Exploratorio sobre Ansiedad y Depresión en un grupo de pobladores de comunidades nativas aguarunas								
Autor:	Luis Astocondor								
Fecha:	2001								
Validación:	<p>Validación Interna: El Cuestionario de depresión de Zung, fue elaborado en 1965 en la que, valida las escalas, tanto de la Autoevaluación de la Ansiedad como de la Autoevaluación de la Depresión, aplicándolas en primer lugar a un grupo de pacientes de consultorios externos en el Duke Psychiatry Hospital con diagnósticos de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad. Explorando cada uno de los cuales se refieren a un síntoma o signo característico de la depresión.</p> <p>Validación Externa: Fue aplicado por Astocondor a 100 pobladores de ambos sexos, de 14 a 30 años, de siete comunidades nativas aguarunas del departamento de Amazonas. Alcanzando Coeficientes Alfa de Cronbach mayores a ,700 y correlaciones mayores a ,350 tanto a nivel general como en sus cuatro dimensiones. Alcanzando según el Coeficiente V de Aiken una Significancia al ,05 tanto a nivel general como en sus cuatro dimensiones.</p> <p>Validez de contenido y estructura. Se realizó por 10 Jueces expertos en el área clínica, social y comunitaria, bajo el Coeficiente V de Aiken una Significancia al ,05.</p>								
Confiabilidad	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Participantes</td> <td style="width: 50%;">Alpha de Cronbach</td> </tr> <tr> <td>Varones</td> <td>0,7750</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>0,6714</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>0,7850</td> </tr> </table>	Participantes	Alpha de Cronbach	Varones	0,7750	Mujeres	0,6714	Total	0,7850
Participantes	Alpha de Cronbach								
Varones	0,7750								
Mujeres	0,6714								
Total	0,7850								

ANEXO N°04

EVIDENCIAS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ADAPTACIÓN AL PERÚ DEL INSTRUMENTO

Validez de la versión adaptada de la EAA de Zung.

Áreas Medidas	Item	V*
intranquilidad	1	0,9
Angustia	3	0,8
Molestias y dolores musculares	7	0,8
Palpitaciones	10	1
Disnea	13	1
Náuseas y vómitos	15	0,9
Frecuencia Urinaria	16	0,8
Rubor facial	18	1
Pesadillas	20	1

Fuente: Astocondor (2001).

Consistencia interna de la EAA.

Participantes	Alpha de Cronbach
Varones	0,7750
Mujeres	0,6714
Total	0,7850

Fuente: Astocondor (2001)

ANEXO N°05

PLANTILLA DE CORRECCIÓN

Ítems/Reactivos	A	B	C	D
1. Me siento triste y deprimid(a).	1	2	3	4
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.	4	3	2	1
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar a veces lloro.	1	2	3	4
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche	1	2	3	4
5. Ahora tengo tanto apetito como antes	4	3	2	1
6. Todavía me siento atraído(a) por el sexo opuesto	4	3	2	1
7. Creo que estoy adelgazando	1	2	3	4
8. Estoy estreñido(a)/constipado (dispepsia)	1	2	3	4
9. Tengo palpitaciones	1	2	3	4
10. Me canso por cualquier cosa	1	2	3	4
11. Mi cabeza esta tan despejada como antes	4	3	2	1
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1
13. Me siento agitado(a), intranquilo(a) y no puedo estar quieto(a).	1	2	3	4
14. No tengo esperanza y confianza en el futuro	4	3	2	1
15. Me siento más irritable que habitualmente	1	2	3	4
16. Encuentro fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17. Me creo útil y necesario para la gente	4	3	2	1
18. Encuentro agradable vivir/ mi vida es plena.	4	3	2	1
19. Creo que sería mejor para los demás si me muñera	1	2	3	4
20. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban	4	3	2	1

ANEXO N°06

NORMAS DE INTERPRETACIÓN

NORMAS: INTERPRETACIÓN DE LAS PUNTUACIONES DIRECTAS EN PORCENTAJES. Esta es la versión desde 1967, 1969, 1970, 1974 y 1974.

De esta manera podrás identificar el test que tú tienes con la versión de esta.

P. directo	Porcentajes	P. directo	Porcentajes	P. Directo	Porcentajes
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	37	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

CRITERIOS CUANTITATIVOS

Diagnóstico	Porcentajes obtenidos
Depresión ausente	20 A 35
Depresión subclínica y variantes normales	36 A 51
Depresión media-severa	52 A 67
Depresión grave (puede necesitar hospitalización)	68 a 100

ANEXO N°07

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, con DNI
trabajador asistencial del Puesto de Salud de Parcoy, domiciliado en
....., del Distrito de

Provincia de, a través de este documento,
declaro que he sido informado sobre fines y objetivos del proyecto de investigación
titulado “Programa de Educación Emocional para conductas depresivas en
personal asistencial causadas por la pandemia Covid-19, Puesto de Salud Parcoy
2021” que lleva a cabo el Lic., Psicología Juan Carlos García More. Dejo en claro
que acepto participar en dicho proyecto de investigación en forma voluntaria como
informante.

Esta autorización no puede utilizarse en procesos legales o judiciales solo en las
áreas académicas profesionales en las que se lleva a cabo la investigación
mencionada, según lo estipula la ley.

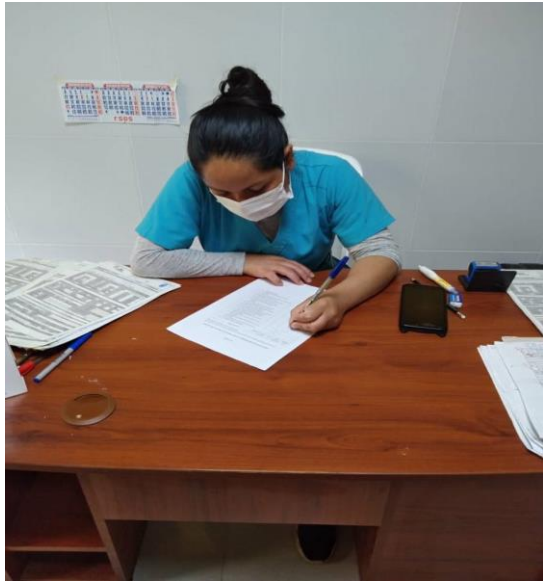
Parcoy de 2021

Firma

ANEXO N°08

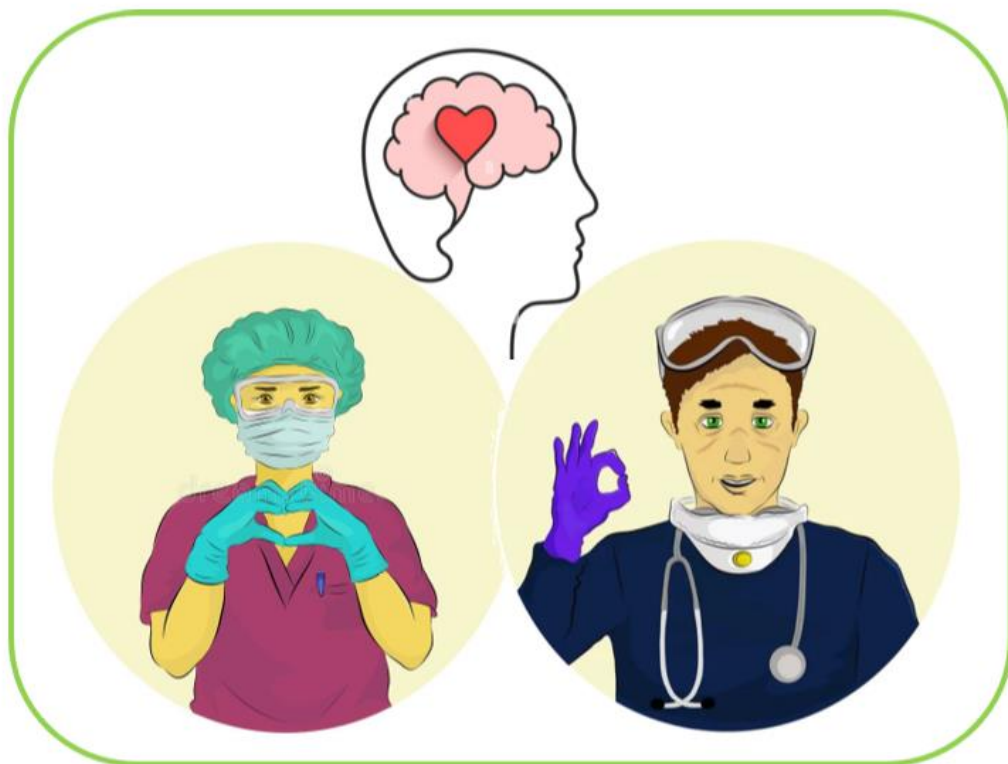
FOTOS EVIDENCIAS





Anexo 09

PROGRAMA DE EDUCACIÓN EMOCIONAL PARA CONDUCTAS DEPRESIVAS EN PERSONAL ASISTENCIAL, CAUSADAS POR LA COVID_19, DEL DISTRITO DE PARCOY 2021



Ps. Juan Carlos García More

MORE

PROGRAMA "EDUCACION EMOCIONAL"

PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO

PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO

EDUCACION EMOCIONAL

EDUCACION EMOCIONAL



1. Datos generales

- **Denominación:** “Educación Emocional”
- **Destinatarios:** El programa de “Educación Emocional” es un conjunto de conocimientos y técnicas dirigidas a los trabajadores asistenciales del Distrito de Parcoy para fomentar el aprendizaje de habilidades de afrontamiento de emociones, necesarios para la regulación de conductas depresivas.
- **Número de participantes:** 50 trabajadores asistenciales
- **Duración del Programa:** 08 meses
- **N° de sesiones:** 15 sesiones
- **Frecuencia de sesiones:** Quincenal
- **Tiempo de sesión:** 02 horas
- **Facilitador:** Ps. Juan Carlos García More

2. Objetivo general

Regular las conductas depresivas del personal asistencial, causadas por la Covid_19, del Distrito de Parcoy.

Objetivos Específicos:

- **Sesión I**
Dotar de un esquema teórico sobre las emociones.
- **Sesión II**
Conocer las funciones de las emociones
- **Sesión III**
Identificar las categorías básicas de las emociones.
- **Sesión IV**
Conocer los estilos de afrontar las emociones.
- **Sesión V**
Adiestrar a los participantes el manejo de los síntomas físicos y emocionales por medio de técnicas de relajación.

- **Sesión VI**
Instruir al personal asistencial en el manejo de los síntomas físicos y emocionales a través de las visualizaciones positivas.
- **Sesión VII**
Conocer los tipos de reacciones al experimentar emociones fuertes.
- **Sesión VIII**
Proporcionar técnicas de autocontrol.
- **Sesión IX**
Facilitar estrategias para la toma de decisiones.
- **Sesión X**
Promover el reconocimiento y manejo de las habilidades sociales para el afrontamiento de la depresión.
- **Sesión XI**
Identificar las respuestas adecuadas e inadecuadas cuando se experimenta ira.
- **Sesión XII**
Conocer el proceso de emisión de respuestas inadecuadas a través de los autorregistros de pensamientos.
- **Sesión XIII**
Conocer el proceso de modificación de las interpretaciones en múltiples formas de una situación específica.
- **Sesión XIV**
Dotar de un esquema teórico, sobre la capacidad de adaptación de nuestras emociones, para el mejor manejo de nuestros sentimientos y conductas.
- **Sesión XV**
Fortalecer las conductas de autocuidado que favorezcan la prevención de la depresión.

3. Metodología

El programa educación emocional para regular las conductas depresivas del personal asistencial del Distrito de Parcoy, está estructurada en base a unos objetivos a cubrir, con unos contenidos que han de explicarse y unas habilidades que deben entrenarse hasta ser adquiridas por los participantes. Se ejecutan diversas técnicas de los enfoques; Cognitiva-Conductual, Terapia Racional Emotiva, humanista, técnicas del grupo de encuentro.

4. Evaluación

Se evaluará al igual a todos los participantes al terminar cada sesión o las dinámicas vivenciales dentro de lo mismas, de tal manera que todos los participantes pueden sentirse no sólo orientados, sino que también acompañados por el facilitador.

Del objetivo

- Aplicación de pre y post.
- Aplicación de la evaluación sobre el desarrollo del programa al término de este.

De actitudes de los participantes

- Puntualidad.
- Participación activa.
- Cumplimiento de tareas.
- Cumplimiento de reglas grupales.

5. Fundamentación teórica

La pandemia del coronavirus requiere la atención asistencial a una gran cantidad de personas afectadas en su salud física y mental. El personal de salud que atiende a estas personas está expuesto a una situación que implica largas horas de trabajo intenso, temor a la contaminación, incertidumbre por limitaciones del sistema de salud, entre otras condiciones que conllevan a altos niveles de depresión, ansiedad y estrés. Esta situación puede afectar la salud mental del personal asistencial, ocasionando sentimientos como el miedo, pena, frustración, culpa, soledad y problemas relacionados con el sueño, apetito, agotamiento, entre otros que pueden generar, desmotivación y desesperanza, condiciones que perjudican gravemente la realización de labores relacionadas al cuidado de la salud de las personas. Por tal motivo, el cuidado de la salud mental del personal de la salud es una tarea fundamental para lograr una adecuada atención de la población en el contexto de la pandemia de COVID-19.

La presente propuesta, examina los desafíos que la pandemia genera en torno a la salud mental del personal de la salud y describe los lineamientos para el cuidado y autocuidado de la salud mental del personal, enfocándonos en diversas corrientes psicológicas para el fomento de entornos saludables de trabajo, la promoción del autocuidado, estrategias de soporte psicosocial disponible en el lugar de trabajo, la identificación de problemas de salud mental y la gestión para la intervención y recuperación de las conductas depresivas.

6. Sesiones:

<p align="center">PROGRAMA DE EDUCACIÓN EMOCIONAL PARA CONDUCTAS DEPRESIVAS EN PERSONAL ASISTENCIAL, CAUSADAS POR LA COVID 19, DEL DISTRITO PARCOY 2021</p>					
N° DE SESIÓN	INDICADORES DE TRABAJO	NOMBRE DE LA SESION	OBJETIVO	TÉCNICAS	RECURSOS Y MATERIALES
01	Aspectos afectivos persistentes	Las emociones	Dotar de un esquema teórico sobre las emociones	Dinámica sensibilización (lectura de caso: Mario) Lluvia de ideas Exposición	Laptop Cañón multimedia
02		Función de las emociones	Conocer las funciones más importantes que cumplen las emociones en la vida	Dinámica sensibilización (video de caso esquizofrenia) Lluvia de ideas Exposición	Laptop Cañón multimedia
03		Categorías emocionales	Identificar las categorías básicas de las emociones que rigen en la vida.	Dinámica de sensibilización (mimos) Lluvia de ideas Exposición	Mascaras Laptop Cañón multimedia
04		Estilos para responder y afrontar emociones	Conocer los diferentes estilos de afrontamiento de emociones.	Dinámica de sensibilización (cartilla de emociones)	Cartillas Lapiceros Laptop Cañón multimedia

05	Aspectos fisiológicos	Entrenamiento en Técnicas de Relajación	Adiestrar a los participantes en manejo de los síntomas físicos y emocionales por medio de técnicas de relajación.	Ejercicio de relajación de Jacobson	Parlantes CD Colchonetas
06		Entrenamiento en técnicas de visualización positivas	Instruir a los participantes en el manejo de los síntomas físicos y emocionales a través de las visualizaciones positivas	Visualizaciones positivas	Parlantes CD Colchonetas
07	Aspectos psicomotores	Afrontamiento de emociones fuertes	Conocer los tipos de reacciones al experimentar emociones fuertes	Dinámica de sensibilización Técnicas grupales exposición	Laptop Cañón multimedia
08		El autocontrol	Proporcionar técnicas de autocontrol.	Dinámica de sensibilización (cuento reflexivo: las huellas sobre el madero) Autoinstrucciones Lluvia de ideas Exposición	Laptop Cañón multimedia

09	Aspectos psicomotores	La toma decisiones	Facilitar estrategias para la toma de decisiones	Dinámica de sensibilización (situación problemática de algún participante) Lluvia de ideas Exposición	Pizarra Plumones Mota
10		Habilidades sociales	Promover el reconocimiento y manejo de las habilidades sociales para el afrontamiento de la depresión.	Dinámica de sensibilización (charadas) Lluvia de ideas Exposición	Laptop Cañón multimedia
11		Respuestas apropiadas- inapropiadas de la ira.	Identificar las respuestas adecuadas e inadecuadas cuando experimenta ira.	Dinámica de sensibilización (video de respuestas disfuncionales) Lluvia de ideas Exposición	Laptop Cañón multimedia
12		Aspectos psíquicos	Pensamientos automáticos.	Conocer el proceso de emisión de respuestas inadecuadas a través de los autorregistros de pensamientos.	Aplicación de pre- test y post test Lluvia de ideas Exposición

13	Aspectos psíquicos	Cambiando nuestras interpretaciones	Conocer el proceso de modificación de las interpretaciones en múltiples formas de una situación específica.	Dinámica de sensibilización (análisis de frases) Registros de pensamientos	Pizarra Plumones Lapiceros Registros de pensamientos
14		Inteligencia emocional	Dotar de un esquema teórico, sobre la capacidad de adaptación de nuestras emociones, para el mejor manejo de nuestros sentimientos y conductas	Dinámica de sensibilización (video psicoeducativo) Lluvia de ideas	Laptop Cañón multimedia
15		Auto cuidado-responsabilidad personal	Fortalecer las conductas de autocuidado que favorezcan la prevención de la depresión	Dinámica de sensibilización (video de enfermedades) Lluvia de ideas Exposición	Laptop Cañón multimedia

SESIÓN I

LAS EMOCIONES

Objetivo:

Dotar de un esquema teórico sobre las emociones.

Material: Anexo 1

Contenido

A pesar de que cada día experimentamos infinidad de emociones, no es muy fácil definirlos. Las emociones se viven, se sienten se reconocen, pero sólo una parte de ellas se pueden expresar en palabras o conceptos ¿Quién puede decir lo que sintió cuando vio morir o un ser querido? Es muy difícil tratar de encerrar en una palabra la alegría o la tristeza, pero no es así sentirlas a plenitud. No hay ser humano que puede vivir un solo día sin experimentar alguna emoción. No podría, tendría que está muerto. Porque la sensación de sentirse vivo no se produce con el simple hecho de abrir los ojos y mover el cuerpo, sino por la emoción que nos produce ver salir el sol, recibir un beso, oler la hierba recién cortada etc.

Definiciones:

1. Estado de excitación mental, caracterizado por alteración del tono afectivo y por cambios fisiológicos en la conducta.
2. Las emociones son reacciones subjetivas al ambiente que van acompañados por respuestas neuronales y hormonales. Generalmente se experimentan como agradables y desagradables.

Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea. Es un estado que sobrevive súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras.

Durante mucho tiempo las emociones han estado consideradas poco importantes y siempre se le ha dado más relevancia a la parte más racional del ser humano.

Cada individuo experimenta una emoción en forma particular, dependiendo de sus experiencias anteriores, aprendizajes, carácter, y de la situación concreta.

La interacción humana con el entorno es básicamente emocional

La necesidad de enfrentar un mundo cambiante y parcialmente impredecible hace necesario que cualquier sistema inteligente con motivos múltiples y capacidades limitadas requiera el desarrollo emocional para vivir satisfactoriamente.

SESIÓN II

FUNCIÓN DE LAS EMOCIONES

Objetivo:

Conocer las funciones más importantes que cumplen las emociones en nuestras vidas.

Contenido:

Imagine cómo serían las cosas si no tuviéramos emociones, sin momentos de desesperación, ni depresiones, ni remordimientos, pero tampoco momentos de felicidad, de gozo o de amor. Es evidente que la vida podría ser mucho menos satisfactoria y hasta aburrida, si careciéramos de la capacidad de sentir y expresar emociones.

Pero **¿Sirven para algo las emociones más allá de hacer que la vida sea interesante?** Los psicólogos han detectado diversas funciones de importancia que cumplen las emociones en nuestras vidas cotidianas.

Entre las más importantes se encuentran las siguientes:

1. Prepararnos para la acción

Las emociones actúan como nexo entre los sucesos del ambiente externo y las respuestas que presenta un individuo. Por ej. Si viéramos a un perro furioso que corre hacia nosotros, nuestra reacción emocional (el miedo) estaría asociada con una excitación fisiológica del sistema simpático correspondiente al sistema nervioso autónomo. El papel desempeñado por el sistema simpático es el de prepararnos para una acción de emergencia, la cual seguramente nos haría tratar de esquivar con rapidez al perro. Por lo tanto, las emociones son estímulos que ayudan a producir respuestas efectivas ante diversas situaciones

2. Da forma a nuestro comportamiento futuro

Las emociones sirven para promover el aprendizaje de información que nos ayudará a elaborar respuestas adecuadas en el futuro. Por ej. La respuesta emocional que se produce cuando una persona experimenta algo desagradable, como puede ser la amenaza de ataque de un perro, le enseña a evitar circunstancias similares en el futuro. De igual forma, las emociones placenteras actúan como reforzamiento para los comportamientos previos, y por ellos son capaces de conducir a un individuo a buscar situaciones parecidas en el futuro.

3. Ayuda a regular nuestra interacción social

Estas nos ayudan a expresar lo que sentimos, que en numerosas ocasiones no es difícil explicar con palabras. Las emociones pueden funcionar como una señal para los observadores, permitiéndoles comprender de manera más adecuada lo que estamos experimentando y predecir así nuestro comportamiento. Al mismo tiempo, promueve una interacción social más eficaz y adecuada por ej. Una madre ve el terror reflejado en el rostro de su niño de dos años cuando éste ve un dibujo aterrador en un libro es capaz de calmarlo y consolarlo.

SESIÓN III

CATEGORÍAS EMOCIONALES

Objetivo:

Identificar las categorías básicas de las emociones que rigen en nuestras vidas.

Contenido

Existen cientos de emociones junto con sus combinaciones, variables, mutaciones y matices. Los investigadores continúan discutiendo acerca de que emociones, exactamente pueden considerarse primarios (azul, rojo y amarillo de los sentimientos) a partir de los cuales salen las combinaciones. Un reto para los psicólogos ha sido tratar de identificar y clasificar las emociones más importantes y fundamentales en nuestras vidas cotidianas.

Existen 8 categorías básicas de emociones:

1. **Miedo:** Temor, inquietud, nerviosismo, terror, pavor Anticipación a una amenaza o peligro que produce ansiedad, incertidumbre, inseguridad.
2. **Sorpresa:** Sobresalto, asombro, desconcierto. Es muy transitoria. Puede dar una aproximación para saber qué pasa.
3. **Aversión:** Disgusto, asco, deprecio, menosprecio, repulsión. Solemos alejarnos del objeto que nos produce aversión.
4. **Ira:** Furia, rabia, enojo, cólera, irritabilidad, resentimiento, hostilidad, fastidio, violencia.
5. **Alegría:** Felicidad, alivio, contento, dicha, deleite, diversión, euforia, gratificación, placer. Da una sensación de bienestar y seguridad.

6. **Tristeza:** Pena, melancolía, autocompasión, abatimiento, desesperación, soledad, pesimismo.
7. **Amor:** Aceptación, simpatía, confianza, amabilidad, afinidad, devoción, adoración.
8. **Vergüenza:** Culpabilidad, disgusto, remordimiento, humillación, arrepentimiento, mortificación.

Si tenemos en cuenta esta finalidad adaptativa de las emociones, podríamos decir que tiene diferentes funciones:

1. **Miedo:** Tendemos hacia la protección.
2. **Sorpresa:** Ayuda a orientarnos frente a la nueva situación.
3. **Aversión:** Nos produce rechazo hacia aquello que tenemos delante.
4. **Ira:** Nos induce hacia la desaparición de la emoción.
5. **Alegría:** Nos induce a reproducir aquel suceso que nos hace sentir bien.
6. **Tristeza:** Nos motiva hacia una nueva reintegración personal.
7. **Amor:** Nos induce a compartir con los demás.
8. **Vergüenza:** Nos lleva a mejorar nuestras acciones.

Cuando las emociones primarias no se procesan o no se expresan adecuadamente sufren una "Mutación" convirtiéndose en secundarias.

1. **El miedo** → Ansiedad.
2. **La sorpresa** → Angustia
3. **La aversión** → Fobia
4. **La ira** → Odio
5. **La alegría** → Manía
6. **La tristeza** → Depresión
7. **El amor** → Dependencia
8. **La vergüenza** → Culpa

SESIÓN IV

ESTILOS PARA RESPONDER Y AFRONTAR LAS EMOCIONES

Objetivo:

Conocer los diferentes estilos de afrontamiento de emociones que practican las personas.

Material: Anexo II

Contenido:

Las personas adoptamos estilos característicos para responder y enfrentarnos a nuestras emociones.

1. Consciente de sí mismo

Consciente de sus humores en el momento en que los tienen, estas personas poseen comprensiblemente cierta satisfacción con respecto a su vida emocional. Su claridad con respecto a las emociones puede reforzar otros rasgos de su personalidad; son independientes y están seguros de sus propios límites, poseen una buena salud psicológica y suelen tener una visión positiva de la vida. Cuando se ponen de mal humor reflexionan, no se obsesionan al respecto y son capaces de superarlo enseguida. En resumen, su cuidado los ayuda a manejar sus emociones.

2. Sumergido

Se trata de personas que a menudo se sienten empantanadas en sus emociones e incapaces de liberarse de ellos, como si el humor los dominara. Son volubles y no muy conscientes de sus sentimientos por lo que quedan perdidas en ellas en lugar de tener cierta perspectiva. En consecuencia, hacen poco por tratar de librarse del

mal humor y sienten que no controlan su vida emocional. A menudo se sienten abrumados y emocionalmente descontrolados.

3. Aceptador

Si bien estas personas suelen ser claras con respecto a lo que sienten, también tienen tendencia a aceptar sus humores y no tratar de cambiarlos.

Al parecer existen dos ramas en el tipo aceptador: Los que suelen estar de buen humor y tienen pocos motivos para cambiarlo, y las personas que cuando están de mal humor lo aceptan y esperan que el tiempo lo disuelva a pesar de las perturbaciones que le provoca.

SESIÓN V

ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE RELAJACION

Objetivo:

Adiestrar a los participantes el manejo de los síntomas físicos y emocionales por medio de técnicas de relajación.

Contenido:

El hecho de que respirar sea un acto que realizamos por inercia, sin emplear técnicas de respiración, puede tapan los múltiples efectos positivos que tiene sobre nuestro bienestar físico y emocional. Ser conscientes del proceso de respiración y aprender técnicas nuevas puede ser una herramienta eficaz para reducir la depresión, ansiedad y el estrés.

Sus beneficios:

1. Constituyen un antídoto para la depresión, ansiedad y estrés.
2. Contribuyen a una adecuada oxigenación de la sangre, lo que a su vez permite mejorar los estados de depresión, ansiedad, fatigabilidad e irritabilidad.
3. Contribuye a disminuir la tensión muscular.
4. Se utilizan en el tratamiento y prevención de la apnea, de la hiperventilación, la respiración superficial y la frialdad de las manos y los pies.
5. Pueden ser utilizadas con carácter preventivo profiláctico ante factores de riesgo para contraer algunas enfermedades.

Las técnicas de respiración son una serie de pasos que te permiten respirar con cierto orden y sentido, de manera que no sea simplemente un acto de supervivencia, sino una oportunidad para sentirte mejor, y si fuera necesario una técnica para saber cómo controlar la depresión.

SESIÓN VI

ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS DE VISUALIZACIONES POSITIVAS

Objetivo:

Instruir al personal asistencial en el manejo de los síntomas físicos y emocionales a través de las visualizaciones positivas

Material: Anexo III

Contenido:

La visualización es una técnica que se emplea en terapia psicológica para reducir la depresión, ansiedad y estrés y lograr que el cuerpo y la mente entren en un estado profundo de relajación. Mediante esta técnica, se conecta una serie de imágenes imaginarias con emociones positivas, las cuales deben servir para poder posteriormente cambiar los pensamientos negativos y conseguir un estado de bienestar óptimo.

La visualización es una herramienta muy útil para conseguir un mayor control de la mente, de las emociones y del cuerpo, así como para efectuar los cambios deseados del comportamiento.

La visualización mental te da la oportunidad de abordar eficazmente, situaciones desagradables que te causan emociones desagradables, antes de encontrarte con ellos en la vida real, si ya te has enfrentado con dichas situaciones, has practicado como manejarlos y lo has superado en tu realidad mental, lo mas probable es que en la vida real ya no represente ninguna dificultad o malestar.

Pautas:

1. Imagina tu día perfecto
2. Escucha tus sentimientos
3. Corrige tus habilidades mentalmente
4. Concéntrate en lo que quieres hacer
5. Recuerda en que necesitas concentrarte para hacerlo bien
6. Mejora tus habilidades de visualización
7. Establece el escenario para una mejor actuación.

SESIÓN VII

AFRONTAMIENTO DE EMOCIONES FUERTES

Objetivo:

Conocer las formas de reaccionar que tenemos al experimentar emociones fuertes.

Material: Anexo IV

Contenido:

Parte del proceso socialización y del hecho de hacernos cada vez más personas está encaminada a orientarnos a fin de que desde pequeños aprendamos a adquirir hábitos emocionales apropiados y de convivencia en nuestro entorno.

Frente a una excitación emocional podemos reaccionar; con una expresión y liberación inmediata de la emoción en forma incontrolada, o bien podemos reaccionar suprimiendo la conducta emocional.

1. La expresión inmediata

Es el patrón característico entre los niños quienes al experimentar la tensión emocional hacen rabietas, muerden, pegan, ríen, lloran, etc. El lado positivo es que es efectivo para liberar la tensión. Lo negativo está en que es poco confiable especialmente en los adultos. Ya que a un adulto que carece del control adecuado de sus emociones se le tilda de inmaduro y no se encomienda tareas que requieran paciencia y serenidad.

2. La supresión

Es posible debido a la habilidad gradualmente adquirida por la persona, para escoger respuestas a una situación, provocadora de emoción, de tal modo que no afecta sus valores, esta depende de la capacidad de posponer o retrasar la respuesta inmediata con el fin de tener tiempo para razonar, planear o reflexionar,

Se espera que la habilidad aumente de la infancia a la adultez. Lo positivo de la supresión es que proyectas una imagen de hombre maduro y logras tener un adecuado equilibrio emocional. Lo negativo es que la supresión crónica puede ocasionarte reacciones violentas o enfermedades psicosomáticas. Ej. Hipertensión, úlceras, acné, etc.

Las personas que gozan de un adecuado manejo emocional no muestran expresión inmediata, ni supresión crónica de la emoción exclusivamente, sino que tiene capacidad para elegir entre la alternativa de supresión o expresión. Cuando lo considera adecuado y no atente en contra de sus valores y los de los demás, expresará sus emociones con libertad de lo contrario serán capaces de controlarlas y continuar con cualquier actividad cotidiana.

SESIÓN VIII

EL AUTOCONTROL

Objetivo:

Proporcionar un marco teórico básico al personal asistencial sobre el autocontrol.

Contenido:

El autocontrol es la capacidad de dominar nuestros impulsos. Este dominio nos permite desarrollar un comportamiento adecuado para cada situación ya sea familiar, social y laboral, etc. Si los impulsos no son dominados, entonces ellos determinarían nuestro comportamiento, haciéndonos cometer errores de los cuales luego no arrepentimos, ej., contestar inadecuadamente a un paciente, familiar o compañero de trabajo. Son situaciones desagradables derivadas de nuestra pobre capacidad de autocontrol. La persona que desarrolla el autocontrol adquiere la capacidad de amoldar su comportamiento para el logro de sus objetivos vitando que sus impulsos instintivos y emocionales controlen su vida.

Ideas principales:

1. El autocontrol es una habilidad entrenable
2. Las personas que tiene autocontrol, manejan adecuadamente las emociones perturbadoras, se mantiene serenas-positivas, aun en momentos difíciles que acarrea esta pandemia piensan con claridad y no pierden la concentración cuando son sometidas a presión.
3. El autocontrol no supone forzar a los demás a hacer las cosas y pensar del modo que uno pretende. Significa ser capaz de tomar tus propias decisiones y pensar por ti mismo.

4. El autocontrol no significa controlar todos los acontecimientos de la vida. Significa interpretar los acontecimientos de la vida de un modo que promueva tu desarrollo personal y bienestar.
5. La paciencia es un valor clave a la hora de autocontrolarse
6. El autocontrol es una herramienta que permite en momentos de crisis distinguir entre lo correcto-incorrecto, importante-urgente, etc.

Entre las estrategias que tenemos para mejorar nuestro autocontrol

1. Respirar profundamente: adoptar una posición serena y relajada, nos ayudara desde la tranquilidad a reflexionar con calma cualquier situación y elaborar una respuesta apropiada.
2. Visualizar el futuro: por un lado, si nos imaginamos las consecuencias negativas que acarreará nuestros impulsos, podemos evitar que se desencadenen. Por otro lado si nos imaginamos en situaciones que hemos sido capaces de conseguir controlar nuestros impulsos, aumentara no solo nuestro autocontrol, sino también nuestra autoestima.
3. Contar hasta un número determinado: para que nos de tiempo para pensar en una respuesta sensata y de este modo afrontar la situación de un modo más favorable.
4. Autoinstrucciones: contar con algunas frases para detener el desborde emocional y bloquear el impulso, ej., “alto” “detente” “piensa”.

SESIÓN IX

TOMA DE DECISIONES

Objetivo:

Proporcionar al personal asistencial de un modelo y estrategias para la toma de buenas decisiones.

Contenido:

Cada día desde que nos levantamos hasta que nos acostamos, tomamos muchas decisiones, ponerte tal o cual ropa, tomar o no desayuno, ver uno u otro programa de televisión, ir al trabajo o descansar. Muchas de estas decisiones son rutinarias y otras se adoptan después de efectuar determinado análisis, en el que comparas, predices, mides, calculas, estimas tiempos, lees, haces consultas y otras actividades para obtener información. Muchas veces esta información esta guardada es decir almacenada en nuestro cerebro, en libros, etc.

La toma de decisiones es uno de los procesos más difíciles a los que se enfrenta el ser humano. Ya que estas decisiones pueden cambiar significativamente el rumbo de nuestras vidas ej., casarse, tener hijos, elegir una profesión, exponerse a un peligro como el contagio de la Covid 19. Hay que tener claro hacer que son decisiones que tenemos que tomar en algún punto de nuestra vida. La toma de decisiones se caracteriza por el hecho de que hacemos uso de nuestro razonamiento para elegir una solución a un problema que se nos presenta en la vida puede ser en nuestra área familiar, social o laboral.

Para tomar una decisión, cualquiera sea su naturaleza, es necesario analizar u problema, para así poder darle una adecuada solución. En algunos casos por ser tan simples y cotidianos, este proceso se realiza automáticamente y se soluciona

rápidamente, pero existen otros casos en los cuales las consecuencias de una mala o buena elección puede tener repercusiones significativas en la vida.

El Modelo para la toma de decisiones:

1. Realizar la definición del problema
2. Generar alternativas posibles de solución
3. Evaluar los resultados de las alternativas planteadas
4. Elegir la alternativa mas conveniente que se va a llevar a cabo
5. Ejecutar la acción elegida
6. Evaluar los resultados obtenidos

SESIÓN X

HABILIDADES SOCIALES

Objetivo:

Promover el reconocimiento y manejo de las habilidades sociales para el afrontamiento de la depresión.

Contenido:

Nosotros como seres humanos tenemos que mantener una constante relación con los demás, cuando ingresamos a nuestros establecimientos de salud a laborar, regresamos a nuestros hogares a interactuar con nuestros familiares, cuando reunimos con nuestros compañeros de trabajo o amigos etc., aun en situaciones aparentemente simples como viajar o comprar nos relacionamos con otras personas. Eso es inevitable porque es parte de nuestra realidad como seres humanos pues somos seres sociales por excelencia si dejaríamos de ser sociales simplemente dejaríamos de ser humanos. Para relacionarnos con los demás disponemos de un tipo de inteligencia que es la inteligencia interpersonal, pero esto no basta es necesario aprender otro tipo de habilidades que nos permitan convivir adecuadamente con los demás.

Habilidades sociales básicas:

1. Expresar emociones
2. Solucionar problemas
3. Quejarse adecuadamente
4. Elogiar y recibir elogios
5. Defender los derechos
6. Pedir y hacer favores
7. Resolver conflictos
8. La toma de decisiones

SESIÓN XI

RESPUESTAS APROPIADAS-INAPROPIADAS DE LA IRA

Objetivo:

Identificar las respuestas adecuadas e inadecuadas que realiza el personal asistencial cuando experimenta ira.

Material: Anexo V

Contenido:

Enfatizar la idea de que la ira es una emoción básica y como tal no es buena ni mala, aunque la ira es un sentimiento neutro, el modo como actuamos cuando estamos enfocado puede ser adecuado o inadecuado. Son inadecuadas acciones como gritar, golpear o insultar a alguien, herir físicamente o mentir o estafar para vengarse de alguien. Otra manera inadecuada de expresar la ira es dirigir dicha emoción hacia nuestro interior, ya sea para herirnos a nosotros mismos o para deprimirse. Si la ira está justificada, es correcto decir cómo uno se siente de manera franca y honesta.

Un modo de hacer esto es usar lo que llamamos "**mensajes en primera persona**"

Ejemplo 01:

1. **Apropiada:** "Me siento mal cuando dice que me llamas a una hora determinada y no lo haces".
2. **Inapropiada:** NO: "¡Tú mientes, nunca me llamas cuando me dices!".

SESIÓN XII

PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Objetivo:

Conocer el proceso de emisión de respuestas inadecuadas a través de los autorregistros de pensamientos.

Contenido:

La importancia del autorregistro va más allá de un simple formulario. Esta hoja nos permite observar nuestras propias reacciones emocionales disfuncionales ante determinadas situaciones externas (mundo que nos rodea) o internas (ideas, recuerdos) y posteriormente nos ayudará a modificar nuestros problemas emocionales.,

Así mismo se trata de ni más ni menos de aprender una nueva forma de pensar y analizar el mundo y los acontecimientos que vivimos y por lo tanto, de manejar más adecuadamente nuestras dificultades emocionales.

Cabe destacar que no es siempre necesario complementar el autoregistro de manera lineal, de izquierda a derecha. Se puede comenzar por cualquiera de las cuatro casillas dependiendo cual sea el más inmediato a nuestra conciencia.

SITUACIÓN	ESTADO EMOCIONAL	PENSAMIENTO	CONDUCTA Ó RESULTADO
Describe la situación actual que conduce a la emoción desagradable imágenes, recuerdos, etc.	1. Específica: Triste, ansioso, irritado. 2. Evalúa: El grado o fuerza de cada emoción (0-10)	1. Escribe: Las ideas que activan la emoción. 2. Evalúa: El grado de seguridad (0-10)	1. Escribe Conducta en esa situación. 2. Consecuencias posteriores.

SESIÓN XIII

CAMBIANDO NUESTRAS INTERPRETACIONES

Objetivo:

Conocer el proceso de modificar las interpretaciones en múltiples formas de una situación específica.

Contenido:

Con esta estrategia se pretende elevar la conciencia de que la realidad de las situaciones vividas puede ser interpretada de múltiples formas y que dependiendo de esas interpretaciones se va a sentir y a actuar de distintas maneras.

Ejemplo:

"Va usted por la calle ve a un conocido y no lo saluda ¿Qué pensaría inicialmente?"

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Voy por la calle, veo un conocido que no me saluda.	Es un engreído que no me quiere hablar (8%)	Rabia (8%)	No le digo nada y me quedo disgustado

A la pregunta ¿Qué otras cosas podrían haber pensado?

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA	OTRAS INTERPRETACIONES	NUEVAS CONSECUENCIAS
Voy por la calle, veo un conocido que no me saluda.	Es un engreído que no me quiere hablar (8%)	Rabia (8%)	No le digo nada y me quedo disgustado	Quizás irá despistado (8%) Últimamente lo veo preocupado (8%)	Tranquilo (9%) Hablar con él (8%) Preocupado (9%)

Como hemos apuntado: la situación continúa siendo la misma, pero la interpretación lo modificamos y como consecuencia nuestro estado emocional y conducta ante ella vario. Usted podrá con el autorregistro anotar su pensamiento inicial producir otras posibles interpretaciones y seleccionar aquellas que más le ayuden.

SESIÓN XIV

INTELIGENCIA EMOCIONAL

Objetivo:

Dotar de un esquema teórico, sobre la capacidad de adaptación de nuestras emociones, para el mejor manejo de nuestros sentimientos y conductas.

Contenido:

1. ¿Por qué algunas personas tienen más desarrollada que otras, una habilidad especial que les permite relacionarse bien con otras, aunque no sean las que más destaquen académica o culturalmente?
2. ¿Por qué unos son más capaces de enfrentar contratiempos o superar obstáculos y ver las dificultades de la vida de manera diferente?

El nuevo concepto que responde a esta interrogante es Inteligencia Emocional, que viene a ser la destreza que nos permite conocer y manejar nuestros propios sentimientos, interpretar o afrontar los sentimientos de los demás, sentirse satisfechos o eficaces en la vida, a la vez que crear hábitos mentales que favorezcan nuestra propia productividad.

Así mismo "Es la capacidad de motivarnos a nosotros mismos, de perseverar en el empeño, a pesar de las posibles frustraciones, de controlar los impulsos, de posponer gratificaciones, de regular nuestros propios estados de ánimo, de evitar que la angustia interfiera en nuestras facultades racionales y la capacidad de empalmar y confiar en los demás". La Inteligencia Emocional es la que nos lleva a desarrollar nuestros objetivos y potencialidades y activa nuestros valores y aspiraciones.

Cuando no desarrollamos esta inteligencia nos convertimos en "analfabetos emocionales" debemos educarnos emocionalmente para desarrollarnos en base a

unas relaciones sólidas y confiables y un sistema de creencias racionales basadas en el amor y justicia.

Dimensiones de la inteligencia emocional

- **Conciencia de ti mismo**

Es el saber reconocer nuestros sentimientos, nuestras preferencias, fortalezas y debilidades. Se requiere mantener una actitud de apertura, confiar en nuestras fuerzas, proponernos ser optimistas, conversar consigo mismo, darse ánimos, no tener miedo al éxito y aprovechar el presente.

- **Control de tus emociones**

Es el mantener un manejo adecuado de nuestros sentimientos, temores y ansiedades, enfados y tristezas, aceptar nuevas ideas, adaptarse a los cambios, aprender a controlar los impulsos negativos. “Somos nosotros quienes ordenamos a nuestro cerebro la manera de comportarse”.

- **Automotivación**

Es impulsarse hacia las propias metas, sin depender de los demás, o de sus recompensas. Empezar con ilusión nuevas empresas, proyectos o tareas, sin decaer ante las dificultades.

- **Empatía**

Significa tratar de comprender a la gente, lo que siente, su manera de actuar y, por lo que está pasando, ponerse en el lugar de otro.

- **Habilidades sociales**

Es relacionarse emocionalmente con las personas de su entorno y el motivar a otras hacia el logro de metas comunes son algunas características de personas con habilidades sociales, pues saben entusiasmar a sus compañeros, colaboran en alcanzar objetivos y se adaptan a los cambios.

- Ver las cosas desde el punto de vista de los demás
- Establecer consenso en el desorden aparente.
- Evitar los conflictos.
- Coordinar los trabajos de los demás.
- Llegar más allá de sus obligaciones y de estructurar su tiempo para conseguir las tareas.

SESIÓN XV

AUTOCUIDADO RESPONSABILIDAD PERSONAL

Objetivo:

Establecer los procedimientos para el autocuidado de la salud mental del personal asistencial

Contenido:

La salud mental es el proceso dinámico de bienestar, producto de la interrelación entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas, tanto de los individuos como de los grupos que conforman la sociedad. Incluye la presencia de conflictos en la vida de las personas, así como la posibilidad de afrontarlos de manera constructiva. Implica el proceso de búsqueda de sentido y armonía, que se encuentra íntimamente ligado a la capacidad de autocuidado, empatía y confianza.

La salud mental es parte integral de la salud de la persona, por lo que las estrategias básicas para el autocuidado de la salud, como la alimentación balanceada, el cumplimiento de las horas de descanso necesarias, el ejercicio regular, entre otras prácticas identificadas tradicionalmente como parte del autocuidado físico, son igual de fundamentales y efectivas para el cuidado de la salud mental.

El autocuidado es la capacidad de las personas para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y afrontar enfermedades y discapacidades.

ANEXOS

DEL

PROGRAMA

EDUCACIÓN

EMOCIONAL

ANÁLISIS DE CASO

Mario era médico. Su padre y abuelo fueron médicos también, así que, era obvio que él tenía que seguir la tradición. Su madre era activa y muy comprometida en las tareas de su iglesia, además era un excelente ejemplo de responsabilidad, respetabilidad, etc. Desde muy niño, Mario aprendió que la cólera, el miedo, la tristeza y otras emociones fuertes eran inapropiadas y malas. Mario era conocido dentro de su grupo de amigos como un chico fácil de llevar, muy controlado, pero, no como una persona cálida, Sus profesores vieron en él como un modelo. Entre otras cosas, él nunca les dio problemas a sus profesores. Hacia su trabajo, se mantenía callado a no ser que se le indicara que interviniera, nunca creó un disturbio, y siempre trataba de agradar a sus profesores. Muchos en la Universidad decían que era bueno, responsable, pegado a principios morales y una persona madura.

Mario fue un buen estudiante y llegó a ser un médico, cumpliendo sus sueños de niño y ubicándose en un estilo de vida concordante con su crianza, Mario, se casó con una joven que procedía de un hogar un poco diferente al de él. En la familia de esta chica, la expresión de todo tipo de emociones era considerada correcta y apropiada. Cuando se sentía frustrada, lo demostraba, Cuando Mario la perturbaba o la enojaba ella se lo decía.

Mario, nunca se mostraba tan expresivo como su esposa, cuando se golpeaba soportaba el dolor en silencio. Cuando su esposa cometía algún desacierto o por descuido malograba algo, él ocultaba su disgusto y resentimiento.

Sus colegas y amigos, muy a menudo, comentaban que nada parecía importunarle, Siempre se le ponía como un ejemplo de una persona brillante y civilizada que manejaba muy bien los impases cotidianos. Algunos se sentían incómodos saliendo con él, especialmente si se trataba de una diversión de por medio, porque él demostraba un exagerado control sobre si mismo. Nunca expresaba sus sentimientos reales, excepto una ligera sonrisa o placer

Mario era un ejemplo de un hijo de familia de clase media: exitoso en su carrera, con una esposa dedicada a su hogar- y a la crianza de sus hijos. Sus hijos se mostraban felices y bien adaptados, queridos por sus progenitores. Sus amigos y relacionados se quedaron petrificados cuando leyeron en el periódico que Mario había matado a su mujer, a su hija e hijo y luego se había disparado, asimismo.

Contesta individualmente a las siguientes preguntas:

¿Por qué un profesional de éxito como Mario actuó de este modo?

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

Precise algunas causas:

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

A partir de este caso infiera la importancia de las emociones:

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

ANEXO II

MORE

PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO “EDUCACIÓN EMOCIONAL”

Nombres y Apellidos:.....

Instrucciones: Marca con una “x” que estilo de afrontar emociones prácticas o usas con más frecuencia en tu vida. Luego explica el por qué.

Consciente de sí mismo	Sumergido	Aceptador

Análisis:.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANEXO III

MORE

PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO “EDUCACIÓN EMOCIONAL”

Nombres y Apellidos:.....

EJERCICIO DE VISUALIZACIÓN POSITIVA

Instrucciones:

Busca un lugar tranquilo donde nadie te interrumpa, con una intensidad de iluminación baja, y toma una postura cómoda. A continuación, intenta recordar un lugar que conozcas bien y que te transmita tranquilidad, en el que te sientas cómodo/a, con el mayor número de detalles y utilizando todos los sentidos.

Visualiza el sitio donde estas ¿Qué elementos hay? ¿hay gente a tu alrededor? ¿Qué colores puedes ver en el paisaje? Trata de experimentar sensaciones corporales ¿hace frío o calor? ¿puedes notar el viento? Haz un esfuerzo y describe bien el lugar a través de tus sentidos: ¿se oye algo en esa escena ¿Cuáles son los olores que hay a tu alrededor? Visualizaste el lugar, tocando los elementos que hay a tu alrededor: ¿Qué textura tienen? Una vez que hayas vivido todas las sensaciones abandona el lugar poco a poco, realizando 2 0 3 respiraciones profundas antes de salir completamente del estado de relajación.

Análisis:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Mensajes clave para el autocuidado del personal de la salud.

Cartilla: Consejos para el autocuidado del personal de la salud asistencial y de gestión.

La incertidumbre, el estrés que conlleva las dificultades en la atención médica durante un brote epidémico como coronavirus (COVID-19), exige una especial atención a las necesidades de apoyo emocional del personal de la salud.

1. Cuidarse a sí mismo y animar a otros a autocuidarse mantiene la capacidad de cuidar a los pacientes.
2. Es probable que usted y sus colegas se sientan deprimidos, ansiosos y estresados; de hecho, es natural sentirse de esta forma en la situación actual.
3. La depresión y los sentimientos relacionados con este estado de ánimo no reflejan de ninguna forma que no pueda hacer su trabajo o que sea débil.
4. Atienda sus necesidades básicas y utilice estrategias de afrontamiento útiles.
5. Asegúrese de descansar, tener relevo durante el trabajo o entre cada turno, realizar pausas saludables activas, coma lo suficiente e ingiera alimentos saludables, hidrátase regularmente, realice actividad física al menos 30 minutos diarios.
6. Planifique una rutina fuera del trabajo: Rutinas diarias que incluyen ejercicio, de cuidado físico, de lectura, llamar o videoconferencia con seres queridos, juegos de mesa con la familia, películas, etc. La rutina organiza los pensamientos y las emociones de manera tal que aumenta la resistencia a la depresión.
7. Mantenga la comunicación con sus seres queridos a través de llamadas telefónicas o mensajes de texto, es una forma de mantenerse en contacto.
8. Comuníquese con sus colegas de manera clara y alentadora.
9. Los elogios pueden ser motivadores poderosos y reductores de la depresión y el estrés.
10. La resolución de problemas es una habilidad profesional que proporciona una sensación de logro incluso para pequeños incidentes.
11. Manténgase actualizado, con□e en fuentes fiables de conocimiento.
12. Participe en reuniones del trabajo para mantenerse informado de la situación, planes y eventos.

REFERENCIAS:

Condori, Y. (2020). "Asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa"

Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19, <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>

Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (s/f). La Depresión desde la terapia Cognitivo conductual. Revista de Terapia Cognitivo Conductual, 5.

Fernández, E. (2012). Psicología de la emoción.

Goleman, D (1999) La Inteligencia Emocional. Argentina

Lega, P. & Caballo, T. (1999) Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo Conductual. España.

Vásquez, MJ. (1996) Las Terapias de Desarrollo Emocional.