



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

CENTRO DE POSGRADOS

TEMA:

**PROPUESTA DE UN PLAN DE TÉCNICAS CENTRADA EN LA PERSONA PARA
LA ATENCIÓN DE PACIENTES ANSIOSOS**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Magíster en
Psicología mención Intervención**

Línea de investigación:

SALUD Y GRUPOS VULNERABLES

Autora:

María del Carmen Rodrigo Hudson

Directora:

Mg. Andrea Susana Tobar Viera

Ambato – Ecuador

Marzo 2025

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **MARÍA DEL CARMEN RODRIGO HUDSON**, con cédula de ciudadanía **0910924059**, autora del trabajo de graduación titulado: “PROPUESTA DE UN PLAN DE TÉCNICAS CENTRADAS EN LA PERSONA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ANSIOSOS”, previa a la obtención del título profesional de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA MENCIÓN INTERVENCIÓN**, en el centro de **POSGRADOS**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, marzo 2025



María del Carmen Rodrigo Hudson

CC. 0910924059

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

PROPUESTA DE UN PLAN DE TÉCNICAS CENTRADA EN LA PERSONA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES ANSIOSOS

Línea de investigación:

SALUD Y GRUPOS VULNERABLES

Autora:

María del Carmen Rodrigo Hudson

Andrea Susana Tobar Viera, Psic Cl, Mg.

CC. 1803869948

CALIFICADOR

f.  Firmado digitalmente por:
ANDREA SUSANA TOBAR
VIERA

Mario Santiago Poveda Ríos, Psic Cl. Mg.

CALIFICADOR

f.  Firmado digitalmente por:
MARIO SANTIAGO
POVEDA RÍOS

Catherine Nataly Shuguli Zambrano, Psic Cl. Mg.

CALIFICADOR

f.  Firmado digitalmente por:
CATHERINE NATALY
SHUGULI ZAMBRANO
Fecha: 2025.02.19
09:21:59 -05'00'


Dayamy Lima Rojas, Lic. Mg.

DIRECTORA CENTRO DE POSGRADOS

f.  Firmado digitalmente por:
DAYAMY LIMA ROJAS

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f.  Firmado digitalmente por:
DIEGO GONZALO
COCA CHANALATA
Fecha: 2025.03.07
08:44:13 -05'00'

Ambato – Ecuador

Marzo 2025

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado en primer lugar a mi familia, a mis padres porque sin ellos no fuera quien soy, mi papá con su continuo deseo de hacer lo mejor por los demás e incluso sus ausencias, me llevó a estudiar el complejo mundo de las emociones y la salud mental para mejorar la calidad de vida y mi madre con su empuje de superación personal y su carácter implacable en ese momento de mi vida, me llevó a cuestionar cómo se creaban los vínculos y a perseverar en entender esta línea teórica, a ellos en primer lugar les dedico este trabajo, por ser motivo y guía.

En segundo lugar, dedico este trabajo a mis hijos, quienes la vida me dio, quien con su crecimiento y su sola presencia me movió a querer y ser más, a crecer para guiarles en su proceso, también a aquella que fue regalo y completud en la tarea maternal, la que me movió a crecer para ser modelo y guía, entendiendo que los terapeutas estamos llamados a un trabajo constante y que podemos aprender de los más pequeños para ser coherentes en la vida personal.

A mis amigas colegas con quien se estimula la creatividad y la curiosidad abrazando el saber y el amor a la práctica.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo no es posible sin el empuje que es la vida, sin la fuerza amorosa de la creación, Dios y todas sus presentaciones, por esto mi primer agradecimiento es para la santísima trinidad y todo lo que representa en mi vida.

Mi segundo agradecimiento es a la familia por ser motor y modelo.

A mis maestros principalmente a aquellos que me exigieron de la mejor manera que pudieron, a aquellos que creyeron y me impulsaron, a los me cuestionaron y me trataron como su igual, a quienes me intrigaron con su saber y me hicieron abrazar el saber cómo la base de una práctica profesional ética.

Agradezco a mis amigos, quienes siempre me han apoyado, principalmente a los que siempre han creído en mí, también a los que me han motivado al estudio y me mueven a estudiar solo para comprenderlos porque acuden a mí cuando las dudas los acechan o la incertidumbre los cuestiona.

Gracias también a mis estudiantes que, con su mirada inocente y llena de admiración, me han llevado a cuestionar modelos y proponer opciones, gracias mis niños caminantes.

Finalmente, mi eterno agradecimiento a mis pacientes, sin quienes nada de lo que hago tendría razón, gracias por su transparencia y compromiso en el proceso, por prestarme sus historias para estudiarlas y para impactar en la mía. Gracias por permitirme acompañarlos en el proceso de mejora de vida que realizan al ir a terapia, gracias por su confianza sin la que nada es posible, gracias por dejarme entrar en su vida y caminar con ustedes

RESUMEN

En el 2020 se ha observado un marcado aumento de pacientes con ansiedad, debido a los eventos traumáticos y de incertidumbre de la pandemia. Las estrategias basadas en emociones permiten manejar la ansiedad de forma óptima y sostenidos a largo plazo. Desde esta perspectiva, el objetivo es proponer un plan de técnicas afectivas centradas en la persona para el abordaje de pacientes adultos con sintomatología ansiosa.

El enfoque metodológico es de tipo mixto, es decir cuali-cuantitativo, diseño no experimental y alcance descriptivo de corte transversal. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y se trabajó con un grupo de 90 voluntarios entre 20-40 años.

Los resultados mostraron que, se presenta ansiedad, el 81% levemente, el 6,7% moderadamente y el 3.3% severamente, con un 67,8% en mujeres y 32,2% en hombres. Los síntomas con mayor predominancia son: incapaz de relajarse 74,44%, nervioso 65,55%, atemorizado e inquieto 62,2%. Se propone un plan de 8 sesiones para identificar los pensamientos y las habilidades de autorregulación.

Palabras clave: trastorno de ansiedad, técnicas de relajación, habilidades de autorregulación.

ABSTRACT

A marked increase in patients with anxiety has been observed in 2020, due to the traumatic and uncertain events of the pandemic. Emotion-based strategies allow to manage anxiety optimally and sustained in the long term. From this perspective, the aim is to propose a plan of person-centered affective techniques for the management of adult patients with anxious symptomatology.

The methodological approach is mixed, i.e. qualitative-quantitative, non-experimental design and descriptive cross-sectional scope. A non-probabilistic convenience sampling was carried out with a group of 90 volunteers between 20-40 years of age.

The results showed that 81% were slightly anxious, 6.7% moderately anxious and 3.3% severely anxious, with 67.8% in women and 32.2% in men. The most predominant symptoms are unable to relax 74.44%, nervous 65.55%, fearful and restless 62.2%. An 8-session plan is proposed to identify thoughts and self-regulation skills.

Keywords: *anxiety disorder, relaxation techniques, self-regulation skills.*

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	5
1.1. Ansiedad	5
1.2. Terapias de tercera generación.....	15
1.3. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento ocular (EMDR)..	15
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	20
2.1. Tipo de investigación y enfoque de investigación	20
2.2. Población y muestra	20
2.3. Propuesta de investigación	24
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
3.1. Análisis de datos	33
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXOS	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de la muestra	22
Tabla 2. Inventario de Ansiedad de Beck	34
Tabla 3. Inventario de Ansiedad de Beck de acuerdo con el género de los participantes	35
Tabla 4. BAI y edad de los participantes	37

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Sintomatología de la ansiedad	8
Cuadro 2. Detalle de las sesiones	28

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de los casos de ansiedad y depresión a nivel mundial	10
Figura 2. Incidencia de los trastornos de ansiedad	11
Figura 3. Cambios de la prevalencia de los trastornos de ansiedad posterior a la pandemia Covid 19	12
Figura 5. Edad de los participantes	33
Figura 6. Inventario de Ansiedad de Beck	35
Figura 7. Resultados BAI y Género de los participantes	36
Figura 8. Resultados BAI y Edad de los participantes	37

INTRODUCCIÓN

Los trastornos emocionales tales como la ansiedad y depresión se presentan con mayor frecuencia en la población a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). El aumento de los casos se debe a razones multicausales, las cuales son influenciadas por condiciones biológicas, económicas, sociales, entre otras (Clark y Beck, 2012).

La prevalencia de los trastornos de ansiedad (TA) ha aumentado significativamente a nivel global desde 1990 al 2019. Los registros de 1990 señalan que, 194.9 millones de personas experimentaron algún tipo de TA. En cambio, durante el 2019, la cifra se amplió a 301.4 millones de personas (Javaid et al., 2023; OMS, 2022).

Los TA son considerados como el segundo trastorno mental que produce un alto nivel de incapacidad en la región de las Américas. En el 2018, en la región de América del Sur, el país con mayor incidencia por TA le concierne a Brasil con el 7,5%, seguido de Paraguay con el 6,8% y Chile con el 5,5%. No obstante, Ecuador refleja un porcentaje del 5,2% que, a pesar de no encontrarse con un alto porcentaje, es mayor al promedio (4,7%) comparado a otros países (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Dentro del espectro de los TA se encuentran distintos subtipos de ansiedad. Entre las cuales, por mencionar algunas, se encuentran las fobias, ataques de pánico, ansiedad social y la ansiedad generalizada (American Psychiatric Association [APA], 2023a), esta última se convierte en objeto de interés para el presente estudio.

Durante la pandemia por COVID 19 se presentó un incremento en la ansiedad de la población en general. En Ecuador, por medio del programa “Juntos salimos de esta” cumplió con el fin de ampliar la contención psicológica y emocional para los ciudadanos que se han visto afectados en su salud psicológica, debido a las pérdidas humanas, aislamiento y la adaptación a la nueva normalidad (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2020). Dicha acción se fundamentó en la solicitud de la OMS hacia los representantes gubernamentales de cada país para tomar acciones en torno a la salud mental de los ciudadanos (Pesantes, 2020). Un total de 41,478

ecuatorianos a nivel nacional recibieron de manera gratuita atención psicológica a través de la tele psicología (MSP, 2020).

De este modo, aparecen terapias que facilitan trabajar la sintomatología ansiosa. Una de las terapias con efectividad y de mayor uso ha sido la terapia cognitivo conductual (TCC). Entre los antecedentes a nivel internacional se encuentra el trabajo de García (2023) en España. Se presenta una propuesta de intervención en una mujer de 46 años identificada con ansiedad generalizada enfocada al miedo a desmayarse mientras maneja sola. Siguió una metodología de estudio de caso único. Realizó una planificación de la evaluación y la intervención con un total de 18 sesiones. En la planificación de la intervención (sesión 5-18) hace uso de técnicas como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, habilidades en auto instrucción, exposición interoceptiva y la exposición con prevención de respuestas.

En Perú, Mora (2023) establece una intervención basada en TCC para una mujer adulta con TAG. Tuvo por objetivo reducir la sintomatología de ansiedad, modificar el procesamiento de información e incrementar conductas prosociales. El objetivo expresa un alcance aplicativo, es decir se llevó a cabo la intervención; sin embargo, se tomará en consideración solo la planificación de esta. La planificación interventiva estuvo diseñada en base a técnicas como: psicoeducación, relajación muscular, respiración diafragmática, *role playing*, modelado, detención del pensamiento, entre otras.

En cambio, el estudio de García-Dantas (2020) propone una intervención distinta en un estudio de caso único. Con la intención de reducir la ansiedad por las competiciones de un futbolista preadolescente, usa la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR). Usó estrategias de estabilización y el procesamiento del recuerdo para la reducción de los síntomas ansiosos. Al finalizar las 4 sesiones individuales, se aplica el test para contrastar la efectividad de la intervención. Se concluyó, que hubo una reducción de la ansiedad y se observó en un aumento de su rendimiento deportivo.

Si bien la TCC ha brindado resultados eficaces en el tratamiento para la ansiedad, esta principalmente se centra en la modificación del contenido de los pensamientos. Por lo que, modificar el contenido de las preocupaciones, destacando su naturaleza

dinámica, representa un esfuerzo para el terapeuta el cambio constante de los distintos contenidos de las preocupaciones. Por otro lado, la terapia EMDR, ha sido usada para otras problemáticas, entre estas ansiedad. Las terapias que forman parte de la tercera generación permiten trabajar componentes más generales que influyen en estas respuestas de los organismos, mostrándose más efectivos.

De este modo, se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la planificación para una propuesta de intervención para pacientes con síntomas de ansiedad basada en la desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR)?

A continuación, se establecen los objetivos generales y específicos que guían la presente investigación. Por objetivo general se establece: Diseñar una propuesta de intervención fundamentada en desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular para pacientes con síntomas de ansiedad.

Para llevar a cabo el diseño de la propuesta se establecen los siguientes objetivos específicos:

1. Evaluar el estado actual de los síntomas de ansiedad en los pacientes adultos en el consultorio privado.
2. Fundamentar los aspectos teóricos y metodológicos en torno al plan de intervención sobre técnicas basadas en la desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular para el abordaje de pacientes con sintomatología ansiosa.
3. Redactar los objetivos terapéuticos, actividades y técnicas correspondientes a la problemática para la reducción de síntomas ansiosos

La metodología que guiará para la realización de una propuesta de intervención corresponde a un estudio cualitativo con diseño de un estudio de caso único (Stake, 2010). El cual va a permitir diseñar una propuesta de intervención de acuerdo con las necesidades del consultante.

La relevancia del estudio radica en mejorar la calidad de vida, fortalecer las relaciones interpersonales e intrapersonales y promover la convivencia armónica de los individuos que presentan síntomas de ansiedad, disminuyendo la intensidad y brindando un soporte necesario en el tiempo oportuno para evitar posibles cuadros clínicos.

La propuesta de intervención para la investigación ayudará a resolver el problema que actualmente aqueja a las personas con síntomas de ansiedad. Los altos niveles de ansiedad impiden la correcta funcionalidad de la persona en sus distintas áreas de participación de la vida diaria.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Ansiedad

El rol adaptativo de la ansiedad

La ansiedad se observa como una respuesta que se activa a nivel fisiológico en la persona frente a las demandas del entorno (Clark & Beck, 2012). De este modo, es una forma de responder a las situaciones cotidianas que se presentan a la persona con la intención de una resolución.

Clark y Beck (2012) señalan la diferenciación entre miedo y ansiedad, que son emociones complementarias; pero son usadas como símiles. Estas emociones adaptativas aparecen como una señal de alerta ante un estímulo amenazante.

Por una parte, el miedo es definida como una respuesta que necesita de una evaluación cognitiva para asegurar la integridad de la persona (Clark y Beck, 2012). La función del miedo responde a una alerta sobre un estímulo amenazante, para conseguir una respuesta para garantizar la supervivencia de la persona, la cual se presenta como respuesta de lucha o huida.

Por otra parte, la ansiedad permite la valoración del estímulo facilitando la activación psicológica, cognitiva y conductual (Clark y Beck, 2012). En la experimentación del miedo y ansiedad existe una valoración del riesgo. No obstante, la diferencia radica que, el estímulo no se encuentra presente, es decir no se está observando o percibiendo. La ansiedad es una valoración de una amenaza futura, por lo que no requiere de la presencia del estímulo para activar todo el organismo.

Según Becerra-García et al. (2007) indican que, las respuestas comportamentales entre miedo y ansiedad difieren, están sujetas a la distancia del estímulo percibido como peligroso. En este sentido, la ansiedad cumple la función de ser un sistema que concede a la persona adaptarse y evitar el peligro futuro.

Desde la perspectiva de Diaz y De la Iglesia (2019), precisan que la ansiedad es un sistema múltiples aristas, donde la respuesta deber ser entendida tanto

conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva. Esta se activa en escenarios o eventos inadvertidos e incontrolables, convirtiéndose en una amenaza potencial para la persona. Aun cuando la ansiedad se encuentra presente en todo momento, desde que nacemos hasta que se deja de existir, y permite estar en protección cuando es necesario, la afectación de este mecanismo presenta un desajuste en todas las aristas de la respuesta anticipatoria.

La ansiedad en casos disfuncionales

Para Clark y Beck (2012) plantearon cinco características que aprueban la funcionalidad o no del miedo y la ansiedad. En otras palabras, cuando se convierten adaptativas y cuando se convierten en un problema dentro de la vida de la persona. Entre los cinco criterios se encuentran la cognición disfuncional, deterioro del funcionamiento, persistencia, falsas alarmas e hipersensibilidad a los estímulos.

Para la cognición disfuncional existe un desequilibrio entre la percepción del ambiente y la valoración de la percepción. Esta brinda al organismo la facilidad de activar los mecanismos de amenaza. Aunque no se encuentre en el ambiente un estímulo verdaderamente amenazante (Clark y Beck, 2012).

Para Clark y Beck (2012) las activaciones constantes conllevan a un deterioro del funcionamiento que, en otras palabras, es una disminución en la eficacia del desempeño del organismo. Al activarse constantemente los mecanismos de amenaza de la persona, no existe una valoración objetiva del estímulo amenazante, indistintamente del contexto. Lo cual implica que, si la mayoría de los estímulos resultan amenazantes, supone una disminución de actividad y restringe su participación en las situaciones o personas que se encuentren. De este modo, empiezan a la disfuncionalidad en las distintas áreas de la vida, prefieren no estar cerca de aquello que valoran amenazante, empezando a afectarle en las distintas actividades de la vida cotidiana.

A raíz de la valoración de *es una amenaza*, las personas que la experimentan se encuentran más enfocados en observar y encontrar el futuro estímulo amenazante. Tal como mencionan Clark y Beck (2012) quienes señalan que, de acuerdo con la naturaleza anticipatoria del estímulo amenazante, genera un estado de alerta

constante en la persona denominado persistencia. La espera de este estímulo necesariamente no se presenta, es ese tiempo de espera que consideran que algo va a suceder, lo cual puede repetirse a lo largo del día y con una duración variable entre días, semanas, meses o años.

Durante estas situaciones se observan de manera repetida las dos características restantes: hipersensibilidad y las falsas alarmas. La primera comprende más a una respuesta exacerbada en comparación a la respuesta de otra persona. Mientras que, la segunda es la respuesta de miedo a cualquier estímulo, sea este amenazante o no (Clark y Beck, 2012).

Síntomas de la ansiedad

La ansiedad es considerada una condición psicológica común, su diagnóstico depende de diversos motivos, por lo general está asociado a los desajustes físicos o mentales estrechamente vinculados con el estrés, y mayoritariamente resultan por la combinación de ambos. No obstante, cuando se agudizan los estados de ansiedad, aparece el trastorno de ansiedad, siendo nocivo para el paciente.

Una característica principal es la exagerada preocupación por realizar tareas o actividades futuras sin estar seguro de que vayan a ocurrir, o trata de cumplir con inmediatez algo, eleva drásticamente el nivel de ansiedad. Por estas razones los síntomas asociados a la activación fisiológica son la ansiedad y la preocupación exagerada que impiden que la persona se regule o controle emocionalmente (Fabrocini, 2016).

Los síntomas de la ansiedad entorpecen las actividades rutinarias y repercuten negativamente en el desempeño laboral, el rendimiento académico y las relaciones interpersonales. Los estados ansiosos están definitivos por los problemas prácticos de nuestra vida cotidiana, para afrontarlos se debe tomar en cuenta el carácter, temperamento y las estructuras psicológicas que comprenden la genética y ambientales (Fabrocini, 2016)..

Algunas personas se muestran impasibles cuando enfrentan amenazas o situaciones casuales, imprevistas, desagradables. Otras suelen somatizar la

ansiedad a través del grito, llanto, desesperación o el silencio. Si el individuo no reconoce sus límites de ansiedad experimenta escalofrío, vaharada de calor, sudor, taquicardia, espasmos musculares e insomnio. Es preciso que un especialista diagnostique y trate esta problemática (Fabrocini, 2016).

Las personas suelen manifestar síntomas físicos cuando elevan sus niveles de ansiedad, lo que hace que la labor de reconocimiento y manejo de la sintomatología sean más fáciles de sobrellevar. Es posible que se presenten síntomas imperceptibles que se confundan con los de una enfermedad física, para lo cual el paciente no busque la ayuda pertinente (Miller, 2020).

Un ejemplo de ello es cuando a una persona le incomoda una situación o lugar, se cree que el dolor de cabeza es producto del elevado nivel de ansiedad, lo que lo convierte como un síntoma psicossomático (Miller, 2020). Esto constituye que, inconscientemente, la ansiedad manifiesta algunos síntomas físicos en vez de mentales (ver Cuadro 1) que son nocivos para la salud.

Cuadro 1. *Sintomatología de la ansiedad*

Síntomas de la ansiedad	
Mareos	Boca seca
Perturbación	Arcadas
Sudoración excesiva enigmática	Tensión muscular
Temblores en ciertas partes del cuerpo	Entumecimiento de extremidades
Taquicardia	Manos frías y sudorosas
Cefalea	Insomnio
Sensación de falta de respiración	Sensación de ir al baño con mucha frecuencia
Problemas de concentración	
Sentir desapego con la realidad	

Fuente: elaboración propia

Ansiedad y el Covid-19

Se detalló anteriormente que, la ansiedad al ser una respuesta anticipatoria a una amenaza facilita la adaptación y supervivencia de la persona, además de cómo se

convierte en disfuncional aquella respuesta adaptativa. Sin embargo, que ocurre cuando existe verídicamente una amenaza de la que no se conoce qué es, qué provoca, donde no se puede observar, y las consecuencias son negativas y, en algunos casos, peligrosa en que atenta contra la vida.

La situación de una pandemia mundial y de confinamientos apareció de manera repentina y la incertidumbre de no conocer las consecuencias de contraer el virus eran altas. Estas se convierten en situaciones propicias, donde la ansiedad responde altamente. Tal como menciona Berman (2009), quien afirma que, los brotes epidémicos son catalogados como desastres naturales, y dicha situación influye rápidamente en el bienestar psicológico y comportamental de la población, debido al miedo y ansiedad que genera.

Entre los estudios examinados, se obtuvo uno cuyas condiciones eran contextos similares al Covid-19 y su relación con un incremento en la ansiedad. En el estudio de Zhu et al. (2008), quienes investigaron en un contexto donde vivenciaron un brote de SARS en el año 2003, determinaron que el 96,4% de la población china mostraron cambios emocionales significativos posterior al brote.

Entrando en un contexto de la pandemia del Covid-19, en el estudio de Wang et al. (2020) aplicaron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), cuyas respuestas fueron altas. El nivel de ansiedad experimentada era moderada y grave representando un 28,8%.

Entre las interpretaciones realizadas por Andrades-Tobar et al. (2021) señalan que, es probable que las condiciones de una pandemia no determinen un resultado grave a nivel emocional y psicológico, se ha de tener en cuenta “características de la infección, situación económica, circunstancias culturales y sociales de los países afectados” (p. 14).

Así mismo, existen otros factores que, en situaciones de desastres inciden en el desarrollo de problemas psicológicos que son: el ser de género femenino; la severidad objetiva, es decir la experimentación de una pérdida cercana o escasas; la severidad subjetiva, es la valoración del riesgo percibido, evaluación negativa del

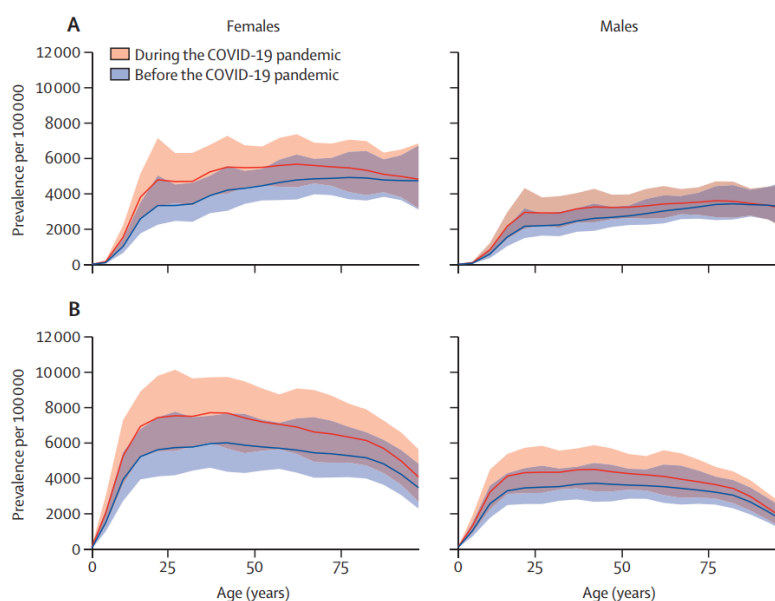
control percibido y estrés (Andrades-Tobar et al., 2021), la incertidumbre y el miedo a lo que se desconoce (González-Rivera et al., 2020).

Si se contextualizan estos elementos, en un escenario de pandemia, donde el miedo y el estado de alerta hacia las características de una persona que pueda estar contagiada de Covid-19, las sensibiliza a experimentar mayor ansiedad (González-Rivera et al., 2020). Por añadidura, el contexto de confinamiento permite experimentar la realidad de una manera distinta, en donde medidas como la “cuarentena, aislamiento forzado y distanciamiento social ha provocado cambios” (Andrades-Tobar et al., 2021, p. 14), los cuales provocan en las personas contagiadas y no contagiadas síntomas de ansiedad, estrés, depresión, y miedo (Sandín et al., 2020).

Prevalencia

En el estudio de Santomauro et al. (2021) señalaron que, las mujeres presentan con mayor frecuencia síntomas de ansiedad o trastornos de ansiedad a diferencia de los hombres. Luego de pandemia, hubo un incremento en la prevalencia, el cual se puede observar en la Figura 1.

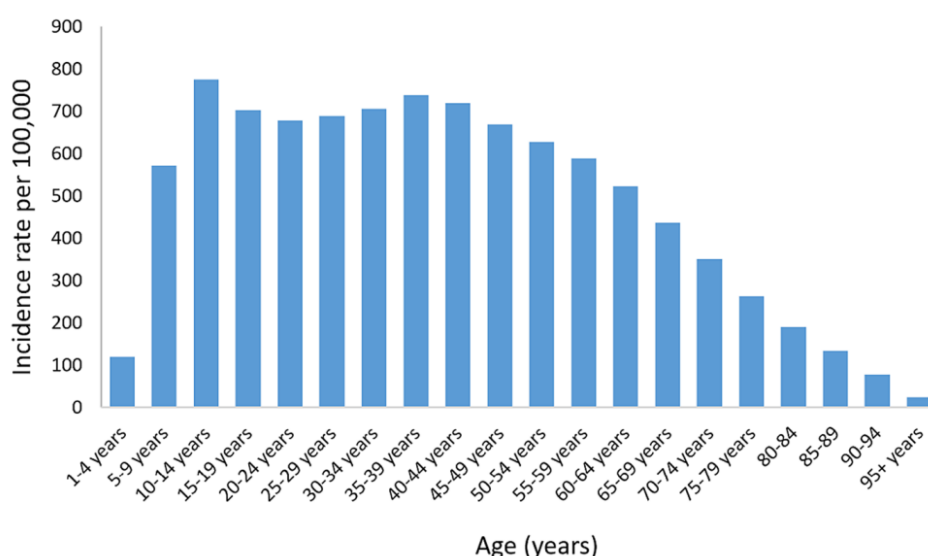
Figura 1. Prevalencia de los casos de ansiedad y depresión a nivel mundial



Nota: A: Trastorno depresivo mayor, B: Trastornos de ansiedad. Santomauro et al. (2021, p. 1706).

La incidencia de aparición de los trastornos de ansiedad (Figura 2) frecuentemente aparece en edades tempranas como en la pre y adolescencia en rangos de edades entre los 10 y 14 años. Aunque su aparición va decreciendo a mayor edad, en especial a partir de los 65 años. Pero, no excluye la posibilidad de aparición del trastorno en edades posteriores (Javiad et al., 2023).

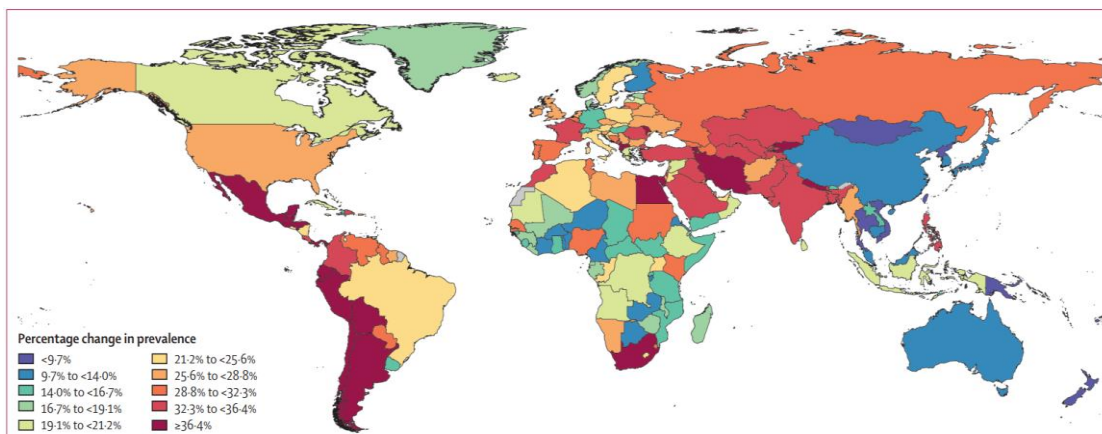
Figura 2. Incidencia de los trastornos de ansiedad



Fuente: Javiad et al. (2023, p. 6).

Santomauro et al. (2021) mostraron en la Figura 3 la prevalencia de casos de ansiedad en los países posterior al Covid-19. Los colores más oscuros indican una mayor presencia de ansiedad, en donde América del Sur, en Ecuador, se muestra señalado de color rojo oscuro implicando que, es uno en conjunto con otros países (México, Colombia, Perú, Chile, Bolivia, Argentina) con mayor presencia de trastornos de ansiedad en el contexto de pandemia.

Figura 3. Cambios de la prevalencia de los trastornos de ansiedad posterior a la pandemia Covid 19



Fuente: Santomauro et al. (2021, p. 1707).

Trastornos de ansiedad

De acuerdo con, el DSM-5-TR refiere que los trastornos de ansiedad (TA) son quienes comparten miedo y ansiedad excesiva, las cuales son causantes de alteraciones conductuales (American Psychiatric Association [APA], 2023b).

Ataques de pánico

Los ataques de pánico parte de la aparición temporal y aislada de miedo o de molestia aguda, dura entre 10 a 30 minutos aproximadamente en el cuerpo. Provoca palpitación acelerada, temblor, mareos, escalofrío, sudoración excesiva, sofocación, atragantamiento u congoja, arcadas o dolores abdominales, temor de muerte o desmandarse (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018). El ataque de pánico eleva la preocupación en el afectado, puesto que teme a que se repita una situación o problema específico.

Agorafobia

Es un trastorno de ansiedad que comúnmente aparece en los pacientes que han sufrido algún o algunos ataques de pánico. Se activa cuando la persona se encuentra en lugares difíciles de escapar o situaciones embarazosas. El miedo y la necesidad de evitar situaciones o sitios que provoquen la sensación de pánico, impotencia, encierro o vergüenza son los síntomas que presentan los pacientes con

Agorafobia (Olivares et al., 2016, p.3). La Agorafobia afecta significativamente la vida cotidiana del paciente, le impide desenvolverse con normalidad a la hora de realizar simples tareas como conducir, salir de paseo o de compras, caminar solo, ir al cine, asistir a un evento, mantener buenas relaciones personales y familiares.

Fobia específica

Es el temor delatado, tenaz, descomunal, disparatado y desligado, se constata cuando existe un objeto o escenario concreto de manera anticipada. Es el resultado de miedo desproporcionado, persistente e irracional generado por un estímulo de cualquier naturaleza (físico o situacional) que libera una incontrolable conducta de evitación causando un cuadro ansioso de severidad variable (Delgado y Sánchez, 2019).

Fobia social

Es el temor acusado y constante redimido ante ambientes o condiciones sociales, el individuo se siente observado, expuesto o evaluado por otras personas que no pertenecen a su círculo social y no son de su confianza. El Trastorno de Ansiedad Social o Fobia Social imposibilita al paciente a desenvolverse a nivel social, laboral y financiero, se lo vincula a la falta de motivación para realizar actividades de ocio, deserción escolar, abandono de empleo y baja productividad, que detiene el mejoramiento de la calidad de vida. Por lo general, los pacientes con Fobia Social tienden a quedarse solos, solteros o divorciados, y en algunos casos no desean tener hijos (Elizondo, 2016).

Trastorno por estrés postraumático

Se exterioriza luego de estar expuesto a un suceso excepcionalmente traumático, como recibir la noticia de alguien que haya fallecido o amenazas que atenten contra su vida, por lo que los recuerdos y sueños de ese evento se tornan recurrentes, perturbando la paz y tranquilidad de la persona. Los síntomas son reviviscencia, evitación, hipervigilancia-reactividad, problemas cognitivos y del estado de ánimo que suelen prevalecer en los pacientes entre uno o más meses, llegando a ser

suficientemente graves que interfieren tanto en las relaciones personales, familiares o del trabajo (Bermúdez et al., 2020).

Trastorno por estrés agudo

Surge al momento de atravesar por un hecho traumático o posterior al mismo, como duelos, accidentes, desastres naturales o provocados y cualquier tipo de violencia. Entre los síntomas que se presentan están la sensación subjetiva de entumecimiento, abnegación o escasez de reactividad emocional, no reconoce su entorno, tiene sentimientos de extrañeza, amnesia selectiva y conductas evitativas, suelen durar días, meses e inclusive años. El trastorno por estrés agudo tiene efectos negativos en los pacientes a nivel social, laboral o de su salud (Canto, 2017).

Trastorno de ansiedad generalizada

Es exagerado aumento de los niveles de ansiedad y preocupación, la persona se sugestionan a hechos o actividades que debe realizarlas a largo plazo, le aterra el futuro. La persona que sufre este trastorno le resulta dificultoso controlar los pensamientos y emociones y su preocupación aumenta sin límite. Este desorden viene acompañado de: inquietud, vehemencia, intranquilidad, desfallecimiento, problemas de concentración y de sueño, tener la mente en blanco, desabrimiento o contractura muscular. Toda esta sintomatología afecta la calidad de vida y las buenas relaciones entre las personas (OPS, 2018).

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Este trastorno aparece durante los procesos de desintoxicación o abstinencia causado por un tóxico o medicamento, generalmente suele darse en el primer mes. Entre las sustancias que inducen al trastorno se puede mencionar bebidas alcohólicas, sustancias alucinógenas, anfetaminas o derivado, cafeína, cannabis, cocaína, inhalantes, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos etc. No obstante, las personas que abusan del consumo de sustancias psicoactivas tienden a desarrollar signos y síntomas asociados a la dependencia de una droga de cualquier

naturaleza, y los niveles de ansiedad se elevan a tal punto de inducir otras enfermedades en los pacientes o consumidores (Vintimilla et al., 2020, p. 736).

1.2. Terapias de tercera generación

En las últimas décadas, los modelos de psicoterapia han evolucionado de tal manera que, los límites o proceso de intervención en estas no son comparables en relación con los modelos iniciales de psicoterapia. Entre estas, un grupo particular se vuelven de interés en el campo de la psicoterapia, las terapias contextuales (Barraca, 2019).

Gran parte del interés en estos nuevos modelos de terapias es que, parecieran integrar características de terapias como la Gestalt, la toma de perspectiva en el aquí y ahora (Stange y Lecona, 2014), del énfasis del psicoanálisis en la relación terapéutica en intervenciones con una herencia fuertemente marcada en los principios de aprendizaje, y con ello, muy relacionado a la línea conductista. A tal punto que cuesta distinguir las diferencias de estas terapias con las conductuales (González-Terrazas, 2021).

Dentro de este amplio grupo de terapias, entre las que se encuentran: terapia dialéctica conductual (DBT); terapia funcional analítica (FAP), terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT); y para el caso de este estudio en particular, terapia de Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento ocular (EMDR). Esta última requiere de una explicación a detalle para comprender tanto desde su conceptualización hasta la manera en la que percibe el malestar psicológico y lo que hasta el momento se entiende por trastornos mentales.

1.3. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento ocular (EMDR)

Inicios de la desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento ocular (EMDR)

La desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento ocular (EMDR) fue creada por Francine Shapiro en 1987, quien aplicó dicha propuesta en personas quienes experimentaron vivencias traumáticas, las cuales pueden ser

categorizadas en un trastorno de estrés postraumático (TEPT). Se percató que con los movimientos oculares se reducía la intensidad del malestar, muchos como consecuencia de pensamientos contradictorios. Además, se pudo evidenciar que trabajaba sobre la intensidad-viveza, emociones y acceso asociativo de recuerdos autobiográficos en libre asociación (Barrero, 2016).

EMDR es considerada como una terapia efectiva para distintos problemas psicológicos como los trastornos del ánimo como la ansiedad y depresión, estrés postraumático. Así mismo, para ser aplicada en experiencias vivenciales que generan desequilibrio emocional como las dificultades en el trabajo (Barrero, 2016).

La teoría de Reprocesamiento de la Información (TRI)

El EMDR se sustenta en la teoría de reprocesamiento de la información (TRI), la cual explica que las experiencias con gran intensidad emocional se almacenan en la memoria de modo disfuncional, lo cual imposibilita su correcta integración en el sistema general de la memoria. Las consecuencias de este almacenamiento inadecuado repercuten en la presencia de síntomas como la ansiedad, estrés, dificultades emocionales y flashbacks (Shapiro, 2018; Leeds, 2013).

Para la TRI, las memorias disfuncionales asociadas a un evento traumático se mantienen, mientras no se reprocese de manera adecuada. Es a partir de los estímulos bilaterales que favorecen las conexiones entre las áreas cerebrales involucradas en las emociones y memorias que facilitan el reprocesamiento del recuerdo de manera exitosa (Landin-Romero et al., 2018).

El procedimiento permite formar una nueva perspectiva sobre el recuerdo elegido, lo que mejora las habilidades de regulación emocional y reducir los síntomas de acuerdo con la condición de que se haya detectado como TEPT, TAS, TAG, autoestima, entre otros (Landin-Romero et al., 2018).

Fases de la terapia EMDR

La terapia de EMDR está conformada por 8 fases que van a permitir alcanzar el fin último de reevaluar el trauma de la persona. Estas fases se dividen en las siguientes:

- **Historia del paciente.** Se examinan los acontecimientos más significativos que repercutieron en la vida pasada de la persona, a través de un análisis cronológico, partiendo desde la infancia hasta la etapa en que se encuentre el paciente, permitiendo entrelazar los recuerdos no resueltos entre el pasado y el presente (conceptualización del caso). Al término de esta fase, se planifica el tratamiento, escogiendo las disyuntivas que se deben trabajar (Leeds, 2013).
- **Preparación del paciente.** Es necesario que el paciente y el especialista creen un sitio seguro, de confianza para estar a gusto. Se procede a realizar el consentimiento informado, se explica el tratamiento a seguir y se acuerda los horarios para las sesiones (Leeds, 2013).
- **Evaluación.** Se presenta la situación, objeto o recuerdo perturbador y se pedirá al paciente que lo describa identificando la imagen o sensación que le causó el recuerdo, reconociendo la cognición negativa relativa. Se labora una cognición positiva mostrando la imagen o sensación perturbadora, se evalúa el nivel de validez de la cognición positiva (VOC), se identifica la emoción o sentimiento al repetir la cognición negativa y se valora la perturbación en una escala y se localiza las sensaciones corporales (Leeds, 2013).
- **Desensibilización.** Con la estimulación bilateral de movimientos oculares, el especialista preguntará recurrentemente al paciente su apreciación de acuerdo a lo que esté trabajando, se recomienda que no debe realizar otra intervención, así disminuirá el nivel de perturbación del recuerdo, sensación o imagen hasta lograr la nulidad del mismo (Leeds, 2013).
- **Instalación.** Mientras se sigue reprocesando la imagen, la sensación o el recuerdo, la persona deberá forjar la creencia positiva vinculada a este, mediante breves estimulaciones bilaterales (Leeds, 2013).
- **Examen Corporal.** Se reprocesa el recuerdo en cualquier manifestación negativa residual física o somática (Leeds, 2013).

- **Cierre.** El terapeuta se debe asegurar que el paciente quede estable emocionalmente al término de cada intervención. Es oportuno que se le explique brevemente las posibles situaciones que pueda experimentar entre cada sesión, para lo cual el especialista anotará en su bitácora los cambios que observe (Leeds, 2013).
- **Reevaluación.** Al inicio de cada sesión se debe evaluar los efectos del trabajo realizado con el recuerdo, una vez completado el procesamiento se comprueba si ha surgido nuevo material asociado para continuar procesándolo. Finalmente, el terapeuta comprobará que todos los aspectos del plan de tratamiento se estén abordando (Leeds, 2013).

Estudios sobre la eficacia de EMDR

Soriano et al. (2019) realizaron una investigación sobre la relación existente entre el estrés y ansiedad y la eficacia de la aplicación de diversas técnicas y factores a tomar en cuenta en los programas de intervención. El estudio tuvo un enfoque de investigación cualitativo, descriptivo, longitudinal. Los investigadores revisaron 427 fuentes bibliográficas y seleccionaron 88 trabajos publicados para fundamentar el estudio, de las cuales 77 trabajos fueron eliminados por utilizar otro tipo de diseño, en la mayoría de los casos, transversal. Con los resultados se evidencia la efectividad de los programas intervención, el uso de técnicas y diversos factores para disminuir los niveles de ansiedad y estrés. Los programas de intervención comprimen notablemente los síntomas depresivos, mejoran el estado de salud psicofísico, y emiten una respuesta más adaptativa ante diversas situaciones vivenciales.

Huarcaya (2020) propuso un estudio basado en problemas psiquiátricos y de salud mental relacionados con la pandemia por COVID-19. La revisión fue narrativa, los artículos seleccionados contenían información sobre los efectos psiquiátricos, psicológicos y de salud mental de la COVID-19. La metodología empleada fue de corte trasversal, se pretendía demostrar los niveles de depresión, ansiedad, insomnio y reacción al estrés en los 1257 profesionales que laboran en el área de la salud. Los resultados obtenidos fueron, el 50,4% con estado depresivo, 44,6%

ansioso, 34,0% con insomnio y 71.50% reacción al estrés. Al finalizar el estudio, se comprobó que las personas presentaban sintomatología de ansiedad, depresión y reacción al estrés en el transcurso de la primera fase de la pandemia de COVID-19.

Rojas (2017) investigó sobre la Terapia EMDR basada en una obra de Santo Tomás de Aquino, que se enfoca en tres aspectos: antropológica, teórica y práctica. La metodología tuvo un corte transversal. La psicología tomista es una práctica que ayuda a vislumbrar los tres pilares de la terapia de EMDR: la Estimulación Bilateral, el Modelo SPIA y el Protocolo Estándar. Se propuso que los profesionales en la salud basen su labor terapéutica en la antropología del Aquinate. Al finalizar este estudio, se determinó que la Terapia EMDR, visto desde la doctrina de Santo Tomás, resulta ser una práctica psicoterapéutica, que se interesa de trabajar la parte humanista.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación y enfoque de investigación

El tipo de investigación que guía el presente trabajo es de enfoque cuantitativo, el cual afirman Hernández Sampieri y Mendoza Torres (2018) que, el principal objetivo de este enfoque es la recolección de datos a nivel numérico que permite la generalización de los datos de modo significativo.

El diseño de corte transversal se enmarca como un estudio observacional de base individual, descriptivo y analítico (Mendivelso y Rodríguez, 2018, p.142). Los diseños transversales estudian el fenómeno y su población así guarden o no una condición en cualquier momento (medición simultánea). El diseño transversal, limita a los investigadores a que intervengan de alguna manera (interferencia).

La investigación con alcance descriptivo expone el conocimiento de la realidad tal cual es, sin alteraciones, es así como exhibe una situación en el espacio y de tiempo dado. El procedimiento recae en observar y registrar, o preguntar y registrar, sin agregar subjetividades ni apreciaciones de las personas del entorno ni del investigador (Rojas, 2015).

Haciendo referencia al nivel de profundidad de la investigación, cabe destacar que se alcanzaron los resultados esperados, los mismos que fueron a nivel descriptivo, se enmarcan a la realidad conforme a lo que se observa y aprecia.

2.2. Población y muestra

La población al ser el conjunto de personas que comparten las características de las unidades de observación (Parreño Urquiza, 2016). Para el estudio actual, la población de la investigación estuvo considerada por los pacientes que llegan a la consulta privada de la investigadora del presente estudio. No obstante, se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión para la participación de estos.

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres mayores de 18 años
- Presencia de síntomas de ansiedad posterior a las normativas de confinamiento
- Puntuar un mínimo de 10 en la escala de ansiedad de Beck (BAI)

Criterios de exclusión

- Persona con un diagnóstico de trastorno emocional previo
- Edad menor a 18 años
- Presencia de altos niveles de estrés ocasionados por trabajos

El tipo de muestreo realizado fue no probabilístico, por conveniencia, se conoce a la población que se necesita acorde al objetivo de la investigación (Parreño Urquiza, 2016). En este sentido, se incluyen voluntariamente en la muestra aquellas personas que van cumpliendo con los criterios de elegibilidad.

Para la selección de la muestra se hace uso de la fórmula para población finita, la cual permitió conocer el número de participantes necesarios para nuestro estudio.

$$n = \frac{Z^2 N p q}{e^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

$$n = \frac{(3,84)^2 (90)(0,5)(0,5)}{(0,0025)^2 (90 - 1) + (3,84)^2 (0,5)(0,5)}$$

$$n = 90$$

La muestra seleccionada fue un total de 90 personas (ver Tabla 1), las cuales aceptaron participar voluntariamente en el estudio para la recolección de datos con la intención de conocer los niveles de ansiedad experimentados durante la cuarentena.

Tabla 1. Caracterización de la muestra

Variables	F	P
Género		
Femenino	61	67,8%
Masculino	29	32,2%
Total	90	100%
Edad		
21-30 años	9	10%
31-40 años	37	41,1%
41-50 años	26	28,9%
51-60 años	18	20%
Total	90	100%

Nota: F= frecuencia; P= porcentaje. elaboración propia.

Tipo de recolección de información

Método

El método inductivo, en palabras de Bernal (2010) señala que la obtención de resultados depende especialmente de su origen en hechos particulares, para que los resultados sean generalizables. Tal como es el caso de la aplicación del Inventario de Beck (BAI) para la identificación de los síntomas ansiosos de los pacientes que sustentan el diseño de tratamiento de la propuesta posterior.

Instrumento

Se utilizó el “Inventario de ansiedad” de Beck (BAI), considerada como una herramienta muy práctica, sirve para identificar los síntomas de la ansiedad, tanto en alteraciones simples como en cuadros depresivos agudos. El cuestionario está conformado por 21 preguntas, con opción múltiple de escala tipo Likert de cuatro puntos que va desde 0 (Nada en absoluto) hasta 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo). Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos de acuerdo con la respuesta que emita el paciente; finalmente, la suma de la puntuación de cada ítem dará como resultado la puntuación total que puede comprender entre 0 a 63 (Padrós Blázquez et al., 2020).

Para la interpretación de los resultados se toma en cuenta los siguientes puntos de corte: 00–21 - Ansiedad muy baja, 22–35 - Ansiedad moderada, más de 36 - Ansiedad severa. Una vez recolectados los datos fueron analizados para validar y sustentar la investigación (Padrós Blázquez et al., 2020).

Cada ítem del BAI proporciona información referente a los síntomas de ansiedad, por lo que es imprescindible que la persona perciba el grado de afectación semanal o periódicamente. El BAI utiliza una E1 nivel de confiabilidad del BAI es alto, con un alfa de ,879 que indica que los ítems miden la ansiedad (Padrós Blázquez et al., 2020).

Procesamiento y análisis de la información

Para la recolección de la información se aplicó el BAI a 90 pacientes, quienes aceptaron voluntariamente participar en el estudio. A través de la plataforma *Google Forms* se pudo realizar la toma del test, el tiempo promedio que tuvo cada paciente fue de 15 minutos aproximadamente. La recolección de datos empezó en diciembre del 2020 y culminó en mayo del 2021.

Con los resultados obtenidos se procedió a evaluar los puntajes de cada paciente. Posteriormente, se llenó una matriz para tabular los datos. Se ordenaron los datos de las respuestas y se realizó la respectiva codificación de los datos en una hoja de cálculo de Excel. Una vez, se dieron tratamiento a los datos, fueron ingresados en el Programa SPSS v.27, donde se realizaron análisis estadísticos como tabla de frecuencias para conocer variables generales de los participantes como edad, puntajes generales del BAI y tablas cruzadas entre BAI y sexo/edad. La presentación de tablas y gráficos estadísticos fueron necesarios para una mejor comprensión de los datos obtenidos.

Caracterización

El consultorio privado está ubicado en el norte de la ciudad, la ciudadela Kennedy Norte, cuenta con cinco áreas para la atención de los pacientes y una sala de espera. Este consultorio compartido con otros 10 profesionales facilitó el desarrollo del tratamiento con los participantes. La participación de los profesionales fue

esencial para el estudio como personas de apoyo para la aplicación del protocolo de EMDR y medir si existe una reducción de los síntomas de ansiedad a los 90 participantes/ pacientes.

2.3. Propuesta de investigación

Se partió de la identificación del problema en pacientes con síntomas de ansiedad, los cuales aparecieron en el periodo de confinamiento en la época de la pandemia del COVID-19. Se seleccionó esta temática, debido al impacto a nivel emocional a raíz del confinamiento, la incertidumbre que se experimentó y sigue experimentando hacia toda la población.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre protocolos de tratamiento para favorecer la reducción de la ansiedad desde las terapias de 3era generación. Se tomó como referencias fuentes acreditadas científicamente, recolectando información teórica y metodológica enriqueciendo la investigación.

Como resultado, la propuesta de intervención está enfocada en un diseño de tratamiento basado en la terapia de EMDR, debido a los reportes de demostrar eficacia con relación a distintas problemáticas, entre estos casos en ansiedad. La cual favorecería en dicha problemática, donde la ansiedad es más frecuente y se agudiza conforme aumenta la incertidumbre de cómo evoluciona el virus en el entorno.

Para dicha propuesta de intervención se conformarán dos grupos. El primer grupo conformado por 45 personas y el segundo grupo por 45 personas. El primer grupo será el grupo experimental que recibirá la propuesta de intervención. El segundo grupo funcionará como grupo de control, quienes no recibirán la propuesta interventiva. Solo cuando ya se haya cumplimentado las 7 sesiones con el grupo experimental, se procede a evaluar nuevamente con el BAI a ambos grupos. Posterior a la evaluación, se permite que el grupo control acceda al tratamiento.

Esto va a permitir conocer si existe una reducción significativa de síntomas ansiosos a nivel cognitivo y fisiológico en comparación a personas que no accedan a este tratamiento.

Tema: Propuesta de diseño de tratamiento para pacientes con síntomas de ansiedad basados en EFT y EMDR.

Introducción

En el proyecto se trabajó con una población con niveles de ansiedad leve, la predominancia de síntomas más relevantes son sentirse incapaz, nervioso, atemorizado, inquieto, presentar bloqueo, miedo al descontrol, miedo a lo desconocido, problemas digestivos, acalorado, torpe y con temblores en partes de su cuerpo.

Desde esta perspectiva la propuesta de afrontamiento inicia con la evaluación del nivel de ansiedad de cada paciente aplicando el Inventario de Beck. El terapeuta primero ayuda al paciente a reconocer la presencia de estos síntomas en su cotidianidad y así elabora la demanda de trabajo conforme a la sintomatología individual.

El terapeuta es el responsable de la aplicación de la propuesta, quien inicia el proceso, se recomienda que se establezca un ambiente confiable y seguro para que el paciente logre crear un vínculo terapéutico que lo refuerce y trabaje concientizando sus habilidades intrapersonales.

Desarrollo de la propuesta

El EMDR es una terapia psicológica efectiva, catalogada como parte de las terapias de tercera generación, compuesto por diversos modelos psicoterapéuticos. Actualmente, la terapia es usada para contrarrestar fobias, episodios de miedo, toxicomanía, duelos y otros trastornos somatomorfos.

Entre los estudios que se han realizado, hay presencia de hipótesis explicativas sobre el impacto de los movimientos oculares y la estimulación bilateral en los pacientes ansiosos. Se ha descubierto que los movimientos oculares provocan cambios fisiológicos, muy similares a los que se producen en la fase REM, con la intención de reestablecer los recuerdos, estimulando el procesamiento emocional y cognitivo, lo que origina un aprendizaje a corto plazo.

De igual manera, la EFT es una terapia que se fundamenta con las teorías de la emoción y la construcción dialéctica de significado. Para la aplicación del EFT no es necesario seguir pasos secuenciales, tampoco existe una plantilla específica que permita seleccionar y ordenar la información clínica al nivel de caso, ni una propuesta de tratamiento prescrito.

Partiendo desde este marco referencial, durante el desarrollo del tratamiento, específicamente en las sesiones iniciales, el paciente y el especialista formarán un conocimiento reflexivo, en el cual se reconocerán los puntos débiles y/o dificultades de la persona, es así como se establecerá un foco terapéutico.

Las emociones son la base esencial para la construcción propia, y son vistas como un punto clave en la organización e identidad de la persona. Tienen la función de procesar la información adaptativa, que resulta de la evolución y envían señales para que el individuo pueda discernir si ha logrado o le falta realizar acciones para satisfacer sus necesidades, e identificar si una situación u objeto es perjudicial. De hecho, los recuerdos emocionales son producto de las experiencias vividas y están estructurados por esquemas de emoción que ayudan a la persona a reaccionar automáticamente ante los eventos que se le presenten.

Objetivo general:

- Desarrollar una propuesta de diseño de intervención sustentada en la terapia de EMDR y EFT para personas con sintomatología ansiosa con la finalidad de reducir los síntomas de los participantes.

Objetivos específicos:

- Identificar los niveles de ansiedad que presentan los pacientes.
- Trazar la guía de los objetivos por sesiones considerando los niveles de ansiedad.
- Describir las actividades y técnicas para cada sesión.
- Establecer los niveles de medición de cambio en la respuesta emocional de los participantes

Fundamentación teórica del estudio

La persona que experimenta síntomas de ansiedad percibe un fuerte miedo a perder el control, o a que algo horrible le va a suceder, incluso puede sentir miedo a morir, este malestar va acompañado de síntomas como dificultades para respirar, opresión en el pecho, palpitaciones, sacudidas del corazón o taquicardia, desequilibrio corporal, vértigo o desfallecimiento, temor a la muerte, miedo a descontrolarse, sudoración, temblores, náuseas, malestar abdominal, escalofríos o sofocos, sensación de hormigueo, etc.

Las personas que experimentan síntomas de ansiedad se les caracteriza por adelantarse a los acontecimientos futuros de una forma negativa, lo que provoca que incremente la ansiedad en la persona. Además, advierten la realidad de una forma catastrófica las sensaciones corporales de la ansiedad, al ocurrir esto la persona entra en un estado de pánico o miedo que provoca las crisis de ansiedad.

Cada persona presenta un cuadro diferente de ansiedad, lo primero que se debe hacer es explorar a fondo cada caso, cada persona presente unos síntomas diferentes de ansiedad tanto a nivel físico como a nivel psicológico.

El EMDR, como terapia, estudia y aborda situaciones traumáticas en pacientes que muestren sintomatología ansiosa. Es utilizado para trabajar con individuos que alguna vez en su vida experimentaron eventos perturbadores, viéndose afectados por los recurrentes sentimientos, imágenes y pensamientos negativos que prevalecen a pesar del paso del tiempo.

Para lograr la efectividad de esta terapia, se debe integrar muchos elementos de terapias bajo un mismo enfoque. La combinación de los movimientos oculares y la estimulación sensorial bilateral, activan las funciones de procesamiento de la información del cerebro.

Por medio de los movimientos oculares -en la terapia de EMDR, logran permite la reprogramación del recuerdo traumático. El cerebro procesa la experiencia, los movimientos oculares se vinculan con el procesamiento del contenido de los

pensamientos. Por otra parte, la terapia enfocada a las emociones (EFT), es una terapia que se la realiza con ayuda del especialista.

Destinatarios de la propuesta

A partir del confinamiento, debido al Covid-19, las personas presentaron un incremento en la experimentación de los síntomas de ansiedad. Con la intención de lograr una reducción de estos y con el tiempo no desemboque en trastornos como consecuencia del mantenimiento de los síntomas a largo plazo. Es por esto que, esta propuesta beneficiará a los 90 pacientes del consultorio de la autora, que realizaron voluntariamente la evaluación.

Descripción de la propuesta

Luego de trazar una línea de evaluación de los síntomas de ansiedad que experimenta cada paciente, se diseñó una propuesta de intervención con la finalidad de disminuir los niveles de ansiedad que reportaron. La propuesta de intervención está diseñada considerando con elementos de la terapia de EMDR y de EFT.

Para estimular al cerebro se trabaja con la Terapia de EMDR, buscando la forma de poner en marcha su función natural de procesamiento que posee y que en el pasado no pudo usar por la intensidad desmedida del hecho vivido. Mientras que, la terapia EFT funcionará para trabajar las emociones negativas y disminuir su efecto al momento de recordarlas. A continuación, se detalla las sesiones en el cuadro 2:

Cuadro 2. Detalle de las sesiones

# de sesión	Duración	Objetivo de la sesión	Breve descripción de la sesión	Técnica a utilizar
1	40´ a 60´	Encuadrar el trabajo terapéutico. Identificar las herramientas que el paciente posee para usar a su favor.	Se trabajará con el paciente en reconocer los síntomas ansiosos y sus disparadores.	<u>Ejercicio de respiración y relajación</u>

		<p><u>Deber de la sesión:</u> identificar emoción, sensación, pensamiento y disparador.</p>	<p><u>Exposición imaginada:</u> ejercicio de identificación de sensaciones corporales y relación con momentos en los que los haya experimentado ansiedad.</p> <p><u>Autorregistro:</u> registrar de las emociones y pensamientos y disparadores de la ansiedad</p>
2	Identificar y relacionar pensamiento autorreferente, emoción, sensación, situación.	<p>Se revisará los descubrimientos de la tarea, en caso de no haberla realizado se pasa directamente a la secuenciación de los eventos que han reforzado el pensamiento, la sensación o emoción que el paciente identifica y relaciona con los síntomas ansiosos.</p>	<p><u>Ejercicio de respiración y relajación</u></p> <p><u>Exposición imaginada:</u> exposición a situaciones que producen ansiedad de manera imaginada</p> <p><u>Flotar hacia atrás.</u></p> <p><u>Secuenciación.</u></p>
3 y 4	Incrementar la flexibilidad ante los síntomas de ansiedad.	<p>Se trabajará con la revisión de la emoción, sensación y pensamiento dentro de los momentos que han funcionado como señalizadores de la aparición de las respuestas de ansiedad del paciente.</p>	<p><u>Ejercicio de respiración y relajación</u></p> <p>respiración consciente.</p> <p><u>Exposición interoceptiva</u></p>
40´ a 60´ por sesión	Exposición para la reducción de los síntomas de ansiedad	<p>En estas reuniones se expondrá, mediante imagería, a situaciones que produzcan ansiedad para aprender a no responder hasta</p>	

		que baje la intensidad de los síntomas. De este modo, desarrolla flexibilidad ante la presencia de malestar.	<u>Movimiento bilateral ocular o Tapping</u>
		<u>Deber de la sesión:</u> autoinducirse la situación imaginada y evitar responder a la huida de los síntomas de ansiedad.	
5	Concientizar el autodescubrimiento que el paciente ha tenido en las citas anteriores.	Esta cita trabajará con la narrativa del paciente, se irá revisando su propio crecimiento y la autopercepción actual. Se creará una lista de las herramientas de autorregulación que el paciente posee actualmente, se reforzará la acción de pedir ayuda integrándose con la sensación de acierto que el paciente reporte.	<u>Escribir un cuento</u> <u>Carta para mí</u>
40´ a 60	Revisar las autorreferencias que el paciente aún conserva.		<u>Concientización de sensaciones.</u>
6	Reforzar la autoeficacia mediante los logros alcanzados	El paciente irá revisando sus aciertos en la cotidianidad, relacionando los eventos anteriores con los actuales para reforzar su autoeficacia y capacidad de autorregulación pedir ayuda en el caso en el que lo necesite.	<u>Patrón a futuro.</u> <u>Concientización de sensaciones.</u>
40´ a 60			
7	Revisar los síntomas actuales.	Finalmente, se aplica nuevamente el BAI para identificar el nivel ansiedad que experimenta el consultante, una vez finalizada la terapia. Se contrastan los resultados y se identifican si existió un incremento o una reducción de sus síntomas iniciales.	<u>Exposición inducida</u> <u>Exposición imaginada</u>
40´ a 60	Reforzar la autorregulación.	Esta es la cita de cierre, el paciente podrá comparar el antes del tratamiento con el después del mismo, decidirá si trabajar otros temas o cerrar el proceso.	<u>Revisión de autorreportes iniciales</u> <u>Replicación del BAI</u>
		Será una cita que el paciente prácticamente dirigirá solo de tal manera que se sienta libre	

de tomar decisiones favorables para él y su proceso, reforzando su autoeficacia dentro del espacio terapéutico.

Fuente: elaboración propia

Recursos para la implementación de la propuesta

Para llevar a cabo las sesiones es necesario principalmente el espacio en el cual se cumplirán los momentos de los 7 encuentros terapéuticos. Un consultorio es lo adecuado, que se encuentre equipado para las sesiones, además de que permita garantizar confianza y confidencialidad al paciente de lo que se realice durante las sesiones. Luego será necesario elementos para realizar las técnicas acordes a los objetivos de cada sesión. Entre los elementos a requerir son silla, lápiz o pluma y papel. Se debe tener en cuenta que, para los ejercicios de las sesiones 3-4 se debe tener en consideración la capacidad de imaginación del paciente, a menor imaginación se ha de requerir la impresión de una imagen, escuchar sonidos específicos de la descarga de un audio, entre otras. Por el contrario, aquellos que muestren una mayor capacidad de imaginación no será necesario la implementación de más estímulos.

Plan de evaluación de eficacia del tratamiento

Para conocer la eficacia del tratamiento durante la última sesión terapéutica se aplica una vez más el BAI, para posteriormente, comparar los niveles de ansiedad con los que inicialmente el paciente llegó a consulta con los niveles que actualmente experimenta. Los indicadores que mostrarán una reducción son la disminución de los puntajes en los aspectos cognitivos y fisiológico, aunque sea mínima. De ser así, se busca concluir en la reducción de síntomas de ansiedad y en sus componentes.

Viabilidad

La viabilidad de la propuesta de intervención se realiza personalizando los objetivos y actividades en función del nivel de ansiedad que indican experimentar. Así mismo,

considerando los recursos a utilizar para el tratamiento, son elementos que la autora posee a su disposición.

Sin embargo, pueden aparecer obstáculos que pueden comprometer los resultados finales. Durante el periodo de tratamiento variables como el compromiso del paciente de cooperar dentro y fuera de las sesiones para la realización de las actividades en casa influye en los avances percibidos. Para hacer frente a esta situación, si ocurre, se debe motivar y recordar al paciente que dicho cambio le va a permitir alcanzar metas significativas y valiosas para sí mismo, facilitando que se acerque a las personas o situaciones que para él/ella es importante.

Por el contrario, la existencia de abandono del tratamiento por parte de los pacientes ya sea por razones personales o porque ya no desean continuar con el proceso. Lo cual afecta en la cantidad de muestra requerida para la toma de datos y la existencia de datos incompletos. Para estos casos, lo ideal sería conocer la causa por la cual se retira y tener en consideración para otros pacientes.

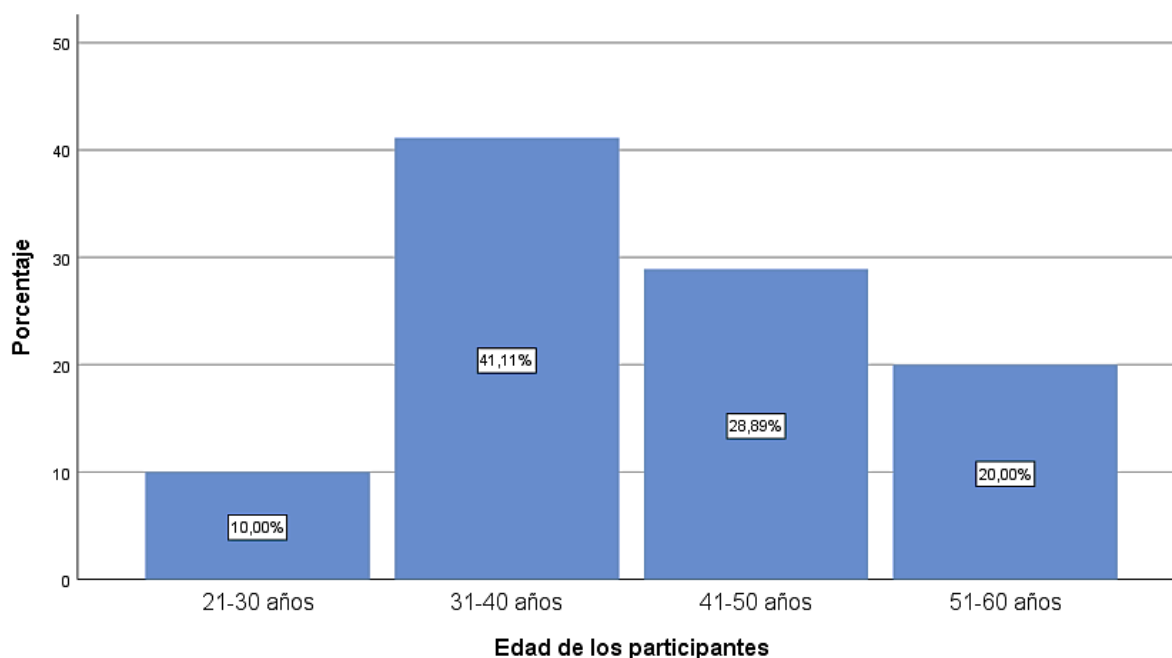
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se van a exponer los resultados obtenidos de la aplicación del BAI a los 90 pacientes que accedieron voluntariamente a participar en el estudio. Cabe recalcar que, estos resultados no responden a la aplicación de la propuesta, el objetivo de esta investigación es crear la propuesta más no aplicarla. Por esta razón, se presentan los niveles de ansiedad con que llegan a consulta los pacientes en medio de la pandemia.

3.1. Análisis de datos

Para el análisis de la Figura 5 con relación a la frecuencia edad de los participantes se logra identificar que la edad de la muestra tomada va desde los 20 a 60 años. De ellos, el 10% tiene entre 21 a 30 años, el 41.11% entre 31 a 40 años, 28.89% entre 41 a 50 años y el 20% entre 51- 60 años. Siendo los pacientes entre 31 a 40 años, quienes acuden en mayor cantidad al consultorio privado por presentar sintomatología ansiosa.

Figura 4. Edad de los participantes



Fuente: elaboración propia

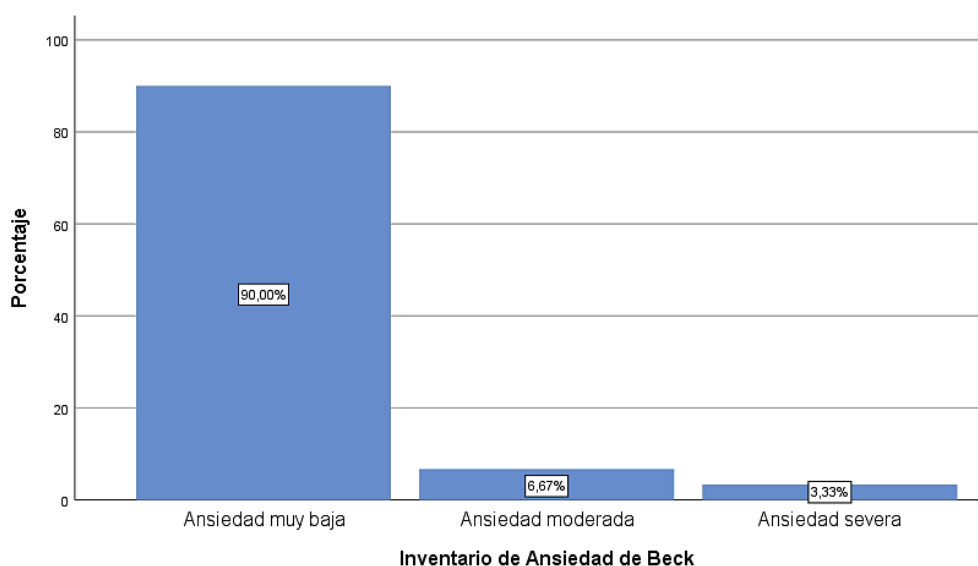
En cuanto a los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), se logra identificar a 81 pacientes con niveles de ansiedad muy baja, lo que equivale al 90%; 6 con ansiedad moderada, es decir el 6.67%; y 3 con ansiedad severa, lo que constituye el 3.33% (ver Tabla 2).

Tabla 2. Inventario de Ansiedad de Beck

	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad muy baja	81	90,0
Ansiedad moderada	6	6,7
Ansiedad severa	3	3,3
Total	90	100,0

Fuente: elaboración propia

Tal como se demuestra en la Figura 6, el porcentaje de los pacientes con ansiedad severa es muy baja frente a los de ansiedad muy baja y moderada. Usualmente las personas con ansiedad severa pueden tener características como dificultades para dormir, problemas digestivos, cefalea crónica, aislamiento social, poca adaptabilidad a nuevos entornos, deserción escolar, entre otros. Es de interés el porcentaje que comprende el de ansiedad muy baja. Sin embargo, al ser menor cantidad la ansiedad moderada y severa, pueden desembocar en algún trastorno de ansiedad al largo plazo al mantener los síntomas.

Figura 5. Inventario de Ansiedad de Beck

Fuente: elaboración propia

En cuanto a las variables género de los participantes y niveles de ansiedad (ver Tabla 3) las participantes de género femenino presentan con mayor frecuencia problemas con sintomatología ansiosa, siendo representadas por un 58,89%. Mientras que, el 31.11% de los pacientes de género masculino con este mismo nivel de ansiedad (muy baja), se presenta en menor medida que las mujeres.

En cambio, con referencia a los niveles de ansiedad moderados, 6,67% de la población femenina reporta experimentar este nivel de ansiedad, que en contraste a los de género masculino que no registran ningún caso.

Por último, el 2,22% de pacientes de género femenino presentan un cuadro de ansiedad severa, en comparación a los de género masculino que se encuentra con el 1.11% de la población.

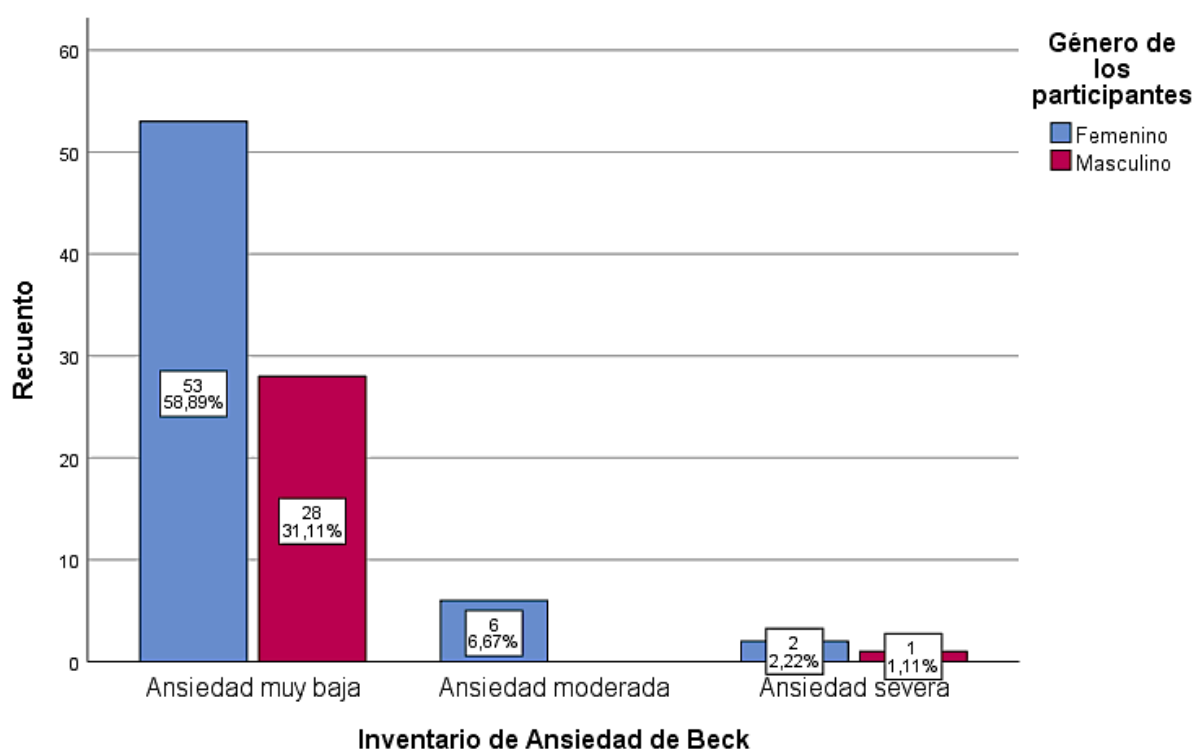
Tabla 3. Inventario de Ansiedad de Beck de acuerdo con el género de los participantes

		Género de los participantes		Total	Porcentaje
		Femenino	Masculino		
Inventario de Ansiedad de Beck	Ansiedad muy baja	53	28	81	90.00
	Ansiedad moderada	6	0	6	6.67
	Ansiedad severa	2	1	3	3.33
Total		61	29	90	100%

Fuente: elaboración propia

A partir de estos datos, que se visualizan en la Figura 7, muestran la prevalencia de los síntomas de ansiedad según el género. Las mujeres al ser más propensas a experimentar preocupaciones, se presentan una tendencia a que experimenten en más intensidad y en mayor frecuencia que los hombres (Javaid et al., 2023). De este modo, los resultados de las pacientes femeninas se evidencian ser mayores, que los resultados de la población masculina.

Figura 6. Resultados BAI y Género de los participantes



Fuente: elaboración propia

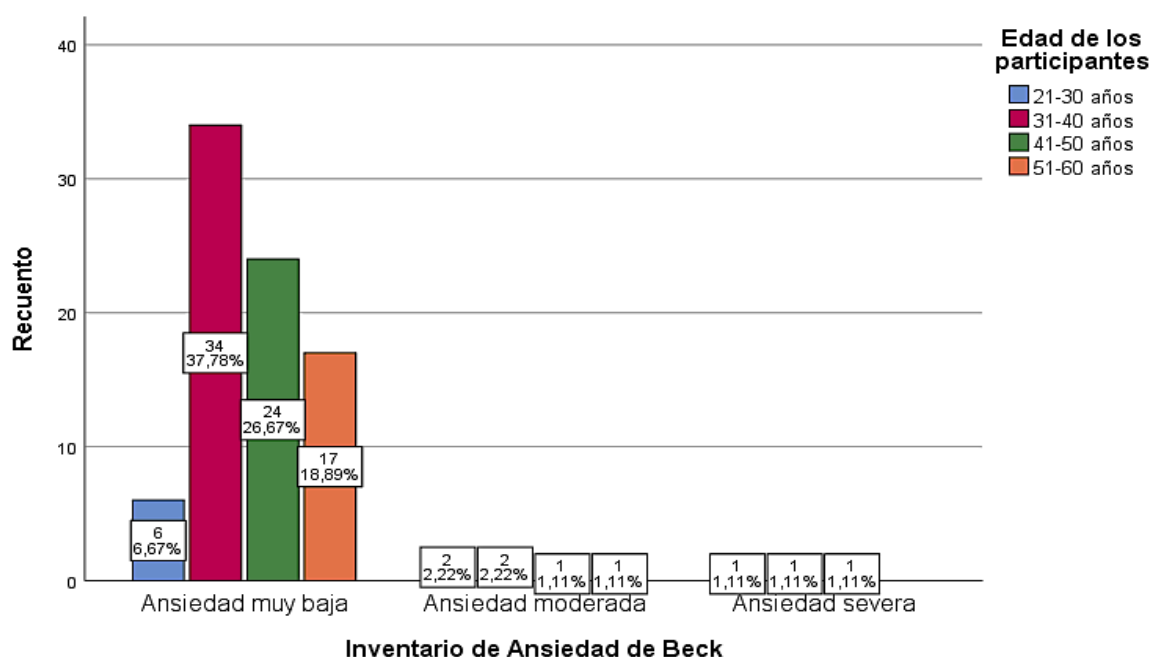
Haciendo un análisis de la tabla 4 con las variables cruzadas entre edad de los participantes y niveles de ansiedad se encontró que, de los 81 pacientes experimentaron ansiedad muy baja. De los cuales el 66,7% están en el rango de edad entre 20 – 30 años, el 91,9% están entre 31 – 40 años, el 92,3 % tienen entre 41 – 50 años y con 94,4% tienen entre 51 – 60 años. De estos resultados los que destacan son los pacientes entre 31 – 40 años, debido a que el porcentaje de la población es del 37.78%. Seguidos de las personas entre los 41 – 50 años, quienes también han sido más propensos a experimentar síntomas de ansiedad muy bajo.

Tabla 4. BAI y edad de los participantes

			Edad de los participantes			
			20-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años
Inventario de Ansiedad de Beck	Ansiedad muy baja	Recuento	6	34	24	17
		% dentro de Edad de los participantes	66,7%	91,9%	92,3%	94,4%
	Ansiedad moderada	Recuento	2	2	1	1
		% dentro de Edad de los participantes	22,2%	5,4%	3,8%	5,6%
	Ansiedad severa	Recuento	1	1	1	0
		% dentro de Edad de los participantes	11,1%	2,7%	3,8%	0,0%

Fuente: elaboración propia

En la figura 8, se observan los resultados de todos los grupos etarios en relación con la edad. Es así como, considerando los 3 niveles de ansiedad, el grupo etario más afectado es el de los 31-40 años, en conjunto marca los números más altos en comparación a otros grupos.

Figura 7. Resultados BAI y Edad de los participantes

Fuente: elaboración propia.

CONCLUSIONES

- La elaboración de una propuesta de intervención basada en las terapias EMDR y la EFT para la reducción de los síntomas de ansiedad en consultantes que llegaron al consultorio privado. La propuesta contempla con introducción, fundamentación, la aplicación a un grupo experimental y grupo control, la planificación a detalle de las sesiones, la evaluación de recursos, aplicación de métricas de cambio y viabilidad demostrando como valoración final que la propuesta es viable.

Así mismo, las terapias usadas tienen un propósito. Por una parte, la terapia EMDR es una alternativa no farmacológica que permite al paciente trabajar los recuerdos a través de movimientos oculares con la intención de disminuir el impacto negativo que tenga de alguna experiencia vivida. Es de bajo costo, por lo que es accesible. Por otra parte, la terapia EFT se basa en atender las emociones de los pacientes con ayuda de la reestructuración de los esquemas mentales, hasta lograr que la emoción de una experiencia se convierta opuesta o disminuya su intensidad.

- De acuerdo con la problemática se diseñó una intervención de 7 sesiones, en la cual cada sesión maneja su respectivo objetivo, que responden a la meta final de reducción de los síntomas. Dichos objetivos aportan en la identificación de los síntomas, los señaladores que activan los síntomas de ansiedad, la exposición por medio de la imaginación a situaciones que causan ansiedad, la flexibilidad de tolerar el malestar y no responder a este, generalización de esta habilidad en otros contextos y la evaluación por parte del paciente y el profesional.
- A partir de los objetivos se plantearon las actividades idóneas en conjunto con las técnicas tanto de EMDR como de EFT para el desarrollo y alcance de objetivos terapéuticos. Así mismo, se hizo uso

de otras técnicas complementarias que se encuentran bajo el enfoque de las terapias de tercera generación. Entre las técnicas usadas se encuentran la respiración consciente, imaginería, secuenciación, focalización

- Para la medición de cambio en la respuesta emocional de los pacientes se estableció el uso del BAI previo al tratamiento y posterior al tratamiento. Así mismo, esta línea base permite identificar los cambios por grupos. Se estableció dos grupos: experimental y de control con 45 personas en cada uno. El experimental comenzaría inmediatamente las terapias a diferencia del control. Con la intención de conocer el cambio en los niveles de ansiedad entre recibir el tratamiento planteado y no recibir tratamiento.

RECOMENDACIONES

- Implementar en más personas la propuesta de tratamiento realizada para verificar si efectivamente se consigue la reducción de síntomas ansiosos. Con la intención de ir mejorando la propuesta acorde a más pruebas experimentales se realicen
- La formación continua a profesionales de psicología en terapias como EMDR y EFT permiten el acceso a pacientes a intervenciones psicológicas, debido al beneficio que son a menor costo y por ende accesibles. Lo que conlleva a que los síntomas no desembocuen en un trastorno.
- Diseñar programas de entrenamiento para los profesionales que se dedican a tratar los casos relacionados a los síntomas de ansiedad, debido a que facilitan el acceso, por ser menos costosas, permitiendo acceder a una intervención psicológica y tratar los síntomas, que, de otro modo, desembocaría en un futuro trastorno.
- Desarrollar más estudios en el que implementen procesos más largos. Es decir, con un mayor número de sesiones, otras actividades y técnicas de EMDR, EFT u otra terapia de tercera generación que nutran el proceso psicológico para la reducción de los síntomas en ansiedad.
- La evaluación de cambios puede ser complementada por otras pruebas estandarizadas que permitan evaluar el resultado principal como la reducción de ansiedad, así como resultados secundarios como otros procesos como rumia, calidad de vida, entre otras variables secundarias.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association [APA]. (2023a). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado (DSM-5-TR)*. Editorial Médica Panamericana.

American Psychiatric Association [APA]. (2023b). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado (DSM-5-TR)*. Panamericana.

Andrades-Tobar, M., García, F. E., Concha-Ponce, P., Valiente, C., & Lucero, C. (2021). Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(1), 13–22. <https://doi.org/10.5944/RPPC.28090>

Barraca, J. (2019). *Tratando con activación conductual. Habilidades Terapéuticas para su puesta en práctica*. Ediciones Pirámide.

Becerra-García, A. M., Madalena, A., Estanislau, C., Rodríguez-Rico, J. L., & Dias, E. (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y mal adaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 75–81. <https://www.researchgate.net/publication/26507330>

Berman, S. (2009). *Pediatría en Desastres*. Médica.

Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la investigación administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Prentice-Hall. www.FreeLibros.me

Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad. Ciencia y práctica*. Desclée de Brouwer.

- García, V. (2023). *Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad generalizada y fobia específica a conducir [Tesis de pregrado, Universitas Miguel Hernández]* [Repositorio Universitas Miguel Hernández]. <https://dspace.umh.es/bitstream/11000/30082/1/TFG%20Garc%c3%ada%20Bertomeu%2c%20Vanesa.pdf#page=8.62>
- García-Dantas, A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) to reduce the anxiety of a soccer player. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 13(1), 51–54. <https://doi.org/10.33155/j.ramd.2019.09.004>
- González-Rivera, J., Rosario-Rodríguez, A., & Cruz-Santos, A. (2020). Escala de Ansiedad por Coronavirus: Un Nuevo Instrumento para Medir Síntomas de Ansiedad Asociados al COVID-19. *Interacciones*, 6(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.163>
- González-Terrazas, R. (2021). ¿Son Contextuales las Terapias Contextuales? *Savecc*, 1–23. <https://savecc.com/Articulos/2021%20-%20Son%20contextuales%20las%20terapias%20contextuales%20-%20SAVECC.pdf>
- Javaid, S. F., Hashim, I. J., Hashim, M. J., Stip, E., Samad, M. A., & Ahbabi, A. Al. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Current Psychiatry*, 30(1). <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00315-3>
- Landin-Romero, R., Moreno-Alcazar, A., Pagani, M., & Amann, B. L. (2018). How does eye movement desensitization and reprocessing therapy work? A systematic review on suggested mechanisms of action. *Frontiers in Psychology*, 9, 1–23. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01395>
- Leeds, A. M. . (2013). *Guía de protocolos estándar de EMDR para terapeutas, supervisores y consultores*. Desclée De Brouwer.

Mora, A. (2023). *Intervención Cognitivo Conductual en una Mujer Adulta con Ansiedad Generalizada [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]*. Repositorio Universidad Nacional Federico Villarreal.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#:~:text=Esta%20nota%20descriptiva%20se%20centra%20en>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. Organización Panamericana de la Salud.

Padrós Blázquez, F., Montoya Pérez, K. S., Bravo Calderón, M. A., & Martínez Medina, M. P. (2020). Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in the general population of Mexico. *Ansiedad y Estrés*, 26(2–3), 181–187. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>

Parreño Urquiza, Á. (2016). *Metodología de investigación en salud*. ESPOCH.

Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic: Negative and positive effects in Spanish people during the mandatory national quarantine. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1–22. <https://doi.org/10.5944/RPPC.27569>

Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.

Stange, I. del R., & Lecona, O. (2014). Conceptos básicos de psicoterapia Gestalt. *Eureka*, 11(1), 106–117.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(5), 1–25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Zhu, X., Wu, S., Miao, D., & Li, Y. (2008). Changes in emotion of the Chinese public in regard to the sars period. *SOCIAL BEHAVIOR AND PERSONALITY*, *36*(4), 447–454.

ANEXOS

Consentimiento Informado

Explicación del proceso investigativo

El presente **documento es de carácter explicativo** sobre el proceso evaluativo del que usted forma parte.

Con su firma usted accede a ser parte del grupo muestra por conveniencia de investigación psicológica a cargo de la psicóloga María del Carmen Rodrigo H, maestrante de la PUCE, que tiene como objetivo:

Proponer un grupo de técnicas centradas en la persona para el manejo de la sintomatología ansiosa para evitar la reaparición de la sintomatología una vez atendido el cuadro clínico.

Para esto se solicita que usted llene el formulario de evaluación que consta de una breve recolección de datos personales y el test de Ansiedad de Beck.

Consentimiento participación.

Los participantes al llenar el presente documento nos permitirán usar sus datos y resultados del Inventario de ansiedad de Beck como parte del respaldo de la presente investigación.

Beneficio del participante en el proceso investigativo: conocer su nivel de ansiedad al momento de realizar la evaluación.

Datos personales:

Nombre y apellidos completos:

Número de cédula: _____.

Estimada Andrea,

La saludo esperando esté muy bien, además, la contacto para solicitarle me ayude llenando la encuesta bajo estas líneas.

Si acepta estará participando en mi proceso de formación de cuarto nivel para el cual estoy realizando una investigación sobre la ansiedad en el periodo de la pandemia y cómo abordar más efectivamente el cuadro ansioso.

Si decide ayudarme sigue el siguiente link:

<https://forms.gle/tWwJWtWGvVpZHZon6>

Si por alguna razón prefiere no participar, comprendo su decisión e igual quedo agradecida.

Gracias, atentamente a la espera de tu respuesta,

María del Carmen Rodrigo H

Psicóloga Clínica.

Estimado César,

Lo saludo esperando esté muy bien, además, lo contacto para solicitarle me ayude llenando la encuesta bajo estas líneas.

Si acepta estará participando en mi proceso de formación de cuarto nivel para el cual estoy realizando una investigación sobre la ansiedad en el periodo de la pandemia y cómo abordar más efectivamente el cuadro ansioso.

Si decide ayudarme sigue el siguiente link:

<https://forms.gle/tWwJWtWGvVpZHZon6>

Si por alguna razón prefiere no participar, comprendo su decisión e igual quedo agradecida.

Gracias, atentamente a la espera de tu respuesta,

María del Carmen Rodrigo H

Psicóloga Clínica.

Nombre y apellidos completos:

Número de cédula: _____

Edad y fecha de nacimiento: _____

Género: _____

Lugar de trabajo: _____

Cargo: _____

Personas con las que vive, parentesco: _____

Dirección de casa: _____

Inventario de Ansiedad

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)					
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21	Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>