

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**“PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA
ELIMINAR LAS CREENCIAS IRRACIONALES EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DEL
HOSPITAL JOSÉ SOTO DE CHOTA”**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO
DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Autora:

Bach. Castro Alarcon, Lorena Gissela

<https://orcid.org/0000-0002-9693-1058>

Asesora:

Dra. Guerrero Carranza Virginia Rosemary

<https://orcid.org/0000-0002-4560-6378>

Línea de Investigación:

Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana

Pimentel – Perú

2023



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA ELIMINAR LAS
CREENCIAS IRRACIONALES EN PACIENTES CON CÁNCER DE
MAMA DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO DE CHOTA”**

AUTORA

Mg. CASTRO ALARCON LORENA GISSELA

PIMENTEL – PERÚ

2023

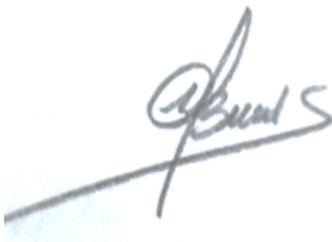
**“PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA ELIMINAR LAS
CREENCIAS IRRACIONALES EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA
DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO DE CHOTA”**

APROBACIÓN DE LA TESIS



Dr. CALLEJAS TORRES JUAN CARLOS

Presidente del jurado de tesis



Mg. CARMONA BRENIS KARINA PAOLA

Secretario del jurado de tesis



Dra. GUERRERO CARRANZA VIRGINIA

Vocal del jurado de tesis

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quien(es) suscribe(n) la **DECLARACIÓN JURADA**, soy(somos) **egresado (s)** del Programa de Estudios de **MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA** de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, dedaro (amos) bajo juramento que soy (somos) autor(es) del trabajo titulado:

“PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA ELIMINAR LAS CREENCIAS IRRACIONALES EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO DE CHOTA”

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán (CIEI USS) conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, con relación a las citas y referencias bibliográficas, respetando al derecho de propiedad intelectual, por lo cual infomo que la investigación cumple con ser inédito, original y autentico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

CASTRO ALARCON LORENA GISSELA	DNI:47191434	Firma 
-------------------------------	--------------	--

Pimentel, 10 de febrero de 2023.

Dedicatoria

A mi hijo,
por ser fuente de
motivación para
lograr mis objetivos.

Agradecimientos

A Dios, porque sin él nada es posible.

A todas las personas involucradas en
el desarrollo de esta investigación.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo general aplicar un programa cognitivo conductual para eliminar las creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama del hospital “José Hernán Soto Cadenillas” de Chota. Para lo cual se optó por una metodología de tipo descriptiva cuasi experimental, evaluando a 67 pacientes con el “Cuestionario de ideas irracionales”, permitiendo diagnosticar y determinar las áreas más afectadas; en base a lo cual se construyó el programa cognitivo conductual aplicado, el cual presentó 24 sesiones distribuidas en un periodo de tres meses, previa validez de expertos en la temática. Se concluyó en base al estudio, la existencia de una diferencia significativa entre el pre test y el post test aplicado, a los familiares y pacientes; comprobando así la eficacia del programa propuesto.

Palabras Clave

Programa cognitivo conductual, ideas irracionales, cáncer de mama.

Abstract

The general objective of this research was to apply a cognitive behavioral program to eliminate irrational beliefs in patients with breast cancer at the "José Hernán Soto Cadenillas" hospital in Chota. For which a quasi-experimental descriptive methodology was chosen, evaluating 67 patients with the "Irrational Ideas Questionnaire", discovering and determining the most affected areas; Based on which the applied cognitive behavioral program was built, which presented 24 sessions distributed over a period of three months, prior validation of experts in the subject. It was concluded based on the existence of a significant difference between the pre-test and the post-test applied to relatives and study patients; thus verifying the effectiveness of the proposed program.

Keywords

Cognitive behavioral program, irrational ideas, breast cancer.

ÍNDICE

Aprobación de la tesis	iii
Dedicatoria	v
Agradecimientos	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1. Realidad Problemática.	12
1.2. Antecedentes de estudio.....	15
1.3. Teorías relacionadas al tema	19
1.4. Formulación del Problema.	29
1.5. Justificación e importancia del estudio.	30
1.6. Hipótesis.....	30
1.7. Objetivos	30
1.7.1. Objetivos General	30
1.7.2. Objetivos Específicos	30
II. MATERIAL Y MÉTODO	31
2.1. Tipo y Diseño de Investigación.	31
2.2. Población y muestra.	32
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.	32
2.4. Procedimientos de análisis de datos.....	33
2.5. Criterios éticos	33
2.6. Criterios de Rigor científico.....	33
III. RESULTADOS	34
3.1. Resultados en Tablas y Figuras.....	34
3.2. Discusión de resultados.....	47
3.3. Aporte práctico.....	48
3.4. Valbración y corroboración de los Resultados	81
3.4.1 Ejemplificación de la aplicación del aporte práctico	81
3.4.2 Corroboración estadística de las transformaciones logradas	81
IV. CONCLUSIONES	83
V. RECOMENDACIONES	84
VI. REFERENCIAS	85
ANEXOS	85
	ix

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Nivel de aprobación y auto expectativas en las pacientes con cáncer de mama.	34
Figura 2 Nivel de culpa y castigo en las pacientes con cáncer de mama.	35
Figura 3 Nivel de control externo en las pacientes con cáncer de mama.	36
Figura 4 Nivel de alta dependencia y preocupación en las pacientes con cáncer de mama.	37
Figura 5 Nivel de pasado determinante en las pacientes con cáncer de mama	38
Figura 6 Nivel de soluciones perfectas en las pacientes con cáncer de mama.	39
Figura 7 Nivel de creencias irracionales en las pacientes con cáncer de mama.	40
Figura 8 Frecuencia y porcentaje de aprobación y auto expectativas en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.	41
Figura 9 Nivel de culpa y castigo en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.	42
Figura 10 Nivel de control externo en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.	43
Figura 11 Nivel de alta dependencia y preocupación en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.	44
Figura 12 Nivel de pasado determinante en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.	45
Figura 13 Nivel de soluciones perfectas en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.	46
Figura 14 Nivel de creencias irracionales en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Resumen de la Evolución de las Terapias Cognitivo Conductuales	25
Tabla 2: Diseño de Pre- experimento	32
Tabla 3: Frecuencia y porcentaje de aprobación y auto expectativas en las pacientes con cáncer de mama.	34
Tabla 4: Frecuencia y porcentaje de culpa y castigo en las pacientes con cáncer de mama.	35
Tabla 5: Frecuencia y porcentaje de control externo en las pacientes con cáncer de mama.	35
Tabla 6: Frecuencia y porcentaje de alta dependencia y preocupación en las pacientes con cáncer de mama.	36
Tabla 7: Frecuencia y porcentaje de pasado determinante en las pacientes con cáncer de mama.	37
Tabla 8: Frecuencia y porcentaje de soluciones perfectas en las pacientes con cáncer de mama	38
Tabla 9 :Frecuencia y porcentaje de creencias irracionales en las pacientes con cáncer de mama.	39
Tabla 10:Frecuencia y porcentaje de aprobación y auto expectativas en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.	40
Tabla 11: Frecuencia y porcentaje de culpa y castigo en los familiares de las pacientes con cáncer de mama	41
Tabla 12: Frecuencia y porcentaje de control externo en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.	42
Tabla 13: Frecuencia y porcentaje de alta dependencia y preocupación en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.	43
Tabla 14: Frecuencia y porcentaje de pasado determinante en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.	44
Tabla 15: Frecuencia y porcentaje de soluciones perfectas en los familiares de las pacientes con cáncer de mama	45
Tabla 16: Frecuencia y porcentaje de creencias irracionales en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.	46
Tabla 17: Prueba de muestras relacionadas en pacientes con cáncer de mama	81
Tabla 18 Estadística de muestras emparejadas en pacientes con cáncer de mama.	81
Tabla 19: Prueba de muestras relacionadas en familiares de pacientes con cáncer de mama.	82
Tabla 20: Estadística de muestras emparejadas en familiares de pacientes con cáncer de mama.	82

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) el cáncer se considera como un problema relacionado con la salud pública, siendo la segunda enfermedad mortal a nivel internacional y considerándose una mayor incidencia en las mujeres, representada por el 24.3%, lo que indicaría que 1 de cada 4 casos de cáncer es de mama. Solo para el año 2020, la OMS, estadísticamente observó más de 2 millones de casos, en los que más de 685 mil mujeres, fallecieron (OMS, 2021).

Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2017 – 2021) del Perú, el cáncer de mama es la segunda neoplasia más frecuente y que a pesar de implementar con mejor equipamiento y calidad de tamizaje, los casos se diagnostican en una etapa avanzada; lo que genera en la población un gran impacto a nivel económico debido a los costos de traslado de sus familiares, además de tener que desertar de sus labores. Sumado a ello, el cáncer de mama se registró como el segundo motivo de ingreso a estadía hospitalaria por cáncer, yendo en aumento con el transcurso de los años, como se evidencia en las estadísticas de MINSA (2017), quienes registraron un total de 1384 ingresos en el 2006 y un aumento de aproximadamente 600 personas para el año 2011, es decir 45.4% de casos por cáncer de mama fueron incrementados en 5 años.

El cáncer afecta a las personas, en diversos ámbitos de sus vidas, no solo al recibir el diagnóstico, sino también a lo largo de todo el tratamiento; y la afección no es solo a nivel físico, sino también a nivel emocional (Villoria et al., 2021), debido a que dicha enfermedad presenta muchas contraindicaciones que comprometen aspectos psicológicos, sobre todo, basados en la forma en que los pacientes entienden su nueva realidad (Echeverry y Vargas, 2020). En base a ello, se conoce que algunas de las reacciones que las personas tienen frente a este diagnóstico son miedo, incertidumbre, tristeza, incredulidad, etc. (Pérez, 2018) y que luego, frente a ello son capaces de en ocasiones desarrollar mecanismos que permiten su adaptación, pese a no ser los más adecuados como el

aislamiento, negación etc. (Cepeda et al., 2020); siendo todo lo mencionado, dependiente de la interpretación y el significado que el paciente otorgue a su enfermedad.

Frente a lo mencionado, se consideran las creencias irracionales en esta población, ya que toman un rol importante porque impiden que el paciente desarrolle una mejor percepción de lo que sucede para poder sobrellevar mejor la enfermedad. Como mencionó Ellis en 1993, el principal origen de las alteraciones a nivel emocional es causado por pensamientos irracionales (Navarrete, 2017) siendo las personas en sí mismas quienes deciden neurotizarse en base a pensamientos ilógicos, ya que no son los eventos lo que originan los estados emocionales si no la interpretación que se hace de esos eventos.

Vernaza et al. (2019) mencionan que conforme el grado de la enfermedad va en aumento, los dolores físicos se vuelven menos soportables, acompañado de sufrimiento emocional; por esto es que Ellis (1993) manifiesta que es importante aprender a transformar los pensamientos, con ayuda de hipótesis que puedan ser comprobadas, teniendo conocimiento certero de lo que es correcto o incorrecto, para así mantener las creencias o refutarlas.

Rodríguez (2018) también lo define como las ideas que impiden que un sujeto avance en su bienestar, ya que perciben el cáncer como una amenaza, por lo cual los pacientes demuestran un temor excesivo a la muerte aun cuando se les diagnostica precozmente y reciben un tratamiento adecuado.

En el hospital de José Hernán Soto Cabanillas de Chota, se encontró que el 2% de pacientes son usuarios con cáncer, que pertenecen a diferentes comunidades de la provincia. Al realizar evaluaciones psicológicas e indagar en sus historias clínicas **se evidencia:**

- Dolor
- Falta de energía
- Cambios en el peso corporal
- Ansiedad
- Depresión
- Ideación Suicida

- Miedo
- Sufrimiento
- Desesperanza

De ahí que el problema de investigación fue: **Insuficiencia en el proceso cognitivo conductual** inciden en las creencias irracionales.

De la aplicación de instrumentos, se pudo determinar como posibles causas del problema:

- Insuficientes programas terapéuticos de afrontamiento de las creencias irracionales en el proceso cognitivo conductual.
- Deficiencias en las prácticas terapéuticas para el manejo y control de las creencias irracionales en el desarrollo del proceso cognitivo conductual.
- Insuficiente orientación didáctica y metodológica en el proceso cognitivo conductual de las creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama.
- Inexistencia de orientación de como poder afrontar el desarrollo del proceso cognitivo conductual.

Por ello **objeto de la investigación** fue el proceso cognitivo conductual, que se basa en describir, predecir y explicar las creencias irracionales del ser humano, teniendo en cuenta los procesos cognitivos.

Los Modelos Cognitivos Conductuales unen conocimientos de la teoría del aprendizaje con aspectos del procesamiento de la información (Gospodinov, 2018), es decir integrar los factores internos y externos de los individuos. Los principales representantes de estos modelos son Albert Ellis y Aaron Beck, quienes desarrollan la terapia racional emotiva y la terapia cognitiva, respectivamente, afirmando en ambos casos que las emociones están influidas por los pensamientos (Gonzales et al., 2017). Beck (1987) y Caro (1997) mencionaron que valoran los esquemas y estructuras que expresan el conocimiento y la experiencia previa, mismos que orientan la búsqueda, análisis, estructura, guardado y recuperación de datos.

Sumado a ello, es importante recalcar la problemática percibida, ya que desde muchos años atrás la idea irracional no ha sido tomada en cuenta; evidenciándose en estudios a nivel internacional, como es el de Escobar (2016), quien afirmó que la influencia del medio, ha generado un aumento en los casos de cáncer de mama, debido a los estilos de vida que se promocionan; además, mediante su investigación pudo determinar la existencia de creencias irracionales en pacientes diagnosticadas, siendo las más relevantes, la baja tolerancia a la frustración, perfeccionismo e indefensión; mismas que influían y afectaban a la paciente.

De igual forma, Urias (2017), determinó que los pensamientos catastróficos son muy comunes en los pacientes diagnosticados con cáncer. Las creencias irracionales o ideas que tienen previo diagnóstico resultan relevantes cuando se debe hacer frente a la enfermedad, sobre todo durante el tratamiento. Es por ello, que se necesita la intervención a nivel de salud mental, de forma que se puedan transformar esos pensamientos y así obtener una mejor adherencia al tratamiento.

De lo desarrollado por los autores mencionados, se concluyó que aún resultan insuficientes los estudios prácticos y metódicos, referidos a la dinámica del proceso para su sistematización, diagnóstico, fundamentación teórica, desarrollo de actividades cognitivas conductuales, su apropiación y generalización

De ahí que el **campo de acción** de la investigación fue la dinámica del proceso cognitivo conductual.

1.2. Antecedentes de estudio

A nivel mundial, el cáncer de mama está considerado como uno de los principales causantes de fallecimiento, por lo que, un diagnóstico a tiempo y el soporte familiar adecuado de personas cercanas al paciente favorecerán el pronóstico y recuperación. Así mismo parte del desarrollo de la enfermedad se debe a factores individuales, familiares y ambientales; es decir, la interacción

con el medio puede causar un efecto físico, psicológico y sobre todo emociones negativas que repercuten en la evolución.

Según la directora de un Hospital de Chota (2021), los síntomas más comunes que presenta un usuario con cáncer son el dolor, falta de energía y cambios en el peso corporal; así mismo puede afectar el estado emocional, psicológico y social de los pacientes, desencadenando procesos mentales que muchas veces conllevan a distintas ideas irracionales como miedo, sufrimiento, desesperanza.

Así mismo, el paciente con cáncer deberá enfrentarse a un amplio espectro de estresores como son el riesgo de vida, dolor emocional y físico, falta de integridad, incapacidades físicas, temor, frustración, separación familiar, internamiento en hospitales, tratamientos, terminología médica nueva, toma de decisiones bajo tensión, falta de independencia, pérdida de sus espacios personales, etc. Siendo estos factores constantes durante el transcurso del tratamiento. (Rubio, 2021)

Para Navas (1981), existe una estrecha relación entre los pensamientos y sentimientos, siendo la diferencia más significativa que la emoción estaría más dirigida a la acción. Sin embargo, ambos interactúan de forma constante y sin fin, de forma que en ocasiones la emoción puede generar un pensamiento o viceversa; en base a ello, explica que, si los pensamientos no son adecuados, los sentimientos pueden perturbar la vida de una persona.

Buge et. al. (2009), consideran que las creencias se construyen en base a las experiencias de la vida, y estas son representadas mediante esquemas mentales sobre uno mismo, el futuro y los demás, siendo en ocasiones irracionales, afectando así al normal desarrollo social, dando lugar a conductas desadaptativas.

Así mismo, Beck (2012), describe que los esquemas mentales son una simbolización mental de las creencias que tiene cada persona, mismas que resultan de importancia ya que permiten realizar inferencias, así como,

almacenar, recuperar e interpretar información sobre uno mismo, otras personas y el futuro.

Las creencias irracionales son causadas por la interacción entre emociones y comportamientos del ser humano; pueden generar sentimientos de ansiedad y depresión, atrayendo un entorno hostil para la persona y ocasionando que se creen más ideas en base a la referencia del contexto (Ellis y Grieger, 1990). Es decir, las creencias que tengamos, serán la base de interacción con otras personas y nosotros mismos, pudiendo ser desadaptativa o adaptativa. (Ellis, 1989).

Chavez y Quinceno (2010), afirman que las personas que por el contrario poseen creencias racionales, se caracterizan por tener pensamientos generadores de bienestar y felicidad. Además, son objetivas, se plantean metas de desarrollo personal, son adaptativas, tienen control sobre sus emociones, entre otras características positivas que generan un desarrollo social saludable. (Ellis y Msclarean, 2004).

A nivel internacional autores como:

García (2018), obtuvo en sus resultados que existía prevalencia en las siguientes distorsiones cognitivas: la dependencia en un 56%, culpabilización en un 40% necesidad de aprobación con un 28% y altas auto- expectativas en un 56%, siendo estas distorsiones complementarias entre sí.

Echeverry y Vargas (2020), en su investigación se hallaron fuertes características racionales bajo la idea autoaceptación incondicional y autoaceptación incondicional de los otros, donde se encontró que la racionalidad va ligada al hecho de aceptar la enfermedad, las transformaciones e implicaciones que esta trae, lo que permite a su vez enfrentar con tranquilidad y entereza el tratamiento. Además, se evidencio que las redes de apoyo positivas son un factor importante.

Jimenez y Naranjo (2018), en su proyecto concluyó que existen creencias irracionales preestablecidas en estas pacientes, es decir que no se originaron a

raíz del diagnóstico, si no que se fortalecieron las que ya existían, también se determinó que existe una percepción negativa de la feminidad.

Angulo (2017), en su tesis evidenció la existencia de ideas irracionales en un grupo de pacientes adultas mayores, relacionadas a una excesiva preocupación por los demás, carga del pasado, elevada autoexigencia y necesidad de ser aprobadas por los demás. Además, observó que usualmente las ideas irracionales se relacionaban con el sujeto de apego.

Castro y Quimbiulco (2017), en su tesis acerca de las creencias irracionales en personas que han pasado por intento de suicidio, encontró entre sus resultados más importantes que algunos de los principales factores de riesgo en estas personas era la problemática relacionada con los ámbitos familiar, académico y de pareja. Observando además un predominio de ideas catastróficas y castigo en ambos sexos; ante ello señala la oportuna intervención.

A nivel nacional

Alcalde (2020), concluye en su estudio que a mayor incidencia de creencias irracionales mayor será la dependencia emocional, a partir de la correlación significativa y positiva entre ambos constructos.

Buiklece (2019), en su investigación acerca de la dependencia emocional y creencias irracionales, en víctimas de violencia, pudo encontrar que la mayoría de mujeres presentaban la idea irracional de culpabilización; concluyendo además que la dependencia emocional se encuentra relacionada con las creencias irracionales en una persona.

Gálvez (2019), encontró que existe una relación inversa con un efecto pequeñamente significativo entre las creencias irracionales y el autoconcepto, de acuerdo a lo cual concluye que el tener estas creencias hace que las personas actúan en base a ellas, teniendo como consecuencia una mala percepción de su autoconcepto, lo cual afecta de forma negativa a su normal desarrollo.

Valderrama (2018), en su estudio acerca de las creencias irracionales en mujeres en calidad de convivientes, obtuvo que entre las ideas más resaltantes se encontraban el perfeccionismo, miedo a lo no conocido y pasado influyente en el 40%, 38% y 30%, de evaluadas. Proponiendo ante ello un programa de 10 sesiones que permitieran mejorar la realidad observada ya que las personas eran proclives a un trastorno emocional.

Abad (2018), en su investigación acerca de las diferentes creencias irracionales observada en pacientes con diagnósticos afectivos, no encontró diferencias relevantes entre ambos grupos, sin embargo, para los diagnosticados con depresión a diferencia de la ansiedad, en ambos sexos, fue mayor la idea relacionada a la influencia del pasado.

A nivel local

A nivel local no se han hallados estudios respectivos a las ideas irracionales en pacientes que sufren de cáncer de mama, por lo que surge una necesidad de investigación frente al vacío de conocimiento encontrado.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1 Caracterización del Proceso Cognitivo Conductual y su Dinámica

Para Fernández y Fernández (2017), la terapia cognitivo conductual (TCC) es un tipo de intervención con base científica, con una variedad de métodos aplicables a diferentes problemáticas (Riso, 2006), centrados en los pensamientos distorsionados, que modulan la conducta de los pacientes.

Para definir la teoría cognitivo conductual se toman como base diversas propuestas, ya que resulta un modelo muy extenso.

1.3.1.1. Teoría del Enfoque Cognitivo Conductual

Es considerada como un método interdisciplinario para tratamientos de salud mental, debido a las respuestas efectivas que se han obtenido al ser aplicado en psicoterapia (Infocorp, 2017).

Este método combina varias estrategias y procedimientos, que benefician la calidad de vida de las personas. Como tratamiento, es efectivo desde la rama de la psicología clínica; por otra parte, se distingue la autoevaluación por parte del paciente durante el proceso terapéutico y se sostiene en fundamentos validados de forma experimental (Urbano, 2019)

Ramallo (1981), describe a la TCC como la consecuencia de diversos descubrimientos encontrados en la psicología cognitiva y conductual, mismos que se fusionaron y dieron lugar a la terapia cognitivo conductual, la cual tiene como bases al pensamiento y la conducta, para su intervención; consiguiendo así respaldo científico y metodológico apoyado en el comportamiento del ser humano.

Torales y Cantero (2017), indican que este método enfatiza a la cognición como la principal herramienta de los cambios o modificaciones psicológicas. Por su parte, Quinto (2002), hace ahínco en la relación dada por pensamiento y conducta como base para el funcionamiento de la salud mental.

La TCC, se trabaja centrándose en el presente y solo aborda las causas fundamentales de los problemas que deben examinarse y utilizarse para el tratamiento. Según Korman y Saizar (2016), la psicoterapia cognitivo-conductual está creciendo rápidamente, abarcando los tratamientos en el campo de la psicología y la psiquiatría, por lo que diversos profesionales están muy interesados en esta terapia.

1.3.1.2. Teoría del Proceso de Desarrollo Cognitivo Conductual

Este enfoque está dado por la suma de diferentes teorías que pretenden aclarar cómo se interiorizan los comportamientos en las etapas de la niñez y adolescencia. Beck y Ellis, elaboraron una metodología conjunta que permite a los pacientes reconstruir su forma de pensar a través de la racionalidad y su autorreflexión; durante este proceso el paciente participa activamente en la evaluación y reorganización de sus ideas disfuncionales. (Hernández y Sánchez, 2007).

1.3.1.3. Teoría de la Terapia Cognitivo Conductual

Se agregan lineamientos conductistas, enfatizando que la conducta es producto del aprendizaje; sin embargo, este aprendizaje no es solo una asociación estímulo - respuesta, sino que también enfatiza las modalidades formadas por diferentes relaciones de significado personal, ósea esquemas cognitivos.

Por otra parte, recalca los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales, aduciendo que están interconectados, y que los cambios en un aspecto afectan a otros componentes (Lega, et. al. 2017).

Asimismo, existe una interrelación entre las estructuras cognitivas, dándole una estructura jerárquica y de este modo, se figura la organización de la identidad y características que una persona desarrolla, respecto a su personalidad y las vivencias con su contexto. (Rodríguez y Vetere, 2011).

Díaz et. al. (2017), expresan que la TCC está relacionada con el pensamiento, el afecto y comportamiento, y para su práctica utilizan diferentes tendencias psicológicas cognitivas y conductuales, aunando estrategias.

1.3.1.4. La Terapia Cognitiva de Aaron Beck

Es un modelo de psicoterapia en el que se evidencia una estrecha relación con el empirismo científico, y su fundamento está dado en el concepto cognitivo de psicopatología y el tratamiento gradual que conduce a la transformación.

El enfoque propuesto por Beck presta especial atención al pensamiento automático, por lo que se relaciona con la distorsión cognitiva (Psicología y Mente, 2020). Es por ello que ante una experiencia de peligro, las personas no suelen reaccionar de forma automática, es decir, previo a dar una respuesta emocional o conductual, percibirán la situación, clasificarán en base a sus experiencias pasadas, inferirán, analizarán y darán significado a los estímulos en función de sus condiciones previas establecidas o los llamados patrones cognitivos.

La TC se basa en el planteamiento de que las personas se encuentran influenciadas por como ellas interpretan determinadas circunstancias, mas no por la realidad en sí. Esto debido a que el proceso cognitivo es un medio de

codificación, almacenamiento y restauración de información que se encuentra en los esquemas cognitivos (Escobar, 2018).

Estos esquemas, están basados en un conjunto de experiencias pasadas que vendrían a funcionar como pensamientos que dirigen la atención e interpretación de una situación particular, promoviendo así la memoria. Durante el procesamiento de la realidad, puede haber errores que pueden den lugar a distorsiones en la interpretación y evaluación de las situaciones, lo que se considera como "distorsión cognitiva". (Salamanca, et. al. 2017).

Céspedes (2018), comenta que otro concepto importante dentro de la terapia según el enfoque de Beck, son los "productos cognitivos" es decir, los pensamientos que se dan como resultado del análisis e interpretación de la información que hace la persona en base a sus experiencias.

1.3.1.5. Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis (1995)

Lo más importante de la teoría de Ellis, son las "creencias irracionales" y la causas que el otorga a un problema mental, siendo estas fuentes, las emociones, pensamientos y comportamientos, recalcando la influencia del pensamiento sobre la psique de la persona. En base a ello, explica que el principal responsable de sus perturbaciones, es el mismo paciente, mismas que se dan por factores conscientes o inconscientes.

Para Ellis, la cognición es la causa principal de las emociones y las creencias irracionales de los trastornos emocionales, por lo que, al transformar las creencias en beneficiosas, mejorarían a su vez las perturbaciones. A su vez Mera y Rios (2018), consideran que, en la mayoría de los casos, cuando se cuestionan las creencias irracionales y luego se reemplazan constructivas, se superará el problema de la conducta desadaptativa.

La técnica primordial en el tratamiento de Ellis, fue la terapia de diálogo. El método TREC, incluye determinar: adversidad (A), pensamientos irracionales (B), resultado de emociones y conductas (C), debate de creencias irracionales (D), e impartir nuevas creencias basadas en la razón. La TREC, por lo tanto, no se encarga solo de lidiar con la sintomatología del paciente, sino, va más allá y busca un cambio profundo y personal en su vida, consiguiendo ello mediante el método A – B – C, siendo el punto D, el momento en el que se instaura la terapia

de diálogo, cuestionando las ideas del paciente, con el objetivo de llegar a un punto E, en el cual el paciente se encontrará mentalmente más sano (Ellis y Griegger, 1990).

1.3.2. Determinación de las tendencias históricas del Proceso Cognitivo Conductual y su dinámica

En este punto se expondrán las etapas por las cuales ha pasado el proceso Cognitivo Conductual considerando para su análisis los indicadores de formación de la psicoterapia, fundamentos teóricos, trascendencia y evaluación.

Etapas 1. El origen de la teoría del comportamiento cognitivo. (1900-1960).

La terapia cognitivo conductual surge frente al psicoanálisis, como una necesidad de la psicoterapia, en la década de 1950 (Díaz, et. al. 2012). Se da primacía al factor conductual en base a estímulos y reacciones, determinando si puede ser aprendida o modificada. Sin embargo, sus raíces epistemológicas son:

- Condicionamiento clásico de Pavlov.
- Ley del efecto de Thorndike
- Conductismo de Watson
- Neoconductismo

Es importante señalar que, durante este período, destacan también Skinner, Eysenck y Wolpe, con su terapia conductual y sensibilización sistemática, respectivamente (Castanedo, 2008). Entre las principales propuestas de los teóricos nombrados resalta la intervención con estrategias limitadas en tiempo, experimentación y transformación adaptativa de conductas y pensamientos. Es por ello, que se considera una etapa influyente y extensa.

Etapas 2. Desarrollo de la TCC (1960-1980).

Incluye la reestructuración cognitiva, caracterizada por la importancia que se le otorga al pensamiento sobre las conductas del ser humano, además de la

inclusión de técnicas que permitan manejar situación y resolver problemas de manera adaptativa, pero combinada con el concepto de aprendizaje social de Bandura. De esta forma, se propone un enfoque de tratamiento que genera interés, debido a su efectividad en los procedimientos utilizados. En esta línea encontramos a Bandura con la propuesta del aprendizaje social, Albert Ellis (TREC) y Aron Beck (TC). (Castanedo, 2008)

Así es como la TREC, de Albert Ellis, trata las creencias irracionales, transformándolos en racionales; y sumado a ello, el método de Aaron Beck, con su terapia cognitiva, trata a los pensamientos desadaptativos. Concluyendo que ambos modelos pertenecen al grupo de terapia cognitivo conductuales (Caballo, et. al. 2019).

Etapa 3. Neo - perspectivas (1980-Actualidad).

En esta etapa se plantea una perspectiva holística, enfocada en el entorno. Se suma la aplicación de un método científico pragmático, que muestra ser efectivo en terapias situacionales (Navarro, 2020). Además, presenta una metodología analítica, que refiere aceptación y compromiso, aunado a un tratamiento dialéctico basado en el interés por el aprendizaje.

Por otra parte, actualmente se ha desarrollado la “terapia cognitiva constructivista”, que también ha resultado ser beneficiosa frente al tratamiento de diversos trastornos y que tienen resultados eficaces frente a situaciones difíciles, tal como es la TCC trans - diagnóstica, la cual surge de las bases de la TCC, sin embargo, es más integrativa y orientada por sobre todo a trastornos de la personalidad. (González y Ruiz, 2018).

Tabla 1*Resumen de la Evolución de las Terapias Cognitivo Conductuales*

	Etapa 1. Origen de la teoría del comportamiento cognitivo. (1900-1960).	Etapa 2. Desarrollo de la TCC (1960-1980).	Etapa 3. Neo – perspectivas (1980-Actualidad).
Formación de la psicoterapia	Surge frente al psicoanálisis, como una necesidad de la psicoterapia, en la década de 1950.	Nace por los hallazgos de la psicología cognitiva conductual, generando la unión de ambas partes.	Se plantea una perspectiva holística, orientada al sujeto en sí mismo, pero también a su entorno.
Concepción teórica	Centrada en la conducta observable: Condicionamiento clásico de Pavlov; Ley del efecto de Thorndike; Conductismo de Watson; Neoconductismo	Caracterizada por la importancia que se le otorga al pensamiento sobre el modelo de conductas del ser humano, utilizando la reestructuración cognitiva e incluyendo el modelo de aprendizaje social.	Presenta una metodología analítica, que refiere aceptación y compromiso, aunado a un tratamiento dialéctico basado en el interés por el aprendizaje.
Trascendencia del enfoque	Se considera como influyente y extensa, resaltando la intervención con estrategias limitadas en tiempo, experimentación y	Se considera como una etapa que se aproxima a los tratamientos médicos conductuales, ejerciendo influencia sobre las	Actualmente se ha desarrollado la “terapia cognitiva constructivista”, siendo beneficiosa frente al tratamiento de diversos trastornos.

	transformación adaptativa de conductas y pensamientos.	áreas sociales y laborales.
Evaluación del enfoque	Enfocada en la evaluación de los patrones conductuales desadaptativos y sus cambios.	Enfocada en la evaluación de procesos cognitivos desajustados de la realidad y en el trabajo con ellos la observación conductual.

Nota. Creación propia 2022.

1.3.3. Programa Cognitivo Conductual

Es importante recalcar que los planes o programas cognitivo conductuales deben ser desarrollados de manera personalizada según la persona o el grupo de personas con el que se va a intervenir (Royal College of Psychiatrists, 2009).

Además, los planes de intervenciones deben estar estructurados con un aproximado de 12 sesiones, entre 60 a 90 minutos y realizadas, intersemanal (Valles y Olivares, 2014), teniendo en cuenta los siguientes aspectos.

- Psico educar al paciente e informarle acerca del tratamiento o programa al que será sometido.
- Entrenar sus habilidades sociales, incluyendo temas como el asertividad, establecimiento de buenas relaciones interpersonales, comunicación, etc.
- Exponer a la persona a circunstancias en las cuales deberá interactuar con los demás poniendo en práctica lo aprendido.
- Aplicar técnicas de reestructuración cognitiva, tales como el entrenamiento en auto instrucciones, la focalización de la atención o videos feedback, basados en las teorías de Ellis y Beck.

Una estrategia para que el tratamiento resulte más interactivo e involucrar al paciente, es solicitarle que mantenga un diario en el cual se contemplará el trabajo realizado en cada sesión, de forma que pueda observar, determinar, analizar sus pensamientos, emociones y conductas.

Hernández (2018), propone incluir dentro de los programas cognitivo conductuales un aproximado de 14 sesiones, en las cuales se aborde los factores cognitivos, afectivos, físicos y comportamentales, utilizando estrategias como son psicoeducación, la alianza y educación terapéutica, diálogo terapéutico, relajación, reconstrucción cognitiva, autoexposición gradual, exposición imaginaria, entre otros.

Roca (2016), explica que la terapia individual debe ser primordial y la forma de dar inicio, consecutivamente se integra la terapia grupal, considerando lo citado por Beck. En base a ello, se debería desarrollar a partir del tercer mes, incluyendo:

- Entrenamiento en habilidades sociales
- Enumeración de pensamientos de ansiedad y evitación.
- Llevar un registro de pensamientos
- Predicción de prueba
- Considerar el procesamiento de la evaluación post situación.
- Cambiar gradualmente las ideas irracionales.
- Socialización
- Reestructuración cognitiva

Luego de observar en la persona un nivel significativo de mejora en su salud mental, evidenciando la respuesta al tratamiento, se podrá cambiar la constancia de cada sesión, teniendo en cuenta que es importante evitar las recaídas (Sparrow, 2007).

1.3.4 Marco Conceptual.

Cáncer: La palabra cáncer es muy usada a nivel mundial para referirse a un grupo de enfermedades, dado que el organismo produce un exceso de células

malignas con rasgos típicos de comportamiento y crecimiento descontrolado (De la Torre, 2008).

Así mismo el cáncer es una enfermedad degenerativa y algunas células del cuerpo generan problemas en su lugar de origen, causando distintos daños. Por lo que se puede decir que no cumple con ciertas reglas o normas de control de crecimiento normal y ordenado. Es importante saber que las células del cuerpo van creciendo a lo largo de la vida, siendo el organismo quien controle este crecimiento, así como un tratamiento oportuno.

Creencia: Es una actitud mental referida la aceptación de un hecho, idea o experiencia, en el cual el ser humano la considera como reales sin necesidad que tengan un estudio científico o argumento. Es decir, son en su mayoría empíricas por aquello que decidimos creer.

Creencias Irracionales: Ellis (como se citó en Garrido y Rodríguez, 1994) las creencias irracionales se definen como: “cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfieren de forma importante en la supervivencia y felicidad del organismo.”

Así mismo elaboró un listado de creencias irracionales, siendo estas las más comunes entre sus pacientes. Por otro lado, cabe recalcar que las creencias irracionales son las únicas en cada persona, debido a que las creencias son propias de cada ser humano.

1. Es necesaria la aprobación y el afecto de todas las personas importantes.
2. Para tener valor, debemos ser competentes.
3. Algunas personas son perversas y merecen ser castigadas.
4. Es un problema cuando las cosas no salen como queremos.
5. Las personas no pueden controlar sus propias emociones, ya que las originan factores externos.
6. Las situaciones difíciles generan demasiada preocupación.
7. Es mejor evitar problemas que enfrentarlos.
8. Se debe depender de alguien más fuerte que uno mismo.
9. El pasado dictamina nuestro presente.
10. Debemos ser en exceso preocupados por lo que le sucede a los demás.

11. Existe solo una solución para los problemas.

Cognitivo: La definición está relacionada con el procedimiento y la forma que un ser humano puede adquirir información (cognición) a través de la información percibida del medio. Por otro lado, este término proviene del latín, “cognoscere”, y se traduce como conocer. Así mismo la cognición incluye distintas programaciones, desde el lenguaje y el pensamiento hasta la memoria, la percepción, la atención o la resolución de problemas. Por lo tanto, Cognitivo es todo lo relacionado con los procesos de adquisición del conocimiento para el aprendizaje. (Cognitivo, s/f).

Conductual: Referente a la conducta. Está relacionada a la particularidad que tiene un individuo para comportarse en diversos ámbitos de su vida diaria. Esto quiere decir que esta definición también se utiliza como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a los actos que desarrolla un sujeto ante los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno (Pinto, C., 2007).

Terapia Cognitivo Conductual: La TCC está asociada al pensamiento, emoción y la conducta, para su trabajo y o tratamiento para una terapia según este enfoque recopila aportes de distintas corrientes psicológicas cognitivas y conductistas, combinando técnicas y estrategias (Díaz, Ruiz, & Villalobos, 2017)

Así mismo este enfoque añade distintos aportes cognitivos y conductistas, incidiendo que toda conducta humana es adquirida y aprendida.

Programa cognitivo conductual: Considerado como una herramienta metodológica basada en el conjunto de acciones como planificar, organizar, describir, ejecutar y evaluar, con la finalidad de orientar sobre el desarrollo de actividades para que los pacientes adquieran y pongan en práctica distintas técnicas cognitivas conductuales para afrontar aquella situación por la cual están pasando.

1.4. Formulación del Problema.

Insuficiencias en el proceso cognitivo conductual inciden en las creencias irracionales.

1.5. Justificación e importancia del estudio.

Es de relevancia ya que permitió conocer las características y creencias irracionales en las usuarias afectadas por cáncer de mama, de forma que pudo darse una respuesta efectiva a los problemas o situaciones que inciden sobre dicha realidad.

A nivel teórico, el estudio contribuyó a brindar información nueva y actualizada sobre la variable en estudio y en base a los resultados obtenidos, se diseñó un programa que ayudó a combatir las creencias irracionales que presentan las pacientes.

A nivel práctico y metodológico, se realizó la presente investigación porque se percibió una necesidad real que representaba una posibilidad para brindar una solución a la necesidad captada.

Por otro lado, en el enfoque social tuvo relevancia para que la sociedad y profesionales asumieran la importancia debida en la salud mental de los pacientes con enfermedades crónicas. Finalmente, a nivel metodológico, se brindó un aporte con lineamientos establecidos y viables de mejora para el éxito y conseguir mejores resultados.

1.6. Hipótesis.

Si se aplica un Programa Cognitivo Conductual, que tenga en cuenta el pensamiento y la conducta entonces se contribuye a la mejora de las creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama de un hospital de Chota.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivos General

Aplicar un programa cognitivo conductual para eliminar las creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama del hospital “José Soto Cadenillas” de Chota.

1.7.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar el proceso cognitivo conductual y su dinámica.
- Determinar las tendencias históricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica
- Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en pacientes con cáncer de mama de un hospital de Chota.
- Elaborar un programa cognitivo conductual.
- Corroborar científicamente los resultados de la investigación mediante un pre- experimento.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de Investigación.

Según el objetivo: El presente estudio fue aplicado, porque se dió en el contexto y se aplicó un programa cognitivo conductual, dando así solución a un objetivo determinado.

Profundización en el objeto: Fue una investigación de tipo descriptiva debido a que se realizó una caracterización y explicación objetiva del proceso cognitivo conductual, para explicar las causas que provocaron dicho evento.

Tipo de datos empleados: Tipo mixta, puesto que se cuantificó y cualificó, al exponer los resultados analizados.

Grado de manipulación de las variables: Fue pre-experimental, pues se llevó a cabo la aplicación total del aporte practico, con un solo grupo intencional.

Tipo de inferencia: Método hipotético -deductivo.

Periodo temporal en que se realiza: Transversal, debido a que la recolección de datos se dio en un momento dado.

Tabla 2
Diseño de Pre- experimento

Diseño de PRE-EXPERIMENTO			
Pre prueba y post prueba			
	PRE- PRUEBA	ESTIMULO	POST – PRUEBA
G1	01	X	02

2.2. Población y muestra.

Estuvo constituida por mujeres pacientes con cáncer de mama del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, así mismo se consideró a sus familiares; y la muestra fue de tipo no probabilístico y fue integrada por el mismo grupo de la población, para lo cual se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Sexo femenino.
- Mujeres pacientes de cáncer de mama del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota.
- Familiares de pacientes de cáncer de mama del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota.

Criterios de Exclusión:

- Sexo masculino.
- Mujeres que no sean pacientes de cáncer de mama del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota.
- Familiares de pacientes que no tengan cáncer de mama del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

Métodos teóricos

- Histórico – lógico. Dado con el objetivo de conocer las predisposiciones históricas referidas al proceso cognitivo conductual.
- Análisis síntesis. Se emplea para describir el proceso cognitivo conductual.

- Abstracto-concreto. Referido a todo el material teórico acerca del proceso cognitivo conductual.

Métodos empíricos

- Cuestionario. Utilizado como medio para caracterizar al proceso cognitivo conductual.

2.4. Procedimientos de análisis de datos.

Luego de la aplicación del instrumento, se procedió a la calificación e ingreso al software IBM SPSS Statistic, mediante el cual se dió el procesamiento de la información, obteniendo la tabulación adecuada para ser interpretadas, así como la confiabilidad, contrastación de hipótesis.

2.5. Criterios éticos

Existen 3 principios, que fundamentan una investigación ética, la cual utiliza seres humanos (Belmont, 1979):

- Beneficencia: Tener en cuenta que se debe incrementar los beneficios y reducir los riesgos para los sujetos.
- Justicia: Asegurarse que el estudio sea aplicado equitativamente y evitar los riesgos.
- Respeto: Las personas tienen la capacidad de elegir libremente si desean o no participar en la investigación, después de haberles explicado en qué consistirá, lo que se le relacionaría con el consentimiento informado donde la persona acepta libremente participar de la investigación.

2.6. Criterios de Rigor científico.

Los criterios considerados para el presente estudio serán:

- Relevancia: Por los resultados obtenidos en la investigación
- Confirmabilidad: Los datos recolectados serán el respaldo de los resultados encontrados.
- Fiabilidad: Se brindarán conocimientos veraces.
- Aplicabilidad: Debido a que podrá replicarse en otras investigaciones.
- Aplicable: Debido a la parte práctica que se dará la propuesta del programa.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados en Tablas y Figuras

El presente capítulo expone los resultados obtenidos acerca de las creencias irracionales en las pacientes con cáncer de mama; de igual forma, con la finalidad de obtener triangulación sobre lo encontrado, se observan los resultados de los familiares encuestados.

3.1.1. Resultados en el grupo de pacientes

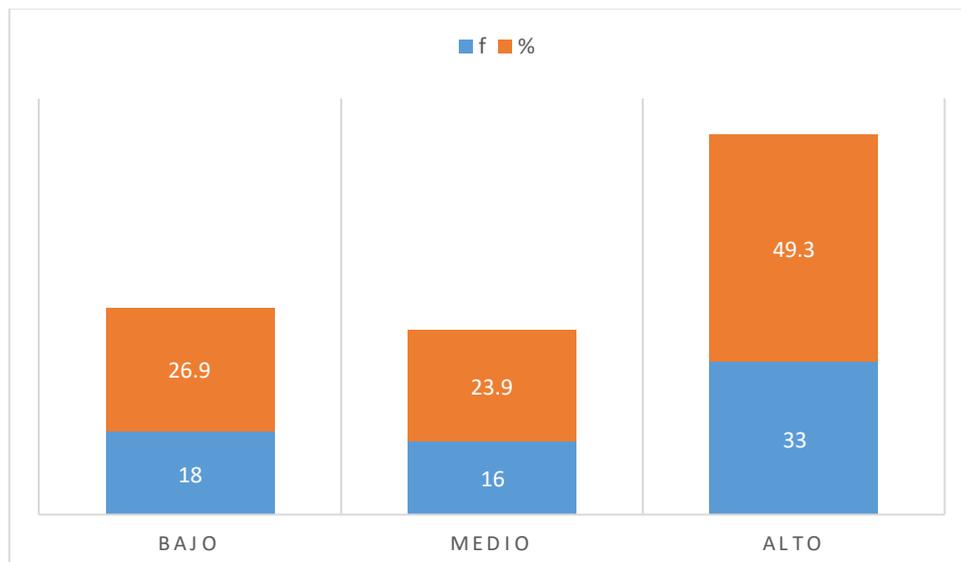
Tabla 3

Frecuencia y porcentaje de aprobación y auto expectativas en las pacientes con cáncer de mama.

Niveles	f	%
Bajo	18	26.9
Medio	16	23.9
Alto	33	49.3
Total	67	100.0

Figura 1

Nivel de aprobación y auto expectativas en las pacientes con cáncer de mama.



En la tabla 1 y figura 1, se observa que un gran porcentaje de la población evaluada presenta un nivel alto de creencias irracionales relacionadas a la aprobación y auto expectativas (49.3%), lo que indica que, la mayoría de pacientes necesitan la aprobación de los demás y son competitivas en todo.

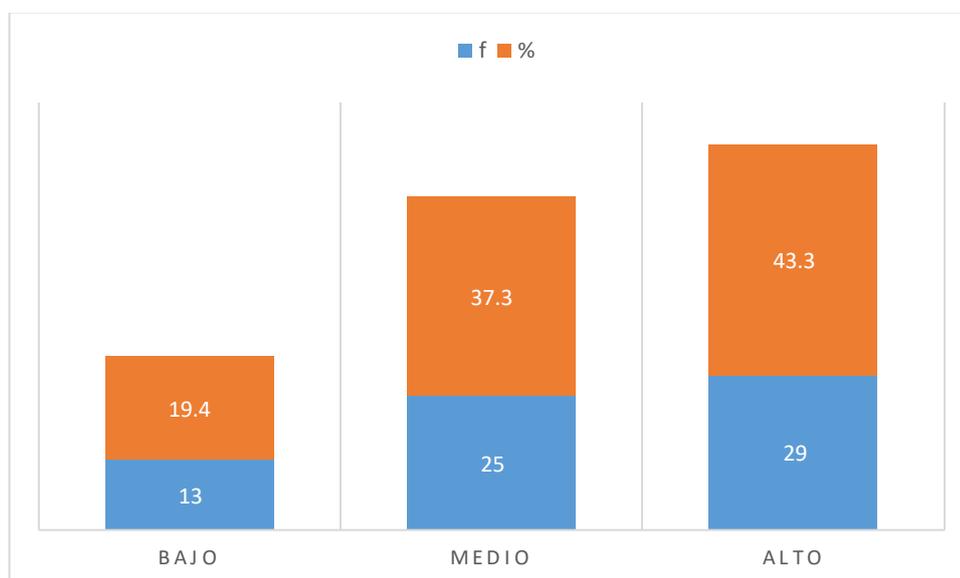
Tabla 4

Frecuencia y porcentaje de culpa y castigo en las pacientes con cáncer de mama.

Niveles	f	%
Bajo	13	19.4
Medio	25	37.3
Alto	29	43.3
Total	67	100.0

Figura 2

Nivel de culpa y castigo en las pacientes con cáncer de mama.



En la tabla 2 y figura 2, se observa que las pacientes muestran un predominio en el nivel alto (43.3%) y medio (37.3%), lo que indica que presentan pensamientos irracionales de castigo y culpa.

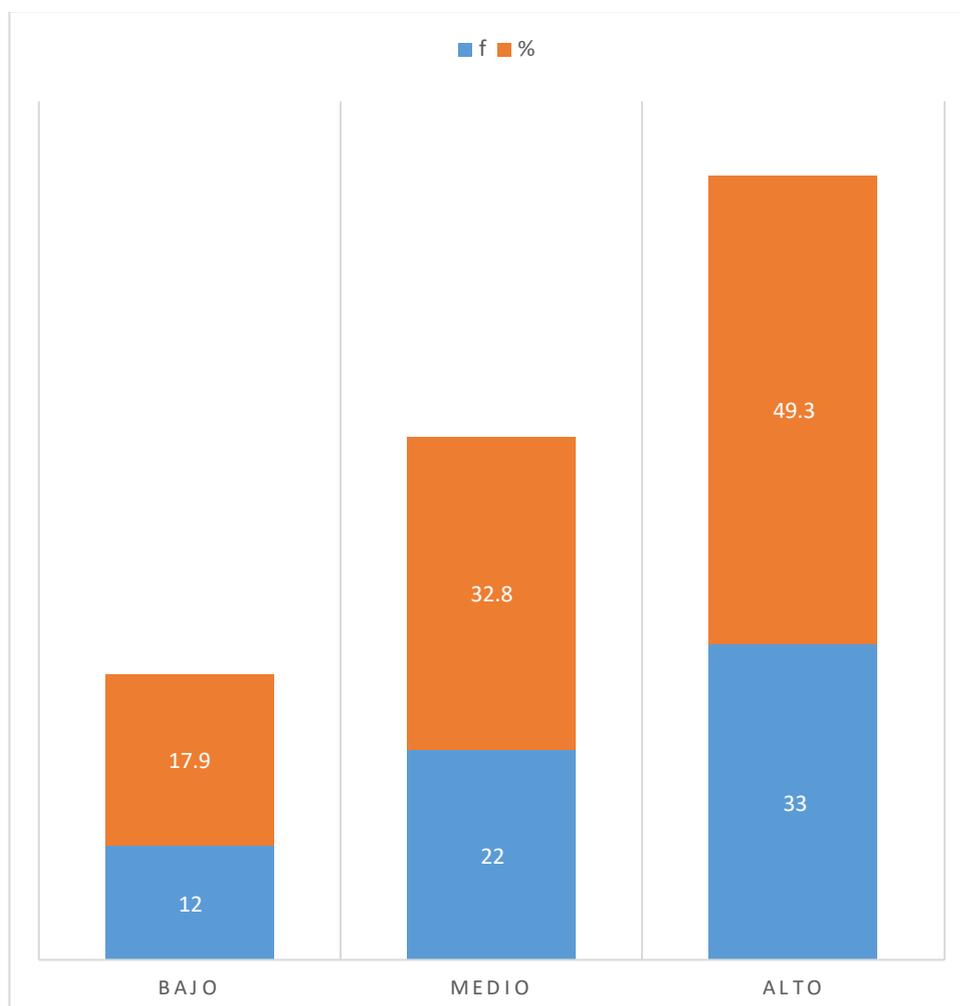
Tabla 5

Frecuencia y porcentaje de control externo en las pacientes con cáncer de mama.

Niveles	f	%
Bajo	12	17.9
Medio	22	32.8
Alto	33	49.3
Total	67	100.0

Figura 3

Nivel de control externo en las pacientes con cáncer de mama.



En la tabla 3 y figura 3, se observa que las pacientes muestran un predominio en el nivel alto (49.3%) y medio (32.8%), lo que indica que presentan pensamientos irracionales relacionados a querer tener el control sobre su contexto.

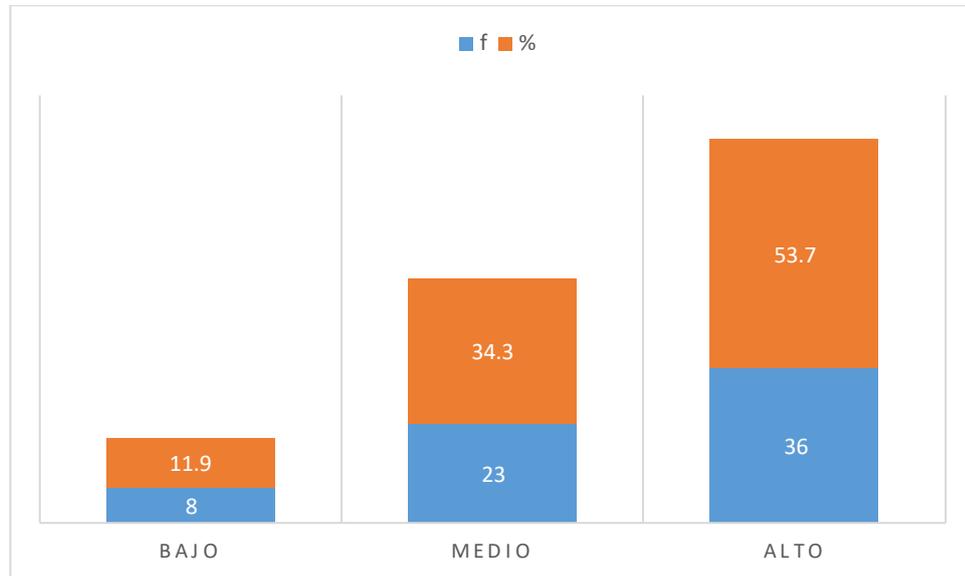
Tabla 6

Frecuencia y porcentaje de alta dependencia y preocupación en las pacientes con cáncer de mama.

Niveles	f	%
Bajo	8	11.9
Medio	23	34.3
Alto	36	53.7
Total	67	100.0

Figura 4

Nivel de alta dependencia y preocupación en las pacientes con cáncer de mama.



De acuerdo con la tabla 4 y figura 4, se observa que en su mayoría las pacientes presentan un nivel alto (53.4%) de alta dependencia y preocupación, lo que indica pensamientos ansiosos e incapacidad de estar solos.

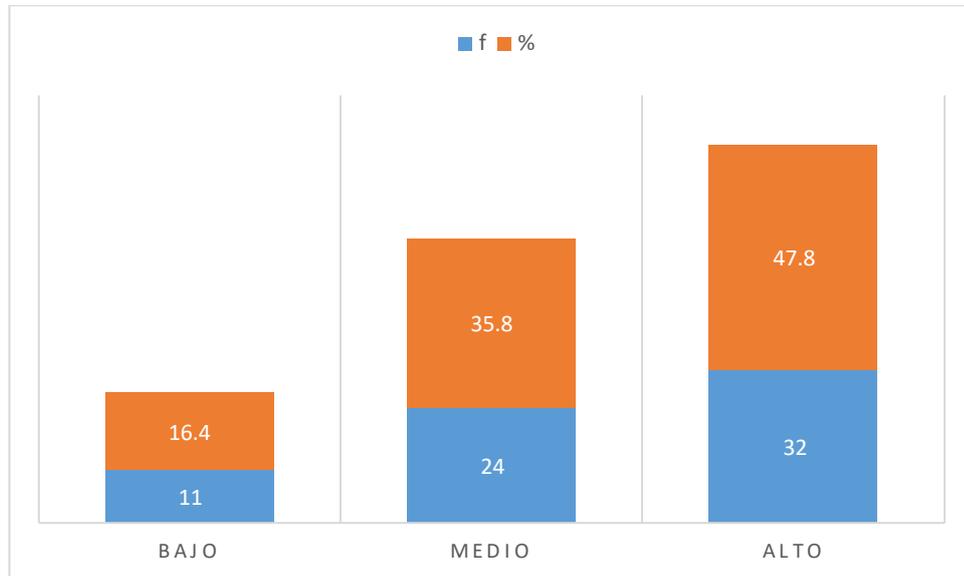
Tabla 7

Frecuencia y porcentaje de pasado determinante en las pacientes con cáncer de mama.

Niveles	f	%
Bajo	11	16.4
Medio	24	35.8
Alto	32	47.8
Total	67	100.0

Figura 5

Nivel de pasado determinante en las pacientes con cáncer de mama



En la tabla 5 y figura 5, se observa que existe predominancia en los niveles alto (47.8%) y medio (35.8%) respecto al pasado determinante, lo que indica las pacientes consideran que el pasado es decisivo en su forma de comportarse.

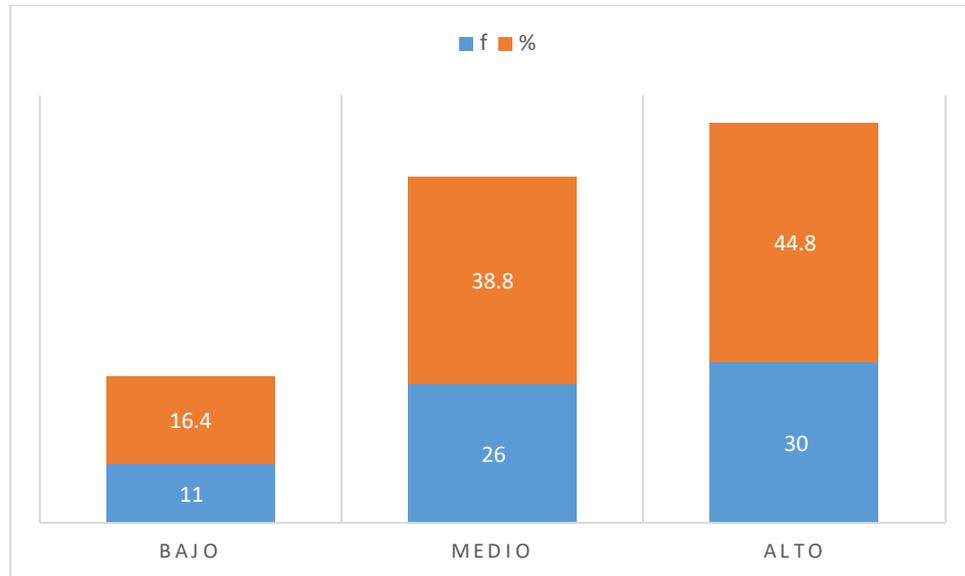
Tabla 8

Frecuencia y porcentaje de soluciones perfectas en las pacientes con cáncer de mama

Niveles	f	%
Bajo	11	16.4
Medio	26	38.8
Alto	30	44.8
Total	67	100.0

Figura 6

Nivel de soluciones perfectas en las pacientes con cáncer de mama.



En la tabla 6 y figura 6, se observa que en la mayoría de pacientes predomina un nivel alto (44.8%) y medio (38.8%) de ideas relacionadas a que todo debe ser perfecto y realista.

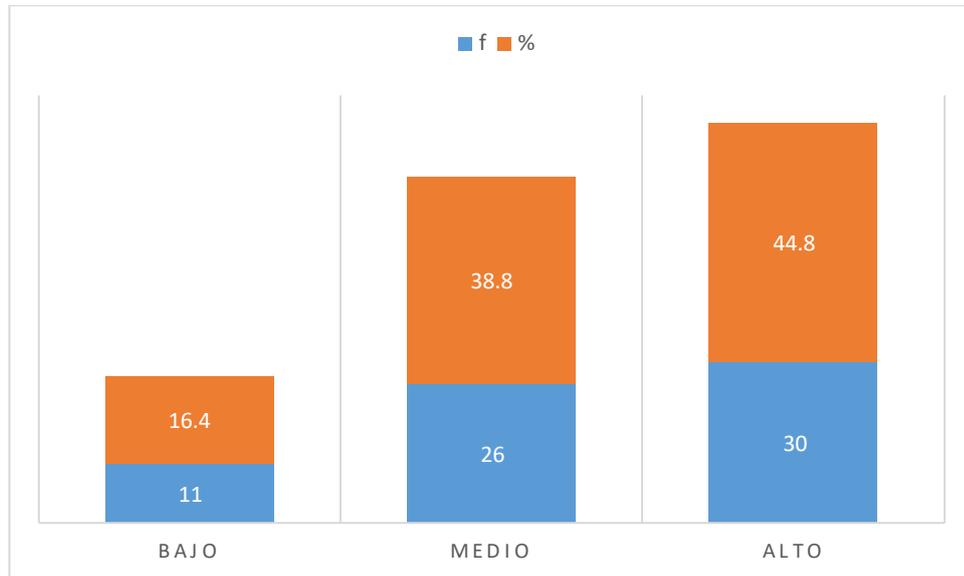
Tabla 9

Frecuencia y porcentaje de creencias irracionales en las pacientes con cáncer de mama.

Niveles	f	%
Bajo	11	16.4
Medio	26	38.8
Alto	30	44.8
Total	67	100.0

Figura 7

Nivel de creencias irracionales en las pacientes con cáncer de mama.



En la tabla 7 y figura 7, se observa que en la mayoría de pacientes evaluadas predomina un nivel alto (44.8%) y medio (38.8%) de creencias irracionales.

3.1.2. Resultados en el grupo de familiares

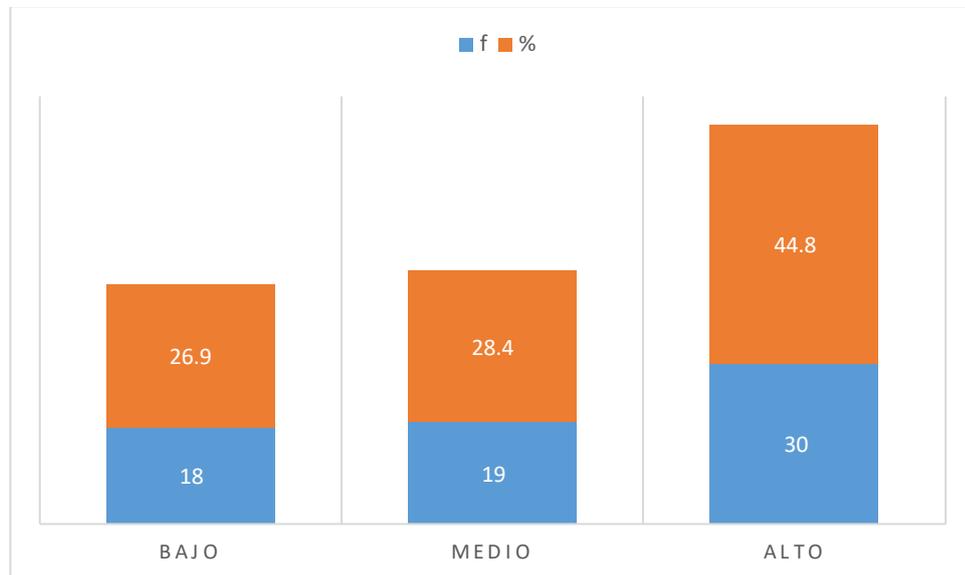
Tabla 10

Frecuencia y porcentaje de aprobación y auto expectativas en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.

Niveles	f	%
Bajo	18	26.9
Medio	19	28.4
Alto	30	44.8
Total	67	100.0

Figura 8

Frecuencia y porcentaje de aprobación y auto expectativas en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.



En la tabla 8 y figura 8, se observa que la mayoría de familiares se ubicaron en el nivel alto (44.8%) lo que indica que presentan a su vez ideas de aprobación y auto expectativas.

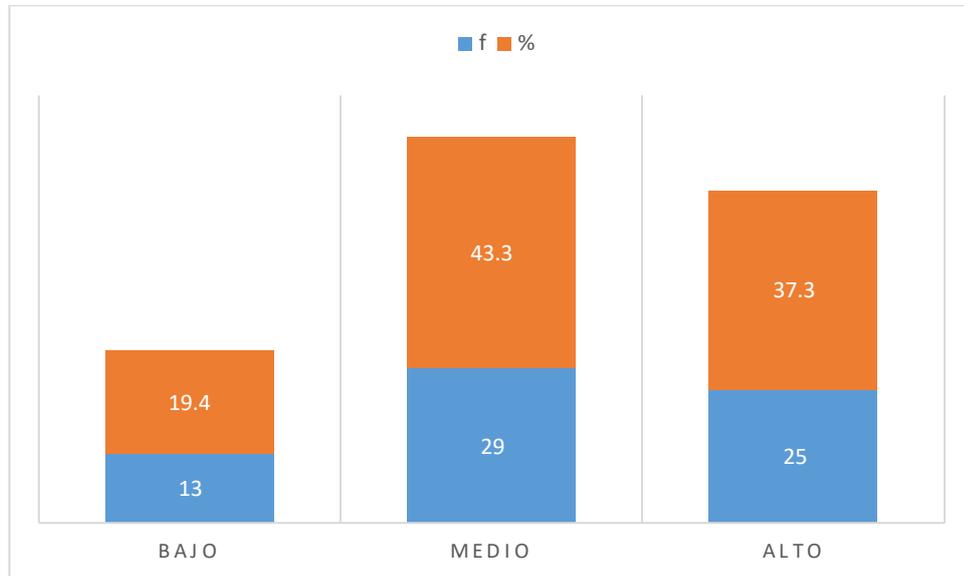
Tabla 11

Frecuencia y porcentaje de culpa y castigo en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.

Niveles	f	%
Bajo	13	19.4
Medio	29	43.3
Alto	25	37.3
Total	67	100.0

Figura 9

Nivel de culpa y castigo en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.



En la tabla 9 y figura 9, se observa que los familiares en su mayoría se ubican en un nivel medio (43.3%), indicando que presentan regularmente ideas de culpabilización.

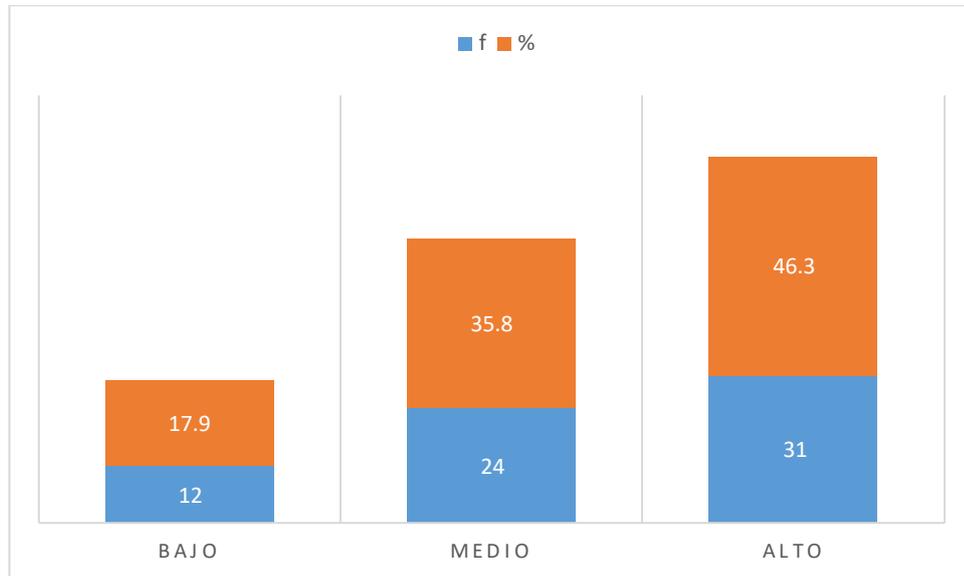
Tabla 12

Frecuencia y porcentaje de control externo en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.

Niveles	f	%
Bajo	12	17.9
Medio	24	35.8
Alto	31	46.3
Total	67	100.0

Figura 10

Nivel de control externo en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.



En la tabla 10 y figura 10, puede observarse que la mayoría de familiares se ubicaba en un nivel alto (46.3%) y medio (35.8%), indicando que presentan ideas irracionales sobre un control de su contexto.

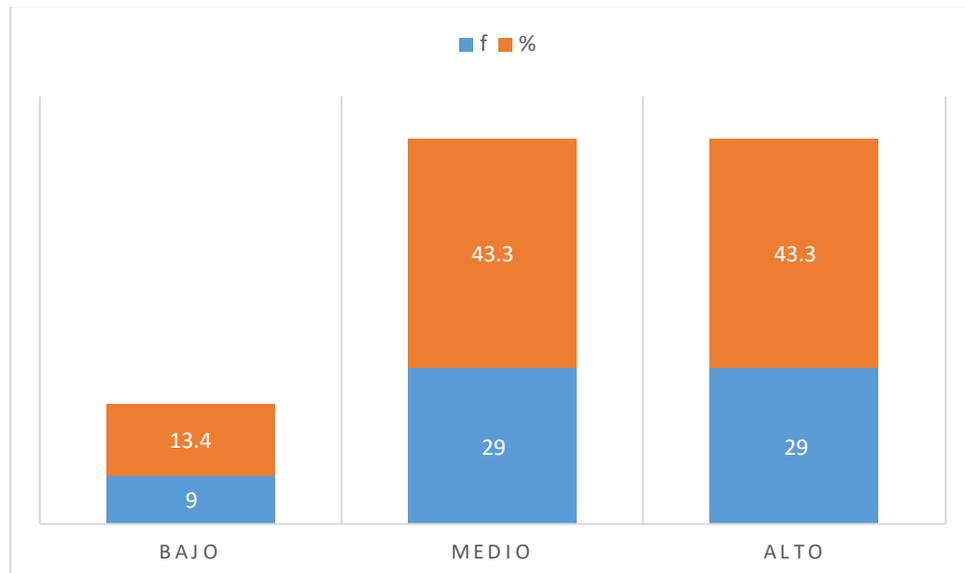
Tabla 13

Frecuencia y porcentaje de alta dependencia y preocupación en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.

Niveles	f	%
Bajo	9	13.4
Medio	29	43.3
Alto	29	43.3
Total	67	100.0

Figura 11

Nivel de alta dependencia y preocupación en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.



En la tabla 11 y figura 11, se puede observar en los familiares una prevalencia alta (43.3%) y media (43.3%) respecto a ideas irracionales relacionadas preocupación excesiva y falta de independencia.

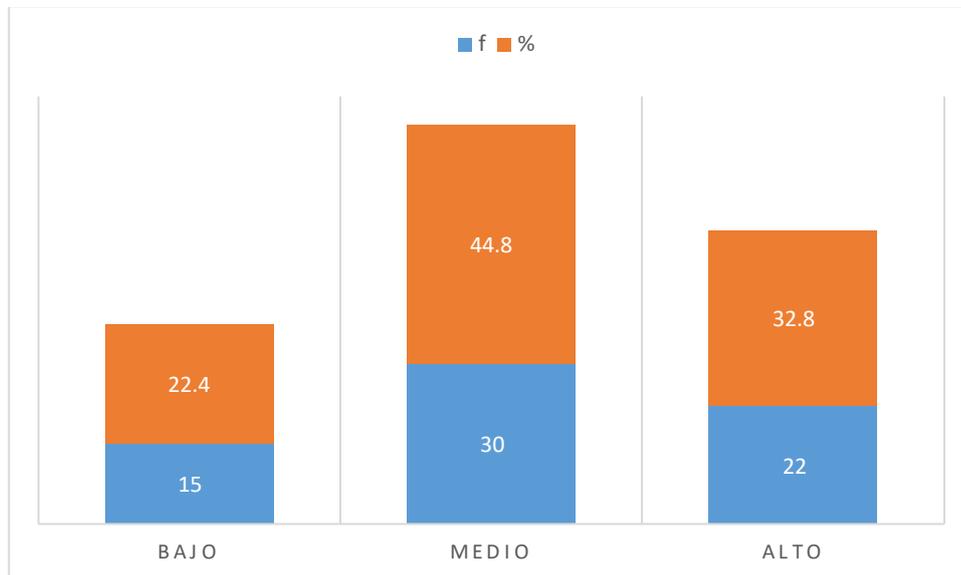
Tabla 14

Frecuencia y porcentaje de pasado determinante en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.

Niveles	f	%
Bajo	15	22.4
Medio	30	44.8
Alto	22	32.8
Total	67	100.0

Figura 12

Nivel de pasado determinante en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.



En la tabla 12 y figura 12, se puede observar que la mayoría de familiares presenta un nivel medio (44.8%) de pensamientos relacionados a que los hechos pasados determinarían el presente y futuro de una persona.

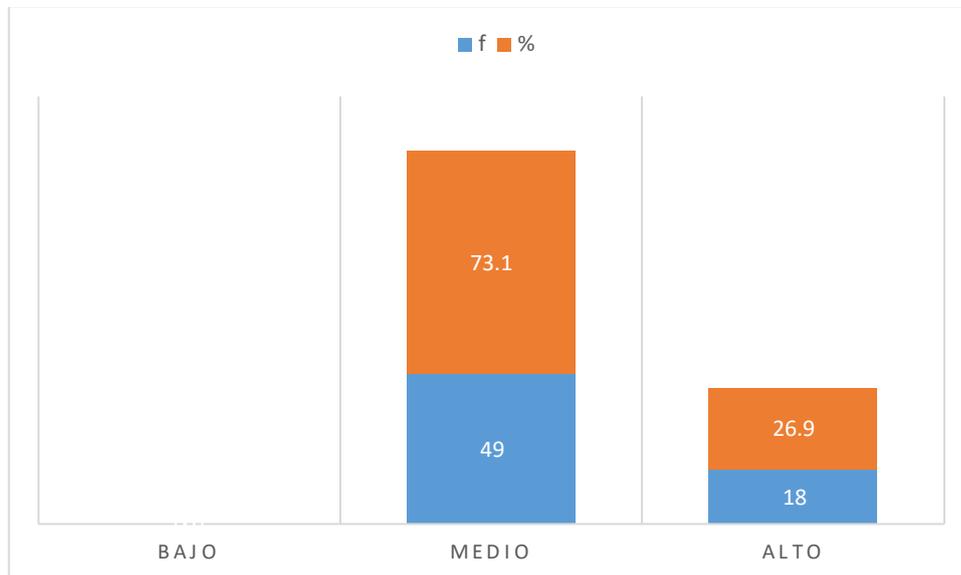
Tabla 15

Frecuencia y porcentaje de soluciones perfectas en los familiares de las pacientes con cáncer de mama

Niveles	f	%
Bajo	0	0.0
Medio	49	73.1
Alto	18	26.9
Total	67	100.0

Figura 13

Nivel de soluciones perfectas en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.



En la tabla 13 y figura 13, se observa una predominancia del nivel medio (73.1%) en los familiares, indicando la presencia de ideas absolutistas de perfeccionismo.

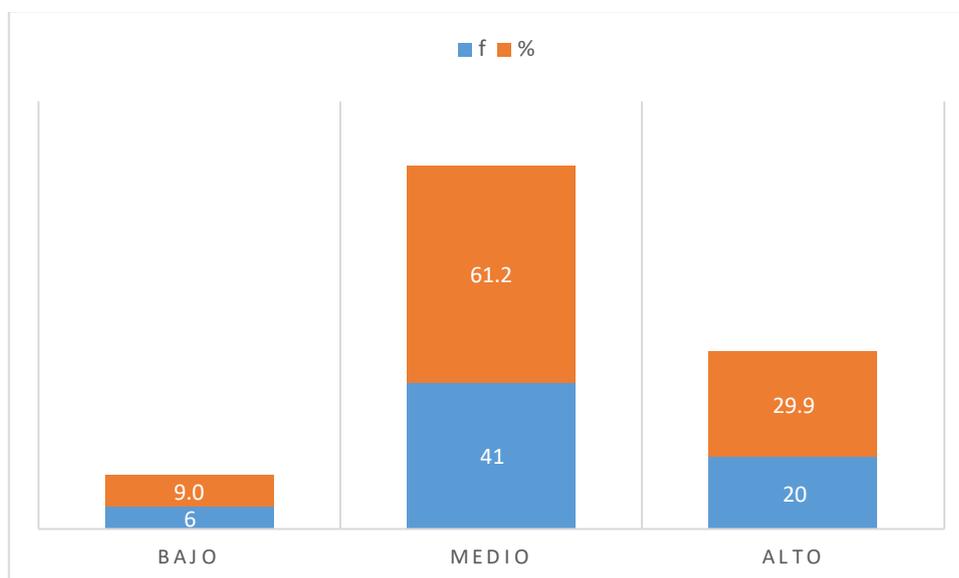
Tabla 16

Frecuencia y porcentaje de creencias irracionales en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.

Niveles	f	%
Bajo	6	9.0
Medio	41	61.2
Alto	20	29.9
Total	67	100.0

Figura 14

Nivel de creencias irracionales en los familiares de las pacientes con cáncer de mama.



En la tabla 16 y figura 14, se observa que los familiares de los pacientes presentan un nivel medio como predominante (61.2%) respecto a la presencia de ideas irracionales en ellos.

3.2. Discusión de resultados

Al diagnosticar el estado de problemática en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, se encontró un predominio del nivel alto en las dimensiones de aprobación y auto expectativas (49.3%), culpa y castigo (43.3%), control externo (49.3%), alta dependencia y preocupación (53.7%), pasado determinante (47.8%) y soluciones perfectas (44.8%), lo cual se corrobora en un índice entre los niveles alto y medio de creencias irracionales.

Previa contrastación de resultados con los antecedentes de estudio que fundamentan el marco teórico, es importante resaltar, la similitud encontrada entre los niveles de los pacientes y sus familiares, quienes en las dimensiones aprobación y auto expectativa (44.8%), control externo (46.3%) y alta dependencia y preocupación (43.3%) predominaba un nivel externo, observando un nivel medio predominante respecto a la puntuación general de creencias irracionales; reflejándose entre ambos, patrones similares.

Los resultados obtenidos, son similares a los hallados por García (2018) en Ecuador, observando mayoritariamente en las pacientes ideas de dependencia (56%), culpabilización (40%), necesidad de aprobación (28%) y altas auto expectativas (56%). Asimismo, presenta similitud con la investigación de Echeverry y Vargas (2020) quien concluyeron que las redes de apoyo como son los familiares, son un factor de influencia importante en el desarrollo de la enfermedad. De igual forma, Jiménez (2018) concluyó en su investigación con pacientes con cáncer que las ideas irracionales que presentaban no fueron causadas por la enfermedad, sino venían implícitas y se fortalecieron por la situación. Otro estudio asociado, fue el de Valderrama (2018) quien en Lima encontró una prevalencia del nivel moderado (21%) de creencias irracionales.

Así pues, como se ha podido observar en las pacientes, es evidente que presentan diversas ideas irracionales, considerando que son para Ellis “cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfieren de forma importante en la supervivencia y felicidad del organismo” (Garrido y Rodríguez, 1994), por lo que pueden influir en el desarrollo de su enfermedad, pudiendo agravarla. En tanto, fue indispensable la propuesta de un programa cognitivo conductual, considerando que este enfoque integra estrategias que permiten afrontar este tipo de pensamientos.

3.3. Aporte práctico

En el presente acápite se fundamenta, describe y desarrolla el programa cognitivo conductual, partiendo del diagnóstico inicial realizado en pacientes con cáncer de mama del Hospital José Soto de Chota., para la solución del problema de investigación, siendo las creencias irracionales. Para el desarrollo de la estrategia se parte de la fundamentación teórica realizada por autores como Aaron Beck y Albert Ellis; basado en un enfoque cognitivo conductual.

3.3.1. Fundamentación del programa cognitivo conductual para eliminar las creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama del Hospital José Soto de Chota

Ellis (como se citó en Garrido y Rodríguez, 1994) definió las creencias irracionales como: “cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfieren de forma importante en la supervivencia y felicidad del organismo.” Así mismo elaboró un listado de 11 creencias irracionales, siendo estas las más comunes entre sus pacientes, sin embargo, recalca que son únicas en cada persona.

En las pacientes con cáncer de mama, las creencias irracionales toman un rol importante ya que impiden que el paciente desarrolle una mejor percepción de lo que sucede para poder sobrellevar mejor la enfermedad, como menciona Ellis (1993) el principal origen de las alteraciones a nivel emocional son causados por pensamientos irracionales, siendo las personas en sí mismas quienes deciden neurotizarse en base a pensamientos ilógicos, ya que no son los eventos lo que originan los estados emocionales si no la interpretación que se hace de esos eventos. Conforme el grado de la enfermedad va en aumento, los dolores físicos se vuelven menos soportables, acompañado de sufrimiento emocional, por esto es que Ellis (1993) manifiesta que es importante aprender a transformar los pensamientos, con ayuda de hipótesis que puedan ser comprobadas, teniendo conocimiento certero de lo que es correcto o incorrecto, para así mantener las creencias o refutarlas.

La terapia cognitivo-conductual es una forma de comprender cómo uno se ve a sí mismo, a los demás y al mundo que lo rodea, y cómo acciones, pensamientos y sentimientos se encuentran interrelacionados. A diferencia de otras "terapias de conversación", la TCC se centra en los problemas y desafíos del "aquí y ahora", dejando de indagar en la causa de los problemas o síntomas pasados y, en su lugar, buscando formas de mejorar el estado de ánimo actual del paciente. Es un tipo de intervención con base científica, con una variedad de métodos aplicables a diferentes problemáticas (Riso, 2006), centrados en los pensamientos distorsionados, que modulan la conducta de los pacientes.

Este enfoque, ofrece su propio modelo de tratamiento, cuyo principio básico es abordar los problemas actuales y aliviar los síntomas a través de la intervención cognitiva y modificación de la conducta (Yapko, 2006). Considerando entonces

dos factores principales de intervención: el primero se relaciona con las percepciones o pensamientos y el segundo se relaciona con el comportamiento derivado de las creencias irracionales.

Las pacientes del presente estudio, evidenciaron experimentar un alto nivel de ideas irracionales, los cuales perjudican la evolución de su enfermedad y las actividades del día a día. Por ello, es importante proponer un programa que restaure sus pensamientos, contribuyendo con su mejoría de calidad de vida y desarrollando estilos saludables de comportamiento, en base a un modelo psicoterapéutico conocido y altamente eficaz, según diversos estudios, siendo la terapia cognitivo conductual.

3.3.2. Construcción del aporte práctico

Las pacientes del presente estudio, evidenciaron experimentar un alto nivel de y medio de ideas irracionales predominantemente, los cuales perjudican la evolución de su enfermedad y las actividades del día a día. Por ello, es importante proponer un programa que restaure sus pensamientos, contribuyendo con su mejoría de calidad de vida y desarrollando estilos saludables de comportamiento, en base a un modelo psicoterapéutico conocido y altamente eficaz, según diversos estudios, siendo la terapia cognitivo conductual.

Este programa fue estructurado en seis fases, descritas a continuación:

- Fase I: Diagnóstico

Durante esta fase se tomaron acciones dirigidas a realizar análisis bibliográficos que permitieran obtener bases teóricas y antecedentes científicos en base a los cuales se fundamenta el programa propuesto. Además, se evaluó a las pacientes con cáncer de mama del Hospital José Soto de Chota, a través de la cual se obtuvo la información necesaria que permitió justificar el problema estudiado, señalando el objeto en su estado actual, por tanto, se revele y demuestre el problema al que la estrategia dará solución. Observándose al realizar evaluaciones psicológicas e indagar en las historias clínicas: - Dolor - Falta de energía - Cambios en el peso corporal - Ansiedad - Depresión - Ideación Suicida - Miedo - Sufrimiento – Desesperanza; lo mencionado debido a posible insuficiencia de programas terapéuticos; deficiencias en las prácticas

terapéuticas para el manejo y control de las creencias irracionales en el desarrollo del proceso cognitivo conductual; insuficiente orientación didáctica y metodológica en el proceso cognitivo conductual de las creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama; inexistencia de orientación de como poder afrontar el desarrollo del proceso cognitivo conductual. Por otro lado, también se entrevistó a los familiares de los pacientes de forma que se pudiera obtener mayor conocimiento sobre la percepción de las beneficiarias, con el propósito de elegir y destacar información precisa, para trabajar con resultados evidenciados.

- **Fase II: Objetivo general**

Eliminar las creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama del Hospital José Soto de Chota en base a estrategias cognitivo conductuales.

- **Fase III: Planeación estratégica**

Sesión 1: Descubramos los pensamientos irracionales.

Objetivo: Evaluación situacional y psicoeducación a los pacientes acerca de las creencias irracionales y la importancia de identificarlas.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	Se da la bienvenida a los participantes y se explica los objetivos del programa. Se realiza una dinámica de presentación en la que deberán pasarse una pelotita de trapo, diciendo su nombre, una actividad que disfruten hacer y una característica que les guste de sí mismos. Se explicará en qué consistirá el programa de intervención	Pelotita de trapo Multimedia Cuestionario Borradores Lápices	Psicólogo (a) encargado.	15'

	cognitivo conductual, en creencias irracionales.			
Desarrollo	<p>Se fomentará la participación a través de preguntas, acerca de qué creen que se trata la temática, para luego realizar una breve exposición acerca de que son las creencias irracionales.</p> <p>Se darán las instrucciones pertinentes para poder realizar la aplicación del instrumento, luego se procederá a la aplicación y espera de su desarrollo, para luego recogerlo.</p> <p>Se explicará brevemente en que consiste el enfoque cognitivo conductual y como ayudará en disminuir las creencias irracionales.</p>			30'
Final	Se realizará una retroalimentación acerca de lo desarrollado en la sesión y se agradecerá a los pacientes por su asistencia y colaboración, pidiendo que se comprometan con el desarrollo del programa.			5'

Sesión 2: ¿Necesito la aceptación/aprobación de los demás?

Objetivo: Psico educar e identificar los pensamientos relacionados a la necesidad de aceptación que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
-----------	-------------	------------	-------------	--------

Inicio	<p>Se iniciará la presente sesión brindando un saludo cordial a los participantes.</p> <p>Se iniciará leyendo la primera idea irracional “Es necesaria la aprobación y el afecto de todas las personas importantes” y se preguntará la opinión que tienen con respecto a ella.</p>			10’
Desarrollo	<p>La facilitadora realizará una exposición enfocándose en la temática de la primera creencia irracional; dando a conocer como estos pensamientos disfuncionales influyen en el día a día de forma negativa.</p> <p>Se repartirá una hoja bond para cada uno y se dará la indicación de escribir que ideas consideran ellos mismos que tiene acerca de la aprobación/aceptación de otras personas y qué tan relevante es en sus vidas.</p> <p>Se motivará la participación compartiendo lo escrito en las hojas de forma aleatoria o voluntaria.</p>	<p>Multimedia</p> <p>Hojas bond</p> <p>Lápices</p> <p>Borradores</p>	<p>Psicólogo (a) encargado.</p>	25’
Final	<p>Para finalizar se realizará una retroalimentación de lo experimentado en la presente sesión y se harán preguntas relacionadas al tema. Explicando que es necesaria la asistencia a la</p>			15’

	<p>próxima sesión porque se dará a conocer formas de cambiar esa idea.</p> <p>Se dejará de tarea, un autorregistro de pensamientos irracionales ligados a la aprobación/aceptación de los demás, que identifiquen o experimenten durante la semana.</p>			
--	---	--	--	--

Sesión 3: Yo no necesito la aprobación de los demás.

Objetivo: Intervenir en los pensamientos relacionados a la necesidad de aceptación que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	<p>Se recibe con entusiasmo y se da un saludo a los participantes.</p> <p>Se realiza la dinámica rompe hielo “Dos mentiras una verdad”, la cual consistirá en que uno de los participantes dirá dos mentiras y una verdad sobre su persona, y los demás integrantes deberán adivinar cuál es la verdad y, por ende, cuáles son las mentiras.</p> <p>Luego, se comenta acerca de la tarea dejada en la sesión anterior, fomentando la participación.</p>	Multimedia	Psicólogo (a) encargado.	10'
Desarrollo	<p>Se muestra un video relacionado con la primera creencia irracional y se identifican siendo tomadas como ejemplo para iniciar la reestructuración cognitiva.</p>			25'

	Luego, se toman de ejemplo algunas ideas identificadas de la tarea por los pacientes de ejemplo para todos y se analizan en grupo, mediante el diálogo con los pacientes, buscando argumentos para comprender por qué son irracionales y reemplazándolos por pensamientos racionales.			
Final	Se realizará la pregunta general “¿De qué me he dado cuenta en esta sesión?” la cual responderán al azar, por conteo, finalmente realizando la retroalimentación respectiva.			15’

Sesión 4: Errar es humano.

Objetivo: Psico educar e identificar los pensamientos relacionados a altas auto expectativas que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	Se da una cálida bienvenida a los pacientes y se apertura el tema haciéndoles la pregunta “¿Qué piensan sobre la frase: ¿errar es humano, aprender es divino?” Se dará un tiempo para rescatar la lluvia de ideas de los participantes.	Cartillas Lapiceros	Psicólogo (a) encargado.	10’
Desarrollo	La facilitadora pedirá opiniones acerca la idea “Para considerarme valioso/a debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos			25’

	<p>de la vida”, a continuación, explicará porqué se le considera como irracional y como puede afectar en el desarrollo de nuestra vida.</p> <p>Se formarán grupos y se repartirá una cartilla a cada persona, se dará la indicación de que cada uno de ellos deberá identificar un momento en el que hayan pensado de esta forma, compartiendo sus experiencias, emociones y anotando el pensamiento en la cartilla.</p>			
Final	<p>Se realizará una lluvia de ideas preguntando qué es lo que pudieron encontrar o darse cuenta en el trabajo realizado, guiando la participación e ideas de los pacientes.</p> <p>Se indicará que deberán traer consigo la cartilla en la que escribieron su pensamiento para la próxima sesión.</p>			15'

Sesión 5: Sin temor a equivocarme.

Objetivo: Intervenir en los pensamientos relacionados a altas auto expectativas que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	Se brindará una cálida bienvenida a los pacientes.	Multimedia		10'

	Se realizará la dinámica rompe hielo “La cuchilla y la palana”, en la que la facilitadora cantará acompañada de mímicas, las que los pacientes deberán seguir y luego guiar.	Dados Cartillas Hoja de preguntas	
Desarrollo	Se realizará la dinámica “El dado conformista”, en la que solicitarán las cartillas de la sesión anterior y se formarán los mismos grupos. Se mezclarán sus cartillas y se dará un dado a cada grupo. Luego deberán elegir una cartilla y responder la pregunta según el número del dado, las cuales pueden ser “¿Esta frase ayuda a proteger tu vida/salud? ¿Esta frase ayuda a alcanzar mis objetivos personales? ¿Me ayuda a resolver mis conflictos/diferencias con otras personas? ¿Me ayuda a sentirme bien conmigo mismo y con mi vida? ¿Me ayuda a ser útil con los demás o con la sociedad? ¿Me ayuda a actuar de forma ética y justa?”		25’
Final	Finalmente, se invitará a reconocer cómo se sintieron en la presente sesión y expresarlo. Además, la facilitadora rescatará los puntos más importantes de la actividad realizada, explicando la importancia de cuestionarse para		15’

Psicólogo
(a)
encargado.

	poder cambiar nuestros pensamientos.			
--	--------------------------------------	--	--	--

Sesión 6: El error se debe castigar.

Objetivo: Psico educar e identificar los pensamientos relacionados a culpa y castigo que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	Se recibe con entusiasmo y amabilidad a los participantes. Se realiza la dinámica “Asignar castigos”; en la cual se forman en parejas y se realizan preguntas de cultura general, a quienes no sepan la respuesta, se les otorga un castigo, sin embargo, al final los autores del castigo cumplen su propia sanción.			15’
Desarrollo	Se preguntará a los pacientes que opinan de la frase “Ciertas personas son malvadas y deben ser culpadas y castigadas duramente por su maldad” motivando la participación. Luego se mostrará un video relacionado al tema, en base al cual la facilitadora ejemplificará que usualmente este pensamiento al aplicarse a uno mismo genera culpa por haberse equivocado al actuar. Se repartirá una ficha de autorregistro de pensamientos	Lista de preguntas Multimedia Ficha de autorregistro	Psicólogo (a) encargado.	30’

	relacionados a la culpa y el castigo personal, considerando, situación – pensamiento – emoción – conducta, y se compartirá de forma voluntaria.			
Final	La facilitadora dará la indicación de traer el autorregistro para la próxima sesión. Se realizará una retroalimentación acerca de lo trabajado, explicando como la presencia de esta idea irracional nos impide vivir felices.			5'

Sesión 7: Corregir sin castigar.

Objetivo: Intervenir en los pensamientos relacionados a culpa y castigo que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	Se da la bienvenida a los participantes y seguidamente se les pega una hoja bond en la espalda a cada uno y se les entrega un lapicero. Se lleva a cabo la dinámica “Elogios para los demás y para uno mismo”, en la que se pondrá música y todos caminarán en el espacio, y cuando se pare la música deberán escribir en la espalda de su compañero de adelante, una característica que consideren positiva de ellos.	Hoja bond Cinta Lapiceros Multimedia Plumones Pizarra	Psicólogo (a) encargado.	10'

	Se dará un tiempo para que cada uno lea lo que los demás escribieron y se compartirá como se sintieron.			
Desarrollo	<p>Luego, se aplicará la técnica del ABC, para lo cual se dará una introducción de en qué consiste con ayuda de diapositivas, luego se solicitará la ficha de autorregistro en la que los pacientes anotaron un acontecimiento, su evaluación personal de la situación y la emoción que les generó, para luego evaluar lo irracional y convertirlo a racional.</p> <p>Se pedirán voluntarios que deseen compartir el trabajo realizado, y se analizará en el pizarrón para entre todos evocar ideas racionales.</p>			35'
Final	<p>Se realizará una retroalimentación acerca de la actividad realizada.</p> <p>Se dejará de tarea, identificar los pensamientos relacionado a la culpabilización y castigo personal o hacia los demás, que puedan surgir durante la semana y analizarlos según la técnica aprendida.</p>			5'

Sesión 8: ¿Todo debe ser perfecto?

Objetivo: Psico educar e identificar los pensamientos relacionados a la reacción frente a una frustración que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	<p>Dar una calida bienvenida a los pacientes.</p> <p>Se realizará la dinámica “El barco se hunda”, en la que se les entregará un pedazo de papel periódico y se dividirán en grupos. Luego el papel se irá a doblando a la señal de la facilitadora y ellos deberán encontrar la forma de que nadie salga de el porque “caería al agua”, buscando en grupo posibles soluciones.</p> <p>Luego se preguntará cómo se sintieron en la dinámica realizada.</p>	Papel periódico Historias Moneda	Psicólogo (a) encargado.	20'
Desarrollo	<p>Se forman grupos y se reparten dos historias cotidianas donde se describen situaciones que evocan pensamientos de angustia y frustración en las personas.</p> <p>Se da la indicación de ser identificadas y se abre un debate sobre las repercusiones que tienen las emociones en la conducta.</p> <p>Luego cada participante deberá compartir en su grupo, situaciones en las que se haya sentido de forma similar.</p>			20'
Final	<p>Se realiza la dinámica “Monedas al azar” para rescatar ideas principales de la sesión.</p>			10'

	Se realiza una retroalimentación sobre los efectos negativos que tienen en nuestra vida esta clase de pensamientos.			
--	---	--	--	--

Sesión 9: No todo debe ser perfecto para poder ser feliz.

Objetivo: Intervenir en los pensamientos relacionados a la reacción frente a una frustración que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	Se brinda un saludo cordial de bienvenida a los participantes. Se muestra un video relacionado al tema, que ejemplifique dos perspectivas, una positiva y una negativa frente a las adversidades de la vida; preguntando a los participantes que han podido notar en el video.			15'
Desarrollo	Se forma grupos y se indica a algunos de ellos, que creen una situación frente a la cual las cosas no salgan bien, que pensamientos traería y como actuarían. Luego se procederán a interpretar las situaciones propuestas, identificando aquellos pensamientos irracionales que nos llevan a sentir y actuar de forma que nos afecte y volviéndolos racionales.	Multimedia Pizarra Plumones	Psicólogo (a) encargado.	25'

	Se analizarán las situaciones de forma grupal y guiadas por la facilitadora.			
Final	Finalmente se realizará una retroalimentación sobre la actividad realizada y la importancia de cambiar de perspectiva.			10'

Sesión 10: ¿Yo guío lo que siento?

Objetivo: Psico educar e identificar los pensamientos relacionados a la irresponsabilidad emocional que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	Se da la bienvenida a los pacientes. Se realiza la dinámica ¿Qué emoción soy?, se entrega una lista de emociones y una tarjeta, a cada participante, quien personifica la emoción que les haya tocado, los demás tendrán que adivinar. Se solicita a los participantes comentar una situación que les haya pasado y que guarde relación con las emociones que les ha tocado personificar.	Tarjetas Multimedia Hojas bond Lapiceros	Psicólogo (a) encargado.	20'
Desarrollo	Luego se procederá a preguntar que consideran acerca de la siguiente frase: “El sufrimiento humano se origina por causas externas y la gente tiene poca o ninguna capacidad, de controlar			25'

	<p>sus penas y perturbaciones”, se debatirá al respecto entre todos los presentes.</p> <p>La facilitadora realizará una breve exposición acerca de la temática y guiará a los pacientes en el reconocimiento de situaciones en las que hayan tenido un pensamiento similar. Estas ideas deberán ser escritas de forma personal y serán analizadas en la próxima sesión.</p>			
Final	<p>Finalmente, se realizará la pregunta ¿De qué se han dado cuenta hoy? Y se hará una retroalimentación acerca de la importancia de poder identificar estas ideas para luego cambiarlas.</p>			5'

Sesión 11: ¡Todo está en mis manos!

Objetivo: Intervenir en los pensamientos relacionados a la irresponsabilidad emocional que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	<p>Se dará una cálida bienvenida a los participantes y se explicará el objetivo y los propósitos de la presente sesión.</p> <p>Se preguntará ¿Qué podríamos hacer para pensar de forma diferente? Relacionando la idea de la sesión anterior.</p>	<p>Sillas</p> <p>Multimedia</p>	<p>Psicólogo (a) encargado.</p>	10'

Desarrollo	<p>Se solicitará de forma voluntaria a participantes que quieran pasar adelante y compartan su idea con los demás.</p> <p>La facilitadora guiará la técnica “Diálogo de las dos sillas”, en la que el paciente defiende ciertos pensamientos desadaptativos en una silla y en la otra tiene que desafiarlos.</p> <p>Se propondrá la práctica de la técnica de respiración diafragmática como medio de regulación emocional.</p>			30’
Final	<p>Se reconocerán los puntos más resaltantes de la presente sesión y se recomienda a los participantes practicar la técnica aprendida una vez al día por una semana haciendo un registro de los cambios.</p>			5’

Sesión 12: ¿Qué es lo que me preocupa?

Objetivo: Psico educar e identificar los pensamientos relacionados a la preocupación acerca de futuros problemas que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	<p>Se brinda un saludo cordial de bienvenida a los participantes.</p> <p>Se realiza la dinámica rompe hielo: “Enfermedad misteriosa”, la cual consistirá en elegir a 3 participantes que sean los</p>	<p>Multimedia</p> <p>Hojas bond</p> <p>Lapiceros</p>	<p>Psicólogo</p> <p>(a)</p> <p>encargado.</p>	10’

	médicos, y cuando estos salgan de la habitación entre todos se pondrán de acuerdo para actuar distintas enfermedades, las que deberán adivinar mediante preguntas.			
Desarrollo	Se realiza una exposición acerca de las consecuencias de la sobrepreocupación a nivel psicofisiológico, y se brinda una hoja a los participantes en la que deberán enumerar tres cosas que consideren su mayor preocupación. Luego, se invitará a formar grupos para compartir lo identificado. Acto seguido, la facilitadora pedirá que compartan su experiencia.			20'
Final	Se enseñará la técnica de relajación progresiva de Jacobson, recomendando ponerla en práctica frente a momentos de alta tensión.			15'

Sesión 13: Aprendiendo a soltar.

Objetivo: Intervenir en los pensamientos relacionados a la preocupación acerca de futuros problemas que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	Se dará una cálida bienvenida a los participantes.	Multimedia Hojas		10'

	Se mostrará un video en relación al tema el cual se analizará de forma grupal.	Lapiceros		
Desarrollo	<p>Se pedirán voluntarios, quienes pasarán al frente y se aplicará la técnica de “intención paradójica”, en la cual se pide al paciente que en el proceso de arreglar el problema que le genera preocupación haga lo que nunca haría, como una alternativa para romper el ciclo.</p> <p>A continuación, se explicará en que consiste el “entrenamiento en auto instrucciones”, lo que deberán practicar frente a situaciones de extrema preocupación, que les permita cuestionarse acerca de los pensamientos que aparezcan.</p>		Psicólogo (a) encargado.	30'
Final	Se realiza la dinámica denominada “Adiós al no puedo”, que consiste en introducir en la papelería uno a uno sus pensamientos negativos y se realiza un mural de pensamientos positivos.			10'

Sesión 14: ¿Evitar o afrontar?

Objetivo: Psico educar e identificar los pensamientos relacionados a la evitación de problemas que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
-----------	-------------	------------	-------------	--------

Inicio	<p>Se dará la bienvenida a los participantes y se realizará la dinámica “La fila ciega”, en la que grupo por grupo se venderán los ojos y se le dirá a cada persona un número al oído, a lo que intentarán ponerse en orden numérico sin hablar.</p> <p>Se preguntará como se sintieron y de que se pudieron dar cuenta, si sintieron miedo o frustración o no querer jugar más.</p>	Multimedia Vendas	Psicólogo (a) encargado.	15'
Desarrollo	<p>Se preguntará que piensan de la idea: “Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida”</p> <p>Se explicará acerca de la importancia de poder resolver los problemas y de las consecuencias que trae el tornarse evitativo frente a los mismos.</p> <p>Se explicará un caso en el cual deberán analizar que ideas se relacionan con la evitación de problemas.</p>			20'
Final	<p>Se retroalimentará acerca de las actividades realizadas, en relación a la idea irracional planteada.</p> <p>Se dejará de tarea averiguar acerca del afrontamiento pasivo, agresivo y asertivo.</p>			10'

Sesión 15: Aprendo a solucionar mis problemas.

Objetivo: Intervenir en los pensamientos relacionados a la evitación de problemas que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	Se recibe con entusiasmo a los participantes y se revisa la tarea asignada en la anterior sesión. Se ejecuta la dinámica “La red de las soluciones ante la ira”, que consiste en lanzar un ovillo de lana a un compañero y decir en voz alta algo que provoca mucho enfado, luego este último devuelve la madeja de lana con una solución.	Lana Multimedia Ficha preparada	Psicólogo (a) encargado.	15’
Desarrollo	Se explica el modelo de resolución de conflictos, con ayuda de un ejemplo y se lee los pasos para resolver el problema. Se entrega a cada participante una ficha que tendrán que llenar con una situación conflictiva y encontrar una solución adecuada implementando los cinco pasos.			25’
Final	Se les sugiere a los participantes que practiquen el uso del modelo de resolución de conflictos. Se realiza una retroalimentación de las actividades realizadas.			5’

Sesión 16: ¿De quién dependo?

Objetivo: Psico educar e identificar los pensamientos relacionados a la dependencia que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	<p>Se da la bienvenida a los pacientes y se les invita a ponerse en el centro de la sala formando un círculo.</p> <p>Se les realiza la pregunta, sobre que piensan acerca de la idea: “Se debe depender de los/as demás y es necesario alguien más fuerte en quien confiar”.</p> <p>Se motivará la participación y lluvia de ideas.</p>			15’
Desarrollo	<p>La facilitadora realizará una breve exposición acerca de los contrastes de la idea presentada, con ayuda de las ideas de los pacientes.</p> <p>Luego les pedirá situarse en un momento en el que se les haya pasado por la cabeza un pensamiento similar.</p> <p>En grupo, comentarán lo identificado y se elegirá un representante quien expondrá la experiencia del grupo.</p>		Psicólogo (a) encargado.	25’
Final	<p>Se dejará de tarea identificar durante la semana que situaciones las hacen sentir que deben depender de alguien, calificando la emoción que tienen en ese momento.</p>			5’

Sesión 17: Soy independiente y autónomo.

Objetivo: Intervenir en los pensamientos relacionados a la dependencia que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	<p>Se dará una calida bienvenida y se procederá a revisar la tarea dejada en la sesión anterior.</p> <p>La facilitadora pedirá voluntarias y comenzará con una secuencia de preguntas que llevarán a la paciente a cuestionarse acerca de las ideas que tuvo, tales como:</p> <p>¿Serían tan terribles las consecuencias si no dependieras de alguien? ¿Qué ocurriría si..?</p> <p>¿A cuántas áreas de mi vida afectaría? ¿Podría encontrarme bien aun cuando esto sea así?</p> <p>¿Hay otras personas a quienes les haya ocurrido y cómo lo han vivido?, entre otras.</p>	<p>Multimedia</p> <p>Hojas bond</p> <p>Lapiceros</p> <p>Ruleta</p>	<p>Psicólogo (a) encargado.</p>	<p>15'</p>
Desarrollo	<p>Se repartirán hojas bond que contendrán preguntas al azar y de manera grupal se deberá responder en base a sus ideas irracionales: ¿Cuál es la evidencia de que el pensamiento que tienen sea real? ¿Qué utilidad proporciona ese pensamiento en el día a día? ¿Qué alternativas de pensamiento podían hacer frente a dicha idea?</p>			<p>25'</p>

	Se debatirá en grupo y luego la facilitadora guiará la retroalimentación de la actividad.			
Final	Se juega con la “Ruleta de mi aprendizaje” para reforzar mediante preguntas referentes a lo que se trabajó en la sesión.			5’

Sesión 18: ¿Los problemas de otros son mis problemas?

Objetivo: Psico educar e identificar los pensamientos relacionados a excesiva preocupación por los demás que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	Se da una amena bienvenida a los participantes, preguntando como fue su semana. Se realiza la dinámica rompe hielo “Mi tía Jacinta as?” en la que la facilitadora cantará acompañada de mímicas, las que los pacientes deberán seguir y luego guiar.			15’
Desarrollo	Se dará inicio al desarrollo del tema con una breve exposición sobre el mismo, con preguntas de reflexión para las pacientes. Luego, la facilitadora ejemplificara con casos relacionados, haciendo énfasis en las distorsiones que se presentan en dichos casos. Se invitará a los participantes a llenar el registro conductual con un evento que haya	Multimedia Ficha preparada Lapiceros	Psicólogo (a) encargado.	25’

	<p>desencadenado una experiencia en la cual haya experimentado dichos pensamientos en los últimos días o a usar un evento ya anteriormente descrito.</p> <p>Se revisarán algunos de los casos de manera grupal para brindar retroalimentación y/o corrección al trabajo realizado.</p>			
Final	<p>Finalmente, se pedirá a los participantes que rellenen el registro de situación-pensamiento-emoción-conducta, cada vez que vivencien este tipo de pensamientos durante la semana.</p>			5'

Sesión 19: Soy empático, sin que me afecte.

Objetivo: Intervenir en los pensamientos relacionados a excesiva preocupación por los demás que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	La facilitadora revisará el avance y llenado correcto de los autorregistros y harán la retroalimentación de dicha actividad.	Multimedia Papelotes	Psicólogo (a) encargado.	15'
Desarrollo	Se mostrará un video relacionado al tema y se formarán grupos para analizar la situación y los momentos en los que aparece la idea irracional.	Plumones Registro		30'

	Además, llenarán el registro de pensamiento – emoción – conducta del video, en base a lo que se ha venido trabajando. En conjunto se propondrán ideas alternativas para ser expuestas ante los demás, siendo guiados por la facilitadora.			
Final	Finalmente, se practicarán las técnicas de relajación como medio de regulación emocional ante una excesiva preocupación, señalando que deberán practicarlas en casa.			5'

Sesión 20: ¿Cargo con el pasado?

Objetivo: Psico educar e identificar los pensamientos relacionados a un pasado determinante que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	Se brinda un saludo cordial de bienvenida a los participantes y se revisa la tarea asignada en la anterior sesión.			15'
Desarrollo	Se realiza la dinámica “Etiquetas” en las que la facilitadora pegará en la espalda de cada uno un papel diciendo “abrázame” “ríete de mí” “ignórame” “hazme reverencia”, entre otros que los participantes no sabrán sin embargo deberán interactuar unos con otros teniendo en cuenta lo	Etiquetas preparadas Cinta Multimedia	Psicólogo (a) encargado.	25'

	<p>que dice la espalda del compañero.</p> <p>Se relacionará la dinámica anterior con la pregunta acerca de que piensa sobre la idea “tu historia pasada determina de manera decisiva tu comportamiento actual y que algo que te ocurrió alguna vez y te conmocionó debe seguir afectándote indefinidamente”, se fomentará un espacio de reflexión mediante preguntas y la facilitadora expondrá la temática.</p>			
Final	<p>Para finalizar se formará un círculo entre todos y la facilitadora realizará preguntas relacionadas a la temática y la importancia de cambiarlas. Haciendo preguntas que, a su vez, permitan la lluvia de ideas.</p>			5'

Sesión 21: Mi pasado, no es mi presente.

Objetivo: Intervenir en los pensamientos relacionados a un pasado determinante que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	Se dará la bienvenida a las pacientes de forma amena, invitándolas a tomar sus lugares respectivos para poder iniciar la sesión.	Multimedia Parlantes	Psicólogo (a) encargado.	5'

Desarrollo	<p>Se realizará la técnica de imaginación guiada, llevando a las participantes a eventos pasados que las pueden haber marcado, acompañado de música relajante.</p> <p>Luego la facilitadora, pedirá voluntarias y tomará estos eventos, de forma que se analicen las ideas que aparecen en ese momento, relacionadas a la idea irracional vista en la presente sesión.</p> <p>Se realizará el diálogo socrático con aquellas pacientes que participen, de forma que se puedan generar ideas funcionales.</p>			25'
Final	Se pedirá compartir la experiencia, motivándolas sobre que son ellas mismas las únicas capaces de poder elegir su destino.			10'

Sesión 22: Solo existe una solución.

Objetivo: Psico educar e identificar los pensamientos relacionados al perfeccionismo que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	Se realizará la dinámica rompe hielo “		Psicólogo	15'
Desarrollo	La facilitadora preguntará los pros y contras de enfrentarse a la situación planteada y dará pie a		(a) encargado.	25'

	<p>hacerlas reflexionar en que nunca existe solo una solución a las cosas.</p> <p>En grupo, dejará que se planteen situaciones personales que creían que no podrían resolver y lo hicieron.</p> <p>Luego la facilitadora pedirá voluntarios y guiará sus pensamientos mediante la técnica de flecha descendente.</p>			
Final	Finalmente, se formará un círculo central en el que se lanzarán una pelota de tela y quien la tenga, deberá expresar que sintió durante las actividades realizadas.			5'

Sesión 23: Amplió el panorama de mi mente.

Objetivo: Intervenir en los pensamientos relacionados al perfeccionismo que causan afecciones en los pacientes.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	Se dará la bienvenida y se formarán grupos para realizar la dinámica “Fantasía de un conflicto” en la que se propondrá una situación a las pacientes y ellas podrán expresar de forma personal diversas formas de resolverla, dando un espacio de discusión y reflexión.	Multimedia	Psicólogo (a) encargado.	15'
Desarrollo	Se expondrá acerca de la técnica “entrenamiento en solución de			25'

	<p>problemas”, como guía para identificar, asumir, ver posibles soluciones y enfrentar el problema.</p> <p>En grupos, se les asignará una problemática y deberán resolverla considerando lo expuesto.</p> <p>Se dará un momento de reflexión y retroalimentación acerca de la actividad realizada, relacionada a la idea irracional de evitación.</p>			
Final	Finalmente, se rescatará lo más importante de la sesión y se solicitará la aplicación de la técnica en los problemas que se les pueda presentar durante la semana.			5'

Sesión 23: ¿Quién soy ahora?

Objetivo: Post- evaluación acerca de las creencias irracionales en los pacientes y cierre del programa.

Actividad	Descripción	Materiales	Responsable	Tiempo
Inicio	<p>Se dará la bienvenida a los pacientes, revisando la tarea dejada en la sesión anterior y analizándola con guía de la facilitadora.</p> <p>Luego se les explicará que será la última sesión y se realizará la dinámica “Mi evolución”, en la cual deberán escribirse una carta a sí mismos, acerca de todo el</p>	<p>Hojas bond</p> <p>Lapiceros</p> <p>Preguntas sorteadas</p> <p>Diploma</p> <p>Cuestionario</p>	<p>Psicólogo (a) encargado.</p>	10'

	<p>proceso que han vivido y que mejoras han notado.</p> <p>Se pedirá voluntarios que deseen compartir lo descrito.</p>			
Desarrollo	<p>Se repartirá el instrumento y se aplicará el post test, previas instrucciones dictadas.</p> <p>Luego, se hará una retroalimentación acerca de todo lo vivido. Además, se repartirán preguntas al azar, relacionadas a todas las actividades realizadas durante el programa.</p>			25'
Final	<p>Para finalizar, se les otorgará un diploma en reconocimiento por haber finalizado el taller con éxito.</p>			10'

- Fase IV: Instrumentación

La implementación del programa se realiza en un periodo de aproximadamente 3 meses considerando dos sesiones de intervención semanales todos los días viernes de 3 a 5 pm. De forma que cada ocho ideas irracionales se trabajan de forma mensual; siendo en total 24 sesiones. Teniendo como condiciones necesarias para su aplicación:

- La previa autorización dada por la dirección del hospital José Soto Cabanillas de Chota, para la ejecución del programa cognitivo conductual.
- La participación activa y el compromiso de los pacientes que conforman parte de la muestra participante en las actividades planificadas.
- Se requiere un profesional de la salud mental, para la aplicación del programa cognitivo conductual.
- Preparación metodológica del personal especializado y pacientes, respecto al contenido a desarrollar en el programa cognitivo conductual.

- **Fase V: Evaluación**

La evaluación será realizada durante todo el procedimiento, evidenciando las asistencias, participaciones, trabajo e intervención práctica de cada paciente en la sesión correspondiente.

El profesional especializado deberá tener en cuenta como criterios de medida para la evaluación del programa:

- Que las pacientes interpreten la realidad en función a ideas racionales.
- Que las pacientes presenten una mejoría en la sintomatología psicofisiológica asociada.
- Que las pacientes se encuentren con un mejor estado de ánimo y que sea constante.
- Que disminuyan los síntomas de ansiedad en las pacientes.
- Que las pacientes presenten mayores niveles de esperanza respecto a su mejoría.

- **Fase VI: Presupuesto**

Programa cognitivo conductual para eliminar las creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama del Hospital José Soto de Chota.				
Descripción	Cantidad	Indicador	Precio unidad	Precio Total
Actividades programadas en las dos fases	1	Profesional especializado	1000.00	1000.00
	1	Millar de papel	22.00	22.00
	5	Plumones	2.00	10.00
	50	Lapiceros	1.00	50.00
	50	Lápices	1.00	50.00
	1	Multimedia	500.00	500.00
	50	Diploma	3.00	150.00
	1	Pizarra	20.00	20.00
	1	Lana	2.00	2.00
	2	Vendas	5.00	10.00

	1	Pelota de trapo	3.00	3.00
Total				1817.00

3.4. Valoración y corroboración de los Resultados

3.4.1 Ejemplificación de la aplicación del aporte práctico

La aplicación del programa se realizó alrededor de los últimos tres meses (abril, mayo, junio), de forma presencial y sin presentar alguna dificultad a lo largo del desarrollo de las sesiones con las pacientes.

3.4.2 Corroboración estadística de las transformaciones logradas

Se aplicó el programa para eliminar ideas irracionales en las pacientes con cáncer de mama, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 17

Prueba de muestras relacionadas en pacientes con cáncer de mama.

Pacientes	t	gl	Sig. (bilateral)
Pretest - Posttest	10.26	66	0.00

Tabla 18

Estadística de muestras emparejadas en pacientes con cáncer de mama.

		Media	N	Desv. Desviación n	Desv. Error promedio
Par 1	Pre test	54.36	67	8.65	1.06
	Posttest	41.43	67	7.23	0.88

Se puede apreciar en las tablas 16 y 17, que los resultados según la T de Student para muestras relacionadas, existe una diferencia altamente significativa antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual para eliminar creencias irracionales en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama ($p < 0,01$).

A nivel pre test se obtuvo una media de 54.36 puntos y en pos test la media fue 41, 43, lo que indica un efecto significativo en los pacientes.

Tabla 19

Prueba de muestras relacionadas en familiares de pacientes con cáncer de mama.

Pacientes	t	gl	Sig. (bilateral)
Pretest - Postest	15.77	66	0.00

Tabla 20

Estadística de muestras emparejadas en familiares de pacientes con cáncer de mama.

		Media	N	Desv. Desviación n	Desv. Error promedio
Par 1	Pre test	52.19	67	7.76	0.95
	Postest	37.03	67	2.20	0.27

Se puede apreciar en las tablas 18 y 19, que en los resultados existe una diferencia altamente significativa antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual para eliminar creencias irracionales en familiares de los pacientes con cáncer de mama ($p < 0,01$). A nivel pre test se obtuvo una media de 52.19 puntos y en pos test la media fue 37, 03, lo que indica un efecto significativo en los familiares de los pacientes.

IV. CONCLUSIONES

Se elaboró un programa cognitivo conductual para eliminar las creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama del Hospital José Soto de Chota, mismo que fue validado por expertos y aplicado.

La caracterización del proceso de la terapia cognitivo conductual indica que este se respalda en base teóricas y metodológicas relacionadas a la Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva.

Se determinaron las tendencias históricas del proceso cognitivo conductual, determinando sus inicios entre los años 1900 a 1960, en base a diversos enfoques que llevaron a su desarrollo actual.

Respecto a las creencias irracionales, las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama se ubicaron en su mayoría en los niveles medio y alto. Lo cual fue corroborado en cada uno de sus dimensiones. Por otro lado, en los familiares de los pacientes, predominó un nivel medio de creencias irracionales.

Se aplicó el programa y se encontró una diferencia significativa entre los resultados del pre test y post test, reconociéndose un efecto significativo de las técnicas cognitivo conductuales en la eliminación de creencias irracionales.

V. RECOMENDACIONES

Se recomienda a los altos cargos del establecimiento de salud de Chota, contexto de estudio, que se desarrolle el programa en nuevos grupos de pacientes diagnosticadas, siendo una problemática recurrente en este tipo de poblaciones.

Se recomienda, realizar un seguimiento por parte de los profesionales de salud mental, a las personas que ya hayan pasado por el programa, con acciones tales como video llamadas o reuniones individuales y grupales, con el objetivo de evitar recaídas.

Se recomienda a futuros investigadores y profesionales interesados, ahondar en el estudio de la variable creencias irracionales, ya que, a nivel local, no se han encontrado estudios relacionados, dándole así la importancia debida a la salud mental de estos pacientes.

Se recomienda la aplicación del programa diseño a poblaciones similares, de forma que pueda corroborarse y evidenciarse su validez, con la finalidad además de extrapolar las estrategias brindadas en la presente investigación.

VI. REFERENCIAS

- Abad, M. (2018). Diferencias en las creencias irracionales según la condición diagnóstica en un grupo de pacientes que asisten a un servicio de salud mental de Lima Metropolitana. (Tesis de grado) Universidad Cayetano Heredia. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3921/Diferencias_AbadGranda_Marjorie.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Alcalde, A. y Briones, E. (2020) Creencias irracionales y dependencia emocional en estudiantes mujeres de un instituto de salud de Cajamarca. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrel] <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1422>
- Angulo, R. (2017). Creencias irracionales de adultas mayores que presentan co dependencia familiar y asisten al centro gerontológico “Dr. Arsenio de la Torre Macillo” (Tesis de posgrado) Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/26526>
- Buiklece, C. (2019) Dependencia emocional y creencias irracionales en mujeres víctimas de violencia psicológica en la pareja (Tesis de grado) Universidad Inca Garcilaso de la Vega. http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4280/TESIS_BUIKLECE_CARLOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Buiklece, C. (2019) Dependencia emocional y creencias irracionales en mujeres víctimas de violencia psicológica en la pareja. [Tesis de licenciatura, Universidad Inca Garcilaso de la Vega] <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4280>
- Castro, A. y Quimbiulco, M. (2017) Aspectos psicosociales y creencias irracionales en pacientes con intento de suicidio atendidos en el servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Andrade Marín (Tesis de grado) Universidad Central del Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15257/1/T-UCE-0007-PC045-2018.pdf>
- Cepeda, L., Mosquera, J., Rojas, D. y Perdomo, A. (2020) Afrontamiento y adaptación del adulto con cáncer: el arte del cuidado de enfermería, Aquichan, 22(1). <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/01/1353838/15061-public-pdf-93005-1-10-20220126.pdf>
- Chaves, L. y Quinceno, N. (2010) Validación del Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) en población colombiana. Revista de Psicología Universidad de Antioquia. 2 (1), 41 – 56. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2145-48922010000100004
- Echeverry, L. y Vargas, M. (2020) Creencias racionales frente al diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama. Colección académica de ciencias sociales. 7 (1). 103-113. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/cienciassociales/article/download/3670/3359/6607>

- Gálvez, L. (2019) Creencias irracionales y autoconcepto en estudiantes de una Universidad de Trujillo. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/21610/G%C3%A1lvez%20D%C3%A1vila%20Luiggy%20Paolo.pdf?sequence=4>
- García, T. (2018) Distorsiones cognitivas y mastectomía: Hospital público del Ecuador. [Tesis de licenciatura, Universidad central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15368/1/T-UCE-0007-PC048-2018.pdf>
- Garduño, C., Riveros, A. y Sánchez, J. (2010) Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 1(1) 69- 80. <https://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975008.pdf>
- Gonzales, D., Barreto, A. y Salamanca, Y. (2017) Terapia cognitiva. Antecedentes, teoría y metodología. *Revista iberoamericana de psicología*. 10(2), 201-207. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6642554.pdf>
- Gospodinov, A. (2018) Modelo de intervención cognitivo conductual e interdisciplinar ante conductas disruptivas en el aula (Tesis de posgrado) Universitat Jaume-I. http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/176158/TFG_2018_Gospodinov_Ana.pdf?sequence=1
- Jimenez, M. (2018) Creencias irracionales y su relación con la percepción de la feminidad en pacientes con diagnóstico de cáncer mamario del hospital oncológico Solca Tungurahua. [Proyecto de titulación, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/2450>
- Ministerio de Salud (2017) Plan nacional para la prevención y control de cáncer de mama en el Perú 2017 – 2021. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4234.pdf>
- MINSA (2017) Plan nacional de prevención y control de cáncer de mama en el Perú 2017-2021. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4234.pdf>
- Navarrete, K. (2017). Identificación de ideas irracionales en el grupo de terapia emocional renacer del Hospital San Vicente de Paúl de la Ciudad De Ibarra durante los meses de agosto – octubre 2016 (Tesis de grado) Universidad Técnica del Norte. <https://core.ac.uk/download/pdf/200323529.pdf>
- Navas, J. (1981) Terapia Racional emotiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 13 (1), 75-83. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80513105.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Día mundial contra el cáncer 2018. Organización Panamericana de la Salud. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14047:world-cancer-day-2018-general-information&Itemid=42322&lang=es
- Organización Mundial de la Salud (26 de marzo 2021). Cáncer de mama. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

- Pérez, M. (2018). Fase diagnóstica en el cáncer; reacciones emocionales del paciente y la importancia de la primera entrevista en Psicooncología (Tesis de grado) Universitat de les Illes Balears. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150815/Perez_Juarez_Marin_a.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pinto, C. (2007). La Terapia Cognitivo Conductual (TCC). The Royal College of Psychiatrists. Obtenido de:
- Rodríguez, M., Domínguez, S., Abril, E. y Román, R. (2018) Creencias irracionales sobre los alimentos y las diferencias de género en estudiantes de una universidad pública. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C., 199-220. http://bvirtual.ucol.mx/descargables/123_09_arti769culo_07.pdf
- Rodríguez, R. y Vetere, G. (2011) Manual de terapia cognitivo conductual de los trastornos de ansiedad. Editorial Polemos S.A. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=QmydAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=Rodr%C3%ADguez+y+Vetere,+2011\).&ots=vhGLFj0Bcn&sig=THdANUdvRvAeBVYUVGk4vH5ggy4#v=onepage&q=Rodr%C3%ADguez%20y%20Vetere%2C%202011\).&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=QmydAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=Rodr%C3%ADguez+y+Vetere,+2011).&ots=vhGLFj0Bcn&sig=THdANUdvRvAeBVYUVGk4vH5ggy4#v=onepage&q=Rodr%C3%ADguez%20y%20Vetere%2C%202011).&f=false)
- Urias, B. (2017) Efectos de una intervención cognitivo – conductual en la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama y cuidador primario. [Tesis de maestría, Universidad autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/43391/1/1080256460.pdf>
- Valderrama, R. (2018) Creencias irracionales en personas que mantienen una relación de pareja atendidas en un centro psicológico de Lima Norte. [Tesis de licenciatura, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3540/TRAB.SUF.PROF_Roxana%20Este%20fan%C3%ADa%20Valderrama%20Bazalar.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Vernaza, P., Posadas, L. y Acosta, C. (2019). Dolor y emoción, una reflexión para el profesional en ciencias de la salud. Duazary, 16(1), 145-155. <https://www.redalyc.org/journal/5121/512162369002/html/>
- Villoria, E., Lara, L. y Salcedo, R. (2021). Estado emocional de pacientes oncológicos: evaluación de la ansiedad y la depresión en función de variables clínicas y sociodemográficas. Rev Med Chile, 149, 708-715. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v149n5/0717-6163-rmc-149-05-0708.pdf>

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia

Anexo 02: Operacionalización de las variables.

Anexo 03: Instrumentos

Anexo 04: Validación de instrumentos por juicio de expertos

Anexo 05. Consentimiento informado

Anexo 06. Aprobación del Informe final

ANEXOS



Escuela de
Posgrado

ANEXO N° 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

<p>Manifestaciones del problema</p>	<p>En el hospital José Hernán Soto Cabanillas de Chota, el 2% de pacientes son usuarios con cáncer de diferentes comunidades de la provincia. Al realizar evaluaciones psicológicas e indagar en sus historias clínicas se evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Falta de energía - Cambios en el peso corporal - Ansiedad - Depresión - Ideación Suicida - Miedo - Sufrimiento - Desesperanza
<p>Problema</p>	<p>Insuficiencia en el proceso cognitivo conductual inciden en las creencias irracionales.</p>
<p>Posibles causas del problema</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficientes programas terapéuticos de afrontamiento de las creencias irracionales en el proceso cognitivo conductual. - Deficiencias en las prácticas terapéuticas para el manejo y control de las creencias irracionales en el desarrollo del proceso cognitivo conductual. - Insuficiente orientación didáctica y metodológica en el proceso cognitivo conductual de las creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama. - Inexistencia de orientación de como poder afrontar el desarrollo del proceso cognitivo conductual.

Objeto de la Investigación	Proceso cognitivo conductual
Inconsistencia teórica	<p>Buscar teorías de varios autores sobre el proceso cognitivo conductual de las creencias irracionales. Buscar 3 a más autores</p> <p>De lo descrito por los autores se aprecia que aún son insuficientes los referentes prácticos en cuanto a la dinámica de proceso para el tratamiento de usuarios con cáncer de mama.</p>
Objetivo General de la Investigación	Aplicar un programa cognitivo conductual para eliminar las creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama del hospital “José Hernán Soto Cadenillas” de Chota.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar el proceso cognitivo conductual y su dinámica en pacientes con cáncer de mama de un hospital de Chota. - Determinar las tendencias históricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica en pacientes con cáncer de mama de un hospital de Chota. - Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en pacientes con cáncer de mama de un hospital de Chota - Elaborar estrategias cognitivas conductuales para pacientes con cáncer de mama de un hospital de Chota. - Corroborar científicamente los resultados de la investigación con pacientes con cáncer de mama de un hospital de Chota
Campo de la investigación	Dinámica del proceso cognitivo conductual
Título de la Investigación	Aplicar un programa cognitivo conductual para eliminar las creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama, de un hospital de Chota
Hipótesis	Si se Aplica un Programa Cognitivo Conductual, que tenga en cuenta el pensamiento y la conducta entonces se contribuye a la mejora de las

	creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama de un hospital de Chota.
Variables	VI: Programa cognitivo conductual VD: Creencias irracionales



Escuela de
Posgrado

ANEXO N° 2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente	Dimensiones	Descripción
PROGRAMA PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL	Introducción-Fundamentación	Se establece el contexto y ubicación de la problemática a resolver. Ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia. Se indica la teoría en que se fundamenta el aporte propuesto.
	II. Diagnóstico	Indica el estado real del objeto y evidencia el problema en torno al cual gira y se desarrolla la estrategia, protocolo, o programa, según el aporte práctico a desarrollar.
	Planeamiento del objetivo general	Se desarrolla el objetivo general del aporte práctico. Se debe tener en cuenta que no es el de la investigación.

	Planeación estratégica	<ul style="list-style-type: none"> - Aprobación y autoexpectativas. - Culpa y castigo. - Control externo. - Alta dependencia y preocupación. - Pasado determinante. - Soluciones perfectas.
--	------------------------	---

Variable Dependiente	Dimensiones	Técnicas e Instrumentos de la Investigación	Fuente de Verificación
Creencias irracionales	Aprobación y Autoexpectativas.	Técnicas: - Encuesta. Instrumento: - Cuestionario de creencias irracionales (CCI – P) - Cuestionario de creencias irracionales (CCI – F)	Pacientes con cáncer de mama del Hospital José Soto Cabanillas de Chota. Familiares de pacientes con cáncer de mama del Hospital José Soto Cabanillas de Chota
	Culpa y castigo.		
	Control externo.		
	Alta dependencia y preocupación		
	Pasado determinante.		
	Soluciones perfectas		

ANEXO N° 3 INSTRUMENTO

FICHA TÉCNICA: CUESTIONARIO- CCI-P

- **Nombre:** Cuestionario de Creencias irracionales – Pacientes. (CCI-P)
- **Autora:** Lic. Castro Alarcon, Lorena Gissela.
- **Marco teórico:** Creencias irracionales de Albert Ellis.
- **Población:** Pacientes oncológicos.
- **Objetivo:** Evaluar el nivel de afectación por creencias irracionales.
- **Escala:** Likert. (1) En desacuerdo; (2) Más o menos de acuerdo ; (3) De acuerdo.
- **Dimensiones e indicadores:**

Dimensiones	Indicadores	Ítems
Aprobación y Autoexpectativas.	<ul style="list-style-type: none"> - Es necesaria la aprobación y el afecto de todas las personas importantes. - Para tener valor, debemos ser competentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1,2 - 3,4

Culpa y castigo.	- Algunas personas son perversas y merecen ser castigadas.	- 5,6,7,8
Control externo.	- Es un problema cuando las cosas no salen como queremos. - Las personas no pueden controlar sus propias emociones, ya que las originan factores externos. - Las situaciones difíciles generan demasiada preocupación. - Es mejor evitar problemas que enfrentarlos.	- 9 - 10 - 11 - 12
Alta dependencia y preocupación	- Se debe depender de alguien más fuerte que uno mismo. - Debemos ser en exceso preocupados por lo que le sucede a los demás.	- 13,14 - 15,16
Pasado determinante.	- El pasado dictamina nuestro presente.	- 17,18,19,20
Soluciones perfectas	- Existe solo una solución para los problemas.	- 21,22,23,24

- **Calificación**

Niveles	Puntaje Dimensiones	Puntaje Total
Bajo	4 - 6	24 – 40

Medio	7 - 9	41 - 56
Alto	10 - 12	57 - 72

CUESTIONARIO DE CREENCIAS IRRACIONALES (CCI-P)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 24 preguntas y está dirigido a pacientes con cáncer de mama del Hospital José Hernán Soto Cabanillas de Chota, el cual tiene como finalidad diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual, cuyo objetivo es evaluar y obtener información sobre el nivel de afectación por creencias irracionales en pacientes oncológicos.

A continuación, encontrará una serie de pensamientos. Lea cada una de ellos y marque con (X) que tan bien lo describen a usted, considerando la siguiente escala:

(1) En desacuerdo	(2) Más o menos de acuerdo	(3) De acuerdo
-------------------	----------------------------	----------------

N°	ÍTEMS	1	2	3
1	Me es necesario que los demás demuestren afecto.			
2	Me gustaría agradecerle a todo el mundo.			
3	Debo tener éxito en todo lo que hago, de lo contrario no sería suficiente.			
4	Detesto fallar en cualquier cosa que realice.			
5	Las personas malas, deben ser castigadas.			
6	Cuando las personas se portan mal, debe irles mal en la vida.			
7	Todas las personas que se comportan mal, merecen castigo.			
8	Todo aquel que comete errores, debe ser culpabilizado.			
9	Cuando planeo algo y no sale como quiero me parece una catástrofe.			
10	Las personas no pueden ser felices por sí mismas.			
11	Cuando sucede algo imprevisto, debo sentirme muy preocupado.			
12	Prefiero evitar los problemas, que buscarles solución.			
13	Necesito apoyarme en alguien más fuerte para superar mis problemas.			
14	No puedo tomar decisiones por mí mismo.			
15	Cuando le ocurre un problema a alguien cercano, me preocupo tanto como si fuera mío.			
16	Los problemas de otros, me distraen de los míos.			
17	Me resulta difícil soltar mi pasado.			
18	Pienso que las experiencias del pasado, aún me pueden afectar.			
19	Yo soy de una manera, porque así me criaron y no puedo cambiar.			
20	Las personas nunca cambian.			
21	Solo hay una forma correcta para solucionar algo.			
22	Existe una verdad absoluta sobre todas las cosas.			
23	Prefiero ser perfeccionista porque así evito catástrofes.			
24	Para mí los problemas no tienen punto medio, solo dos opciones extremas, es "blanco" o es "negro", no existe el "gris".			

GRACIAS.

POR FAVOR, ASEGURESE DE HABER RESPONDIDO TODAS LAS PREGUNTAS

FICHA TÉCNICA 2: CUESTIONARIO CCI-F

- **Nombre:** Cuestionario de creencias irracionales – Familiares. (CCI-F)
- **Autora:** Lic. Castro Alarcon, Lorena Gissela.
- **Marco teórico:** Creencias irracionales de Albert Ellis, adaptado por Garner (1969)
- **Población:** Familiares de pacientes oncológicos.
- **Objetivo:** Evaluación de la percepción de creencias irracionales en familiares oncológicos.
- **Escala:** Likert. (1) En desacuerdo; (2) Más o menos de acuerdo ; (3) De acuerdo.
- **Dimensiones e indicadores:**

Dimensiones	Indicadores	Ítems
Aprobación y Autoexpectativas.	<ul style="list-style-type: none"> - Es necesaria la aprobación y el afecto de todas las personas importantes. - Para tener valor, debemos ser competentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1,2 - 3,4
Culpa y castigo.	<ul style="list-style-type: none"> - Algunas personas son perversas y merecen ser castigadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - 5,6,7,8
Control externo.	<ul style="list-style-type: none"> - Es un problema cuando las cosas no salen como queremos. - Las personas no pueden controlar sus propias emociones, ya que las 	<ul style="list-style-type: none"> - 9 - 10

	<p>originan factores externos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las situaciones difíciles generan demasiada preocupación. - Es mejor evitar problemas que enfrentarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> - 11 - 12
Alta dependencia y preocupación	<ul style="list-style-type: none"> - Se debe depender de alguien más fuerte que uno mismo. - Debemos ser en exceso preocupados por lo que le sucede a los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> - 13,14 - 15,16
Pasado determinante.	<ul style="list-style-type: none"> - El pasado dictamina nuestro presente. 	<ul style="list-style-type: none"> - 17,18,19,20
Soluciones perfectas	<ul style="list-style-type: none"> - Existe solo una solución para los problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> - 21,22,23,24

- **Calificación**

Niveles	Puntaje Dimensiones	Puntaje Total
Bajo	4 - 6	24 – 40
Medio	7 - 9	41 - 56
Alto	10 - 12	57 - 72

CUESTIONARIO DE CREENCIAS IRRACIONALES (CCI-F)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 24 preguntas y está dirigido a familiares de pacientes con cáncer de mama del Hospital José Hernán Soto Cabanillas de Chota, el cual tiene como finalidad diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual, cuyo objetivo es evaluar y obtener información sobre el nivel de afectación por creencias irracionales en pacientes oncológicos.

A continuación, encontrará una serie de pensamientos. Lea cada una de ellos y marque con (X) que tan bien lo describen a usted, considerando la siguiente escala:

(1) En desacuerdo	(2) Más o menos de acuerdo	(3) De acuerdo
-------------------	----------------------------	----------------

N°	ÍTEM	1	2	3
1	Si a mí familiar no le demostramos afecto siempre se pone muy triste.			
2	Si mi familiar, siente un ligero rechazo actúa de forma cabizbaja.			
3	Cuando mi familiar no tiene éxito en alguna actividad, le afecta mucho.			
4	Si mi familiar falla en algún aspecto de su vida, tiende a deprimirse.			
5	Si mi familiar observa un mal comportamiento, siempre critica.			
6	Mi familiar usualmente opina que los malos siempre deben recibir castigo.			
7	Ante una mala actitud, mi familiar recrimina a los demás.			
8	Cuando mi familiar actúa mal, se culpabiliza demasiado.			
9	Mi familiar actúa de forma desesperada cuando no tiene el control.			
10	Mi familiar necesita de la presencia de los demás para actuar feliz.			
11	Frente a una situación difícil, mi familiar actúa excesivamente preocupado.			
12	Frente a una dificultad, mi familiar toma actitudes de evitación.			
13	Mi familiar prefiere que decidamos por él.			
14	Mi familiar siempre requiere de nuestra presencia.			
15	Mi familiar se sobre preocupa cuando le contamos nuestros problemas.			
16	Mi familiar actúa desesperadamente cuando percibe un problema.			
17	Mi familiar siempre habla mucho acerca de su pasado.			
18	Mi familiar actúa de forma cabizbaja cuando habla de su pasado.			
19	Mi familiar usualmente opina que las personas siempre serán iguales.			
20	Cuando queremos corregirle alguna mala actitud, mi familiar se excusa con su pasado.			
21	Mi familiar usualmente no busca un punto medio o acuerdo frente a los problemas.			
22	Mi familiar usualmente expresa que las cosas se hacen de un solo modo.			
23	Mi familiar siempre tiene una forma de hacer las cosas y no la cambiaría por nada.			

24	Mi familiar nos expresa que no existen las soluciones a medias, es “sí” o “no”.			
----	---	--	--	--

GRACIAS.
POR FAVOR, ASEGURESE DE HABER RESPONDIDO TODAS LAS
PREGUNTAS



ANEXO N° 4 INSTRUMENTO DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS

CUESTIONARIO DE CREENCIAS IRRACIONALES (Pacientes)

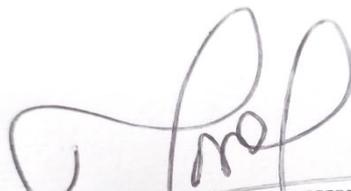
1. NOMBRE DEL JUEZ		Mg. Rubén Gustavo Toro Reque
2.	PROFESIÓN	Psicólogo
	ESPECIALIDAD	Clínico – Forense
	GRADO ACADÉMICO	Magíster
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	19 años
	CARGO	Psicólogo y Docente Universitario
Título de la Investigación: “Programa cognitivo conductual para eliminar las creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama de un hospital”		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Lic. Castro Alarcón, Lorena Gissela
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica

<p>4. INSTRUMENTO EVALUADO</p>	<p>1. Entrevista () 2. Cuestionario (X) 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo ()</p>
<p>5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO</p>	<p><u>GENERAL</u></p> <p>Evaluar el nivel de afectación por creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama.</p> <hr/> <p><u>ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la dimensión aprobación y autoexpectativas en pacientes con cáncer de mama del hospital “José Soto Cadenillas” de Chota.. - Evaluar la dimensión culpa y castigo en pacientes con cáncer de mama del hospital “José Soto Cadenillas” de Chota. - Evaluar la dimensión control en pacientes con cáncer de mama del hospital “José Soto Cadenillas” de Chota. - Evaluar la dimensión alta dependencia y preocupación en pacientes con cáncer de mama del hospital “José Soto Cadenillas” de Chota. - Evaluar la dimensión pasado determinante en pacientes con cáncer de mama del hospital “José Soto Cadenillas” de Chota. - Evaluar la dimensión soluciones perfectas en pacientes con cáncer de mama del hospital “José Soto Cadenillas” de Chota.
<p>A continuación, se le presentan los indicadores en forma de propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” si está en DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS</p>	

N°	6. DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
1	Me es necesario que los demás demuestren afecto. Escala: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
2	Me gustaría agradecerle a todo el mundo. Escala: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
3	Debo tener éxito en todo lo que hago, de lo contrario no sería suficiente. Escala: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
4	Detesto fallar en cualquier cosa que realice. Escala: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
5	Las personas malas, deben ser castigadas. Escala: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
6	Cuando las personas se portan mal, debe irles mal en la vida. Escala: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
7	Todas las personas que se comportan mal, merecen castigo. Escala: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
8	Todo aquel que comete errores, debe ser culpabilizado. Escala: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
9	Cuando planeo algo y no sale como quiero me parece una catástrofe. Escala: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
10	Las personas no pueden ser felices por sí mismas. Escala: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:
11	Cuando sucede algo imprevisto, debo sentirme muy preocupado. Escala: Likert	A (X) D () SUGERENCIAS:

12	Prefiero evitar los problemas, que buscarles solución. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
13	Necesito apoyarme en alguien más fuerte para superar mis problemas. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
14	No puedo tomar decisiones por mí mismo. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
15	Cuando le ocurre un problema a alguien cercano, me preocupo tanto como si fuera mío. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
16	Los problemas de otros, me distraen de los míos. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
17	Me resulta difícil soltar mi pasado. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
18	Pienso que las experiencias del pasado, aún me pueden afectar. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
19	Yo soy de una manera, porque así me criaron y no puedo cambiar. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
20	Las personas nunca cambian. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
21	Solo hay una forma correcta para solucionar algo. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
22	Existe una verdad absoluta sobre todas las cosas. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
23	Prefiero ser perfeccionista porque así evito catástrofes. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:

24	Para mí los problemas no tienen punto medio, solo dos opciones extremas, es “blanco” o es “negro”, no existe el “gris”. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
PROMEDIO OBTENIDO:		A(X) D ():
6 COMENTARIOS GENERALES: PROCEDE EL INSTRUMENTO PARA SU APLICACIÓN.		
7 OBSERVACIONES: NINGUNA.		



Mg. Rubén G. Toro Reque
PSICÓLOGO
C.Ps.P. 9366

CUESTIONARIO DE CREENCIAS IRRACIONALES PARA FAMILIARES (CCI-F)

6.	NOMBRE DEL JUEZ	Mg. Rubén Gustavo Toro Reque
7.	PROFESIÓN	Psicólogo
	ESPECIALIDAD	Clínico – Forense
	GRADO ACADÉMICO	Magíster
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	19 años

	CARGO	Psicólogo y Docente Universitario
Título de la Investigación: “Programa cognitivo conductual para eliminar las creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama de un hospital”		
8. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Lorena Gissela Castro Alarcón,
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
9. INSTRUMENTO EVALUADO		5. Entrevista () 6. Cuestionario (X) 7. Lista de Cotejo () 8. Diario de campo ()
10. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		<u>GENERAL</u> Evaluar la percepción de creencias irracionales en familiares con cáncer de mama.
		- <u>ESPECÍFICOS</u> - Evaluar dimensión aprobación y autoexpectativas según la percepción de los familiares con cáncer de mama. - Evaluar la dimensión culpa y castigo según la percepción de los familiares con cáncer de mama. - Evaluar la dimensión control externo según la percepción de los familiares con cáncer de mama. - Evaluar la dimensión alta dependencia y preocupación según la percepción de los familiares con cáncer de mama. - Evaluar la dimensión pasado determinante según la percepción de los familiares con cáncer de mama. - Evaluar la dimensión soluciones perfectas según la percepción de los familiares con cáncer de mama.

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” si está en DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS

7. DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO		
1	Si a mí familiar no le da demostramos afecto siempre se pone muy triste. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
2	Si mi familiar, siente un ligero rechazo actúa de forma cabizbaja. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
3	Cuando mi familiar no tiene éxito en alguna actividad, le afecta mucho. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
4	Si mi familiar falla en algún aspecto de su vida, tiende a deprimirse. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
5	Si mi familiar observa un mal comportamiento, siempre critica. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
6	Mi familiar usualmente opina que los malos siempre deben recibir castigo. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
7	Ante una mala actitud, mi familiar recrimina a los demás. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
8	Cuando mi familiar actúa mal, se culpabiliza demasiado. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
9	Mi familiar actúa de forma desesperada cuando no tiene el control. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
10	Mi familiar necesita de la presencia de los demás para actuar feliz.	A(X) D ()

	Escala: Likert	SUGERENCIAS:
11	Frente a una situación difícil, mi familiar actúa excesivamente preocupado. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
12	Frente a una dificultad, mi familiar toma actitudes de evitación. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
13	Mi familiar prefiere que decidamos por él. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
14	Mi familiar siempre requiere de nuestra presencia. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
15	Mi familiar se sobre preocupa cuando le contamos nuestros problemas. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
16	Mi familiar actúa desesperadamente cuando percibe un problema. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
17	Mi familiar siempre habla mucho acerca de su pasado. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
18	Mi familiar actúa de forma cabizbaja cuando habla de su pasado. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
19	Mi familiar usualmente opina que las personas siempre serán iguales. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
20	Cuando queremos corregirle alguna mala actitud, mi familiar se excusa con su pasado. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:
21	Mi familiar usualmente no busca un punto medio o acuerdo frente a los problemas. Escala: Likert	A(X) D () SUGERENCIAS:

22	<p>Mi familiar usualmente expresa que las cosas se hacen de un solo modo.</p> <p>Escala: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
23	<p>Mi familiar siempre tiene una forma de hacer las cosas y no la cambiaría por nada.</p> <p>Escala: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
24	<p>Mi familiar nos expresa que no existen las soluciones a medias, es "sí" o "no".</p> <p>Escala: Likert</p>	<p>A(X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
<p>PROMEDIO OBTENIDO:</p>		<p>A(X) D ()::</p>
<p>8 COMENTARIOS GENERALES:</p> <p>PROCEDE SU APLICACIÓN.</p>		
<p>9 OBSERVACIONES:</p> <p>SIN Observaciones.</p>		



Mg. Rubén G. Toro Reque

PSICÓLOGO
C.Ps.P. 9366

ANEXOS N° 6 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota

Investigador: Lorena Gissela Castro Alarcon

Título: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA ELIMINAR LAS CREENCIAS IRRACIONALES EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DE UN HOSPITAL.”

Yo, ROXANA RUBIO SANCHEZ, identificado con DNI N° 41119757, directora del Hospital José Hernán Soto Cabanillas de Chota, DECLARO:

Haber sido informado (a) de forma clara, precisa y suficiente sobre los fines y objetivos que busca la presente investigación. Los datos obtenidos respetarán la intimidad del usuario, manteniendo el anonimato de la información. Al término de la investigación, será informada de los resultados que se obtengan.

Por lo expuesto otorgo MI CONSENTIMIENTO para que aplique “El cuestionario de Creencias Irracionales” y el “Programa cognitivo conductual para eliminar las creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama del Hospital José Soto de chota”.

Objetivo general de la investigación:

Aplicar un programa cognitivo conductual para eliminar las creencias irracionales en pacientes con cáncer de mama del hospital “José Hernán Soto Cadenillas” de Chota.

Objetivos específicos:

- Caracterizar el proceso cognitivo conductual y su dinámica en pacientes con cáncer de mama de un hospital de Chota.
- Determinar las tendencias históricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica en pacientes con cáncer de mama de un hospital de Chota.
- Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en pacientes con cáncer de mama de un hospital de Chota

- Elaborar estrategias cognitivas conductuales para pacientes con cáncer de mama de un hospital de Chota.
- Corroborar científicamente los resultados de la investigación con pacientes con cáncer de mama de un hospital de Chota.

Chiclayo, 01 de diciembre del 2021



DRA. ROXANA RUBIO SANCHEZ

DNI: 41119757

ANEXOS N° 6 APROBACIÓN DEL INFORME DE TESIS

El Docente:

DR. JUAN CARLOS CALLEJAS TORRES

De la Asignatura: SEMINARIO DE TESIS II.

APRUEBA:

El Proyecto de Tesis: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA ELIMINAR LAS CREENCIAS IRRACIONALES EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO DE CHOTA”.

Presentado por:

Bach. Lorena Gissela Castro Alarcon

Chiclayo, 26 de julio del 2022.



Dr. JUAN CARLOS CALLEJAS TORRES