



**UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN  
ESCUELA DE POSGRADO**

**TESIS**

**“PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA  
PREVENIR LA DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN  
FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS DE UN  
HOSPITAL DE CHICLAYO”**

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

**Autora:**

**Bach. Polo Rabines Maryori Lorena  
<https://orcid.org/0000-0001-5063-1001>**

**Asesora:**

**Mg. Carmona Brenis Karina Paola  
<https://orcid.org/0000-0001-8919-1322>**

**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 PREVENIR LA  
DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR EN PACIENTES  
ADULTOS DE UN HOSPITAL DE CHICLAYO”**

**AUTORA**

Mg. Polo Rabines Maryori Lorena

PIMENTEL – PERÚ

2023

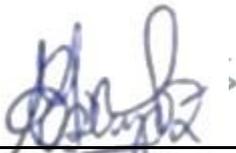
**“PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN  
POR MUERTE DE UN FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS DE UN  
HOSPITAL DE CHICLAYO”**

**APROBACIÓN DE LA TESIS**



---

**Dr. Callejas Torres Juan Carlos**  
**Presidente del jurado de tesis**



---

**Mg. Asenjo Zapata Cornelia Yajaira**  
**Secretaria del jurado de tesis**



---

**Mg. Carmona Brenis Karina Paola**  
**Vocal del jurado de tesis**

**DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD**

Quien suscribe la **DECLARACIÓN JURADA**, yo **Maryori Lorena Polo Rabines** del Programa de Estudios de **Maestría en Psicología Clínica** de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaro bajo juramento que soy autor del trabajo titulado:

**“PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA  
DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS DE  
UN HOSPITAL DE CHICLAYO”**

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, en relación a las citas y referencias bibliográficas, respetando al derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y auténtico.

En virtud de lo antes mencionado, firma:

<b>Polo Rabines</b> <b>Maryori Lorena.</b>	<b>DNI:</b> 72520676	
---	-------------------------	--

Pimentel, 8 de Mayo del 2023.

## ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL .....	5
Índice de tablas .....	8
Índice de figuras.....	10
Dedicatoria.....	11
Agradecimiento.....	12
RESUMEN .....	13
ABSTRACT .....	14
I. INTRODUCCIÓN.....	15
1.1. Realidad problemática .....	15
1.2. Formulación del Problema .....	21
1.3. Justificación e importancia del estudio .....	21
1.4. Objetivos .....	22
1.4.1. Objetivo General .....	22
1.4.2. Objetivos Específicos.....	22
1.5. Hipótesis .....	22
II. MARCO TEÓRICO .....	23
2.1. Trabajos previos.....	23
2.2. Teorías relacionadas al tema .....	26
2.2.1. Caracterización del Proceso terapéutico cognitivo conductual y su dinámica: ....	26
2.2.2. Componentes del Proceso Cognitivo Conductual:.....	28
2.2.3. Análisis tendencial del proceso cognitivo conductual y su dinámica: .....	29
2.2.3.1. Primera generación: Surgimiento de la terapia de conducta (1953 –1969).....	30
2.2.3.2. Segunda generación: Rol de los aspectos cognitivos en la terapia conductual (1970 -1979) .....	30
2.2.3.3. Tercera generación: Panorama de la terapia cognitiva conductual (1990 -	

actualidad)	32
2.2.4. Proceso terapéutico cognitivo – conductual.....	34
2.2.4.1. Primer contacto con el paciente .....	34
2.2.4.2. Recogida de datos .....	34
2.2.4.3. Organización de datos.....	34
2.2.4.4. Análisis de la información .....	35
2.2.4.5. Tratamiento.....	35
2.2.4.6. Aplicación del tratamiento.....	35
2.2.4.7. Seguimiento .....	35
2.2.5. Técnicas usadas en el programa cognitivo conductual .....	35
2.2.5.1. Técnicas conductuales .....	35
2.2.5.2. Técnicas de afrontamiento .....	35
2.2.5.3. Técnicas emotivas.....	36
2.2.5.4. Técnicas cognitivas.....	36
2.2.6. Modelo cognitivo en la depresión.....	37
2.2.6.1. Triada cognitiva .....	37
2.2.6.2. Distorsiones cognitivas.....	37
2.2.6.3. Pensamientos automáticos .....	39
2.2.7. Estrategias cognitivo conductuales .....	39
2.2.7.1. Estrategias cognitivas .....	39
2.2.7.2. Estrategias de control de la activación emocional.....	40
2.2.7.3. Estrategias conductuales .....	40
2.2.7.4. Habilidades de afrontamiento paliativo .....	40
2.3. Marco Conceptual.....	40
III. MÉTODO .....	43
3.1. Tipo y Diseño de Investigación .....	43
3.2. Variables y Operacionalización.....	44

3.3.	Población, muestreo y muestra .....	44
3.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad .....	45
3.5.	Procedimientos de análisis de datos.....	48
3.6.	Criterios éticos .....	48
3.7.	Criterios de Rigor científico .....	49
IV.	RESULTADOS .....	50
4.1.1.	Resultados del pretest aplicado a pacientes adultos que han sufrido la muerte de un familiar y a 1 familiar de cada paciente .....	51
4.1.2.	Resultados del pre test por dimensiones aplicado a pacientes adultos que han sufrido la muerte de un familiar.....	53
4.1.3.	Resultados del pretest por dimensiones aplicado a familiares de pacientes adultos que han sufrido la muerte de un familiar .....	55
V.	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	58
VI.	APORTE PRÁCTICO .....	62
6.1.	Fundamentación del aporte práctico .....	62
6.2.	Construcción del aporte práctico .....	63
VII.	VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	91
VIII.	CONCLUSIONES .....	97
IX.	RECOMENDACIONES.....	98
	REFERENCIAS .....	99
	ANEXOS .....	108

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Marco contextual de la Terapia Cognitivo Conductual .....	33
<b>Tabla 2.</b> Diseño de investigación.....	44
<b>Tabla 3.</b> Niveles de la variable depresión según el Pre test aplicado a 15 pacientes y a 15 familiares .....	51
<b>Tabla 4.</b> Dimensiones de la variable Depresión según el Pre test aplicado a 15 pacientes	53
<b>Tabla 5.</b> Dimensiones de la variable Depresión según el Pretest aplicado a 15 familiares	55
<b>Tabla 6.</b> Cuadro resumen según dimensiones del Pre-Test de Depresión aplicado a Pacientes y Familiares .....	57
<b>Tabla 7.</b> Cuadro resumen del desarrollo de la Planeación estratégica .....	71
<b>Tabla 8.</b> Sesión 01.....	72
<b>Tabla 9.</b> Sesión 02.....	73
<b>Tabla 10.</b> Sesión 03.....	74
<b>Tabla 11.</b> Sesión 04.....	75
<b>Tabla 12.</b> Sesión 05.....	76
<b>Tabla 13.</b> Sesión 06.....	77
<b>Tabla 14.</b> Sesión 07 .....	78
<b>Tabla 15.</b> Sesión 08.....	79
<b>Tabla 16.</b> Sesión 09.....	80
<b>Tabla 17.</b> Sesión 10.....	81
<b>Tabla 18.</b> Sesión 11 .....	82
<b>Tabla 19.</b> Sesión 12.....	83
<b>Tabla 20.</b> Sesión 13.....	84
<b>Tabla 21.</b> Actividades ejecutadas para aplicar el Programa Cognitivo Conductual .....	86
<b>Tabla 22.</b> Estimación del Programa Cognitivo Conductual .....	87
<b>Tabla 23.</b> Presupuesto del programa cognitivo conductual .....	88
<b>Tabla 24.</b> Cuadro comparativo, de los 2 momentos de evaluación de la Depresión General antes de aplicar el programa y después de aplicar el programa.....	91
<b>Tabla 25.</b> Cuadro comparativo, de los dos momentos de evaluación, aplicado a pacientes .....	92
<b>Tabla 26.</b> Cuadro comparativo, de los dos momentos de evaluación, aplicado a familiares .....	94

<b>Tabla 27.</b> Prueba para medir la distribución de los datos .....	95
<b>Tabla 28.</b> Comparación de medias: prueba de muestras emparejadas de los puntajes de la Escala de Depresión por muerte de un familiar aplicado a pacientes y familiares .....	96

## Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Distribución de niveles de la Depresión según pre test aplicado a pacientes y a familiares .....	52
<b>Figura 2.</b> Niveles de cada Dimensión de la Depresión obtenidas en el Pre Test a pacientes .....	54
<b>Figura 3.</b> Niveles de cada Dimensión de la Depresión obtenidas en el Pre Test dirigido a familiares de los pacientes.....	56
<b>Figura 4.</b> Diagrama del aporte de la investigación .....	90

## **Dedicatoria**

Hoy dedico mi presente tesis de maestría a mi amada madre Hailly Lola Rabines Aguilar, mi musa inspiradora y mujer virtuosa, quién fue víctima del Covid 19 en el año 2020 provocándole la muerte, para que todo su sacrificio y esfuerzo por mi hermano y por mí no sea en vano y quiero que sepa que sigo de pie luchando por cuidar y promocionar la salud mental y aportar desde mi profesión.

También dedico esta investigación a mi abuelita Gladys Yolanda Aguilar Noriega, mi tesoro y amor eterno, quién también partió en enero del 2021 a causa del Covid 19, quiero decirles que las sigo amando y me siguen motivando, ahora de una forma distinta, pero siguen estando.

Polo Rabines Maryori Lorena

### **Agradecimiento**

Agradezco al doctor Juan Carlos Callejas Torres, por enseñarnos con paciencia y dedicación, gracias infinitas por sus conocimientos, empatía, buen trato y calidez humana, sin lugar a duda un excelente profesional y ser humano.

## RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue aplicar un Programa Cognitivo Conductual para prevenir la depresión por muerte de un familiar en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo. La investigación es pre experimental de tipo aplicada y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 15 pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo que sufrieron la muerte de un familiar y un pariente por cada paciente. Se usó la Escala de Depresión por muerte de un familiar de autoría propia para recolectar la información, instrumento validado por 3 expertos y basado en la teoría de Tizón, cuyo estudio piloto se realizó con una muestra de 140 pacientes, obteniéndose una confiabilidad de 0.865 utilizando la prueba estadística Alfa de Crombach, lo que determina que el cuestionario es confiable y aplicable. En respuesta a ello se realizó el diagnóstico con dicho instrumento y luego se elaboró y aplicó el programa cognitivo conductual el cual fue efectivo logrando eliminar resultados clasificados como graves y logró prevenir la depresión. El cambio después de aplicar el programa fue favorable logrando disminuir significativamente ( $p=0.000$ ) la Depresión por muerte de un familiar, lo que demuestra la eficacia del programa y enfoque cognitivo conductual.

**Palabras clave:** Programa, cognitivo, conductual, depresión, muerte, familiar, paciente.

## ABSTRACT

The main objective of this research was to apply a Cognitive Behavioral Program to prevent depression due to the death of a family member in adult patients at a Chiclayo hospital. The research is pre-experimental of the applied and cross-sectional type. The sample consisted of 15 adult patients from the Las Mercedes de Chiclayo Regional Teaching Hospital who suffered the death of a family member and a relative for each patient. The Depression Scale due to death of a family member of their own authorship was used to collect the information, an instrument validated by 3 experts and based on Tizón's theory, whose pilot study was carried out with a sample of 140 patients, obtaining a reliability of 0.865 using the Cronbach's Alpha statistical test, which determines that the questionnaire is reliable and applicable. In response to this, the diagnosis was made with said instrument and then the cognitive-behavioral program was developed and applied, which was effective, eliminating results classified as serious and managing to prevent depression. The change after applying the program was favorable, managing to significantly reduce ( $p=0.000$ ) Depression due to the death of a family member, which demonstrates the effectiveness of the program and the cognitive behavioral approach.

**Keywords:** Program, cognitive, behavioral, depression, death, family, patient.

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Realidad problemática

Actualmente una de las principales enfermedades de salud pública más reincidentes es la depresión, la cifra de personas diagnosticadas con este padecimiento continúa incrementándose día a día, por ello es necesario implementar un plan de intervención frente a la misma, que tenga como resultado el aprender a transitarla y afrontarla saludablemente, existen personas que inclusive llegan al suicidio, alcoholismo, drogadicción o abandono general de sí mismos, esto se debe a la importancia que representa el manejo emocional y la madurez para lidiar con situaciones inesperadas que suceden en la vida, tal como el fallecimiento de un ser querido o un familiar, frente a ella se suele vivir un proceso de duelo normal, pero hay personas que se perciben perdidos dentro de esa situación. Frente a estas pérdidas irreparables hay que saberse adaptar a la nueva circunstancia de una forma optimista y agradecida por lo que la persona fallecida representó en sus vidas y aprender a transitar el duro proceso. Muchas veces esto no resulta sencillo, pero tampoco es imposible, si bien puede requerir de mucho esfuerzo, fortaleza y voluntad para seguir adelante, es algo alcanzable, no obstante, es necesario mencionar que es humano y comprensible el que la persona se pueda sentir deprimida o desolada (OMS, 2021).

La depresión se entiende como un padecimiento letal que no distingue ni discrimina edad e influye desfavorablemente en la mente, cuerpo y alma del paciente que queda atrapado en sus síntomas, esta se ve reflejada en la vinculación y percepción negativa de sí mismo y del mundo, aquí se observa la disminución del sentido valorativo de la propia vida, que va acompañado de un constante decaimiento del estado de ánimo, es un espiral descendente (Korb, 2019).

Se define depresión como una conexión con el dolor que paraliza y deja a la persona sin esperanza, donde hay un desequilibrio en los niveles de serotonina debido a que estos bajan (Hari, 2020).

Asimismo, se denomina depresión a una enfermedad incompetente, ya que altera el funcionamiento normal de sus actividades comunes y cotidianas, la persona se queda sin esperanzas y se acaban las ilusiones en la vida del paciente ya que afecta a todas sus áreas, incluso en la espiritual, dificultándole seguir adelante o pensar en su futuro, centrando

toda la atención en lo catastrófico, negativo y presente dificultoso que le está tocando vivir (Rota y Rota, 2021).

A menudo cuando se habla de depresión automáticamente se piensa a una persona que no puede mantener la compostura, sin embargo, existen personas con depresión que aparentemente pueden tener todo bajo control en su vida, pero por dentro están luchando con condiciones desfavorables, estas personas pueden ser altamente funcionales e inclusive exitosas, pero en el interior llevan un calvario emocional (Mason, 2021).

La depresión se considera un estado de salud mental que incluye varios síntomas tales como poca energía, sentimientos de inutilidad y desesperanza, dificultad para dormir y concentrarse, pensamientos suicidas y anhedonia, además de sentimientos de tristeza e indefensión por más de dos semanas (Whiteley, 2021).

El que una persona no tenga síntomas aparentes, no significa que no tenga depresión en ocasiones, la depresión puede ser imperceptible y es más un sentir de que no hay nada por qué luchar y valga la pena continuar viviendo, esta se trata de sentimientos de desánimo y abatimiento. Los pacientes actuarán sobre estos pensamientos si no son detectados a tiempo o no reciben el tratamiento que necesitan (Mason, 2021).

La depresión puede llegar a ser un problema de salud muy grave, en especial cuando es recurrente y de intensidad moderada a severa, sin embargo, los obstáculos para la atención eficaz de la misma son las creencias y estigmatizaciones que se tienen sobre los trastornos mentales y la falta de recursos y de profesionales preparados para la atención de salud especializada. Más del 75% de personas afectadas con un problema de salud mental pertenecientes a países con economía baja y mediana no reciben tratamiento alguno (OMS, 2021).

La epidemia del Covid - 19 ha evidenciado la carencia de estrategias que cultiven el bienestar en lo referido a salud mental, como consecuencia de ello, se ha gestado una necesidad de atender a diversas problemáticas de salud mental, entre ellas la depresión por las muertes sin duelo de los familiares. Un estudio internacional hace mención que la crisis sanitaria del coronavirus desencadenó 53 millones más de trastornos de depresión en el mundo (Mouzo, 2021).

Tras la pandemia del coronavirus existe gran cantidad de muertes en todo el Perú, desde marzo del 2020 a mayo del 2021 se ha detectado 180,764 compatriotas fallecidos a causa

del Coronavirus, lo que genera 180,764 duelos en más de una persona por dicha pérdida, los cuales solo en algunos casos son atendidos y otros sobrellevados, detrás de las cifras hay rostros, sentimientos y familias completas que se han quedado sin su ser querido o significativo (El Peruano, 2021).

Burga (2021) señala que en Lambayeque los centros de salud mental comunitarios han recibido 8 mil 408 casos con trastornos afectivos y más del 50% presentan ideas suicidas.

Se evidencia un incremento de casos de depresión donde es probable que en el futuro sigan aumentando las cifras y por ello urge encontrar alternativas para que este problema disminuya, asimismo educar a la población para que catalogue a la depresión como una enfermedad grave y conozca habilidades de afrontamiento y recursos que puedan ser paliativos frente a la muerte de un ser querido.

Nevado y Gonzales (2020) señalan que el duelo es un estado común que transita la persona para curar un corazón herido, donde no hay la probabilidad de recuperación ni reencuentro, sino la certeza de que terminó y ya no está aquello que le fue significativo y valioso. La muerte no implica olvidar o eliminar el recuerdo sino integrarlo y hacerlo parte de la vida del usuario, recordando a su ser querido desde la gratitud y sin sufrimiento.

Cuando la muerte es inesperada y repentina el duelo es un recorrido que enfrenta la pérdida y se presenta de forma cruel ya que la persona toma contacto con la ausencia, sentimiento de vacío y dolor. Sin embargo, la pérdida no se interpreta como la ruptura del vínculo amoroso, pero sí con la imposibilidad de tener contacto con el ser amado, no porque no sea correspondido, sino porque ya no puede corresponderle debido a su muerte. Frente a este proceso se dan los pasos de negación, asimilación y acomodación (Rolón, 2020).

La realización activa de tareas que ayuden a resignificar y adaptarse a la pérdida puede ser de beneficio, puesto que unos de los síntomas de depresión es no querer realizar ninguna actividad y para contrarrestarla se tendría que hacer exactamente lo contrario. Existen tipos de tareas: la primera consiste en aceptar la nueva realidad de la pérdida, donde el fallecido no regresa y la figura de reunión física es inadmisibles, conservar posesiones o cuartos intactos no ayuda y el eliminar fotos o no hablar del difunto tampoco ya que se está no aceptando, minimizando o evitando entrar en contacto con el tema; la segunda tarea es elaborar el dolor de la pérdida, expresar de todas las maneras el dolor, culpa, rabia o sentimientos que surjan en acompañamiento terapéutico; la tercera tarea es habituarse a una

vida sin el difunto donde se precisa estructurar funciones y roles, existe una reorganización; la cuarta y última tarea consiste en buscar una conexión emocional perdurable con el difunto después de hallarse en la vida nueva sin él, no significa que lo olvidará pero encontrará una nueva forma de sentirse cercano a él y seguir con su existencia (González y Nevado, 2020).

Existe una depresión por pérdida de un ser querido que presenta a manera de duelo patológico y se manifiesta en 6 dimensiones: En la dimensión física hay falta de energía, alteración en el sueño, pérdida del apetito y dolor; en la dimensión emocional se presentan sentimientos de tristeza y desamparo, añoranza y anhelo del ser querido y desesperanza. En la dimensión cognitiva se presenta dificultad para concentrarse, ideas repetitivas relacionadas con el difunto y olvidos frecuentes. En la dimensión conductual tenemos al consumo de alcohol, tabaco, drogas o psicofármaco; hiperactividad o inactividad y llanto. En la dimensión social se muestra aislamiento social y en la dimensión espiritual se presentan replantaciones sobre las propias creencias sobre trascendencia y preguntas sobre el sentido de la muerte y la vida (Tizón, 2009, como se citó en Mancillas, 2021).

Específicamente, con respecto a **las manifestaciones** de depresión por muerte de un familiar, identificadas a partir de una entrevista realizada al psicólogo coordinador de Salud mental del Hospital Regional Docente La Mercedes de Chiclayo que fueron observadas en pacientes adultos tenemos a:

- Frecuentemente se sienten cansados y desganados al momento de hacer sus actividades del día a día.
- Suelen tener pocos ánimos y fuerza para realizar sus actividades del día a día.
- Tienen dificultad para conciliar el sueño producto de sus preocupaciones y problemas actuales.
- En ocasiones el ritmo y tiempo de su sueño ha variado.
- Al recordar la muerte de su familiar en ocasiones se les va el apetito.
- No están comiendo lo suficiente algunos días.
- En fechas especiales suelen ponerse triste por la ausencia y muerte de su familiar.
- Tras la muerte de su familiar se sienten solos y desamparados.
- Les gustaría que su familiar no hubiese fallecido y siga a su lado.
- Suelen extrañar mucho a su familiar fallecido.
- En ocasiones sienten y piensan negativamente con respecto a su futuro.

- Sienten que no pueden seguir con sus proyectos personales sin la presencia de su familiar.
- En ocasiones se distraen con respecto a sus responsabilidades.
- Les cuesta concentrarse.
- Piensan en la muerte de su familiar con frecuencia.
- No comprenden por qué tuvo que fallecer su familiar.
- En ocasiones se les presentan dificultades ya que olvidan detalles importantes.
- A veces se olvidan de cosas importante.
- A veces suelen tomar bebidas alcohólicas con más frecuencia de lo normal.
- En ocasiones después de la muerte de su familiar suelen fumar o drogarse.
- En ocasiones quieren hacer muchas cosas para mantenerse ocupados.
- Han dejado de hacer cosas que antes sí hacían.
- Suelen llorar al recordar la muerte de su familiar.
- En ocasiones al hablar de la muerte de su familiar se les quiebra la voz y pueden llorar.
- En ocasiones prefieren estar solos y alejados de todo.
- Necesitan su espacio para procesar la pérdida que están pasando.
- Valoran más la muerte que la vida de su familiar.
- Consideran que no hay forma de reconfortarse cuando alguien muere.

Estas manifestaciones de depresión se vinculan a las creencias irracionales o esquemas desadaptativos que rigen el comportamiento de los pacientes.

El análisis de la problemática, ha llevado a formular el siguiente **problema científico**:  
Insuficiencias en el proceso cognitivo conductual conduce a la depresión.

El **diagnóstico causal** se encuentra delimitado por lo siguiente:

- Insuficientes estrategias **cognitivo conductuales** de afrontamiento de depresión frente a la muerte de un familiar.
- Deficiencias en las prácticas de **cognitivo – conductuales** para disminuir la depresión frente a la muerte de un familiar.
- Insuficiente orientación y acompañamiento **cognitivo - conductual** a los pacientes que

han sufrido la muerte de un familiar.

- Insuficiente diagnóstico contextual integral en el desarrollo del proceso **cognitivo – conductual** para la prevención de la depresión frente a la muerte de un familiar cercano.
- Insuficiente desarrollo de actividades de intervención en el proceso **cognitivo conductual** para prevenir la depresión por muerte de un familiar.

De ahí que el **objeto de la investigación** sea: El **proceso cognitivo conductual**. Para Gilliam (2020) mencionan que el proceso cognitivo conductual toma en cuenta un conjunto de técnicas que proporcionan alivio, así como un objetivo y traza un plan para lograrlo.

La **TCC** ha sido adaptada hacia diversas poblaciones, países y entornos para tratar una amplia gama de problemas y trastornos, basada en el tratamiento no farmacológico y formulación de creencias desadaptativas, estrategias conductuales e identificación de factores de mantenimiento que caracterizan un trastorno específico (Beck, 2021).

La **TCC** se basa en principios bien desarrollados para llevar planes de tratamiento y guiar las acciones del terapeuta. Beck y sus colegas identificaron 3 niveles de procesamiento cognitivo: la conciencia en el que se pueden tomar decisiones sobre una base racional, la atención consciente permite monitorear y evaluar interacciones con el entorno, vincular recuerdos pasados con experiencias presentes y controlar y planificar acciones futuras (Beck, 2021).

En la **TCC** los terapeutas fomentan la aplicación y el desarrollo de procesos de pensamiento consciente y adaptativo como el pensamiento racional y la resolución de problemas. Aquí el terapeuta dedica esfuerzo para ayudar a su paciente a reconocer y cambiar el pensamiento desadaptativo, que se descompone en esquemas y pensamientos automáticos que no están sujetas a un análisis cuidadoso (Wright, et al., 2017).

Kowal (2021) refiere que la terapia cognitivo conductual es un tipo de psicoterapia que se basa en comprender la mente y confía en la capacidad de cada persona para resolver sus propios retos e invita a descubrir que es lo que falta para solucionar su situación.

Vallejo (2020) plantea que en la **TCC** se observa que las personas con depresión deforman la realidad, la malinterpretan adoptando posturas negativas sobre la misma y sobre

ellos mismos. Asimismo, su capacidad de autoeficacia se encuentra baja, se suelen sentir incapaces de tolerar la pérdida y todo ello se evidenciaba en su incomodidad emocional. La activación del esquema negativo vinculado a la visión sobre sí mismo, el mundo y el futuro es el primer síntoma de la depresión.

La TCC profundiza el vínculo entre los pensamientos, emociones y conductas, donde se acepta la presencia de distorsiones cognitivas y conductas disfuncionales y se decide poner límites y alto a ellas y sus consecuencias, para eso habría que iniciar un trabajo terapéutico a través de técnicas y tareas que favorezcan el proceso del afectado, validando la importancia que juega la manera de pensar e interpretar la información (González, C., Ruiz, M., Cordero, P., Umaran, O., Hernández, A., Muñoz, R. y Cano, A., 2018).

De lo descrito por los autores antes mencionados se aprecia que aún son insuficientes los referentes teóricos y prácticos en cuanto a la dinámica del proceso para su sistematización, diagnóstico contextual, fundamentación teórica, desarrollo de actividades, su apropiación y generalización para la disminución de la depresión, de ahí que el **campo de la investigación** es la dinámica del proceso cognitivo conductual.

## **1.2. Formulación del Problema**

Insuficiencias en el proceso cognitivo conductual conduce a la depresión.

## **1.3. Justificación e importancia del estudio**

La depresión por muerte de un familiar es un proceso común y doloroso que le ha tocado afrontar a más de un peruano en estas épocas, sobre todo por la existencia del vínculo afectivo intenso que puede ser de apego emocional y por el lazo de sangre que ha estado presente y constante. Ante esta separación irreparable y de no retorno es prudente trabajar con el conjunto de emociones, estados de ánimo y maneras de pensar que van surgiendo en la persona que continúa viviendo y que probablemente no este adaptado a la nueva situación y ausencia física.

La enfermedad de depresión ante este hecho no es para pasarla desapercibido o creer que con los días pasará, sino que necesita ser trabajada para dotar de recursos personales al doliente y pueda autorregularse y continuar su vida pese a la falta de aquella persona especial, se ha comprobado que la depresión es fuertemente impactante e incapacitante en

quien la sufre y ese trastorno en el estado de ánimo sin resolver podría ocasionar consecuencias autoperjudiciales o abandono total por parte de las personas que lo padecen.

La depresión en pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes es una de las enfermedades de salud mental que sigue siendo un problema potencial a solucionar debido al aumento de cifras que diagnostican a la misma, se ha demostrado que una de las terapias más efectivas es la cognitivo conductual para poder hacer frente a estos casos por tal razón las estrategias utilizadas pueden ser de soporte a los pacientes dolientes que les tocó pasar por una situación de pérdida de un ser querido, por ello se está implementando estrategias para abordarlo y hacer frente a esta realidad.

#### **1.4. Objetivos**

##### **1.4.1. Objetivo General**

Aplicar un programa cognitivo conductual para prevenir la depresión por muerte de un familiar en pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.

##### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Caracterizar el proceso cognitivo conductual y su evolución histórica.
- Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual tras la muerte de un familiar en los pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.
- Elaborar un programa cognitivo conductual para prevenir la depresión.
- Validar los resultados de la investigación mediante un pre experimento a través de un pre test y un post test.

#### **1.5. Hipótesis**

Si se aplica un programa cognitivo conductual que tenga en cuenta la relación entre la intencionalidad formativa y su sistematización, entonces se contribuye a la prevención de la depresión en pacientes adultos que han perdido a un familiar.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Trabajos previos

#### **Internacionales:**

En México se realizó una investigación titulada “Intervención cognitivo conductual en duelo por muerte inesperada por la COVID-19” aplicada a un caso, paciente de sexo femenino con 41 años de edad, estado civil viuda, de nacionalidad mexicana y de profesión docente del nivel primario presenta depresión por muerte de su esposo debido a la COVID-19, los síntomas que presenta eran: tristeza, llanto con facilidad, sensación de vacío y soledad, dificultad para concentrarse, preocupación por su futuro y el de sus hijos, desmotivación, náuseas y dolor de cabeza, recibió 12 sesiones de intervención cognitivo - conductual logrando modificar las distorsiones del tipo etiquetas, pensamientos catastróficos, abstracción selectiva y generalización, se usó estrategias de reestructuración cognitiva y se redujo las estrategias de evitación de la depresión y ansiedad (Peña y Hernández, 2022).

En países como Singapur y Estados Unidos de América adoptaron medidas de despedida antes que los pacientes críticos fallezcan, que facilitan el proceso de aceptación de la muerte antes de que fallezca el familiar a corto plazo como tener llamadas telefónicas, grabaciones de voz, realizar cartas y validación de fotos. A largo plazo es necesario que los familiares tengan atenciones sanitarias por un personal de la salud mental y seguimiento psicológico de su proceso de afrontamiento al duelo. Los familiares que no lograron despedirse presentan depresión, trastorno de estrés post traumático, preocupación desbordada, angustia, dificultad para aceptar su muerte y desinterés por la vida a este tipo de familiares desconsolados es necesario brindar seguimiento de asistencia social y psicológica al proceso de duelo hasta lograr armonía y estabilidad en su vida (Matheus, F. et al., 2021).

Garza, Orozco y Ybarra (2020) aplicaron el tratamiento cognitivo conductual a un estudio de caso de una paciente geriátrica mexicana con trastorno depresivo mayor, se usó el enfoque cognitivo conductual y pese a algunos contratiempos e inconvenientes en la intervención se obtuvieron resultados favorables y en esta investigación se pudo comprobar la efectividad del tratamiento Cognitivo - conductual debido a que disminuyó en un 80% el llanto, mejoró el estado de ánimo en un 80%, se eliminaron pensamientos de querer morir y volvió a hacer sus actividades con normalidad. Se comenzó con la psicoeducación y se complementó con actividades agradables, autoafirmaciones positivas, reestructuración

cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, programación de actividades, entrenamiento en relajación y se trabajó en mejorar su alimentación. Se aplicó terapia breve con enfoque cognitivo conductual formado por 4 sesiones de tratamiento y prevención de recaídas.

Pedroza (2020) menciona que cuando existe una pérdida asociada a suicidio se requiere tener tres tipos de abordajes: el apoyo familiar, abordaje social (grupos de apoyo) y abordaje terapéutico (terapia de duelo, silla vacía y entrevista terapéutica). En Colombia se investigó que las familias de pacientes que se suicidaron tienen la necesidad de recibir apoyo en su proceso de duelo, ya que el sistema familiar podría desestabilizarse, desajustarse, desestructurarse y tener mayores represalias a corto y largo plazo.

En Colombia se suspendieron las ceremonias fúnebres lo que llevó a transitar un duelo fuera de lo habitual que incrementaba el índice de depresión, trastorno de pánico e incluso brotes psicóticos a causa del desajuste emocional frente a esa complicada situación. Existen respuestas para hacer frente al duelo centrado en la pérdida y elaboración del fallecimiento, donde priorizan la manifestación sincera de su sentir, deseos, recuerdos y lo ocurrido; y existen otras estrategias de afrontamiento focalizadas en la restauración orientadas a sobrellevar los estímulos desafiantes vividos, la reasignación de roles y el asumir aprendizajes de nuevas estructuras mentales sobre sí mismo y sobre lo sucedido luego de haber sufrido la muerte de su ser querido (Stroebe y Schut 1999, como se citó en Larrotta, R. et al., 2020).

En Guadalajara se aplicó la Terapia de aceptación y compromiso para abordar el duelo patológico, tras aplicar esta terapia a 57 personas con duración de 4 a 6 meses se disminuyeron los niveles de depresión. El duelo es una crisis que exige adaptarse a la nueva realidad, en esta terapia se concretan acciones direccionadas a replantear y ejecutar cambios en su vida como roles y funciones a nivel familiar y personal (Villagómez et al., 2020).

En España se estudió y realizó una propuesta interventiva a nivel psicológico en lo que concierne al duelo con familiares de víctimas de siniestros de tráfico inesperados, donde se resalta la necesidad de crear programas de intervención para tratar el duelo complicado a través de una perspectiva integradora en tres niveles de intervención: individual, familiar y multifamiliar, esta propuesta presentada tiene 14 sesiones que se complementan entre sí, aquí el autor se enfoca en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento activas y en la reducción de conductas desadaptativas que empeoran el duelo (Moreno, 2020).

Los fallecimientos no esperados o agresivos ocasionan un impacto psicológico de dolor y depresión. El nivel de daño psicológico recaerá sobre el vínculo emocional y tipo de muerte del difunto. Dentro de las estrategias de afrontamiento tenemos a la evitación comportamental que aluden a acciones que evitan los malestares emocionales. En las herramientas de apoyo social tenemos a la parte familiar, profesional y espiritual que ayuda a sobrellevar la depresión por muerte. Otras estrategias son la expresión emocional y evitación de recuerdos con el ser querido. (Chaverra, C. et al., 2019).

Alvarez y Cataño (2019) en su estudio “Proceso de duelo y estrategias de afrontamiento” observaron que las personas con duelos complicados que eran padres utilizaban estrategias de afrontamiento de religión y búsqueda de apoyo profesional; cuando las personas que sufrieron el duelo complicado eran hijos usaban estrategias de religión, evitación emocional y reacción agresiva. Cuando es conyugue la estrategia más usada es de religión y de búsqueda de apoyo profesional.

### **Nacionales:**

Merino (2021) aplicó una estrategia de aceptación y compromiso para disminuir la depresión en 50 pacientes afectados por la pandemia pertenecientes a un centro de salud en Piura, donde se obtuvo ligeros cambios en los niveles de depresión en los usuarios.

Nestorovic (2021) en su estudio denominado “Estrategias de afrontamiento ante el duelo por pérdida de un miembro familiar” encontró relación entre las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones y el duelo complicado y observó que las estrategias centradas en el problema resultan más significativas en el duelo normal. El tema debe ser profundizado debido al dolor que suscita en los dolientes.

Mestanza (2020), realizó un estudio con 142 familiares de fallecidos por Covid – 19 pertenecientes al distrito de Jesús María de Lima obteniendo que el 59,15% tienen un alto grado de duelo frente al fallecimiento de su familiar; el 7,04% tiene un grado bajo y 33,80% un grado medio; por lo que se evidencia síntomas depresivos y un alto grado de duelo en familiares fallecidos por Covid antes de que suceda la muerte y después de su muerte. Estos datos evidencian la urgencia de elaborar y aplicar estrategias que ayuden a mermar la depresión por muerte de un familiar en pacientes adultos.

Vásquez (2020) en su investigación titulada “Programa de intervención cognitivo conductual para usuarios diagnosticados con depresión en el centro de salud comunitario Tumbes, 2020” obtuvo que de su muestra de 30 usuarios, el 69% que tiene depresión son mujeres y el 31% son varones. Además, el 43% son solteros, el 37% son convivientes y el 20% son casados. Evidenciando mayor presencia del diagnóstico en personas solteras y en el género femenino. El autor elaboró su programa cognitivo conductual propositivo, pero no lo aplicó.

Westphalen (2018) en su investigación “Efectos de un programa de reestructuración cognitiva en la depresión de adultos mayores de una asociación de jubilados de la ciudad de Piura” los resultados obtenidos en el grupo experimental respecto a las pruebas antes y después de la aplicación de un programa de reestructuración cognitiva es que existen diferencias altamente significativas en los 2 momentos, mostrando cambios y mejoras debido al programa.

### **Locales:**

Jaime (2019) realizó un programa cognitivo conductual para tratar la depresión en 30 adultos mayores del Centro de Adulto Mayor de Lambayeque, donde se logró que tras aplicar el programa cognitivo conductual los niveles de depresión se redujeron. Después del programa el 87% ya no tenía síntomas de depresión y el 13% aún tenía rasgos de depresión, eliminando el 83 % de población que se encontraba deprimida.

## **2.2. Teorías relacionadas al tema**

### **2.2.1. Caracterización del Proceso terapéutico cognitivo conductual y su dinámica:**

La terapia cognitivo conductual es un enfoque psicoterapéutico que estudia el comportamiento y la manera de pensar como factor fundamental de su actuar. Esta terapia busca empoderar a la persona a tomar control de sus pensamientos y de su vida a través de la identificación, análisis y cuestionamiento a las creencias y pensamientos disfuncionales (Edward, 2020).

La TCC es una terapia basada en resultados, no solo se deposita la confianza tratando de sentirse mejor ya que eso es solo subjetivo. El terapeuta hará que identifique la interpretación de las cosas que suceden en la vida del paciente y que afectan sus sentimientos, interpretación de la realidad y en última instancia su comportamiento

(Hoffner, 2020).

El objetivo de la TCC es enseñar al paciente a interpretar la vida de manera efectiva para que se mantenga positivo, empoderado y en control, permitiéndole recuperar su poder personal sobre su vida. Esta terapia se basa en cómo las personas dan sentido a sus palabras en términos de su interpretación (Hoffner, 2020).

La TCC indaga y encuentra el vínculo de los pensamientos, conductas y sentimientos, así mismo entiende la interrelación e interdependencia entre los mismos. Los terapeutas ayudan a los clientes a reconocer aspectos de su pensamiento que son inútiles y podrían generar estrés emocional, logrando ayudar a modificar sus cogniciones distorsionadas, distanciarse de ellas y entrenarlos para que hagan algo con las mismas, cambiando esos hábitos que les impiden responder hábilmente ante los desafíos y adversidades (Fenn y Byrne, 2013, citados por Broks 2019).

La TCC es un enfoque de psicoterapia activo, semi estructurado y sensible al tiempo que tiene como objetivo aliviar los problemas de salud mental y abordar patrones cognitivos y conductuales problemáticos que interfieren en la vida y generan angustia emocional excesiva, Se denomina activo al enfoque ya que trabaja en los problemas del cliente, semi estructurado ya que el terapeuta generalmente aporta algún tipo de esquema flexible y a la vez organizado a cada sesión y es sensible al tiempo porque se implementa herramientas terapéuticas para obtener resultados y cumplir objetivos (Wenzel, 2017).

Ruiz et. al. (2012) indica que la terapia cognitiva conductual tiene como objetivo el cambio conductual, se enfoca en lo que influye o provoca el comportamiento actual, considerando el factor contextual. La terapia cognitiva resalta el componente cognitivo en la causa y continuidad de las dificultades psicológicas y comportamentales.

Beck et. al. (2010) refiere que en la TCC el terapeuta ayudará al paciente a tener una manera de actuar y pensar más objetiva, sensata y realista. La TCC se vale de técnicas y estrategias, cuya función es poner alto a las creencias desadaptativas.

Beck (2013) plantea 10 principios de esta TCC:

**Principio N° 01:** La TCC define como dinámica a las dificultades cognitivas que presentan sus pacientes, es decir que las plantea como modificable la forma en que procesan la información.

**Principio N° 02:** La TCC se basa en una alianza terapéutica para ayudar al paciente a salir de la situación que lo lleva a terapia.

**Principio N° 03:** Resalta la colaboración y participación activa.

**Principio N° 04:** Orientada hacia objetivos y centrado en solucionar problemas.

**Principio N° 05:** Enfatiza el presente sus creencias y comportamientos.

**Principio N° 06:** Es educativa puesto que instruye al paciente a ser su propio terapeuta.

**Principio N° 07:** Suele limitarse en el tiempo hasta que desaparezcan los síntomas.

**Principio N° 08:** Se estructura cada sesión.

**Principio N° 09:** **Identificar** pensamientos disfuncionales, comportamientos limitantes y actuar en consecuencia.

**Principio N° 10:** Se centra en técnicas para cambiar pensamientos disfuncionales, estados de ánimo y conductas disruptivas.

### 2.2.2. Componentes del Proceso Cognitivo Conductual:

Existen tres tipos de cognición tal como son las creencias básicas, suposiciones disfuncionales y pensamientos automáticos negativos (Beck 1976, citado por Broks 2019).

**Creencias básicas:** Son aquellas creencias enraizadas en sí mismo, los demás y sobre el mundo, estas creencias muchas veces se adquieren de los padres y el entorno en el que se desarrollan. Estas creencias se pueden ver influenciadas por el lugar que ocupa la persona dentro de la estructura de su familia, el número de hermano que es o hijo que representa.

Suposiciones **disfuncionales:** Son criterios rígidos que se acogen para vivir, basados en inferencias propias donde influyen los factores sociales y culturales.

***Pensamientos automáticos negativos:*** Aparecen sin premeditarlo, se toman en consideración ciertos antecedentes negativos propios de las vivencias y experiencias de vida.

Ruiz (2012) menciona que en el modelo cognitivo los individuos frente a una circunstancia estimulante no dan una respuesta irreflexiva, sino que, perciben, interpretan, evalúan, clasifican y significan dicho estímulo, *en* base a sus conocimientos previos. La organización cognitiva se compone en:

***Esquemas cognitivos:*** Son estructuras organizadoras, compuestas de elementos más simples, que contienen *información* de los estímulos ambientales que se presenten. Aquí se encuentran las creencias básicas y supuestos que el individuo ha adquirido.

***Procesos cognitivos:*** Aquí se examinan los esquemas cognitivos existentes a través de la utilización *de* atajos y puede producirse errores o sesgos en la manera de pensar, lo que en palabras de Beck denominaría distorsiones cognitivas.

***Productos cognitivos:*** Son imágenes o pensamientos que resultan de la vinculación con el medio, lo que Beck denominó pensamientos no premeditados o automáticos.

### **2.2.3. Análisis tendencial del proceso cognitivo conductual y su dinámica:**

Rachman, (1997, como se citó en Ruiz et al., 2012) menciona que la terapia de conducta toma los aportes científicos y principios descubiertos en la psicología del aprendizaje para lograr entender e intervenir en la conducta desadaptada, desviada o patológica.

Wolpert (1992, como se citó en Ruiz et al., 2012) prioriza la intervención efectiva, separando así la ciencia y el saber clínico.

Segal, Williams y Teasdale (2002, como se citó en Ruiz et al., 2012) enfoca las maneras procedimentales en todas las terapias contextuales.

O'Donohue, (1998 y 2009, como se citó en Ruiz et al., 2012) considera la evolución de la terapia cognitivo conductual a partir de 3 generaciones cuyos indicadores de análisis son: formación de la psicoterapia, principios utilizados, enfoque de estudio y técnicas usadas.

### **2.2.3.1. Primera generación: Surgimiento de la terapia de conducta (1953 – 1969)**

Aquí se aplicaron los principios del aprendizaje a la psicología clínica y se plantea que la conducta anormal y normal es originada y sostenida por dichos principios, en otras palabras, manifiesta que los diferentes tipos de conductas son aprendidas y pueden desaprenderse o extinguirse.

**El surgimiento en Sudáfrica:** El psiquiatra Joseph Wolpe en 1952 con formación en la corriente psicodinámica se encontraba descontento con los resultados de sus pacientes neuróticos, pero tras aplicar los principios de aprendizaje para hacer frente a la neurosis, desarrolló el principio de inhibición recíproca y planteó la desensibilización sistemática aplicada a humanos que se convirtió en una técnica terapéutica para intervenir sobre las dificultades o patologías emocionales.

**El surgimiento en Inglaterra:** Eysenck en los años 50 es el primero en realizar intervenciones experimentales de los principios de aprendizaje en humanos, utilizó la exposición, práctica negativa y aproximaciones sucesivas como técnicas para tratar problemas clínicos y psiquiátricos.

**El surgimiento en los estados unidos de Norteamérica:** Skinner en 1953 fue un representante en esta etapa, se enfocó en la conducta operante y creó el análisis conductual aplicado, relega la parte emocional en sus estudios, aceptó la presencia del factor cognitivo y se centra en que la conducta dependerá de los efectos ambientales.

**Consideraciones sobre la primera generación de terapeutas de conducta:** Se centraron en las dificultades clínicas y buscaban salidas en los principios de aprendizaje para poder manejarlas, gestionarlas y eliminarlas. Se percataron que todas las patologías clínicas no podían ser atendidas solo desde la conducta, pero se enfocaron en lo práctico y no teórico.

### **2.2.3.2. Segunda generación: Rol de los aspectos cognitivos en la terapia conductual (1970 -1979)**

En esta generación perciben restricciones e insuficiencias en los principios de aprendizaje para entender la conducta humana, aquí se toman los aportes de la psicología experimental, aprendizaje social y teorías cognitivas para tener mayor

entendimiento de la conducta humana. El buscar mayor entendimiento vino a partir de los pocos resultados o avances en la terapia que tenía los principios de aprendizaje aplicados a la depresión por tanto se decidió ampliar los ámbitos de estudio con el fin de comprender los diferentes fenómenos y contrarrestar diversas patologías.

**El aprendizaje social de Bandura:** Bandura en 1969 descubre una nueva forma de aprendizaje, que se da por observación y le denomina vicario, donde desarrolla técnicas de modelado, posteriormente tras realizar más estudios crea la teoría cognitiva social donde manifiesta la trascendencia de la cognición en lo emotivo y en la conducta humana. En el aprendizaje vicario consideran el proceso de input y output es decir el ingreso y salida de información y para ello interviene lo cognitivo y sus procesos como percepción, atención, concentración, retención, motivación, producción, etc. Con la visión de intervención de los procesos internos, Bandura desarrolla el principio de determinismo recíproco, donde agrega que los procesos cognitivos son influyentes en su esquema ambiente – conducta. El ambiente puede ser físico, social e interno.

Otro concepto añadido por Bandura es la autoeficacia y crea los programas de entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento asertivo y terapia de grupo conductual.

**El surgimiento de las terapias cognitivas:** A comienzo de los años 70, los autores dan mayor importancia a los procesos internos para el mantenimiento, cambio o adquisición de conducta. Se toma a la cognición como base de la conducta. Aquí se toman en cuenta las técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas para el manejo de situaciones y de solución de problemas.

### **Consideraciones sobre la segunda generación de terapeutas de conducta:**

Se da el cambio de E- R a E-O-R. En 1970 inicia la fase de transformación de la Terapia de la conducta, se toman en cuenta lo cognitivo y lo social y no solo la conducta.

Bandura sostuvo que el aprendizaje se daba a través de la observación que expone como teoría cognitiva – social para evidenciar el aporte del proceso cognitivo del

pensamiento a la emoción y a la conducta humana. El aprendizaje se concibe como el procesamiento de los datos y la ejecución conductual.

Se centra en los procesos cognitivos para intervenir en las patologías clínicas.

### **2.2.3.3. Tercera generación: Panorama de la terapia cognitiva conductual (1990 - actualidad)**

Esta generación nace como una búsqueda de nuevas alternativas terapéuticas y aquí surgen las terapias contextuales en donde suelen usar técnicas y se toma el nuevo modelo cognitivo de carácter constructivista. La elaboración de procedimientos de intervención y el análisis de sus resultados se han vuelto muy importantes en la investigación y práctica de la TCC, dejando de lado la parte teórica ya que se visualiza y enfoca a conseguir mejores resultados en el tratamiento de la salud mental.

Los modelos cognitivos están influenciados por los aportes teóricos del aprendizaje constructivista, que se aleja del mecanismo y asociacionismo. El surgimiento de la Terapia Cognitivo Conductual es también denominado la tercera generación de terapeutas de la conducta, aquí están las terapias contextuales.

**Estado actual de la terapia cognitiva – conductual:** Reda y Mahoney (1984, tal como se citó en Ruiz et al., 2012) separan las terapias cognitivas en dos tipos: el enfoque asocionista donde se encuentra la terapia cognitiva de Beck, la terapia racional emotiva de Albert Ellis o el entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum y por otra parte el enfoque constructivista en el que se encuentra modelos de reestructuración cognitiva y los modelos cognitivo – conductuales.

**El enfoque contextual:** En los años de 1995 comienzan a resaltar el factor contexto para explicar la conducta, se enfocan en la conducta verbal y las terapias que utilizan son: la psicoterapia funcional analítica, la terapia de aceptación y compromiso, así como la terapia de conducta dialéctica.

### **Consideraciones sobre la tercera generación de terapeutas de conducta:**

Los terapeutas son considerados racionalistas y se enfocan en el procesamiento controlado y consciente de la información. Se plantea una visión

completa de la conducta. La TCC tiende a ser favorable en cuanto a los resultados obtenidos en la psicología clínica y tratamiento de patologías.

**Tabla 1**

*Marco contextual de la Terapia Cognitivo Conductual.*

<i>Etapas</i> <i>Indicadores</i>	<i>Primera generación: Surgimiento de la terapia de la conducta (1953-1969)</i>	<i>Segunda generación: El rol de los aspectos cognitivos en la terapia cognitiva conductual (1970-1989)</i>	<i>Tercera generación: Panorama actual de la terapia cognitiva-conductual (1990-actualidad)</i>
<i>Formación de la psicoterapia</i>	Se forjó frente al paradigma psicoanalítico de la psicoterapia y la necesidad de abordar las patologías clínicas de la conducta.	Surge a partir de la fusión de la psicología conductual y cognitiva para explicar la complejidad de la conducta humana.	Surge en respuesta a las limitantes aun encontradas e integra al individuo, contexto e historia.
<i>Principios utilizados</i>	Se aplicó los principios de la Psicología del aprendizaje para abordar, comprender y controlar la conducta alterada.	Los principios del aprendizaje condicionado son limitados para explicar el comportamiento humano, evidenciado en los bajos resultados de las intervenciones terapéuticas al ser empleados a problemas afectivos como la depresión. Se aplicó principios del aprendizaje observacional, autoeficacia y su relación con su tratamiento.	Desarrolló los principios del enfoque cognitivo con carácter constructivista que se apartan de las bases racionalistas de los modelos cognitivos anteriores y valora el contexto.
<i>Enfoque de estudio</i>	Conducta desviada o desadaptada (trataba problemas como neurosis y fobias).	Propone la participación de variables internas en la conducta. Surge la terapia de la conducta donde se considera las	Se estudia las nuevas terapias contextuales.

		emociones y procesos cognitivos.	
		Condicionamiento	
		Vicario: Técnicas de modelado y técnicas de autocontrol.	
<i>Técnicas usadas</i>	Desensibilización sistemática, exposición, aproximaciones sucesivas, práctica negativa y condicionamiento.	Técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas para el manejo de situaciones y técnicas de solución de problemas.	Mindfulness.

*Nota.* Esta tabla muestra la evolución histórica del Proceso Cognitivo Conductual analizado por estos autores.

#### **2.2.4. Proceso terapéutico cognitivo – conductual**

Gavino (2016) los pasos para el proceso terapéutico cognitivo conductual son los siguientes:

##### **2.2.4.1. Primer contacto con el paciente**

Se toma contacto y se escucha si la terapia es para el solicitante o para algún hijo, pareja, etc. Se pregunta sobre el motivo de consulta y se discierne si es una queja (dificultada eliminar) o demanda (deseo de crecimiento). Aquí también se determina que factores están interviniendo en la situación problemática.

##### **2.2.4.2. Recogida de datos**

Se pregunta información a manera de entrevista que faciliten la comprensión de la situación que lo lleva a terapia.

##### **2.2.4.3. Organización de datos**

Estructurar los datos por áreas personal, afectiva, social y profesional y ver su situación actual en cada una de ellas.

#### **2.2.4.4. Análisis de la información**

Se reflexiona sobre los factores relacionados y los independientes. Se plantea objetivos terapéuticos.

#### **2.2.4.5. Tratamiento**

Se plantea las conductas a trabajar, el orden y las técnicas a usar.

#### **2.2.4.6. Aplicación del tratamiento**

Caer en cuenta sobre los resultados intermedios y los finales.

#### **2.2.4.7. Seguimiento**

Es importante para percatarnos si la mejoría se mantiene o hay recaídas.

### **2.2.5. Técnicas usadas en el programa cognitivo conductual**

Ruiz (2012) menciona que existen 3 tipos de técnicas las conductuales, las emotivas y las cognitivas:

#### **2.2.5.1. Técnicas conductuales**

Son instrumentos para validar o invalidar hipótesis o creencias:

**Programación de actividades:** Se organiza y registra actividades diarias que se presentan como tareas que realizará el paciente, se debe tener en cuenta el nivel de dificultad y jerarquizar las tareas, para demostrar al paciente que si es capaz de hacer algo incluso estando en dicha situación y que al final de las mismas se podría producir un bienestar emocional o sentimiento de logro esta actividad se calificará de 0 a 5 en cuanto al indicador y nivel de agrado y manejo durante la tarea.

**Role – playing:** Se enfoca en los pensamientos automáticos en validarlos, invalidarlos, aprobarlos o rechazarlos.

#### **2.2.5.2. Técnicas de afrontamiento**

Su fin de cambiar las estructuras cognitivas disfuncionales:

**Técnicas de control de estímulos:** No tomar café en la noche, dormir a la misma hora, prescindir de la rumiación de problemas, alejarse de determinados estímulos, etc.

**Relajación:** Para lidiar con la situación desde otra postura y no desde la angustia.

**Exposición graduada:** Se recurre a la desensibilización sistemática en la imaginación o toma de contacto directa con el estímulo de manera paulatina.

**Control de la respiración o técnicas de hiperventilación:** Se suele utilizar frente a estímulos amenazadores.

**Entrenamiento asertivo:** Abarca el permitirse pedir ayuda, decir “no” sin culpa o pena y expresar lo que se piensa y siente con respeto.

#### **2.2.5.3. Técnicas emotivas**

Beck menciona algunas técnicas como, por ejemplo:

**Inducción de autocompasión:** Consiste en solicitar al doliente exprese mediante la escritura sus sentimientos negativos, posteriormente el terapeuta contará la historia del paciente inventando un personaje externo a él y exagerando las emociones, con el fin de generar autocompasión frente a la situación.

**Inducción de cólera controlada:** Hace referencia en focalizar dichas circunstancias que pueda generar molestia con la situación y así disminuya un poco la tristeza.

**Distracción externa:** Realizar actividades placenteras o agradables que disminuyan la molestia emocional.

**Hablar de manera reducida de los sentimientos:** Invita al doliente evitar mencionar o repetir la situación que le produce malestar, ya que la reiteración de la misma o solo focalizarse en ello disminuye el bienestar emocional.

**Evitar verbalizaciones internas catastróficas:** Aquí se cambian las afirmaciones incapacitantes por afirmaciones que aumenten la propia fortaleza para sobrellevar el sufrimiento y el malestar emocional.

**Análisis de responsabilidad:** Se cuestiona el hecho de asumir responsabilidades que no le competen al paciente.

#### **2.2.5.4. Técnicas cognitivas**

Aquí se encuentra el cuestionamiento socrático con el fin de buscar pensamientos negativos y modificarlos.

**Autorregistros:** Es un cuadro estructurado de registro diario de pensamientos distorsionados, donde además de escribirlos se los califica numéricamente el porcentaje de los mismos y el porcentaje de la emoción que acompaña a dicho pensamiento.

**Descubrimiento guiado:** Guía al paciente a descubrir la disfuncionalidad de su pensar, cuestionándole la evidencia en que se basa para tener dicha creencia.

**Técnicas cognitivas específicas:**

**Técnicas de reatribución:** Implica atribuir objetivamente lo sucedido, considerando si es interno o externo; estable o inestable y global o específico.

**Técnicas de conceptualización alternativa:** Busca anular las interpretaciones unitarias y abrir un abanico de soluciones frente a la circunstancia.

**Técnicas basadas en la imaginación:** Se detecta símbolos visuales vinculados con el malestar emocional.

## 2.2.6. Modelo cognitivo en la depresión

Según Beck (como se citó en Ruiz, Diaz & Villalobos, 2013) establece que hay un modelo cognitivo en la depresión que transmiten pérdida, inutilidad, derrota y deprivación. Existe una activación de esquemas negativos relacionados a sí mismo, el futuro y el mundo, manifestados en:

### 2.2.6.1. Triada cognitiva

Es la percepción negativa de sí mismo que conecta con la desesperanza, desilusión, sufrimiento y desmotivación. La equivocación en el procesamiento de datos aumenta las distorsiones y se pone en marcha los esquemas negativos.

### 2.2.6.2. Distorsiones cognitivas

Se evidencian al momento de interpretar la información y de esta manera validan sus creencias que causan malestar emocional. Beck en 1967, propuso 6 distorsiones presentes en la depresión y en 1979 las amplía a 11, estas son:

**Catastrofismo:** Se enfoca y señala lo peor posible que puede suceder.

**Saltar a las conclusiones/ inferencia arbitraria:** Se infiere de forma negativa sobre determinada situación, se sacan conclusiones sin información completa o clara.

**Comparación:** Su foco de atención está afuera, se centra en el resto y enfocalas debilidades o falta de virtud en comparación con los demás.

**Pensamiento dicotómico/ blanco o negro:** Se clasifica como bueno o malo no existen procesos y las cosas se dan en automático.

**Razonamiento emocional:** Se basa en lo que siente, supone, cree o imagina, más no en la realidad.

**Descalificación de lo positivo:** No valorar o prestar atención a los logros o avances.

**Construir la valía personal tomando como relevantes a las opiniones externas:** Dar mucha importancia a lo que diga el resto y que la propia seguridad y valía dependa de ello.

**Adivinación:** Asegurar lo que pasará sin haberlo pasado.

**Magnificación:** Sobredimensionar un aspecto negativo y exagerarlo.

**Etiquetado:** Clasificarse en una categoría determinada sin posibilidad a cambio o modificación.

**Minimización:** Quitar importancia o desvalorar las situaciones importantes.

**Leer la mente:** Creer saber lo que piensa la otra persona.

**Sobregeneralización:** Sacar conclusiones a partir de un solo acto.

**Perfeccionismo:** Rigidez, dureza y exigencia con uno mismo con respecto a hacer las cosas muy bien realizadas.

**Abstracción selectiva:** Asociar una experiencia no tan agradable con desvalorizaciones negativas.

**Personalización:** Atribuir que lo que sucede es debido a sí mismo.

**Afirmaciones con deberías:** Tener expectativas altas y querer que los demás las cumplan.

### 2.2.6.3. **Pensamientos automáticos**

Son diálogos internos no premeditados que se asumen como verídicos, no distorsionados y reales.

### 2.2.7. **Estrategias cognitivo conductuales**

Broks (2019) plantea las siguientes estrategias frente a las situaciones adversas que toque afrontar:

**Establece una meta:** Establezca objetivos a corto plazo que sean reales y alcanzables, con metas pequeñas al comienzo para que no se pierda la motivación y validar su progreso y avance. Asimismo, es necesario dividir la meta en diversos pasos que conduzcan hacia ella.

**Evalúa tus metas:** Tener claro a dónde se desea llegar incrementa la responsabilidad e involucramiento.

**Maneja tus pensamientos pesimistas:** Valide y afirme su capacidad de logro y habilidad. Enfocar lo bueno y agradecer por ello aleja a los pensamientos negativos circundantes.

Según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) con respecto al entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento mencionan que se implementan en base a las habilidades de la persona, magnitud de la dificultad y la influencia del factor ambiental, para lo cual se cuenta con:

#### 2.2.7.1. **Estrategias cognitivas**

**Estrategias de solución de problemas:** Meichenbaum y Deffenbacher 1988 refieren que se entrena en lo siguiente: problematizar lo que necesita solucionarse, asumir la dificultad como tal, dividir el problema en situaciones más manejables y tener un plan de metas establecido.

**Entrenamiento en autorrefuerzo:** Asumir una postura de sentirse capaz de lidiar con el problema y que va a poder salir de dicha situación.

**Reestructuración cognitiva:** Existe un cambio con respecto a la interpretación de hechos y cuestionamiento de pensamientos disfuncionales. Lo que ayuda es estar preparado para enfrentar al estímulo o situación difícil, que ayuda a estar preparado para enfrentar al estímulo o situación difícil,

hacerle frente, afrontar el sentimiento de malestar que pueda ocasionar y valorar los propios esfuerzos.

#### **2.2.7.2. Estrategias de control de la activación emocional**

Aquí se encuentran las técnicas de relajación, respiración y otra técnica para producir alivio físico y disminuir la intensidad emocional.

#### **2.2.7.3. Estrategias conductuales**

Estas técnicas dependerán del problema al que se enfrentan si es de negación de contacto y huida con algo que se teme entonces se usarán técnicas de exposición o imaginación. Aquí se toman en cuenta los diferentes momentos de la situación para saber cómo intervenir.

#### **2.2.7.4. Habilidades de afrontamiento paliativo**

Meichenbaum y Cameron 1987 contribuye a mermar la incomodidad emocional a partir de estas técnicas:

**Toma de perspectiva:** Se formula la situación temporal del problema y el cambio de su intensidad.

**Contacto con personas en situación similar:** Facilita la empatía tener grupos de apoyo que pasen por la misma situación que el paciente.

**Desviación de la atención:** Se propone estímulos que distraigan la atención del problema.

**Apoyo social:** Descartar el aislamiento y procurar la comunicación y expresión de sentimientos.

**La expresión adecuada de los afectos:** Implica evitar el no permitirse expresar y el expresarse demasiado o solo de los afectos.

### **2.3. Marco Conceptual**

**Afrontamiento:** Actividad física, cognitiva y emocional que el sujeto realiza

para hacer frente a una determinada situación.

**Aprendizaje:** Adquirir información y conocimiento a través de la experiencia, ejercicio o estudio.

**Constructo:** Es una idea que implica procesos cerebrales.

**Depresión:** Según la OMS es un decaimiento de la salud y del ánimo caracterizado por la presencia de pérdida de interés y capacidad de disfrute, tristeza recurrente, poca capacidad de llevar a cabo tareas de la vida diaria que están presente por lo menos 2 semanas.

**Desensibilización:** Disminución de la sensibilidad frente a un determinado estímulo.

**Disfunción:** Alteración o deficiencia en la funcionalidad de alguna cosa u órgano.

**Disruptivo:** Son conductas agresivas para disminuir la ansiedad o dificultades.

**Duelo:** Proceso y reacción natural frente a una pérdida.

**Esquema:** Representación mental de conceptos e ideas.

**Estrategia:** Acciones pre meditadas para llevar a cabo un fin o una meta.

**Hiperventilación:** Respiración rápida o profunda, que deja una sensación de falta de aliento.

**Mediador:** Facilitador que concurre en un proceso favoreciendo al mismo.

**Meta:** Resultado anhelado, punto a dónde llegar.

**Objetivo:** Logro que se basa en hechos que se dan después de la ejecución de alguna actividad.

**Paciente:** Ser humano que presenta dolencias, solicita ser atendido y toma en cuenta los cuidados médicos pertinentes para poder recobrar su salud.

**Pérdida:** Falta o ausencia de algo que se tenía y ahora ya no está más.

**Proceso:** Conjunto de fases sucesivas de un fenómeno.

**Producto:** Resultado de un trabajo o una operación.

**Reatribución:** Técnica cognitiva donde en lugar de condenarse a sí mismos por problemas que escapan de su control, se identifican factores que contribuyen al problema.

**Rigidez:** Capacidad de resistencia de un cuerpo y excesiva firmeza en las ideas.

**Rumiación:** Se repite de manera involuntaria pensamientos.

**Técnica:** Conjunto de procedimientos que se usan en una ciencia o arte.

### **III. MÉTODO**

#### **3.1. Tipo y Diseño de Investigación**

##### **Tipo de investigación:**

El tipo de investigación es aplicada puesto que está orientada a resolver una problemática y propone estrategias para prevenir la depresión y se investiga para poder actuar sobre ella. (Vara, 2012).

Bernal (2010) menciona que en la investigación experimental el investigador interviene y toma acción sobre el objeto de estudio y ve si es verdad la hipótesis propuesta, tal como se da en este caso donde se verificará si es que es verdad que si se ejecuta una estrategia cognitivo conductual para los pacientes adultos que han vivido la muerte de un familiar, entonces se contribuye a la disminución de la depresión en los mismos. Es importante tener al ser humano no solo como un instrumento de la ciencia sino como un beneficiario de la misma.

##### **Diseño de investigación**

En una investigación es posible incluir dos o más tipos de investigación por ese motivo esta investigación es mixta ya que desarrolla aspectos cualitativos y cuantitativos y se toman los datos en un momento determinado (Hernández, Fernández & Baptista, 2016).

Bernal (2010) la investigación de tipo experimental tiene un diseño experimental con una serie de pasos que incluyen dentro de las investigaciones estas pueden ser experimental verdadero, cuasiexperimental y pre experimental.

El diseño es el experimental de tipo pre experimental que se caracteriza por usar pre test y post test para describir y analizar a la muestra antes de y después de la estrategia utilizada para saber si existe alguna modificación y en qué magnitud se presenta la misma, son de utilidad como estudios exploratorios (Hernández et al., 2016).

**Tabla 2**

*Diseño de investigación.*

<b>DISEÑO PRE EXPERIMENTAL</b>			
<b>PRES - TEST Y POST – TEST</b>			
	Pres Test	Estímulo	Post Test
<b>GE:</b>	O1	X	O2

*Nota.* Se observa un diseño pre experimental, donde el estímulo es el Programa cognitivo conductual para prevenir la depresión por muerte de un familiar.

Donde:

G.E : Grupo Experimental.

O1 : Pre test.

O2 : Post test.

X : Estímulo: Programa Cognitivo Conductual para prevenir la depresión por muerte de un familiar.

### **3.2. Variables y Operacionalización**

**Variable dependiente:** Depresión.

**Variable independiente:** Programa cognitivo conductual.

### **3.3. Población, muestreo y muestra**

**Población:**

Está conformada por todos los pacientes adultos del servicio de Psicología del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo y sus familiares.

**Muestra:**

Conformada por 15 pacientes adultos del servicio de Psicología del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo que hayan sufrido la muerte de un familiar y un familiar por cada paciente.

Esta es una muestra del tipo orientada a la investigación cualitativa por conveniencia.

Battaglia, (2008, como se citó en Hernández et al., 2016) menciona que las muestras por conveniencia surgen debido a la accesibilidad a los casos para dicha investigación ya que en ocasiones la realidad a la cual se somete el investigador es adversa en cuanto al acceso de información, permisos requeridos, así como, espacios y tiempos limitados para un mayor alcance.

De acuerdo a los criterios de elegibilidad se considera lo siguiente:

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes adultos del servicio de Psicología del hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo y un familiar.
- Pacientes adultos que han perdido a un familiar del hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.
- Pacientes adultos con edades entre los 18 años a los 60 años.
- Pacientes adultos y voluntarios en poder participar de la investigación.

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes adultos que no hayan perdido a un familiar.
- Pacientes adultos que no están en el grupo etario al que va dirigido la investigación.
- Pacientes adultos, que no sean voluntarios para ser parte de la investigación.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

Un aspecto relevante en toda investigación es la obtención de datos, selección de técnicas, instrumentos, así como la validez y fiabilidad del mismo, hay que tener especial cuidado para obtener como característica de este trabajo el que sea científico, válido y confiable.

**Recolección de datos:** Cerda, (1998, como se citó en Bernal, 2010) menciona que para obtener información existen dos tipos de fuentes principales:

**Fuentes primarias:** Aquí se recolecta información y datos de forma directa, desde el lugar de los hechos. Estas fuentes son personas, instituciones, ambientes naturales, acontecimientos, etc. Por tanto, para la presente investigación se tomará como fuente primaria a la información recolectada de forma directa del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo a través de entrevistas a los trabajadores de salud mental del mismo y cuestionarios a los pacientes con depresión por pérdida de un familiar y los familiares de los pacientes.

**Fuentes secundarias:** Son las que referencian la información y la evidencias en documentos, en este caso serían el registro de pacientes y las historias clínicas de los mismos.

**Técnicas:** Yuni y Urbano (2006) se refieren a técnica como la forma y arte de intervención que se caracterizan por tener un aspecto procedimental y se caracterizan por hacer observaciones a lo real, elaborar instrumentos que contribuyan a dicha observación, examinar la validez del instrumento, aplicar dicho instrumento y procesar y analizar sin sesgos dicha información.

En la presente investigación se utilizarán las siguientes técnicas de recolección de datos:

**Observación:** Es diferente a ver o contemplar sin sentido, se presta especial atención a los eventos, personas, detalles, interacciones, entre otros con intención reflexiva. El fin de la observación es describir; entender procesos, interacciones o vinculaciones; reconocer problemas y producir hipótesis (Hernández et al., 2016).

**Entrevista:** Conjunto de preguntas con un objetivo específico que se da de forma directa donde el receptor se puede expresar sobre determinadas respuestas y responder de forma abierta, el cuestionario es flexible (Bernal, 2010).

**Análisis documental:** Es el tratamiento de la información y datos que se encuentra por escrito o digitalmente para conocer e intervenir sobre una realidad (Bardin, 2002).

**Cuestionario:** Manera concreta y estructurada de la técnica de observación en donde se abarca dimensiones o áreas especificadas (Rodríguez, 2005).

## **Instrumentos**

En la presente investigación se utilizará un inventario para medir la depresión de autoría propia.

### **Validez y confiabilidad**

En este estudio se revisó la validez y la fiabilidad del cuestionario como herramientas importantes de investigación. Para Thaerdoost, (2016) existen cuatro pruebas principales de validez del cuestionario, a saber:

**Validez aparente:** La medida en que los elementos del instrumento de medida se asemejan lingüística y analíticamente a lo que se pretende medir.

**Validez de contenido:** grado en que los ítems del instrumento de medida son relevantes y representativos del constructo objetivo.

**Validez de constructo:** garantiza que el instrumento utilizado se ajusta al constructo o a la variable que el instrumento pretende medir.

**Validez de criterio:** concierne al grado en que las puntuaciones del test pueden predecir variables de criterio específicas.

Dependiendo del tipo de cuestionario, algunas de estas pruebas de validez son de aplicación obligatoria y otras recomendadas.

**Confiabilidad:** Carmines y Zeller, (1979, como se citó en Thaerdoost, 2016) la define como la medida en que una medición de un fenómeno proporciona un resultado estable y consistente.

### 3.5. Procedimientos de análisis de datos

Al terminar la aplicación del inventario y cuestionario los datos pertenecientes a los resultados serán ingresados al programa IBM SPSS Statistics versión 25, para su posterior procesamiento de los mismos y tener tablas, gráficos con los resultados de la información recogida para poder analizarla e interpretarla.

### 3.6. Criterios éticos

Según el Informe Belmont (1979), los tres principios éticos básicos establecidos como directrices para la realización de investigaciones biomédicas y conductuales en seres humanos, respeto a las personas, beneficencia y justicia, que son relevantes para los ensayos clínicos actuales, son:

**El respeto a las personas:** consta de dos requisitos importantes pero distintos. El primero es el reconocimiento de que las personas son autónomas y tienen derecho a sus propias opiniones y elecciones, a menos que perjudiquen a otros. El segundo es el reconocimiento de que, por diversas razones, no todas las personas son capaces de auto determinarse y, en cambio, necesitan protección.

**Beneficencia:** es tratar a las personas de forma ética, protegiéndolas de cualquier daño y respetando sus decisiones, es obligación del investigador, asegurar su bienestar.

**Justicia:** plantea cuestiones sobre quién debe recibir los beneficios de la investigación y quién debe soportar sus cargas.

Moreña et al (2021) menciona a los siguientes criterios éticos de rigor científico:

**Consentimiento informado:** El participante de la investigación debe reconocer sus derechos y responsabilidades dentro de la misma, ser informado y autorizar su participación.

**Confidencialidad:** Es el desconocer la identidad de las personas que participan, no mencionar datos personales específicos que atenten contra su privacidad.

**Manejo de riesgos:** Se dará a entender que los resultados no serán causante de daños institucionales o de cualquier otra índole.

**Observación participante:** Se cumple con el criterio de justicia, beneficencia, no maleficencia y respeto.

**Entrevistas:** Se necesita respetar los silencios, no pueden ser intrusivas.

**Grabaciones de audio y video:** No provocar que los participantes se sientan incómodos o inhibidos, una vez que se usó dichos materiales como grabaciones y videos, estos requieren ser desechados.

### 3.7. Criterios de Rigor científico

Para Moreña et. al. (2012), los criterios de rigor en la investigación aplicados en un estudio son:

**Fiabilidad y validez:** Se necesita tener pruebas confiables y válidas para el levantamiento de datos y obtención de resultados.

**Fiabilidad o consistencia:** Refiere a que otros investigadores consigan resultados similares a los de la presente investigación.

**Validez:** Interpretación adecuada de los datos obtenidos, usando métodos como la triangulación de la información recepcionada.

**Credibilidad o valor de verdad:** Existe autenticidad en el estudio, los usuarios al leerlo lo consideran como verdadero o real.

**Transferibilidad o aplicabilidad:** Usar los resultados en otros escenarios para tomar en cuenta lo específico y común en los resultados.

**Consistencia o dependencia:** Es la estabilidad y no contradicción de datos.

**Confirmabilidad o reflexividad:** También conocido como objetividad y neutralidad.

**Relevancia:** Se evalúa el impacto teórico y práctico.

*Adecuación o concordancia teórico – epistemológica:* Necesita haber concordancia en la parte teórica, metodológica y práctica.

#### IV. RESULTADOS

##### 4.1. Resultados en tablas y figuras:

Para obtener el diagnóstico inicial se utilizó el Cuestionario denominado “Escala de riesgo de depresión por muerte de un familiar” de autoría propia, basado en la teoría de Tizón que habla de la depresión por muerte de un familiar, donde se realizó una validez de contenido por 3 expertos en Psicología Clínica, además se hizo un estudio piloto con 140 personas, obteniéndose una confiabilidad de 0.865 mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, lo que determina que el cuestionario es confiable y aplicable. Lo que significa que los datos pueden ser procesados para el análisis correspondiente, dado que arrojaron una confiabilidad alta, mayor a 0.75 (Oviedo & Campo-Arias, 2005).

Dicho cuestionario cuenta con 28 ítems, donde se utilizan respuestas tipo Likert considerando a 1 como “Nunca o nada”, 2 como “Algunas veces”, 3 como “Bastantes veces o bastante” y 4 como “Siempre o mucho”. La baremación se obtuvo aplicando percentiles a la prueba piloto en la cual se tiene los siguientes baremos: De 42 – 60 está clasificada en la categoría Mínima, de 61 – 67 está clasificada en la categoría Leve, de 68 – 77 se encuentra en la categoría Moderada y de 78 a 112 en la categoría Grave.

La dimensión física es evaluada del ítem 1 al ítem 6, la dimensión emocional es evaluada del ítem 7 al ítem 12, la dimensión cognitiva es evaluada del ítem 13 al ítem 18, la dimensión conductual es evaluada del ítem 19 al ítem 24, la dimensión social es evaluada del ítem 25 al 26 y la dimensión espiritual es evaluada del ítem 27 al ítem 28. La clasificación de categorías para las dimensiones física, emocional y cognitiva es la siguiente de 1 - 6 es clasificada como Mínima, de 7 -12 es clasificada como Leve, de 13 -18 es clasificada como Moderada y de 19 a 24 es clasificada como Grave. Para la dimensión social y espiritual se categoriza de la siguiente manera de 1 - 2 es clasificada como mínima, de 3 – 4 es clasificada como leve, de 5 – 6 es clasificada como moderada y de 7 – 8 es clasificada como grave.

#### 4.1.1. Resultados del pretest aplicado a pacientes adultos que han sufrido la muerte de un familiar y a 1 familiar de cada paciente

Se procedió con la aplicación del cuestionario dirigido a 15 pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes que sufrieron la muerte de un familiar y a 1 familiar de cada paciente, obteniéndose los siguientes resultados:

**Tabla 3**

*Niveles de la variable depresión según el Pre test aplicado a 15 pacientes y a 15 familiares*

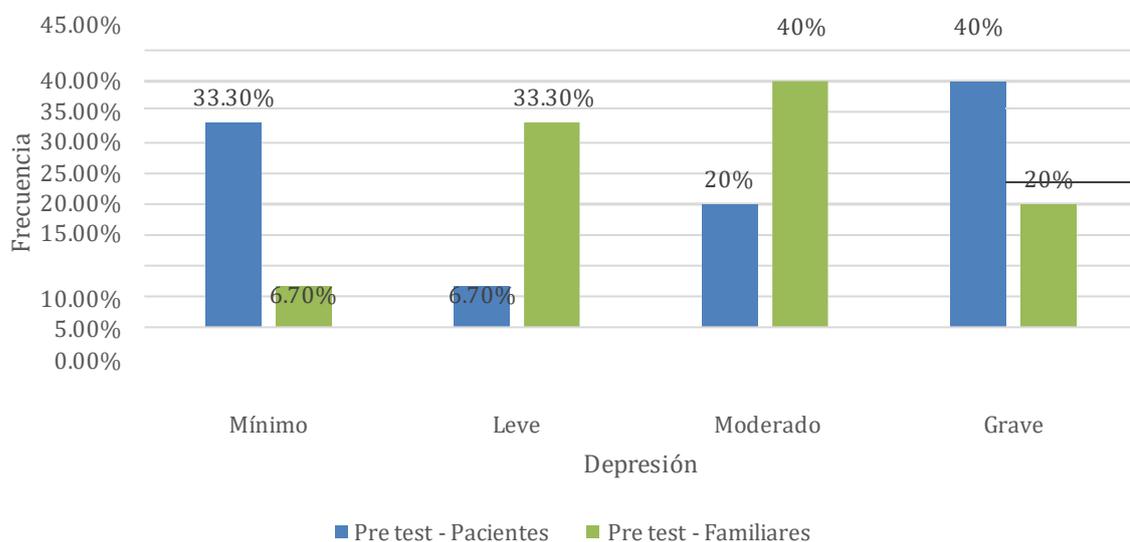
Nivel	Pre test - Pacientes		Pre test – Familiares	
	f	%	f	%
Mínimo	5	33.3	1	6.7
Leve	1	6.7	5	33.3
Moderado	3	20	6	40
Grave	6	40	3	20
Total	15	100	15	100

*Nota.* Se aplicó el cuestionario a 15 pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo que hayan sufrido la muerte de un familiar y a 1 familiar por paciente.

En la tabla 3 se observa que en el **pre test** aplicado a los **pacientes predomina el nivel Grave** en la depresión con el 40%, luego le sigue el nivel Mínimo con el 33.3%, posteriormente el nivel Moderado con el 20% y finalmente el nivel leve con el 6.7%. Lo que significa que existe rasgos de depresión. Asimismo, en el **pre test** aplicado a **familiares de los pacientes** se observa que **predomina el nivel Moderado** con el 40%, luego el nivel Leve con el 33.3%, luego el nivel Grave con el 20% y finalmente el nivel Mínimo con el 6.7%.

**Figura 1**

*Distribución de niveles de la Depresión según pre test aplicado a pacientes y a familiares*



*Nota:* La figura muestra los resultados referentes al pre test del Cuestionario “Escala de riesgo de depresión”.

En la figura 1 se observa que el 60% de la muestra se encuentra entre el nivel Moderado y Grave de la Depresión, según la percepción tanto de los pacientes como de sus familiares. Lo cual reafirma la necesidad de intervenir con el programa Cognitivo Conductual para prevenir la Depresión por muerte de un familiar.

#### 4.1.2. Resultados del pre test por dimensiones aplicado a pacientes adultos que han sufrido la muerte de un familiar

**Tabla 4**

*Dimensiones de la variable Depresión según el Pre test aplicado a 15 pacientes*

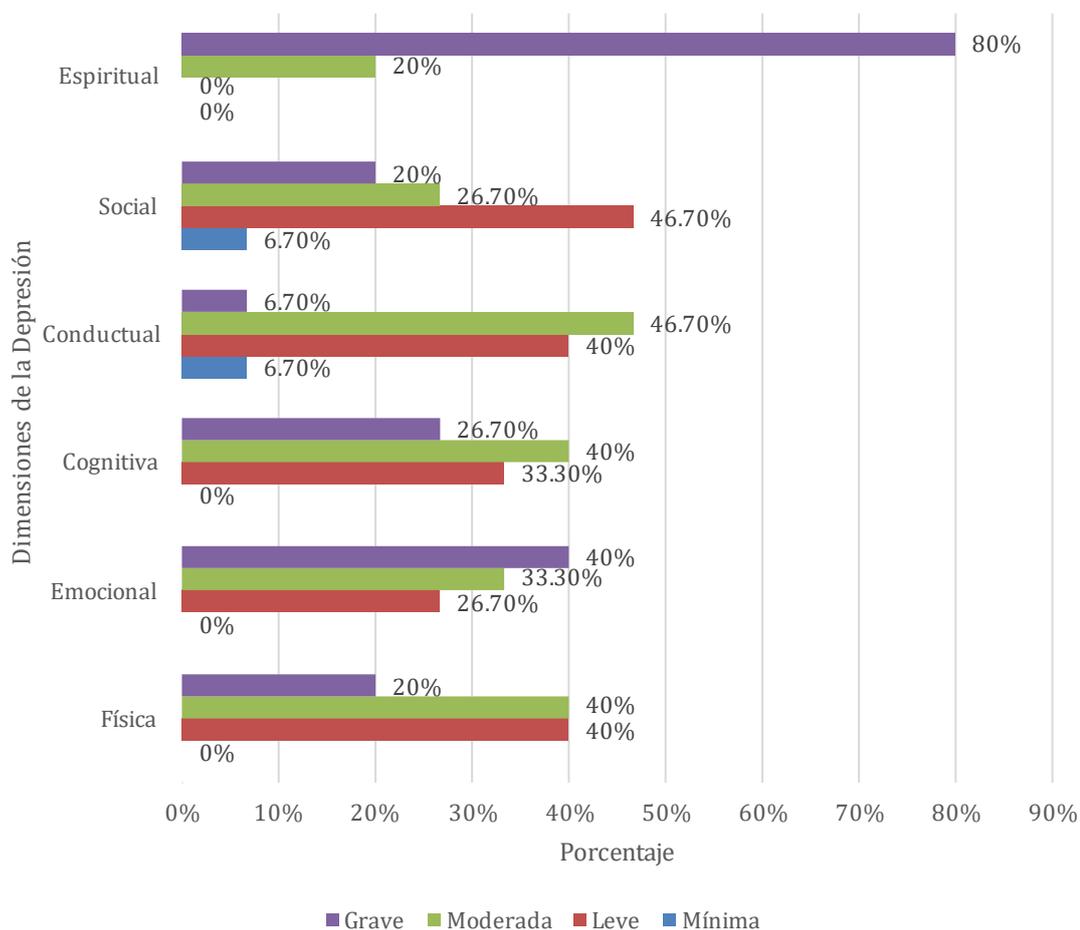
Dimensión	Mínima		Leve		Moderada		Grave	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Física	0	0	6	40	6	40	3	20
Emocional	0	0	4	26.7	5	33.3	6	40
Cognitiva	0	0	5	33.3	6	40	4	26.7
Conductual	1	6.7	6	40	7	46.7	1	6.7
Social	1	6.7	7	46.7	4	26.7	3	20
Espiritual	0	0	0	0	3	20	12	80

*Nota.* Se aplicó el pre test a 15 pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo que hayan sufrido la muerte de un familiar

En la tabla 4, se observa que en el **Pre test aplicado a los pacientes** dentro de la dimensión **Física** predomina el nivel **Leve y Moderado** con el 40% respectivamente, asimismo, el nivel **Grave** tiene 30%. En la dimensión **Emocional** predomina el nivel **Grave** con el 40%, luego le sigue el nivel **Moderado** con el 33.3% y finalmente tenemos al nivel **Leve** con 26.7%. En la dimensión **Cognitiva** predomina el nivel **Moderado** con el 40%, luego le sigue el nivel **Leve** con el 33.3% y finalmente tenemos el nivel **Grave** con el 26.7%. En la dimensión **Conductual** predomina el nivel **Moderado** con el 46.7%, luego tenemos el nivel **Leve** con el 40% y finalmente tenemos el nivel **Mínimo y Grave** con el 6.7% a cada uno. En la dimensión **social** predomina el nivel **Leve** con el 46.7%, luego le sigue el nivel **Moderado** 26.7%, luego continúa el nivel **Grave** con el 20% y finalmente el nivel **Mínimo** con el 6.7%. En la dimensión **Espiritual** predomina el nivel **Grave** con 80% y luego le sigue el nivel **Moderado** con el 20%.

**Figura 2**

*Niveles de cada Dimensión de la Depresión obtenidas en el Pre Test a pacientes*



*Nota:* Los datos se obtuvieron después de aplicar el Pre test a 15 pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.

En la Figura 2, se observa que en el Pre Test dirigido a pacientes, el **nivel Grave** predomina en la dimensión **Espiritual** (80%), **Emocional** (40%) y **Cognitiva** (26.70). Y el **nivel Moderado** predomina en la dimensión **Conductual** (46.7%) y la **Cognitiva** (40%) y **Física** (40%).

#### 4.1.3. Resultados del pretest por dimensiones aplicado a familiares de pacientes adultos que han sufrido la muerte de un familiar

**Tabla 5**

*Dimensiones de la variable Depresión según el Pretest aplicado a 15 familiares*

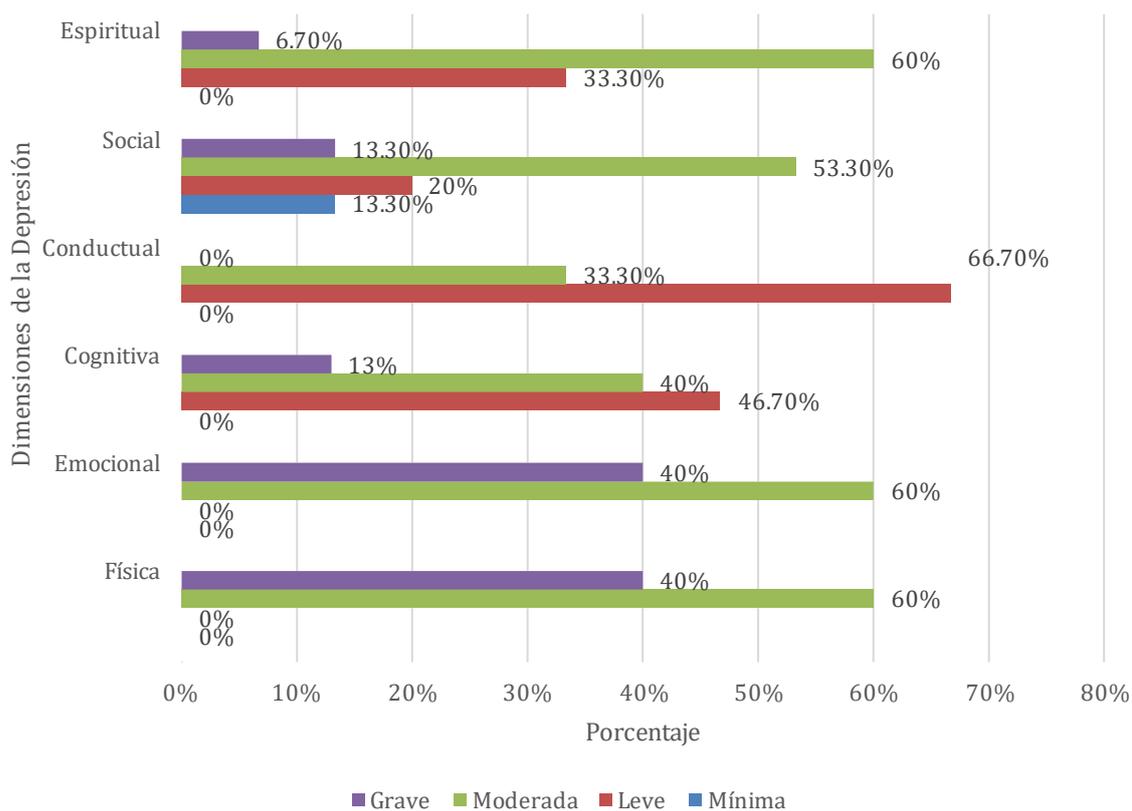
Dimensión	Mínima		Leve		Moderado		Grave	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Física	0	0	0	0	9	60	6	40
Emocional	0	0	0	0	9	60	6	40
Cognitiva	0	0	7	46.7	6	40	2	13
Conductual	0	0	10	66.7	5	33.3	0	0
Social	2	13.3	3	20	8	53.3	2	13.3
Espiritual	0	0	5	33.3	9	60	1	6.7

*Nota.* Se aplicó el pretest a 15 familiares de pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo que hayan sufrido la muerte de un familiar

En la tabla 5, se observa que en el **Pretest aplicado a los familiares** de los pacientes que dentro de la **dimensión Física** predomina el nivel **Moderado** con el 60% y luego le sigue el nivel **Grave** con el 40%. En la dimensión **Emocional** predomina el nivel **Moderado** con el 60%, luego le sigue el nivel **Grave** con el 40%. En la dimensión **Cognitiva** predomina el nivel **Leve** con el 46.7%, luego le sigue el nivel **Moderado** con el 40% y finalmente tenemos el nivel **Grave** con el 13%. En la dimensión **Conductual** predomina el nivel **Leve** con el 66.7%, luego tenemos el nivel **Moderado** con el 33.3%. En la dimensión **social** predomina el nivel **Moderado** con el 53.3%, luego le sigue el nivel **Leve** con el 20% y finalmente el nivel **Mínimo** y **Grave** con el 13.3% respectivamente. En la dimensión **Espiritual** predomina el nivel **Moderado** con el 60%, luego le sigue el nivel **Leve** con 33.3% y finalmente el nivel **Grave** con el 6.7%.

**Figura 3**

*Niveles de cada Dimensión de la Depresión obtenidas en el Pre Test dirigido a familiares de los pacientes*



*Nota:* Los datos se obtuvieron después de aplicar el Pre test a 15 familiares de los pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.

En la Figura 3, se observa que en el Pre-Test dirigido a familiares de los pacientes, el nivel **Grave** predomina en la dimensión **Emocional** (40%), **Física** (40%). Y el nivel **Moderado** predomina en la dimensión **Espiritual** (60%) y la **Emocional** (60%) y **Física** (60%).

A continuación, se presenta un cuadro resumen:

**Tabla 6**

*Cuadro resumen según dimensiones del Pre-Test de Depresión aplicado a Pacientes y Familiares*

Dimensión	Pre Test Paciente								Pre Test Familiar							
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		Mínima		Leve		Moderada		Grave	
	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Física	0	0	6	40	6	40	3	20	0	0	0	0	9	60	6	40
Emocional	0	0	4	26.7	5	33.3	6	40	0	0	0	0	9	60	6	40
Cognitiva	0	0	5	33.3	6	40	4	26.7	0	0	7	46.7	6	40	2	13
Conductual	1	6.7	6	40	7	46.7	1	6.7	0	0	10	66.7	5	33.3	0	0
Social	1	6.7	7	46.7	4	26.7	3	20	2	13.3	3	20	8	53.3	2	13.3
Espiritual	0	0	0	0	3	20	12	80	0	0	5	33.3	9	60	1	6.7

*Nota.* Se aplicó el pretest a 15 pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo que hayan sufrido la muerte de un familiar y a un familiar por cada paciente.

En la Tabla 6, se observa que en la dimensión Física predomina el nivel Moderado tanto para los pacientes como para los familiares. En la dimensión Emocional predomina el nivel Grave según la percepción del paciente y el nivel Moderado según la percepción de los familiares. En la dimensión Cognitiva predomina el nivel Moderado según la percepción de los pacientes y el nivel Leve según la percepción de los familiares. En la dimensión Conductual predomina el nivel Moderado según la percepción de los pacientes y el nivel Leve según la percepción de los familiares. En la dimensión Social predomina el nivel Leve según la percepción de los pacientes y el nivel Moderado según la percepción de los familiares. En la dimensión Espiritual predomina el nivel Grave según la percepción de los pacientes y el nivel Moderado según la percepción de los familiares.

## V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Después de la evaluación diagnóstica inicial a través del cuestionario “Escala de Riesgo de Depresión por muerte de un familiar” aplicada a los pacientes que han sufrido la muerte de un familiar del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, se obtuvo el mayor puntaje en la categoría Grave, lo cual evidencia un problema a resolver, es por ello que se plantea el Programa Cognitivo Conductual para Prevenir la depresión por muerte de un familiar. Merino (2021) trabajó con 50 pacientes con depresión afectados por la pandemia y logró disminuir la depresión tras aplicar una estrategia de aceptación y compromiso.

Mestanza (2020) en un estudio realizado a 142 familiares de fallecidos por covid – 19 pertenecientes al distrito de Jesús María de Lima se obtuvo que el 59,15% tiene un alto grado de duelo frente a la muerte de su familiar por lo que se evidencia síntomas de depresión. Esta información muestra la urgencia de crear, usar, intervenir y ejecutar estrategias que ayuden a disminuir la depresión por muerte de un familiar en pacientes adultos.

Vásquez (2020) en su investigación dirigida a 30 usuarios con depresión del Centro de Salud Comunitario de Tumbes, obtuvo que el 69% que tiene depresión son mujeres y el 31% son varones, por lo cual elaboró un programa cognitivo conductual propositivo, para tratar dicha variable.

En el cuestionario de “Riesgo de depresión por muerte de un familiar” aplicado a pacientes en el pre test predominó el nivel Grave con el 40% y el mismo cuestionario aplicado a los familiares de los pacientes predominó el nivel Moderado con el 40%. En ambas fuentes de verificación se observa que hay depresión en nivel Moderado a Grave atribuido a la muerte de un familiar, por lo cual esta realidad representa una situación a resolver. Lo que se puede evidenciar también es que los pacientes registran predominancia del nivel Grave y los familiares registran predominancia del nivel medio, lo que manifiesta que los pacientes se muestran un poco más fuertes frente a sus familiares, aparentemente mejor o normales, cuando en realidad por dentro llevan una lucha interna para lidiar con la situación de no tener a su familiar con ellos; también podría tratarse de una depresión un poco encubierta.

Después de hacer una búsqueda minuciosa en los antecedentes o investigaciones ya hechas con respecto al tema se evidencian las siguientes similitudes y diferencias con respecto a la actual investigación y las investigaciones encontradas:

En la dimensión Física referida a cansancio físico, alteración del sueño y pérdida del apetito en el Pre Test aplicado a pacientes predominó el nivel Leve y Moderado con el 40% cada una y en el Pre Test aplicado a familiares predominó el nivel Moderado con el 60 %. Lo cual evidencia y coincide que según la percepción tanto de los pacientes y de sus familiares la dimensión Física de la Depresión está afectada Moderadamente a causa de la muerte de un familiar.

La dimensión Emocional referida a sentimientos de tristeza y desamparo, añoranza del ser querido y desesperanza en el Pre Test aplicado a pacientes predominó el nivel Grave con el 40% y en el Pre Test aplicado a familiares predominó el nivel Moderado con el 60%. Lo cual manifiesta que la dimensión emocional está afectada de Moderada a gravemente debido a la depresión por muerte de un familiar. La diferencia en la percepción del nivel puede atribuirse a que los pacientes adultos se suelen mostrar un poco más fuertes frente a sus demás familiares en esta dimensión, pero en realidad no sucede así. Garza, Orozco y Ybarra (2020) combatieron la depresión mayor en una paciente geriátrica en donde la mayoría de sus síntomas eran emocionales. Se implementó la psicoeducación, autoafirmaciones positivas, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, programación de actividades, entrenamiento en relajación y se trabajó en mejorar su alimentación.

Nestorovic (2021) menciona la importancia de usar estrategias de afrontamiento centradas en las emociones para tratar el duelo.

En la dimensión Cognitiva referida a distracción, ideas repetitivas relacionadas con el difunto y olvidos en el Pre Test aplicado a pacientes predominó el nivel Moderado con el 40% y en el Pre Test aplicado a familiares predominó el nivel leve con el 46.7%, siguiéndole el nivel Moderado con el 40%, lo que significa que la dimensión Cognitiva está afectada de Leve a Moderadamente a causa de depresión por muerte de un familiar.

Peña y Hernández (2022) en la investigación “Intervención cognitivo conductual en duelo por muerte inesperada por la Covid 19” encontraron hallazgos que coinciden con los datos obtenidos en el pre Test aplicado donde mencionan que la dimensión cognitiva se encuentra afectada, lo que señala la importancia de trabajar dicha dimensión, estos autores trabajaron en la resignificación de distorsiones cognitivas, logrando una reestructuración de los pensamientos distorsionados, lo que llevó a reducir los síntomas de duelo complicado en fase aguda, se redujo también las estrategias de evitación y se evitó su evolución tórpida tras aplicar un programa cognitivo conductual de 12 sesiones.

Westphalen (2018) menciona que un programa de reestructuración cognitiva en la depresión para adultos mayores es altamente significativo, ya que obtuvo mejorías importantes.

Jaime (2019) tras realizar un programa cognitivo conductual para tratar la depresión en 30 adultos mayores del Centro de Adulto Mayor de Lambayeque, logró eliminar el 83 % de la depresión en la población.

En la dimensión Conductual que abarca las conductas de consumo de alcohol, tabaco o drogas, hiperactividad o inactividad y llanto en el Pre Test realizado a los pacientes predomina el nivel Moderado con el 46.7% y en el Pre Test aplicado a los familiares predomina el nivel leve con el 66.7% siguiéndole el nivel Moderado con el 33.5% lo que significa que la dimensión Conductual está afectada de Leve a Moderadamente con respecto a la depresión por muerte de un familiar. Moreno (2020) hace hincapié que existen conductas desadaptativas frente a la muerte de un ser querido y propone un tratamiento individual, familiar y multifamiliar a través del aprendizaje de estrategias de afrontamiento y reducción de conductas desadaptativas.

En la dimensión Social que hace referencia a la conducta de aislamiento social en el Pre Test aplicado a los pacientes predomina el nivel Leve con 46.7% y en el Pre Test aplicado a los familiares predomina el nivel Moderado con el 53.3%. Lo cual significa que la dimensión Social está afectada de Leve a Moderadamente por la depresión por muerte de un familiar. Matheus et al (2021) mencionan la presencia de depresión en personas que no han tenido un acercamiento con su familiar fallecido, así

como otros diagnósticos como Estrés Post Traumático. Estos últimos autores hablan sobre la trascendencia de estar conectados con los familiares por diversos medios y tener una mejor adaptación tanto durante la enfermedad como después de la muerte del familiar, el estar conectados los unos con los otros, ayuda a tener una sana adaptación y la ausencia de esta lleva a la depresión.

Pedroza (2020) refiere que si no hay apoyo familiar, abordaje social y terapéutico, la persona que ha sufrido la muerte de un familiar puede desestabilizarse y sufrir represarias a corto y largo plazo de tipo graves.

La dimensión Espiritual la cual refiere a replantear las propias creencias sobre el sentido de la vida y la muerte en el Pre Test aplicado a los pacientes predomina el nivel Grave con el 80% y en el Pre Test aplicado a los familiares predomina el nivel Moderado con el 60%, lo que significa que la dimensión Espiritual está afectada de Moderadamente a Grave por la Depresión por muerte de un familiar.

Los fallecimientos no esperados afectan mucho el área espiritual y emocional, del cual se puede hacer frente fortaleciendo las herramientas espirituales que ayuden a calmar la depresión por muerte de un familiar (Chaverra, C. et al., 2019).

Alvarez y Cataño (2019) observaron que los padres que habían perdido un familiar utilizaban estrategias relacionadas con la religión y búsqueda de apoyo profesional para aliviar su dolor ya que estaban muy afectados en dicha área.

## **APORTE PRÁCTICO**

### **“Programa cognitivo conductual para prevenir la depresión por muerte de un familiar en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo”**

Se presenta el siguiente programa en respuesta a las necesidades encontradas en el pre Test aplicado a pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo que han perdido a un familiar, donde se evidencia que predominó la depresión en un nivel grave con el 40%, por tanto, existe una situación a resolver. En cuanto al pre test aplicado a los familiares de los pacientes en base a su percepción sobre su pariente se evidenció que predominó el nivel Moderado con el 40%, lo que significa que los pacientes se podrían mostrar un poco más fuertes ante sus familiares, frente al tema de depresión por muerte, pero en realidad por dentro están más afectados de lo que aparentan. Además, se observa diferentes niveles predominantes de afectación en los pacientes evidenciados en las distintas dimensiones tales como en la dimensión física predominó el nivel Moderado, en la dimensión Emocional predominó el nivel Grave, en la dimensión Cognitiva predominó el nivel Moderado, en la dimensión Conductual predominó el nivel Moderado, en la dimensión Social predominó el nivel Leve y en la dimensión Espiritual predominó el nivel Grave. Lo cual motiva al acompañamiento a esta población que sigue viviendo con el dolor de ya no tener a su ser amado a su lado y necesitan recibir ayuda para que se adapten, reorganicen y sigan su vida desde el agradecimiento y amor, pese a la tristeza por pérdida de su familiar.

Así mismo, es menester mencionar que se realizó una entrevista al coordinador de Salud Mental del Hospital Regional Docente Las Mercedes, donde recalca que es importante atender a esta población para ayudarles a sobrellevar el proceso de duelo que están pasando a través de la aceptación de su pérdida y adaptación a una vida sin ellos.

#### **6.1. Fundamentación del aporte práctico**

La depresión es un padecimiento pernicioso que deja sin fuerzas, entusiasmo y esperanza al ser humano que la padece, el cual enfoca su energía en lo difícil del momento que está viviendo (Rota y Rota, 2021). En ocasiones la persona puede aparentar estar bien

o haberse adaptado, pero por dentro no sabemos lo duro que es para el paciente seguir sin la presencia física y apoyo emocional que su familiar le brindaba y que es justamente por ello el motivo de extrañarlo o añorarlo. Por tanto, el nivel de conexión emocional, apoyo y cercanía que se tenga con el familiar fallecido va a influenciar en su nivel de depresión (Mason, 2021). También influyen las creencias tradicionales como “Los hijos deben enterrar a sus padres” o “Los padres deben morir en una edad avanzada” estas creencias pueden generar dolor y pensamientos irracionales de Falacia de Justicia.

Estudios internacionales nombran que la epidemia del coronavirus dejó más de 53 millones de trastornos de depresión en el mundo (Mouzo, 2021). En Perú desde Marzo 2020 a Mayo 2021 se detectó 180,764 fallecidos por Covid 19, por tanto hay una inmensa cantidad de familias afectadas al no tener a su ser querido con ellos y que muchas veces son el amor de la vida de alguien (El Peruano, 2021).

La terapia Cognitivo Conductual ha demostrado ser muy efectiva en el tratamiento de la depresión, ya que identifica la parte disfuncional de los pensamientos y la visión negativa de sí mismo, el mundo y del futuro; logrando ayudar a restablecer al paciente y que su manera de pensar sea más real y menos distorsionada (Vallejo, 2020).

Por ello, se plantea un Programa enfocado en la Terapia Cognitivo Conductual para prevenir la depresión por muerte de un familiar dirigido a paciente adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.

## **6.2. Construcción del aporte práctico**

Al manifestar indicadores de depresión por muerte de un familiar en pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, se propone el siguiente programa cognitivo conductual a fin de prevenirla y cuidar las dimensiones física, emocional, cognitiva, conductual, social y espiritual de los pacientes.

El programa está compuesto por 5 fases, las cuales se describen a continuación:

Etapa I: Diagnóstico.

Etapa II: Objetivo General.

Etapa III: Planeación Estratégica.

Etapa IV: Instrumentación.

Etapa V: Criterios de Evaluación.

### **Etapa I: Diagnóstico**

La etapa de diagnóstico evidencia los datos relevantes para la elaboración del programa, muestra la sintomatología de los pacientes, que sirvieron de base para diseñar cada sesión, para ello se utilizó las siguientes herramientas de investigación:

a) **Revisión de la Bibliografía:** Propio de todo trabajo de investigación científica, la revisión minuciosa del tema de investigación, teorías, artículos e investigaciones de las variables abordadas.

b) **Cuestionario:** Se construyó un cuestionario basado en la teoría de Tizón, el cual fue validado por juicio de expertos y posterior a ello se realizó una prueba piloto cuya muestra estuvo conformada por 140 pacientes. Así mismo este cuestionario fue aplicado a la muestra de la investigación, conformada por 15 pacientes y 15 familiares que participaron del estudio.

c) **Juicio de expertos:** Se realizó la validación de constructo a través del juicio de expertos, en donde 3 expertos evaluaron los cuestionarios tanto el dirigido a pacientes y el dirigido a familiares.

d) **Construcción Metodológica:** Se plantea la elaboración del programa, con 13 sesiones con su respectivo objetivo y actividades para trabajar cada dimensión de la variable Depresión por muerte de un familiar. lo cuales son:

**-Física:** Cansancio físico, alteración del sueño y pérdida del apetito.

**-Emocional:** Sentimientos de tristeza y desamparo, añoranza y anhelo del ser querido y desesperanza.

**-Cognitiva:** Dificultad para concentrarse, ideas repetitivas relacionadas con el difunto y olvidos.

**-Conductual:** Consumo de alcohol, tabaco o drogas; hiperactividad o inactividad y llanto.

**-Social:** Aislamiento social.

**-Espiritual:** Creencias distorsionadas sobre la trascendencia de la vida.

## **Resultado del diagnóstico**

### **Dimensión Física:**

- Frecuentemente se sienten cansados y desgastados al momento de hacer sus actividades del día a día.
- Suelen tener pocos ánimos y fuerza para realizar sus actividades del día a día.
- Tienen dificultad para conciliar el sueño producto de sus preocupaciones y problemas actuales.
- En ocasiones el ritmo y tiempo de su sueño ha variado.
- Al recordar la muerte de su familiar en ocasiones se les va el apetito.
- No están comiendo lo suficiente algunos días.

### **Dimensión Emocional**

- En fechas especiales suelen ponerse triste por la ausencia y muerte de su familiar.
- Tras la muerte de su familiar se sienten solos y desamparados.
- Les gustaría que su familiar no hubiese fallecido y siga a su lado.
- Suelen extrañar mucho a su familiar fallecido.

- En ocasiones sienten y piensan negativamente con respecto a su futuro.
- Sienten que no pueden seguir con sus proyectos personales sin la presencia de su familiar.

### **Dimensión Cognitiva**

- En ocasiones se distraen con respecto a sus responsabilidades.
- Les cuesta concentrarse.
- Piensan en la muerte de su familiar con frecuencia.
- No comprenden por qué tuvo que fallecer su familiar.
- En ocasiones se les presentan dificultades ya que olvidan detalles importantes.
- A veces se olvidan de cosas importante.

### **Dimensión Conductual**

- A veces suelen tomar bebidas alcohólicas con más frecuencia de lo normal.
- En ocasiones después de la muerte de su familiar suelen fumar o drogarse.
- En ocasiones quieren hacer muchas cosas para mantenerse ocupados.
- Han dejado de hacer cosas que antes sí hacían.
- Suelen llorar al recordar la muerte de su familiar.
- En ocasiones al hablar de la muerte de su familiar se les quiebra la voz y pueden llorar.

### **Dimensión Social**

- En ocasiones prefieren estar solos y alejados de todo.
- Necesitan su espacio para procesar la pérdida que están pasando.

## **Dimensión Espiritual**

- Valoran más la muerte que la vida de su familiar.
- Consideran que no hay forma de reconfortarse cuando alguien muere.

## **Etapa II: Planteamiento del objetivo General**

Sistematizar el proceso cognitivo conductual para prevenir la depresión por muerte de un familiar en pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.

## **Etapa III: Planeación Estratégica**

Teniendo en cuenta los resultados evidenciados en el pre test, se encontraron características relacionadas con las dimensiones las cuales tienen que ver con la depresión por muerte de un familiar en pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Por ello se propone un programa cognitivo conductual para prevenir la misma. El programa se divide en 6 dimensiones:

### **Dimensión I: Física**

#### **Objetivo**

- Equilibrar el funcionamiento de nuestro cuerpo basado en la buena alimentación, ejercicio físico y buen descanso, pese a la tristeza por la muerte de un familiar.

#### **Acciones a realizar**

- Dar la bienvenida, presentar el Programa, sus objetivos y su dinámica.
- Construir las normas de convivencia.
- Realizar una dinámica de presentación.
- Trabajar los registros sensoriales a través de dinámicas.
- Señalar la importancia de cuidar nuestro cuerpo haciendo ejercicio, alimentándose sanamente y descansar bien pese a estar triste o pasar una situación difícil.

- Se explica la ley de la cantidad, calidad, armonía y adecuación al comer.
- Brindar retroalimentación.

### **Responsable**

- Psicóloga Maryori Polo y pacientes.

### **Dimensión II: Emocional**

#### **Objetivo**

- Equilibrar las emociones y los afectos, pese a la tristeza por la muerte de un familiar.

#### **Acciones a realizar**

- Hacer una dinámica de presentación y de sensibilización de la importancia de las emociones.
- Psicoeducar en la aceptación de la situación de pérdida.
- Valorar los afectos pero sacar fuerza desde amor para seguir adelante.
- Realizar dinámicas para trabajar lo emocional.
- Psicoeducar en la diferencia entre el dolor y el sufrimiento.
- Brindar retroalimentación.

### **Responsable**

- Psicóloga Maryori Polo y pacientes.

### **Dimensión III: Cognitiva**

#### **Objetivo**

- Utilizar el intelecto y los procesos cognitivos de manera favorable, pese a la tristeza por la muerte de un familiar.

### **Acciones a realizar**

- Dar a conocer los pensamientos distorsionados que se presentan en la depresión.
- Psicoeducar en la triada cognitiva y pensamientos irracionales.
- Reconocer a través de dinámicas las propias distorsiones cognitivas y trabajarlas.
- Prevenir los pensamientos suicidas.
- Brindar retroalimentación.

### **Responsable**

- Psicóloga Maryori Polo y pacientes.

### **Dimensión IV: Conductual**

#### **Objetivo**

- Elegir conductas funcionales y de ánimo pese a la tristeza registrada por la muerte de un familiar.

### **Acciones a realizar**

- Informar las conductas propias de la depresión e identificar si tenemos alguna actualmente, que nos impida lograr nuestros objetivos.
- Motivar a tener conductas funcionales y de resiliencia, pese a las situaciones difíciles existentes.
- Prevenir el alcoholismo y las drogas cuando hay existencia de depresión.
- Realizar dinámicas de motivación para trabajar la funcionalidad pese a la tristeza.
- Brindar retroalimentación.

### **Responsable**

- Psicóloga Maryori Polo y pacientes.

## **Dimensión V: Social**

### **Objetivo**

- Desarrollar buenas relaciones sociales, pese a la tristeza por la muerte de un familiar.

### **Acciones a realizar**

- Informar acerca de la importancia de las buenas relaciones sociales.
- Enfocar el apoyo social como medio para salir adelante.
- Trabajar las relaciones sociales y percatarse de cómo nos venimos vinculando con los demás.
- Psicoeducar sobre las habilidades sociales y su relación con la depresión.
- Psicoeducar sobre la importancia de saber pedir ayuda y no sentirse solos frente a la dificultad.
- Brindar retroalimentación.

### **Responsable**

- Psicóloga Maryori Polo y pacientes.

## **Dimensión VI: Espiritual**

### **Objetivo**

- Favorecer la aceptación de lo sucedido y dar sentido a la vida misma.

### **Acciones**

- Contribuir a sensibilizar la importancia de ver lo positivo y dar sentido favorable a lo que sucede a través de dinámicas.
- Integrar vivencias que favorezcan la fortaleza en momentos difíciles.
- Psicoeducar sobre las ideas de la vida y la muerte, el sentido de la vida y cómo trascender en la vida.
- Psicoeducar en integrar al familiar fallecido de manera espiritual.

- Brindar retroalimentación.

### Responsable

- Psicóloga Maryori Polo y pacientes.

**Tabla 7**

*Cuadro resumen del desarrollo de la Planeación estratégica*

<b>Dimensión</b>	<b>Sesión</b>	<b>Objetivo</b>
<b>Física</b>	Sesión 01	<b>Equilibrar el funcionamiento de nuestro cuerpo basado en la buena alimentación, ejercicio físico y buen descanso, pese a la tristeza por muerte de un familiar.</b>
	Sesión 02	
<b>Emocional</b>	Sesión 03	<b>Equilibrar las emociones y los afectos, pese a la tristeza por la muerte de un familiar.</b>
	Sesión 04	
<b>Cognitiva</b>	Sesión 05	<b>Utilizar el intelecto y los procesos cognitivos de manera favorable, pese a la tristeza por la muerte de un familiar.</b>
	Sesión 06	
<b>Conductual</b>	Sesión 07	<b>Elegir conductas funcionales y de ánimo pese a la tristeza registrada por la muerte de un familiar.</b>
	Sesión 08	
<b>Social</b>	Sesión 09	<b>Desarrollar buenas relaciones sociales, pese a la tristeza por la muerte de un familiar.</b>
	Sesión 10	
<b>Espiritual</b>	Sesión 11	<b>Favorecer la aceptación de lo sucedido y dar sentido a la vida misma.</b>
	Sesión 12	
<b>Todas</b>	<b>Sesión 13</b>	<b>Dar seguimiento a los participantes en cuanto a la presencia de síntomas de depresión por muerte de un familiar y motivarlos a que sigan y luchen por sus sueños.</b>

*Nota.* Se detalla cada dimensión, el número de sesión y su objetivo correspondiente.

**Tabla 8**

*Sesión 01*

Sesión 1 “Somos magia, no te apagues”			
Objetivo	Metodología	Tiempo	Materiales
Equilibrar el funcionamiento de nuestro cuerpo basado en la buena alimentación, ejercicio físico y buen descanso, pese a la tristeza por muerte de un familiar.	<p align="center"><b>Introducción</b></p> <p>La facilitadora se presenta con los participantes, se da la bienvenida y se nombra el programa, sus objetivos y su dinámica.</p> <p>El facilitador mencionará la importancia de las normas de convivencia y los participantes establecerán sus propias normas para cada sesión.</p>	10 min	<b>Hojas bond.</b>
	<p align="center"><b>Desarrollo</b></p> <p><b>Psicoeducación</b> Posteriormente el facilitador a modo de psicoeducación presentará durante la sesión unaintroducción del tema a tratar, se abordará el tema “La depresión por muerte de un familiar”: qué es la depresión, características, síntomas, niveles, qué es el duelo y tareasque favorezcan la aceptación de la situación.</p> <p><b>Dinámica de presentación: Compartiendo vivencias</b> Se pedirá a los participantes que formen un círculo, saluden, se presenten: mencionen su nombre, edad, a qué familiar han perdido y alguna característica adicional que quierancompartir con el grupo.</p> <p><b>Dinámica de soporte emocional:</b> Se pedirá a los participantes que digan una palabra de apoyo y empatía que les surja, además que mencionen qué es lo que les ayuda a ellos para sentirse menos tristes o reconfortados.</p> <p>Se <b>mencionará la importancia de cuidar la dimensión física</b> con una buena alimentación, ejercicio físico, buen descanso y cuidado personal.</p> <p><b>Colorea y coloca un mensaje:</b> Se repartirá a cada participante una hoja con un dibujo de un joven levantándose de su cama de forma alegre, el cual lo deben de colorear y colocar una frase en cuanto a la importancia de levantarnos y seguir adelante pese a que la situación sea difícil. Finalmente se mostrará su dibujo y se compartirá la frase de forma grupal.</p>	40 min	<b>Lapiceros o lápices.</b>  <b>Colores.</b>  <b>Fichas con el dibujo.</b>  <b>Imágenes.</b>  <b>Cartulinas con preguntas.</b>
	<p align="center"><b>Cierre</b></p> <p><b>Se realizarán las siguientes preguntas:</b>                      ¿Cómo se han sentido durante las dinámicas?                      ¿Por qué consideran que importante cuidar su dimensión física?                      ¿A qué se comprometen para cuidar mejor su dimensión física?</p> <p><b>Se agradece la presencia, tiempo y atención de cada participante y se da por finiquitada la primera sesión.</b></p>	10 min	

*Nota:* Descripción de actividades de la Sesión 01

**Tabla 9**

*Sesión 02*

<b>Sesión 02: “Mi cuidado físico y yo seguimos adelante”</b>			
<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
Equilibrar el funcionamiento de nuestro cuerpo basado en la buena alimentación, ejercicio físico y buen descanso, pese a la tristeza por muerte de un familiar.	<p align="center"><b>Introducción</b></p> <p>La facilitadora dará la bienvenida y apertura al taller donde se trabajará la dimensión física y recordará las normas de convivencias planteadas en la primera sesión.</p> <p>Se recordarán los objetivos a trabajar dentro de la dimensión física.</p>	10 min	
	<p align="center"><b>Desarrollo</b></p> <p><b>Dinámica inicial</b> Se completará la frase “yo al levantarme me siento...”.</p> <p><b>Psicoeducación</b> Se mencionará la importancia de trabajar, hacer ejercicio, alimentarse sanamente y descansar bien. Asimismo, se darán ejemplos.</p> <p><b>Dinámica de movimiento</b> Se aplicará lo aprendido y la importancia de mantenernos en movimiento, se hará estiramiento y se luego se bailará la canción “La Macarena”, cada participante dirigirá una parte del baile e inventará sus propios pasos y los demás lo deben seguir.</p> <p><b>Ejercicio: “El buen comer”</b> Se les dará una hoja con una lista de imágenes de comidas saludables y no saludables. Se explicará la ley de la cantidad, de la calidad, de la armonía y de la adecuación. Y se encerrarán las conductas saludables, así como se tacharán las conductas no saludables.</p> <p><b>Audiovisual:</b> Se colocará un video acerca de la higiene del sueño y qué hacer frente al insomnio: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=G_ST16HLe44">https://www.youtube.com/watch?v=G_ST16HLe44</a></p>	40 min	<p>Hojas bond.</p> <p>Lapiceros o lápices.</p> <p>Laptop o computadora</p> <p>Hojas de colores.</p> <p>Colores.</p> <p>Ficha de trabajo.</p> <p>Video.</p>
	<p align="center">Cierre</p> <p><b>Se realizarán las siguientes preguntas:</b> ¿Qué les ha parecido el video? ¿Cómo se ha sentido durante las dinámicas? ¿Cómo puede cuidar su alimentación y descanso? ¿De qué se dio cuenta?</p> <p align="center"><b>Se agradece la presencia, tiempo y atención de cada participante y se da por finalizada la segunda sesión.</b></p>	10 min	<p>Parlante y música.</p>

*Nota.* Descripción de las actividades de la Sesión 02

**Tabla 10**

*Sesión 03*

<b>Sesión 3: “Un amor para siempre”</b>			
<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
Equilibrar las emociones y los afectos, pese a la tristeza por la muerte de un familiar.	<p align="center"><b>Introducción</b></p> <p>La facilitadora dará la bienvenida y aperturará el taller donde se trabajará la dimensión emocional y recordará las normas de convivencias planteadas en la primera sesión.</p> <p>Se presenta la dimensión emocional y nombra los objetivos a trabajar dentro de la dimensión.</p>	10 min	
	<p align="center"><b>Desarrollo</b></p> <p><b>Dinámica: “Lo que yo más extraño de mi familiar es...”</b> Se formará un círculo y se mencionará que es lo que más extraña de su familiar.</p> <p><b>Ejercicio: “Siente tu corazón”</b> Se aplica la técnica de relajación sistemática de Jacobson y luego se invita a que el participante coloque su mano en su corazón, que vea cómo late; que se percate cómo el aire entra y sale de su cuerpo, y como su cuerpo está funcionando equilibradamente. Se invita a valorar y agradecer el hecho de continuar existiendo y reflexionar sobre la bendición de la vida y la salud. Terminar el ejercicio con un autoabrazo.</p> <p><b>Psicoeducación:</b> Psicoeducar en la aceptación de la situación de pérdida de un familiar y la reorganización frente a ello.</p> <p><b>Hacer un poema: “Expresando mi lado artístico”</b> Se invita a los participantes a hacer un poema sobre la idea “tú sigues conmigo, a pesar de que ya no estés” donde se permitan escribir muchas razones e ideas por la cual la persona sigue presente a pesar de su muerte.</p> <p><b>Karaoke: “Celebra la vida”</b> Se invita a los participante a cantar dicha canción, a bailarla y a celebrar la vida que hoy tenemos.</p>	40 min	<p>Parlante.</p> <p>Música.</p> <p>Hojas bond.</p> <p>Lapiceros o lápices.</p> <p>Laptop o computadora.</p>
	<p align="center"><b>Cierre</b></p> <p><b>Se realizarán las siguientes preguntas:</b> ¿Cómo se ha sentido? ¿De qué se dió cuenta? ¿A qué se compromete con respecto a su dimensión emocional?</p> <p><b>Se agradece la presencia, tiempo y atención de cada participante y se da por finiquitada la tercera sesión.</b></p>	10 min	

*Nota:* Descripción de las actividades de la sesión 03

**Tabla 11**

*Sesión 04*

<b>Sesión 4: “Comprometida a seguir con la vida pese a la adversidad”</b>			
<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
Equilibrar las emociones y los afectos, pese a la tristeza por la muerte de un familiar.	<p align="center"><b>Introducción</b></p> <p>La facilitadora dará la bienvenida y aperturará el taller donde se trabajará la dimensión emocional parte II y se recordará las normas de convivencias planteadas en la primera sesión.</p> <p>Se recuerdan los objetivos a trabajar dentro de la dimensión.</p>	10 min	
	<p align="center"><b>Desarrollo</b></p> <p><b>Dinámica: Mi dolor y yo</b> Se invitará a los participantes a expresar su dolor a través de las líneas libres en una hoja bond, luego de haber terminado de expresar su dolor, se pedirá que hagan un poema sobre el dolor y luego un cuento titulado “Nunca te apagues”.</p> <p><b>Ejercicio: La frase de motivación que más me decía mi familiar es...</b> Se invitará al participante a hacer un círculo y recordar la frase demotivación que más le decía su familiar fallecido, luego de mencionarla, todo el grupo se la repetirá en conjunto para él.</p> <p><b>Ejercicio: Sinercia grupal</b> Nos formaremos en círculo y nos abrazaremos, luego vamos a repetir las frases de motivación que les decía su familiar fallecido de manera conjunta. Terminaremos saltando y repitiendo unas frases de ánimo frente a los momentos difíciles inventadas por los mismos participantes.</p> <p><b>Dinámica: Completa la frase “Mi motivación para seguir adelante es...”</b> Los participantes tomarán una cartulina con esa frase ubicada en el centro, la completarán de manera verbal y luego la irán pasando de participante en participante.</p> <p>Se realiza <b>psicoeducación</b> y diferenciación entre estar triste y sufrir. Así como la importancia de darle una orientación y sentido a nuestras vidas y buscar la manera de integrar y recordar a nuestro familiar a nuestra vida desde el amor y la gratitud.</p>	40 min	Colores. Hojas bond. Lapiceros o lápices. Laptop o computadora.
	<p align="center"><b>Cierre</b></p> <p>Dinámica: “Me abrazo y me pido perdón por”</p> <p><b>Se invitará a los participantes a que se den un fuerte abrazo y que traigan a su conciencia algunas conductas que les estaban haciendo mal pero las seguían o siguen haciendo. Luego se da la indicación que se pedirán perdón públicamente y se terminará con un aplauso para cada participante.</b></p>	10 min	

*Nota:* Descripción de las actividades de la sesión 04

**Tabla 12**

*Sesión 05*

<b>Sesión 5: “Identificando mis pensamientos irracionales”</b>			
<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
<p>Utilizar el intelecto y los procesos cognitivos de manera favorable, pese a la tristeza por la muerte de un familiar.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Introducción</b></p> <p>La facilitadora da la bienvenida explica la dimensión a trabajar y menciona el objetivo de la sesión.</p> <p><b>Psicoeducación</b> La moderadora hablará sobre los pensamientos irracionales, sus características, así como ejemplos de cada idea irracional y los que se presentan cuando hay depresión. Así mismo se prevendrá los pensamientos suicidas.</p>	10 min	<p>Diapositivas.</p> <p>Hojas bond.</p> <p>Lapiceros o lápices.</p> <p>Música.</p> <p>Hojas de colores.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Desarrollo</b></p> <p><b>Dinámica: Identifico y escribo mis pensamientos distorsionados:</b> La facilitadora pegará aleatoriamente en la pared hojas con pensamientos distorsionados: “Mi vida no tiene sentido sin él/ella”, “No puedo vivir sin él/ella”, “He perdido las esperanzas”, “Para ser feliz necesito que me quieran”, “Ya no puedo más”, “Soy mejor persona cuanto más eficaz soy en todo lo que hago”, “Si cometo un error debo sentirme terriblemente culpable”, “El mundo debería ser justo. Siempre debería ir todo bien, nada de enfermedades, ni accidentes”. Los participantes caminarán por todo el espacio e irán leyendo cada pensamiento distorsionado, posteriormente se les dará una hoja bond a cada uno donde anotarán los pensamientos distorsionados que actualmente tienen.</p> <p><b>Dinámica: Cuestionar nuestros pensamientos distorsionados:</b> Se pedirá a los participantes que lean sus pensamientos distorsionados detectados y que los cuestionen y compartan con el público.</p> <p><b>Dinámica: “Pensamiento racional”:</b> Se solicita a los participantes que transformen cada pensamiento irracional detectado por uno racional.</p> <p><b>Dinámica: ¿Para qué me sirven mis pensamientos distorsionados?</b> Responde la pregunta.</p>	40 min	
	<p style="text-align: center;">Cierre</p> <p><b>Se reflexionará sobre la sesión y se responderán las siguientes preguntas:</b></p> <p>¿De qué se han dado cuenta? ¿Cómo se han sentido? ¿A qué se comprometo en mi dimensión cognitiva?</p>	10 min	

*Nota:* Descripción de las actividades de la sesión 05

**Tabla 13**

*Sesión 06*

<b>Sesión 6: “Libres de pensamientos irracionales, somos más felices”</b>			
<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
Utilizar el intelecto y los procesos cognitivos de manera favorable, pese a la tristeza por la muerte de un familiar.	<p align="center"><b>Introducción</b></p> <p>La facilitadora dará la bienvenida al taller donde se trabajará la dimensión cognitiva parte II, se recuerda el objetivo de dicha mención y se recuerdan las normas sociales.</p>	10 min	
	<p align="center"><b>Desarrollo</b></p> <p><b>Psicoeducación:</b> Se menciona acerca de las consecuencias de vivir con los pensamientos irracionales y se explica la triada cognitiva de la depresión.</p> <p><b>Ejercicio: Completa el cuadro de la triada cognitiva:</b> Se solicita a los participantes que cada uno complete el cuadro de la triada cognitiva de la No depresión que corresponde a los pensamientos racionales sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre su futuro.</p> <p><b>Dinámica: “Cuando yo estoy con depresión pienso que...”</b> Se solicita que cada participante que complete en una hoja la frase y anote todo lo que piensa cuando está con síntomas de depresión. Posteriormente, lo compartirá en voz alta con todos y reestructurará su pensamiento distorsionado.</p> <p><b>Dinámica: “Lo que a mi me hace feliz es...”</b> Recordamos lo que nos hace felices, completamos la frase y nos comprometemos a luchar por lo que realmente vale la pena tener y ser.</p>	40 min	Papelotes.  Plumones.  Hojas bond.  Lapiceros o lápices.  Cartulina.
	Cierre	<p>Ejercicio: Realizar una carta de despedida a los pensamientos irracionales: <b>Cada participante realizará su carta de despedida a cada uno de sus pensamientos irracionales.</b></p> <p><b>Se reflexionará sobre lo aprendido en la sesión.</b></p>	<b>10 min</b>

*Nota:* Descripción de actividades de la sesión 06

**Tabla 14**

*Sesión 07*

<b>Sesión 7: “Yo elijo conductas funcionales”</b>			
<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
Elegir conductas funcionales y de ánimo pese a la tristeza registrada por la muerte de un familiar.	<p align="center"><b>Introducción</b></p> <p>La facilitadora saluda, da la bienvenida y menciona que trabajará la dimensión conductual, así mismo, explica sus objetivos.</p>	10 min	
	<p align="center"><b>Desarrollo</b></p> <p><b>Psicoeducación:</b> Se dialoga acerca de las conductas propias de la depresión y sobre la importancia de ser funcionales y hacer nuestras responsabilidades y tareas pese a estar tristes. Se previene las conductas de alcoholismo, drogadicción y cualquier otra adicción.</p> <p><b>Ejercicio: Se realiza la técnica análisis de la funcionalidad:</b> Se analiza las propias conductas y sus consecuencias o ganancias primarias o secundarias. Así mismo, se lleva al participante a que mejore sus conductas. Se registrará la actividad en un cuadro.</p> <p><b>Dinámica: Dibújate haciendo lo que necesitas hacer para ser feliz:</b> Se solicita a los participantes que se visualicen ganadores y logrando lo que desean lograr y que se dibujen haciendo la actividad que necesitan realizar para lograrlo y que luego lo pinten.</p> <p><b>Dinámica: Yo hoy agradezco por...</b> Se solicita a los participantes que piensen en todo aquello que tienen y les hace feliz y que lo agradezcan de forma pública.</p>	40 min	<p>Hojas bond.</p> <p>Lápices.</p> <p>Colores.</p> <p>Música.</p> <p>Parlante.</p>
	<p align="center"><b>Cierre</b></p> <p>Se responde las preguntas: <b>¿De qué se dieron cuenta?, ¿Cómo se sintieron? Y ¿A qué se comprometen en la dimensión conductual?</b></p>	10 min	

*Nota:* Descripción de las actividades de la sesión 07

**Tabla 15**

*Sesión 08*

<b>Sesión 8: “Estas hecho con energía para volverte a levantar”</b>			
<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
Elegir conductas funcionales y de ánimo pese a la tristeza registrada por la muerte de un familiar.	<p align="center"><b>Introducción</b></p> <p>La facilitadora dará la bienvenida al taller de la dimensión conductual II parte y recordará los objetivos.</p> <p><b>Video</b> Se iniciará colocando el siguiente video “Mensaje a los jóvenes”: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=ETq8verVhNQ">https://www.youtube.com/watch?v=ETq8verVhNQ</a> y se reflexionará sobre él ¿Qué nos quiere transmitir el siguiente video?, ¿Qué parte del video les gustó más?.</p>	10 min	
	<p align="center"><b>Desarrollo</b></p> <p><b>Psicoeducación:</b> Se expondrá sobre la importancia de ser funcionales y hacermuestras actividades, aun cuando nos sentimos tristes.</p> <p><b>Dinámica: “Salta, salta”</b> Se solicitará a los participantes que caminen por todo el espacio y cuando se diga son las 3pm, se deben agrupar de 3, cuando se diga son las 4pm, se deben agrupar de 4 y así sucesivamente. Se formarán grupos de 3 y se pedirá que 2 sostengan a uno de las manos y lo ayuden a saltar y le repitan “salta, salta”, en un segundo momento se solicitará que en vezde ayudarlo a saltar, le impidan saltar. Los participantes rotarán para que cada uno pase la experiencia y reflexionarán sobre el mensaje de la dinámica, en qué momento se sintieron mejor y cómo pueden aplicar esta dinámica en su día a día.</p> <p><b>Ejercicio: Se completará la frase: “A pesar de estar triste yo necesito hacer...”</b> Realizando un círculo, cada participante completará la frase en voz alta.</p> <p><b>Dinámica: Bailando con los globos</b> Se repartirá a cada participante 2 globos y se les indicará que en cada globo deben colocar 2 cosas que le motiven a seguir luchando pese a la adversidad, se colocará música de fondo y empezarán a bailar con sus globos, tratando de que no se les caiga. Se reflexionará: que si por diferentes motivos en algún momento se les cae el globo no hay problema, lo importante es levantarlo y seguir bailando la vida con nuestra mente en lo que nos motiva y no rendimos ante nada, ni nadie.</p>	40 min	<p>Video.</p> <p>Laptop.</p> <p>Hojas bond.</p> <p>Lapiceros o lápices.</p> <p>Globos.</p> <p>Música.</p> <p>Parlante.</p>
	Cierre	<p><b>Se reflexionará sobre qué se dieron cuenta durante la sesión, cómo pueden aplicar lo que dieron cuenta en su día a día y cómo se han sentido.</b></p>	10 min

*Nota:* Descripción de las actividades de la sesión 08

**Tabla 16**

*Sesión 09*

<b>Sesión 9: “Hay que querer la vida en cualquier circunstancia y luchar por ella”</b>				
<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>	
Desarrollar buenas relaciones sociales, pese a la tristeza por la muerte de un familiar.	<p align="center"><b>Introducción</b></p> <p>La facilitadora da la bienvenida, recuerda las normas de convivencia y menciona que se empezará a trabajar la dimensión social y nombra el objetivo de dicha dimensión.</p> <p><b>Psicoeducación:</b> Se expondrá el tema de las habilidades sociales y su relación en la depresión, así mismo se mencionará como se pueden fortalecer las habilidades sociales.</p>	10 min	Música. Parlante.	
	<p align="center"><b>Desarrollo</b></p> <p><b>Dinámica: El puente de los aplausos:</b> Se reparten las personas en 2 columnas, quedando una al frente de la otra con el mismo número de participantes. De uno en uno cada participante pasará por el pasillo y desde el principio hasta el fin los participantes les aplauden y dicen cosas positivas.</p> <p><b>Ejercicio: Frases de trabajo en equipo y motivación</b> Se reunirán en equipos de 3 personas y con papelotes, hojas de colores, tijera, figuras, limpiatipo y plumones escribirán una frase relacionada al trabajo en equipo y motivación que el grupo elija, la decorarán y la expondrán.</p> <p><b>Ejercicio: “La carta para los malos días”</b> Cada participante se escribirá una carta para leerla cuando tenga un mal día o un momento de bajón emocional.</p> <p><b>Dinámica: “Caricias positivas”</b> Cada participante se colocará una hoja bond en blanco en su espalda y todos deben de llenar su hoja con una palabra positiva o virtud que hayan observado en el participante.</p>	40 min	Hojas bond. Lapiceros o lápices. Plumones. Tijeras. Papelotes. Hojas de colores. Limpiatipo.	
	Cierre			
	<b>Se invita a los participantes a reflexionar sobre de que se han dado cuenta, cómo se han sentido y que han aprendido.</b>		10 min	

*Nota:* Descripción de las actividades de la sesión 09

**Tabla 17**

*Sesión 10*

<b>Sesión 10: “No estamos solos, entre todos nos apoyamos”</b>			
<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
<p>Desarrollar buenas relaciones sociales, pese a la tristeza por la muerte de un familiar.</p>	<p><b>Introducción</b></p> <p>La facilitadora da la bienvenida, recuerda las normas de convivencia y el objetivo de la dimensión social frente a la depresión.</p> <p><b>Psicoeducación</b></p> <p>La moderadora expondrá la importancia de no aislarse y deno sentirse solos frente a la dificultad, siempre hay personas dispuestas a ayudar, pero hay que saber pedir ayuda y ejercer nuestras habilidades sociales de forma favorable para hacer frente a lo adverso.</p>	10 min	
	<p><b>Desarrollo</b></p> <p><b>Se escucha y canta la Canción: “Es que tú no estás solo”</b> Se reflexiona sobre la letra y mensaje de la canción. Se comparte que parte de la canción les gustó más.</p> <p><b>Dinámica: “Practicando la empatía”</b></p> <p>Se plantean distintas situaciones donde una persona necesite ayuda y cada uno mencionará su respuesta sobre cómo actuar con empatía y desde el afecto frente a dicha situación. Se empezará colocando el ejemplo de muerte de un familiar.</p> <p><b>Ejercicio: “La pequeña felicidad”</b></p> <p>Se trata de pensar en una actividad que haga feliz a alguien de su alrededor cercano que implique ayudar o valorar lo positivo del otro. Todo ello con el fin de fomentar y motivar la cooperación y ayuda constante. Se realizará en 2 momentos el primer momento de forma inmediata en el taller que se desarrolla y el segundo momento que piensen y hagan algo en casa para una persona seleccionada o que requiera ayuda.</p> <p><b>Dinámica: “Adiós – Hola”</b></p> <p>Se solicita a los participantes que escriban una carta donde digan adiós al sentir solo y al rencor y que digan hola o den la bienvenida al amor, cooperación y tranquilidad.</p>	40 min	<p>Diapositivas.</p> <p>Hojas bond.</p> <p>Lapiceros o lápices.</p> <p>Música.</p> <p>Parlante.</p>
	<p><b>Cierre</b></p> <p>Se responde las siguientes preguntas: <b>¿A qué se comprometen en la dimensión social?, ¿De qué se dieron cuenta? Y ¿Cómo se sintieron en el desarrollo de la sesión?</b></p>	10 min	

*Nota:* Descripción de las actividades de la sesión 10

**Tabla 18**

*Sesión 11*

<b>Sesión 11: “El verdadero amor no conoce de final”</b>			
<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
Favorecer la aceptación de lo sucedido y dar sentido a la vida misma.	<p><b>Introducción</b></p> <p>La facilitadora dará la bienvenida, recordará las normas de convivencia y mencionará el objetivo de la dimensión espiritual.</p> <p><b>Psicoeducación</b></p> <p>A modo de psicoeducación se hablará y definirá la vida, muerte, el sentido de la vida y cómo trascender en esta vida.</p>	10 min	
	<p><b>Desarrollo</b></p> <p><b>Dinámica: “Cuando yo ya no esté, quiero que me recuerden por...”</b></p> <p>Cada participante deberá pensar cómo les gustaría ser recordado y completar la frase en voz alta.</p> <p><b>Ejercicio: Pinta el dibujo donde hay un ataúd y reflexiona sobre el mismo.</b></p> <p>Se necesita pintar el dibujo y colocar una frase reflexiva del mismo, con la finalidad de ver a la muerte como parte de la vida e incluso estar listos para que cuando nos toque irnos tranquilos.</p> <p><b>Dinámica: 3 preguntas para una vida feliz</b></p> <p>Se invita a los participantes a responder estas 3 preguntas para una vida feliz: ¿Qué manera de ser me hace realmente feliz?, ¿Qué pensamientos me han ayudado para controlar mis emociones? y ¿De qué acciones me siento orgulloso?.</p> <p>Se escucha la canción “En este nuevo día” y se reflexiona sobre la letra.</p>	40 min	Colores. Hojas bond. Lapiceros o lápices. Video. Laptop. Parlante.
	<p><b>Cierre</b></p> <p>Se reflexiona sobre lo aprendido en la sesión y se responde las preguntas: <b>¿De qué me di cuenta?, ¿Cómo lo puedo aplicar en mi vida? y ¿Cómo me sentí?.</b></p>	10 min	

*Nota:* Descripción de las actividades de la sesión 11

**Tabla 19**

*Sesión 12*

<b>Sesión 12: “Todos tenemos el recuerdo de un amor que nos alegra”</b>			
<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
Favorecer la aceptación de lo sucedido y dar sentido a la vida misma.	<b>Introducción</b> La facilitadora saluda y recordará las normas de convivencia y el objetivo de la dimensión espiritual.	10 min	
	<b>Psicoeducación</b> A modo de psicoeducación se enseñará como integrar al familiar fallecido de manera espiritual, desde el amor y agradecimiento (Aprender a vivir sin el ser querido).		
	<b>Desarrollo</b>  <b>Se canta la canción “El amor no se puede olvidar”</b> Se reflexiona sobre la letra de la canción.  <b>Dinámica: “Coger un globo blanco, escribir el nombre de nuestro familiar fallecido y lanzarlo al cielo...”</b> Se solicita que cada participante infle un globo, coloque el nombre de su familiar fallecido, escriba un mensaje y un compromiso que le hace a su familiar y lo suelte al cielo, dejándolo volar libre.  <b>Ejercicio: “Bote medicinal”</b> Se solicita a los participantes que imaginen un medicamento para la depresión por muerte de un familiar y deben crear un sobre con un dibujo de un bote medicinal y dentro del sobre dibujarán por separado varias pastillas y encima de cada dibujo escribirán alguna actividad o cosa que les pueda servir de medicina, para aquellos momentos en que la necesiten.  <b>Dinámica: “En honor a la vida de mi ... yo seré...”</b> Se solicita a los participantes que completen la frase y valoren el esfuerzo de su familiar fallecido y se motiven a hacer algo por lo cual ellos se sientan orgullosos.	40 min	
	<b>Cierre</b>  Se solicita a los participantes que reflexionen sobre la sesión: <b>¿Cómo se sintieron?, ¿De qué se dieron cuenta? y ¿A qué se comprometen en la dimensión espiritual?.</b>	10 min	

*Nota:* Descripción de actividades de la sesión 12

**Tabla 20**

*Sesión 13*

<b>Sesión 13: “Haz una pausa, lucha por tus sueños y sigue adelante”</b>			
<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>
<p>Dar seguimiento a los participantes en cuanto a la presencia de síntomas de depresión por muerte de un familiar y motivarlos a que sigan y luchen por sus sueños.</p>	<p align="center"><b>Introducción</b></p> <p>La facilitadora saluda, da la bienvenida a la sesión de seguimiento y orientación.</p> <p><b>Psicoeducación</b> La moderadora educará en el tema de ¿Cómo evitar llenar los vacíos con personas equivocadas o acciones malas.</p>	10 min	Música.
	<p align="center"><b>Desarrollo</b></p> <p><b>Se canta la canción “Yo quiero ser un triunfador”</b> Se reflexiona sobre la letra de la canción.</p> <p><b>Dinámica: “Mi proyecto de vida”</b> Se pide a cada participante que escriban sus metas a corto, mediano y largo plazo en una línea de tiempo y se los invita a luchar con cada uno de sus sueños</p> <p><b>Ejercicio: Completa la frase: “Estar triste es normal, lo que no es normal es...”</b> La facilitadora solicita que cada participante complete la frase.</p> <p><b>Dinámica: Escribe una carta de amor para ti mismo(a).</b> Se solicita que cada participante se escriba una carta valorando lo maravilloso que es y que se motive a luchar por todo lo que sueña y que sueñe en grande.</p>	40 min	Hojas bond.  Lapiceros o lápices.  Laptop o computadora.  Parlante.  USB.
	<p align="center"><b>Cierre</b></p> <p>Se reflexiona sobre la sesión: <b>¿Cómo se sintieron?, ¿De qué se dieron cuenta? y se hablará de la importancia de cuidar cada área de nuestra vida.</b></p>	10 min	

*Nota:* Descripción de las actividades de la sesión 13

### *Técnicas cognitivo conductuales*

- **Psicoeducación:** Utilizada en cada taller para dar el aporte científico al tema y conocer sobre el de una forma precisa.
- **Reestructuración cognitiva:** Es el cambio de creencias o pensamientos distorsionados, a través de la reflexión y detenimiento a analizar los mismos.
- **Técnicas de exposición:** Se trata el tema de la muerte de un familiar y se permite que la persona exprese su dolor y manifieste cómo va su vida con respecto a ello y de esa manera el participante tiene contacto con su dolor, lo manifiesta y lo afronta dentro de la sesión.
- **Técnicas de respiración y relajación:** Ayuda a que el participante entre en contacto consigo mismo de manera pausada utilizando la respiración progresiva lo que generando relajación y distensión.
- **Entrenamiento en la técnica ABC:** Se reflexiona sobre una situación en especial, el pensamiento, la consecuencia y la alternativa de solución.
- **Entrenamiento en la resolución de problemas:** Se plantean estrategias de actuación y solución para cuando el participante se sienta deprimido.

### **Etapa IV: Instrumentación**

Para ejecutar el presente programa, se necesitó el involucramiento de la investigadora y las autoridades que facilitan el proceso investigativo tales como el director del hospital, la jefa del servicio de Psicología, familiares de los pacientes y los pacientes mismos, con el fin de prevenir la depresión por muerte de un familiar en esta población.

**Tabla 21***Actividades ejecutadas para aplicar el Programa Cognitivo Conductual*

<b>N°</b>	<b>Responsable</b>	<b>Actividad</b>	<b>Producto</b>	<b>Plazo a ejecutar</b>
1	Investigadora	Coordinación con el director del Hospital Regional Docente Las Mercedes.	Autorización para la investigación.	Junio
2	Director del Hospital Regional Docentes Las Mercedes	Informar de la solicitud a la jefa del servicio de Psicología.	La jefa del servicio de Psicología aprobó la solicitud de la investigación.	Junio
3	Investigadora	Consentimiento informado.	Permiso por parte de los pacientes para ser evaluados.	Agosto
4	Investigadora	Aplicación pre test de la Escala de riesgo de depresión por muerte de un familiar.	Diagnóstico del estado actual de los pacientes.	Setiembre
5	Investigadora	Elaboración del programa cognitivo Conductual para prevenir la depresión por muerte de un familiar.	Ejecución de 13 sesiones para prevenir la depresión por muerte de un familiar.	Octubre
6	Investigadora	Aplicación post test de la Escala de riesgo de depresión por muerte de un familiar.	Diagnóstico del estado de los pacientes después de haber aplicado el programa.	Noviembre

*Nota. Descripción detallada de las actividades ejecutadas para la realización del programa cognitivo conductual*

**Tabla 22***Estimación del Programa Cognitivo Conductual*

<b>Etapas</b>	<b>Información de logro</b>	<b>Juicio de medición</b>	<b>Evidencias</b>
Contextualización de la depresión	Conocimiento de los conceptos y términos relacionados a la depresión por muerte de un familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El 89 % de los participantes valoraron como excelente los talleres brindados en el programa y el 11.1% lo calificaron como muy bueno. Tras el programa lograron conceptualizar cada una de las dimensiones y profundizar en cada una de ellas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro de asistencia.</li> <li>- Fotos</li> <li>- Material audiovisual</li> </ul>
Interpretación de los síntomas de la depresión y prevención de la misma	Aprender herramientas psicológicas para la reestructuración cognitiva, eliminación de pensamientos distorsionados y prevención de pensamientos suicidas, conductas desadaptadas y abandono personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El 100 % de los pacientes refieren que sí lograron ser conscientes de los pensamientos distorsionados, conductas desadaptativas y las consecuencias de la depresión. Además, el 44.4% refiere haberse sentido feliz al finalizar el programa, el 33.3 se sintió aliviado y el 22.2% se sintió reconfortado.</li> <li>- El 66.6 % de los beneficiarios catalogaron a las dinámicas y técnicas como excelentes y el 33.3% las catalogaron como muy buenas.</li> <li>- El 100 % de los participantes catalogaron a la ponente como excelente y manifiestan haber logrado la reestructuración cognitiva de sus pensamientos distorsionados iniciales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro de asistencia.</li> <li>- Fotos</li> <li>- Material audiovisual</li> </ul>

*Nota. La tabla revela la valoración del programa cognitivo conductual por los beneficiarios, basados en el juicio de medición y una encuesta al finalizar dicho programa.*

**Tabla 23***Presupuesto del programa cognitivo conductual*

N°	Materiales e insumos	Cantidad	Precio por unidad	Precio total
1	Hojas bond	1 millar	26.00	26.00
2	Memoria USB	1	60.00	60.00
3	Hojas de colores	1 ciento	0.10	10.00
4	Globos	40	0.40	16.00
5	Lapiceros	30	1.00	30.00
6	Cartulinas	12	2.00	24.00
7	Limpiatipo	6	3.00	18.00
8	Plumones	10	3.50	35.00
9	Colores	60	1.00	60.00
10	Impresiones	150	0.50	75.00
11	Luz	1	100.00	100.00
12	Internet	1	110.00	110.00
13	Pasajes	15	10.00	150.00
14	Parlante	1	35.00	35.00
15	Formateo de laptop	1	50.00	50.00
<b>Total costos directos</b>				<b>799.00</b>

*Nota.* Descripción de los gastos en el proceso de aplicación del programa cognitivo conductual para la prevención de la depresión en pacientes que han sufrido la muerte de un familiar.

## **Etapas V: Criterios de Evaluación**

Para los criterios de la evaluación cognitivo conductual para prevenir la depresión por muerte de un familiar en los pacientes del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo se procedió a brindar e informar sobre el consentimiento informado donde los pacientes aceptan participar de los criterios de evaluación (pre test y post test) y del programa.

Por otro lado, los criterios de evaluación están basados en tres etapas:

### **Primera etapa**

La primera evaluación es a través de la Escala para prevenir la Depresión por muerte de un familiar, donde se obtiene un resultado el cual refleja el estado actual de la problemática en investigación, cuyo objetivo es diagnosticar la depresión por muerte de un familiar, se aplicó el cuestionario que contiene 28 ítems, 6 dimensiones y agrupa los resultados en 4 niveles grave, moderado, leve y mínimo.

### **Segunda etapa**

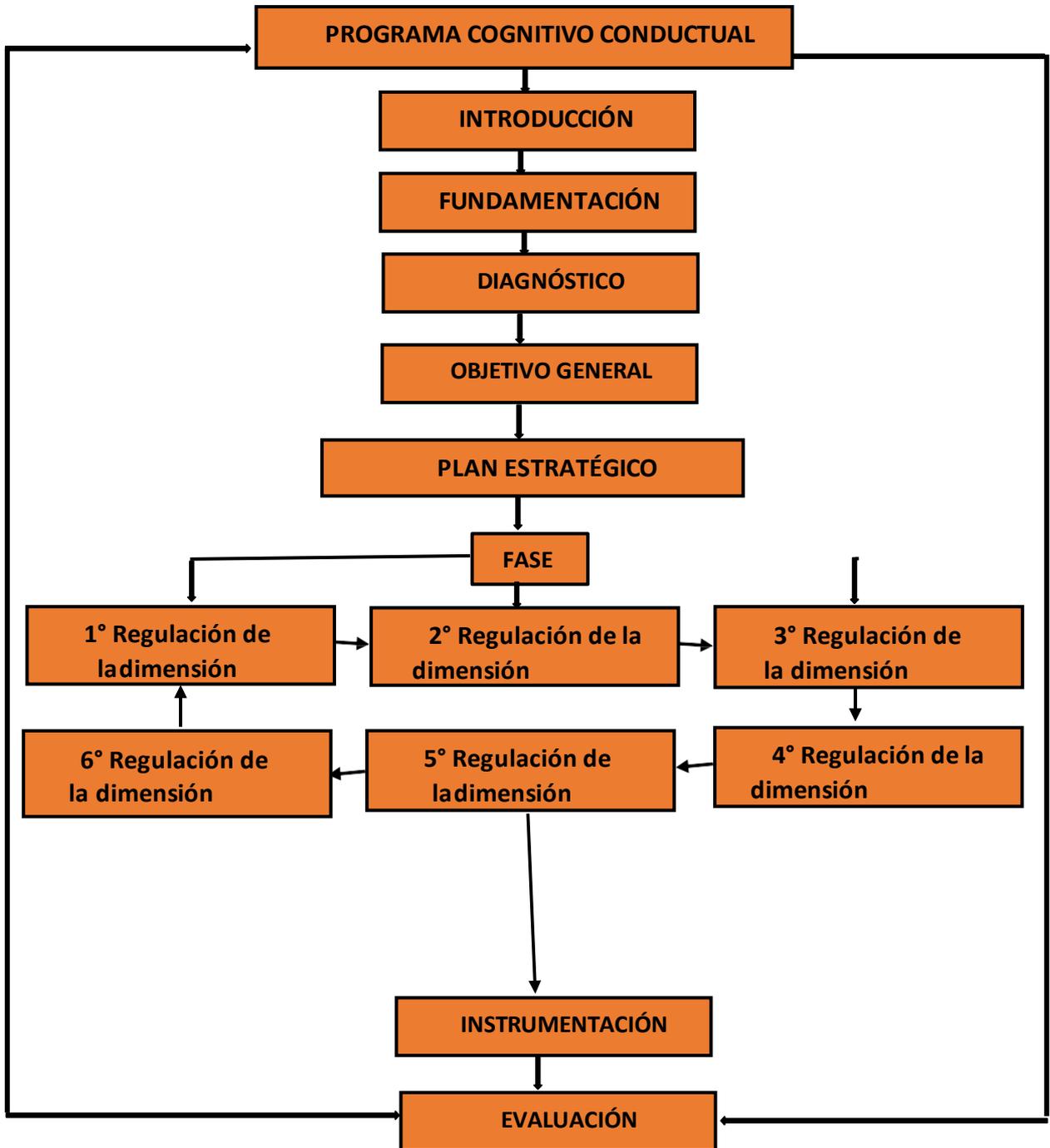
Se procederá a la evaluación de las sesiones con las preguntas de cierre y de reflexión, donde se abordará cada dimensión tratada para destacar el nuevo conocimiento integrado.

### **Tercera etapa**

Se procede a evaluar el programa, las sesiones y los conocimientos generados a través de la aplicación del post test, para valorar si se logró el objetivo trazado.

**Figura 4**

*Diagrama del aporte de la investigación*



*Nota.* La figura 4 indica la estructura del Programa Cognitivo Conductual.

## VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS

El programa fue trabajado por dimensiones, la primera dimensión trabajada fue la física, luego la emocional, se continuó con la dimensión cognitiva, conductual, social y finalmente se trabajó la dimensión espiritual.

### Corroboración estadística de los resultados

**Tabla 24**

*Cuadro comparativo, de los 2 momentos de evaluación de la Depresión General antes de aplicar el programa y después de aplicar el programa*

		Pre test		Posttest	
		f	%	f	%
Depresión pacientes	Mínima	5	33%	12	80%
	Leve	1	6.7%	2	13.3%
	Moderada	3	20%	1	6,7%
	Grave	6	40%	0	0%
	Total	15	100%	15	100%
Depresión familiar	Mínima	1	6.7%	14	93%
	Leve	5	33.3%	1	7%
	Moderada	6	40%	0	0%
	Grave	3	20%	0	0%
	Total	15	100%	15	100%

*Nota. Tabla de análisis de los cambios alcanzados después de la aplicación del programa cognitivo conductual.*

En la Tabla 24 se evidencia los resultados del **Post Test** de la Escala de Depresión por muerte de un familiar en donde según la **percepción de los pacientes** predominó el nivel **Mínimo** con el **80%**, el nivel **Leve** con el **13.3%** y el nivel **Moderado** con el **6,7%**. Y según la **percepción de los familiares** en el Post Test predominó el nivel **Mínimo** con el **93%** y el nivel **Leve** con el **7%**. Entre el Pre Test y el Post Test se evidencia una mejora después de aplicar el Programa Cognitivo Conductual.

**Tabla 25***Cuadro comparativo, de los dos momentos de evaluación, aplicado a pacientes*

Nivel en dimensión	Momento de evaluación			
	PRE TEST		POST TEST	
	f	%	F	%
<b>Física</b>				
Mínima	0	0	2	13.3
Leve	6	40	10	66.7
Moderada	6	40	3	20
Grave	3	20	0	0
<b>Emocional</b>				
Mínima	0	0	0	0
Leve	4	26.7	7	46.7
Moderada	5	33.3	8	53.3
Grave	6	40	0	0
<b>Cognitiva</b>				
Mínima	0	0	3	20
Leve	5	33.3	7	46.7
Moderada	6	40	5	33.3
Grave	4	26.7	0	0
<b>Conductual</b>				
Mínima	1	6,7	1	6.7
Leve	6	40	12	80
Moderada	7	46,7	2	13.3
Grave	1	6.7	0	0
<b>Social</b>				
Mínima	1	6.7	3	20
Leve	7	46.7	11	73.3
Moderada	4	26.7	1	6.7
Grave	3	20	0	0
<b>Espiritual</b>				
Mínima	0	0	0	0
Leve	0	0	12	80
Moderada	3	20	3	20
Grave	12	80	0	0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

*Nota.* Tabla de análisis de los cambios logrados, al aplicarse el programa en los pacientes.

En la Tabla 25 se evidencian los resultados del **Post Test** por dimensiones aplicado a **pacientes** en donde se observa lo siguiente: en la **dimensión Física** predominó el nivel **Leve** con el **66.7%**, luego el nivel **Moderado** con el **20%** y el nivel **Mínimo** con el **13.3%**. En la **dimensión Emocional** predominó el nivel **Moderado** con el **53.3%** y el nivel **Leve** con el **46.7%**. En la **dimensión Cognitiva** predominó el nivel **Leve** con el **46.7%**, el nivel **Moderado** con el **33.3%** y el nivel **Mínimo** con el **20%**. En la **dimensión Conductual** predominó el nivel **Leve** con el **80%**, luego el nivel **Moderado** con el **13.3%** y finalmente el nivel **Mínimo** con el **6.7%**. En la **dimensión Social** predominó el nivel **Leve** con el **73.3%**, el nivel **Mínimo** con el **20%** y el nivel **Moderado** con el **6.7%**. Finalmente, en la **dimensión Espiritual** predominó el nivel **Leve** con el **80%** y el nivel **Moderado** con el **20%**. Se muestran mejoras en los pacientes después de aplicar el programa Cognitivo Conductual para prevenir la Depresión por muerte de un familiar.

**Tabla 26***Cuadro comparativo, de los dos momentos de evaluación, aplicado a familiares*

Nivel en dimensión	Momento de evaluación			
	PRE TEST		POST TEST	
	F	%	F	%
<b>Física</b>				
Mínima	0	0	0	0
Leve	0	0	10	66.7
Moderada	9	60	5	33.3
Grave	6	40	0	0
<b>Emocional</b>				
Mínima	0	0	0	0
Leve	0	0	6	40
Moderada	9	60	9	60
Grave	6	40	0	0
<b>Cognitiva</b>				
Mínima	0	0	0	0
Leve	7	46.7	15	100
Moderada	6	40	0	0
Grave	2	13	0	0
<b>Conductual</b>				
Mínima	0	0	2	13.3
Leve	10	66.7	13	86.7
Moderada	5	33.3	0	0
Grave	0	0	0	0
<b>Social</b>				
Mínima	2	13.3	5	33.3
Leve	3	20	8	53.3
Moderada	8	53.3	2	13.3
Grave	2	13.3	0	0
<b>Espiritual</b>				
Mínima	0	0	5	33.3
Leve	5	33.3	9	60
Moderada	9	60	1	6.7
Grave	1	6.7	0	0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

*Nota.* Tabla de análisis de los cambios logrados, al aplicar el post test a los familiares.

En la tabla 26 se evidencian los resultados del **Post Test** por dimensiones aplicado a **familiares** y se observa lo siguiente: en la **dimensión Física** predominó el nivel Leve con el 66.7% y el nivel Moderado con el 33.3%. En la dimensión Emocional predominó el nivel Moderado con el 60% y el nivel Leve con el 40%. En la dimensión Cognitiva predominó el nivel Leve con el 100%. En la dimensión Conductual predominó el nivel Leve con el 86.7% y el nivel Mínimo con el 13.3%. En la dimensión Social predominó el nivel Leve con el 53.3%, el nivel Mínimo con el 33.3% y el nivel Moderado con el 13.3%. En la dimensión Espiritual predominó el nivel Leve con el 60%, el nivel Mínimo con el 33.3% y el nivel Moderado con el 6.7%. Se muestran mejoras en la percepción de los familiares después de aplicar el programa Cognitivo Conductual para prevenir la Depresión por muerte de un familiar.

**Tabla 27**  
*Prueba para medir la distribución de los datos*

	Estadígrafo de prueba	Probabilidad
Pretest	0.981	0.855
Post test	0.972	0.608
Test Shapiro Wilk, N=30, $\alpha=5\%$		

*Nota. Datos tomados del pres test y pos test de la Escala de depresión aplicada a pacientes y familiares.*

En la Tabla 27 se observa que tanto los datos del pre test como los del post test, siguen una distribución normal; de manera que para hacer una comparación entre ambos momentos se procederá a aplicar una prueba paramétrica.

**Tabla 28**

*Comparación de medias: prueba de muestras emparejadas de los puntajes de la Escala de Depresión por muerte de un familiar aplicado a pacientes y familiares*

	<b>Diferencias emparejadas</b>					<b>t</b>	<b>Grados de libertad</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>S</b>	<b>Media de error estándar</b>	<b>95% de intervalo de confianza de la diferencia</b>				
				<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>			
Pretest - Post test	22,000	9,362	1,709	18,504	25,496	12,870	29	,000

*Nota. Se aplicó la Prueba T de Student para medir los resultados antes y después de aplicar el programa.*

En la tabla 28, se observa que el programa fue efectivo para disminuir los niveles de depresión; de modo que se puede afirmar que existen evidencias significativas ( $p = 0.00$ ) para concluir que el programa fue efectivo para prevenir y disminuir los niveles de depresión en personas que han perdido a un ser querido; esto debido a que los puntajes del post test fueron considerablemente menores a los puntajes del pre test.

## VI. CONCLUSIONES

1. Se caracterizó científica y metológicamente el proceso cognitivo conductual, así como su dinámica y evolución histórica, lo que permitió tener las bases teóricas para realizar y ejecutar el programa con la finalidad de prevenir la depresión.
2. Se procedió a realizar el diagnóstico del estado actual de la dinámica cognitivo conductual en pacientes del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo que han sufrido la muerte de un familiar, evaluando la Depresión y sus dimensiones, evidenciándose necesidades sin resolver y poca actuación frente a esta variable.
3. Considerando los resultados obtenidos en el pre test se elaboró el programa cognitivo conductual para prevenir la depresión por muerte de un familiar, donde se trabajan por fases las 6 dimensiones de la depresión por muerte estas son: física, emocional, cognitiva, conductual, social y espiritual.
4. Se analizó los resultados evidenciados en el pre test y los obtenidos en el post test después de ejecutar el programa y se observó cambios favorables para la variable tratada.

## VII. RECOMENDACIONES

1. Seguir actualizando los conocimientos referidos al proceso cognitivo conductual, su dinámica y su evolución como medio formativo, preventivo e interventivo de corte metodológico y científico para proceder con un buen entendimiento y actuar dirigido a los beneficiarios.
2. Se sugiere aplicar la Escala de Depresión por muerte de un familiar a los pacientes que hayan sufrido la muerte de un familiar, para diagnosticar su estado frente a dicho suceso, con la finalidad de conocer y accionar en cuanto a su salud mental.
3. Replicar el programa en grupos y población de pacientes o trabajadores del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo a los que les pueda favorecer trabajar dicha variable.
4. Aplicar el post test luego de trabajar con las futuras poblaciones beneficiarias, para valorar o enriquecer el presente programa cognitivo conductual.

## REFERENCIAS

- Álvarez, E. y Cataño, C. (2019). *Proceso de duelo y estrategias de afrontamiento* [Tesis de pregrado, Universidad de Antioquia de Medellín]. Archivo digital. [https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16345/1/AlvarezEsteffania\\_2019\\_ProcesoDueloEstrategias.pdf](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16345/1/AlvarezEsteffania_2019_ProcesoDueloEstrategias.pdf)
- Álvarez, L. (2014). *El duelo: diagnóstico y abordaje del duelo normal y complicado* [Tesis de pregrado, licenciatura, Universidad de Cantabria]. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8298/DIEGO%20FALAGAN%2C%20NURIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bardin, L. (2002). *Análisis de contenido*. Akal. [https://books.google.com.pe/books?id=IvhoTqll\\_EQC&pg=PA34&dq=analisis+documental&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwilpaTik9v1AhUVRDABHZ4JARwQ6AF6BAgHEAI#v=onepage&q=analisis%20documental&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=IvhoTqll_EQC&pg=PA34&dq=analisis+documental&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwilpaTik9v1AhUVRDABHZ4JARwQ6AF6BAgHEAI#v=onepage&q=analisis%20documental&f=false)
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (Ed). (2010) *Terapia cognitiva de la depresión*. Descleé. [https://drive.google.com/file/d/1WO5dXSTNhj1R3FYA\\_5OUprPpmt2gIQHT/view](https://drive.google.com/file/d/1WO5dXSTNhj1R3FYA_5OUprPpmt2gIQHT/view)
- Beck, J. (Ed.). (2021). *Cognitive Behavior Therapy: basics and beyond*. The Guilford Press. [https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=yb\\_nDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=cognitive+behavior+therapies&ots=wiqWKHCTZ9&sig=rYMEMN9zFgIqwqSrWT3kzxqmW9o#v=onepage&q=cognitive%20behavior%20therapies&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=yb_nDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=cognitive+behavior+therapies&ots=wiqWKHCTZ9&sig=rYMEMN9zFgIqwqSrWT3kzxqmW9o#v=onepage&q=cognitive%20behavior%20therapies&f=false)
- Beck, J. (Ed). (2015). *Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización*. Gedisa. <https://books.google.com.pe/books?id=7EHjCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=terapia+cognitiva+beck&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwivsLS6hM71AhVqQzABHZcUCBYQ6AF6BAgHEAI#v=onepage&q=terapia%20cognitiva%20beck&f=false>
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. Pearson Educación de Colombia Ltda. <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de->

[investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf](#)

- Broks, E. (2019). *Terapia cognitivo – conductual*. <https://b-ok.lat/ireader/11894771>
- Burga, F. (2021, 10 de septiembre). *Gerresa Lambayeque realizó campaña informativa sobre prevención del suicidio*. Gerencia regional de salud Lambayeque. <https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/noticia/detalle/34544?pass=NA>
- Chaverra, C., Mejía, C., Figueroa, M., Álvarez, S. y Noreña, L. (2019). Duelo y afrontamiento en personas que han perdido a su pareja por suicidio en Rionegro. *Revista Universidad Católica Luis Amigó*, 3. (32-48) <https://doi.org/10.21501/25907565.3257>
- Garza, S., Orozco, L. & Ybarra, J. (2020). Tratamiento cognitivo –conductual en paciente geriátrica con Trastorno Depresivo Mayor: Estudio de Caso. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*. 11(1). <https://doi.org/10.29059/rpcc.20200617-109>
- Gavino, A. (2016). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo – conductual*. Pirámide. [https://books.google.com.pe/books?id=WH3eDgAAQBAJ&dq=gavino+guia+de+ayuda&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y](https://books.google.com.pe/books?id=WH3eDgAAQBAJ&dq=gavino+guia+de+ayuda&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y)
- Gilliam, S. (2020). *Terapia cognitivo conductual fácil*. Editorial Sirio S.A. [https://books.google.com.pe/books?id=-\\_0DwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=terapia+cognitivo+conductual+en+la+depression&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=terapia%20cognitivo%20conductual%20en%20la%20depression&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=-_0DwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=terapia+cognitivo+conductual+en+la+depression&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=terapia%20cognitivo%20conductual%20en%20la%20depression&f=false)
- González, C., Ruiz, M., Cordero, P., Umaran, O., Hernández, A., Muñoz, R. y Cano, A. (2018) *Terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica en Atención Primaria: Un contexto ideal*. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 37-52. [https://www.researchgate.net/publication/326658368\\_Terapia\\_cognitivo-conductual\\_transdiagnostica\\_en\\_Atencion Primaria\\_un\\_contexto\\_ideal](https://www.researchgate.net/publication/326658368_Terapia_cognitivo-conductual_transdiagnostica_en_Atencion Primaria_un_contexto_ideal)
- Hari, J. (2020). *Missed connections: real causes and unexpected solutions for depression* (A.

- Lozano, Trad.). Capitán Swing. (Original work published 2020). [https://books.google.com.pe/books?id=6kDZDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=6kDZDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2016). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hoffner, J. (2020) *Cognitive Behavioral Therapy: Techniques you need to free yourself from anxiety depression, phobias, and intrusive thoughts. Avoid harmful meds by retraining your brain with CBT*. [https://books.google.com.pe/books?id=GrKDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Cognitive+behavioral+therapy:+definition&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Cognitive%20behavioral%20therapy%3A%20definition&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=GrKDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Cognitive+behavioral+therapy:+definition&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Cognitive%20behavioral%20therapy%3A%20definition&f=false)
- Informe Belmont (1979, 18 de abril). *Observatori de Bioètica i Dret*. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Jaime, J. (2019). *Efectos de un programa cognitivo conductual en la depresión del adulto mayor del programa CAM de la provincia de Lambayeque, 2016* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Archivo digital. <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/7751>
- Korb, A. (2019). *Neurociencia para vencer la depresión: La espiral ascendente*. Editorial Sirio. [https://books.google.com.pe/books?id=YZyaDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=la+depresion&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=true](https://books.google.com.pe/books?id=YZyaDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=la+depresion&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=true)
- Kowal, C. (2021). *Terapia cognitivo conductual para la depresión: métodos y técnicas avanzados de TCC para controlar la depresión*. Independently published. <https://www.amazon.com/-/es/Cathrine-Kowal/dp/B092X539FY>
- Larrotta, R., Méndez, A., Mora, C., Córdova, Castañeda, M y Duque, J. (2020, abril - junio). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud UIS*, 52(2). <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v52n2/2145-8464-suis-52-02-179.pdf>

- Mancilla, C. (2021). *Vínculos: experiencias significativas para la reconstrucción del tejido social en un contexto de violencia*. Editorial Universidad Iberoamericana.  
<https://books.google.com.pe/books?id=EHpYEAAAQBAJ&pg=PT82&dq=tizon+depresion+por+muerte&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwi9j7vN-Pr7AhUcppUCHZfpAHIQ6AF6BAGHEAI#v=onepage&q=tizon%20depresion%20por%20muerte&f=true>
- Mason, C. (2021). *Anxiety and depression cure: simple workbook for anxiety relief. stop worrying and overcome depression fast*.  
[https://books.google.com.pe/books?id=OEwfEAAAQBAJ&printsec=frontcover&q=definition+of+depression&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=definition%20of%20depression&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=OEwfEAAAQBAJ&printsec=frontcover&q=definition+of+depression&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=definition%20of%20depression&f=false)
- Matheus, F., Ferreira, A., Barbosa, A., Fernandes J., Fernandes C., Moreira, T. y Arao, M.(2021). Afrontamiento del duelo por pérdida debido a Covid – 19: estrategias de corto y largo plazo. *Persona y bioética*, 25(1), 1-11.  
<https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=452eb175-85e5-4c45-81c1-b414c5de0245%40redis&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=150097116&db=zbh>
- Merino, E. (2021). *Estrategia terapéutica de aceptación y compromiso para disminuir la depresión en pacientes afectados por la pandemia del covid – 19* [Tesis de maestría, Universidad Señor de Sipán].  
 Archivo digital.  
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/8874/Merino%20Guevara%20Esther%20Jesarela.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mestanza, B. (2020). *Grado de duelo ante la muerte en familiares de fallecidos por Covid – 19, Lima – 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Ica]. Archivo digital.  
<http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/754/1/Blanca%20Rita%20Mestanza%20Gonzales.pdf>
- Moreno, M. (2020). *Propuesta de intervención psicológica en duelo con familiares de víctimas de siniestros de tráfico* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Alcalá].

Archivo digital.

[https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/43478/TFM\\_Moreno\\_Sanchez\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/43478/TFM_Moreno_Sanchez_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Mouzo J. (2021, octubre 8). La epidemia que subyace tras la covid: los casos de depresión y ansiedad crecen más de un 25% en el mundo. *El País*. <https://elpais.com/ciencia/2021-10-08/la-epidemia-que-subyace-tras-la-covid-los-casos-de-depresion-y-ansiedad-crecen-mas-de-un-25-en-el-mundo.html>

Nestorovic, D. (2021). *Estrategias de afrontamiento ante el duelo por pérdida de un miembro familiar* [Tesis de pregrado, Universidad de Lima]. Repositorio de la Universidad de Lima. [https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/13221/Nestorovic\\_Monsalve.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/13221/Nestorovic_Monsalve.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Nevado, M. y Gonzáles, J. (2020). *El duelo: crecer en la pérdida*. Rba.

[https://books.google.com.pe/books?id=4Lr9DwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=e+duelo&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=e+duelo&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=4Lr9DwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=e+duelo&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=e+duelo&f=false)

Noreña, A., Moreno, N., Rojas, J. y Rebolledo D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263 -274. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, 13 de septiembre). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Pedroza, M. (2020). *Abordaje en familias en duelo asociado a suicidio. Una revisión de tema* [Tesis de pregrado, licenciatura, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales]. <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/2832/M%C3%B3nica%20Pedroza%20%2013022020%20%20C.%20%20Ps.%20Marlen%20Aguilar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Peña, M. y Hernández, A. (2022). Intervención cognitiva conductual en duelo por muerte inesperada por la COVID-19. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 47(2). <http://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/3068>

PCM: Número de fallecidos por Covid – 19 en el Perú supera los 180,000 personas (2021). *El Peruano*. <https://elperuano.pe/noticia/121776-pcm-numero-de-fallecidos-por>

[covid-19-en-el-peru-supera-los-180000-personas](#)

Prieto, V. (2018). *La pérdida de un ser querido. Estrategias para el duelo, sentirse mejor no es olvidar.* La Esfera de los libros S.L.  
<https://books.google.com.pe/books?id=rjpvDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=prieto+2018+el+duelo+no+es+una+enfermedad&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiT3KXdrfn7AhVlrJUCHeFuDiYQ6AF6BAgCEAI#v=onepage&q=prieto%202018%20el%20duelo%20no%20es%20una%20enfermedad&f=false>

Rodriguez, E. (2005). *Metodología de la investigación: La creatividad, el rigor del estudio y la integridad son factores que transforman al estudiante en un profesional de éxito.*  
<https://books.google.com.pe/books?id=r4yrEW9Jhe0C&pg=PA98&dq=entrevista+como+tecnica+de+investigacion+cientifica&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwirgqPQiNv1AhXISDABHQ1KBxwQ6AF6BAgEEAI#v=onepage&q=entrevista%20como%20tecnica%20de%20investigacion%20cientifica&f=false>

- Rolón, G. (2020). *El duelo: cuando el dolor se hace carne*. Editorial Planeta.  
<https://books.google.com.pe/books?id=wo4EEAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=muerte+inesperada:+duelo&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKewi968m5ofr7AhVXrpUCHUZYDG04ChDoAXoECACQA#v=onepage&q=muerte%20inesperada%3A%20duelo&f=true>
- Rota, D. y Rota, E (2021). *Depresión: cómo tratarla y superarla*. Dallas.  
[https://books.google.com.pe/books?id=w2tCEAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=depression&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=w2tCEAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=depression&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Taherdoost, H. (2016). Validity and Reliability of the Research Instrument; How to Test the Validation of a Questionnaire/Survey in a Research. [Validez y fiabilidad del instrumento de investigación; cómo probar la validación de un cuestionario/encuesta en una investigación]. *Revista Internacional de Investigación Académica en Gestión (IJARM)*. 5(3), 28-36. DOI:10.2139/ssrn.3205040
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia*. Paidós.  
<https://books.google.com.pe/books?id=-jrPFKEtoZQC&printsec=frontcover&dq=TEORIA+EL+DUELO+DE+TIZON&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKewia3JbU8ZL4AhW-BrkGHRZbDcoQ6AF6BAgFEAI#v=onepage&q=TEORIA%20EL%20DUELO%20DE%20TIZON&f=false>
- Vallejo, A. (2020). *Terapia cognitivo conductual: cómo eliminar la depresión y controlar las emociones usando la terapia cognitivo conductual*. Freedom Bound Publishing.  
<https://es.scribd.com/read/458378271/Terapia-Cognitivo-Conductual-Como-Eliminar-la-Depresion-y-Controlar-las-Emociones-Usando-la-Terapia-Cognitivo-Conductual#>
- Vara, A. (2012). *7 Pasos para una tesis exitosa: desde la idea inicial hasta la sustentación*. Instituto de Investigación de la Facultad de Ciencias Administrativas y Recursos Humanos. <https://www.administracion.usmp.edu.pe/investigacion/files/7-PASOS-PARA-UNA-TESIS-EXITOSA-Desde-la-idea-inicial-hasta-la-sustentaci%C3%B3n.pdf>

- Vásquez, M. (2021). *Programa de intervención cognitivo conductual para usuarios diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario Tumbes, 2020* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Archivo digital. [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/58106/V%c3%a1squez\\_VME-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/58106/V%c3%a1squez_VME-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Vicente, P. (2018). *La pérdida de un ser querido: estrategias para el duelo, sentirte mejor no es olvidar. La esfera de los libros*. [https://books.google.com.pe/books?id=rjpvDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=e+duelo&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=e+duelo&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=rjpvDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=e+duelo&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=e+duelo&f=false)
- Villagómez, G., Peña, M. y Franco, S. (2020). *Evaluación del duelo complicado: una reflexión desde la perspectiva económico – familiar en pacientes tratados con Terapia de Aceptación y Compromiso en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara*. <http://ru.iiiec.unam.mx/5156/1/2-057-Villagomez-Pena-Franco.pdf>
- Wenzel, A. (2017). *Innovations in Cognitive Behavioral Therapy: Strategic Interventions for Creative Practice*. Routledge. [https://books.google.com.pe/books?id=BDAlDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Cognitive+behavioral+therapy:+definition&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Cognitive%20behavioral%20therapy%3A%20definition&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=BDAlDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Cognitive+behavioral+therapy:+definition&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Cognitive%20behavioral%20therapy%3A%20definition&f=false)
- Westphalen, M. (2018). *Efectos de un programa de reestructuración cognitiva en la depresión de adultos mayores de una asociación de jubilados de la ciudad de Piura* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Archivo digital. [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29154/Westphalen\\_RMP.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29154/Westphalen_RMP.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Whiteley, C. (2021), *Abnormal psychology: the causes and treatments of depression, anxiety and more*. CGD publishing. [https://books.google.com.pe/books?id=JqgWEAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=biological+explanation+of+depression&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=biological%20explanation%20of%20depression&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=JqgWEAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=biological+explanation+of+depression&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=biological%20explanation%20of%20depression&f=false)

Wright, J., Brown, G., Thase, M. & Ramirez, M. (Ed.). (2017). *Learning cognitive – behaviortherapy*, American Psychiatric Association.  
[https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=c\\_HEDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=cognitive+behavior+therapies&ots=fO9BQvkCJQ&sig=g\\_D7YgmLenpC-L6spFwVjAbos-A#v=onepage&q=cognitive%20behavior%20therapies&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=c_HEDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=cognitive+behavior+therapies&ots=fO9BQvkCJQ&sig=g_D7YgmLenpC-L6spFwVjAbos-A#v=onepage&q=cognitive%20behavior%20therapies&f=false)

Yuni, J. & Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar: Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*.  
Brujas.

[https://books.google.com.pe/books?id=XWIkBfrJ9SoC&printsec=frontcover&dq=tecnicas+de+recoleccion+de+datos&hl=es-419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=tecnicas%20de%20recoleccion%20de%20datos&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=XWIkBfrJ9SoC&printsec=frontcover&dq=tecnicas+de+recoleccion+de+datos&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=tecnicas%20de%20recoleccion%20de%20datos&f=false)

## **ANEXOS**

Anexo 01: Operacionalización de las variables

Anexo 02: Matriz de consistencia

Anexo 03: Instrumentos

Anexo 04: Validación de instrumentos por juicio de expertos

Anexo 05: Carta de Autorización

Anexo 06: Fotografías del proceso de planificación y ejecución del programa.

Anexo 07: Acta de originalidad de informe de tesis

Anexo 08: Aprobación del Informe final

**Anexo 1: Operacionalización de las variables**

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<p><b>Proceso Cognitivo Conductual:</b></p> <p>Es un enfoque psicoterapéutico que estudia el comportamiento y la manera de pensar como factor fundamental de su actuar. Esta terapia busca empoderar a la persona a tomar control de sus pensamientos y de su vida a través de la identificación, análisis y cuestionamiento a las creencias y pensamientos disfuncionales. (Edward, 2020).</p>	<p>Introducción – Fundamentación</p>	<p>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.</p>
	<p>Diagnóstico</p>	<p>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.</p>
	<p>Planteamiento del objetivo general</p>	<p>Se desarrolla el objetivo general del aporte práctico. Se debe tener en cuenta que no es el de la investigación.</p>
	<p>Planeación estratégica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Física.</li> <li>- Emocional.</li> <li>- Cognitiva.</li> <li>- Conductual.</li> <li>- Social.</li> <li>- Espiritual.</li> </ul>
	<p>Instrumentación</p>	<p>Explicar cómo se aplicará, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, responsables, participantes.</p>

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN	FUENTES DE VERIFICACIÓN (FUENTES DE INFORMACIÓN)
<p>Depresión por muerte de un familiar</p> <p>Se presenta a manera de duelo patológico y se manifiesta en 6 dimensiones: física, emocional, cognitiva, conductual, social y espiritual (Tizón, 2004).</p>	Física	Cansancio físico.	<p><b>Técnicas:</b></p> <p>-Observación -Entrevista. -Análisis documental. -Cuestionario.</p> <p><b>Instrumento:</b></p> <p>Cuestionario de depresión por muerte de un familiar.</p>	<p>Pacientes con diagnóstico de Depresión por muerte de un familiar.</p> <p>Familiar del paciente.</p>
		Alteración del sueño.		
		Pérdida del apetito.		
	Emocional	Sentimientos de tristeza y desamparo		
		Añoranza y anhelo del ser querido.		
		Desesperanza.		
	Cognitiva	Dificultad para concentrarse.		
		Ideas repetitivas relacionadas con el difunto.		
		Olvidos.		
	Conductual	Consumo de alcohol, tabaco o drogas.		
		Hiperactividad o inactividad.		
		Llanto		
	Social	Aislamiento social		
Espiritual	Se replantean las propias creencias sobre trascendencia de la vida			

**Anexo 2: Matriz de consistencia**

**Título:** PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS DE UN HOSPITAL DE CHICLAYO

Formulación del Problema	Objetivos	Técnicas e Instrumentos
<p>Insuficiencias en el proceso cognitivo conductual conduce a la depresión.</p>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Aplicar un programa cognitivo conductual para prevenir la depresión por muerte de un familiar en pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Caracterizar el proceso cognitivo conductual y su evolución histórica.</li> <li>✓ Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual tras la muerte de un familiar en los pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.</li> </ul>	<p><b>Técnicas:</b></p> <p>Observación. Análisis documental. Entrevista. Test.</p> <p><b>Instrumentos:</b></p> <p>Guía de observación. Fichas bibliográficas. Guía de entrevista. Inventario: Escala de Riesgo de Depresión por muerte de un familiar.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Elaborar un programa cognitivo conductual para prevenir la depresión.</li> <li>✓ Validar los resultados de la investigación mediante un pre experimento a través de un pre test y un post test.</li> </ul>			
	<b>Hipótesis</b>			
	Si se aplica un programa <b>cognitivo conductual</b> que tenga en cuenta la relación entre la intencionalidad formativa y su sistematización, entonces se contribuye a la prevención de la depresión en pacientes adultos que han perdido a un familiar.			
<b>Tipo y diseño de la Investigación</b>	<b>Población y muestra</b>		<b>Variables y dimensiones</b>	
El tipo de investigación es <b>aplicada</b> puesto que está orientada a resolver una problemática y propone estrategias para prevenir la depresión y se investiga para poder actuar sobre ella. (Vara, 2012).	<b>Población:</b>	<b>Muestra</b>	<b>Variable independiente</b>	<b>Dimensiones</b>
	Está conformada por todos los pacientes adultos del servicio de Psicología del Hospital	Conformada por 15 pacientes adultos del servicio de Psicología del Hospital Regional	Programa <b>cognitivo conductual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Introducción-fundamentación.</li> <li>✓ Diagnóstico.</li> <li>✓ Planteamiento del objetivo general.</li> <li>✓ Planeación estratégica.</li> <li>✓ Instrumentación.</li> </ul>

<p>Bernal (2010) menciona que en la investigación experimental el investigador interviene y toma acción sobre el objeto de estudio y ve si es verdad la hipótesis propuesta.</p> <p><b>Diseño de investigación:</b></p> <p>El diseño es el experimental de tipo pre experimental que se caracteriza por usar pre test y post test para describir y analizar a la muestra antes de y después de la estrategia utilizada para saber si existe alguna modificación y en qué magnitud se presenta la misma (Hernández et al., 2016).</p>	<p>Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo y sus familiares.</p>	<p>Docente Las Mercedes de Chiclayo que hayan sufrido la muerte de un familiar.</p> <p>Un familiar por cada paciente que acepte participar del programa.</p>	<b>Variable dependiente</b>	<b>Dimensiones</b>
			<p>Depresión por muerte de un familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Física.</li> <li>✓ Emocional.</li> <li>✓ Cognitiva.</li> <li>✓ Conductual.</li> <li>✓ Social.</li> <li>✓ Espiritual.</li> </ul>

## ESCALA DE RIESGO DE DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR

**Instrucciones:** El cuestionario está dirigido a pacientes adultos del hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo de 18 a 60 años, su propósito es diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual, así mismo se enfoca en recabar información sobre aspectos relacionados a la depresión por pérdida de un familiar estrechamente relacionados al bienestar físico, emocional, cognitivo, conductual, social y espiritual.

A continuación, se presenta algunos enunciados sobre el modo en cómo es tu conexión con respecto a una posible depresión por muerte de un familiar.

No olvide contestar todas las preguntas. Responda con sinceridad. Su respuesta puede determinarlo marcando una (x). 1 = Nunca o nada; 2 = Algunas veces o poco; 3 = Bastantes veces o bastante; 4 = Siempre o Mucho.

N°	Ítems	ESCALA			
<b>VARIABLE: DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR</b>					
1	Después de la muerte de un familiar en ocasiones me siento cansado y desganado al momento de hacer mis actividades del día a día.	1	2	3	4
2	Tengo pocos ánimos y fuerza para realizar mis actividades del día a día.	1	2	3	4
3	Tengo dificultad para poder conciliar el sueño, producto de mis preocupaciones y problemas actuales.	1	2	3	4
4	Después de la muerte de mi familiar el ritmo y tiempo de mi sueño ha variado.	1	2	3	4
5	Al recordar la muerte de mi familiar en ocasiones no tengo mucho apetito.	1	2	3	4
6	No estoy comiendo lo suficiente algunos días.	1	2	3	4

7	En las fechas especiales suelo ponerme triste por la ausencia y muerte de mi familiar.	1	2	3	4
8	Tras la muerte de mi familiar me siento solo y desamparado.	1	2	3	4
9	Me gustaría que mi familiar no hubiese fallecido y siga a mi lado.	1	2	3	4
10	Extraño mucho a mi familiar fallecido.	1	2	3	4
11	En ocasiones siento y pienso negativamente con respecto a mi futuro.	1	2	3	4
12	Siento que no puedo seguir mis proyectos personales sin la presencia de mi familiar.	1	2	3	4
13	Últimamente estoy distraído con respecto a mis responsabilidades.	1	2	3	4
14	Actualmente me cuesta más de lo normal lograr concentrarme.	1	2	3	4
15	Suelo pensar en la muerte de mi familiar con frecuencia.	1	2	3	4
16	No comprendo por qué tuvo que fallecer mi familiar.	1	2	3	4
17	En ocasiones se me presentan dificultades debido a que olvido algunos detalles importantes.	1	2	3	4
18	Suelo olvidarme con frecuencia algunas cosas importantes.	1	2	3	4
19	Últimamente suelo tomar bebidas alcohólicas con más frecuencia de lo normal.	1	2	3	4
20	Después de la muerte de mi familiar a veces suelo fumar o drogarme.	1	2	3	4
21	Últimamente quiero hacer muchas cosas para mantenerme ocupado.	1		3	4

			2		
22	Actualmente he dejado de hacer varias cosas que antes hacía.	1	2	3	4
23	En ocasiones al recordar la muerte de mi familiar suelo llorar.	1	2	3	4
24	Al hablar de la muerte de mi familiar se me quiebra la voz y puedo llorar.	1	2	3	4
25	En estos momentos prefiero estar solo y alejado de todo.	1	2	3	4
26	Necesito mi espacio para poder procesar la pérdida que estoy pasando.	1	2	3	4
27	Valora usted más la muerte que la vida.	1	2	3	4
28	Considera usted que no hay forma de reconfortarse cuando una persona muere.	1	2	3	4

## ESCALA DE RIESGO DE DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR

**Instrucciones:** El cuestionario está dirigido a los familiares de los pacientes adultos del hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, su propósito es diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual, así mismo se enfoca en recabar información sobre aspectos relacionados a la depresión por pérdida de un familiar estrechamente relacionados al bienestar físico, emocional, cognitivo, conductual, social y espiritual de los pacientes adultos con riesgo de depresión por muerte de un familiar del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.

A continuación, se presenta algunos enunciados sobre el modo en cómo usted percibe la conexión de su pariente con respecto a una posible depresión por muerte de un familiar.

No olvide contestar todas las preguntas. Responda con sinceridad. Su respuesta puede determinarlo marcando una (x). 1 = Nunca o nada; 2 = Algunas veces o poco; 3 = Bastantes veces o bastante; 4 = Siempre o Mucho.

N°	Ítems	ESCALA			
<b>VARIABLE: DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR</b>					
1	Su pariente después de la muerte de un familiar en ocasiones se siente cansado y desganado al momento de hacer sus actividades del día a día.	1	2	3	4
2	Su familiar en ocasiones tiene pocos ánimos y fuerza para realizar sus actividades del día a día.	1	2	3	4
3	Su familiar presenta dificultad para poder conciliar el sueño, producto de sus preocupaciones y problemas actuales.	1	2	3	4
4	Su pariente después de la muerte de su familiar cambió el ritmo y tiempo de sus horas de sueño.	1	2	3	4
5	Su pariente al recordar la muerte de su familiar en ocasiones no tiene mucho apetito.	1	2	3	4

6	Su familiar no está alimentándose lo suficiente bien algunos días.	1	2	3	4
7	Su pariente en fechas especiales suele ponerse triste por la ausencia y muerte de su familiar.	1	2	3	4
8	Su pariente, tras la muerte de su familiar suele sentirse solo y desamparado.	1	2	3	4
9	Su pariente añora que su familiar no hubiese fallecido y siga a su lado.	1	2	3	4
10	Su pariente extraña mucho a su familiar fallecido.	1	2	3	4
11	Su familiar en ocasiones se siente y piensa negativamente con respecto a su futuro.	1	2	3	4
12	Su familiar siente que no puede seguir sus proyectos personales sin la presencia de su familiar.	1	2	3	4
13	Su familiar últimamente está distraído con respecto a sus responsabilidades.	1	2	3	4
14	Actualmente a su familiar le cuesta más de lo normal lograr concentrarse.	1	2	3	4
15	Su pariente suele pensar en la muerte de su familiar con frecuencia.	1	2	3	4
16	Su pariente no comprende por qué tuvo que fallecer su familiar.	1	2	3	4
17	En ocasiones su familiar presenta dificultades debido a que olvida algunos detalles importantes.	1	2	3	4
18	Su familiar suele olvidar con frecuencia algunas cosas importantes.	1	2	3	4

19	Últimamente su familiar suele tomar bebidas alcohólicas con más frecuencia de lo normal.	1	2	3	4
20	Su pariente después de la muerte de su familiar a veces suele fumar o drogarse.	1	2	3	4
21	Últimamente su familiar a tratado de hacer muchas cosas para mantenerse ocupado.	1	2	3	4
22	Actualmente su familiar ha dejado de hacer varias cosas que antes hacía.	1	2	3	4
23	Su pariente en ocasiones al recordar la muerte de su familiar suele llorar.	1	2	3	4
24	Su pariente al hablar de la muerte de su familiar se le puede quebrar la voz y llorar.	1	2	3	4
25	Su familiar en estos momentos prefiere estar solo y alejase de todo.	1	2	3	4
26	Su familiar necesita su propio espacio para poder procesar la pérdida que está pasando.	1	2	3	4
27	Su familiar valora más la muerte que la vida.	1	2	3	4
28	Considera su familiar que no hay forma de reconfortarse cuando alguien muere.	1	2	3	4

**Anexo 04: Validación de instrumentos por juicio de expertos**

**Instrumento 1:**

**Escala de riesgo de Depresión por muerte de un familiar.**

**Experto 1:**

**Escala de riesgo de Depresión por muerte de un familiar dirigido a pacientes adultos.**

1. NOMBRE DEL JUEZ		Nancy Liliana Heredia Carhuapoma.
2.	PROFESIÓN	Psicóloga.
	ESPECIALIDAD	Psicóloga Clínica.
	GRADO ACADEMICO	Doctora en Psicología.
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	20 años.
	CARGO	Psicóloga clínica del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo – Es Salud – Lambayeque.
Título de la investigación: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS DE UN HOSPITAL DE CHICLAYO”		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Maryori Lorena Polo Rabines.
3.2.	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica

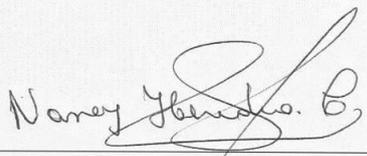
4. INSTRUMENTO EVALUADO	1. Entrevista ( ) 2. Cuestionario (X) 3. Lista de cotejo ( ) 4. Diario de campo ( )
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO	<p><b>GENERAL:</b> Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual con el fin de recabar información sobre aspectos relacionados a la depresión por muerte de un familiar en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</p> <p><b>ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnosticar la dimensión <b>física</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>emocional</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>cognitiva</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>conductual</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>social</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>espiritual</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> </ul>
A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o 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 ESTA EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.	
N	<b>DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO</b>
<b>VARIABLE: DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR</b>	
<b>DIMENSIÓN I: FÍSICA</b>	

<b>INDICADOR 1: Cansancio físico</b>		
<b>1</b>	Después de la muerte de un familiar en ocasiones me siento cansado y desganado al momento de hacer mis actividades del día a día.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>2</b>	No tengo mucha fuerza para realizar mis responsabilidades.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Alteración del sueño</b>		
<b>3</b>	Tengo dificultad para poder conciliar el sueño, producto de mis preocupaciones y pensamientos actuales.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>4</b>	Después de la muerte de mi familiar el ritmo y tiempo de mi sueño ha variado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Pérdida del apetito</b>		
<b>5</b>	Al recordar la muerte de mi familiar en ocasiones no tengo mucho apetito.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>6</b>	No estoy comiendo lo suficientemente bien algunos días.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN II: EMOCIONAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Sentimientos de tristeza y desamparo</b>		
<b>7</b>	En fechas especiales suelo ponerme triste por la ausencia y muerte de mi familiar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>8</b>	Tras la muerte de mi familiar me siento solo y desamparado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Añoranza y anhelo del ser querido</b>		
<b>9</b>	Me gustaría que mi familiar no hubiera fallecido y siga a mi lado.	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
<b>10</b>	Extraño mucho a mi familiar fallecido. Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Desesperanza</b>		
<b>11</b>	En ocasiones siento y pienso negativamente con respecto a mi futuro. Escala de medición: Likert	A (x) D ( )
<b>12</b>	Siento que no puedo seguir mis proyectos personales sin la presencia de mi familiar. Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN III: COGNITIVA</b>		
<b>INDICADOR 1: Distracción</b>		
<b>13</b>	Últimamente estoy distraído en mis responsabilidades. Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>14</b>	Actualmente me cuesta más de lo normal lograr concentrarme. Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Ideas repetitivas relacionadas con el difunto</b>		
<b>15</b>	Suelo pensar en la muerte de mi familiar con frecuencia. Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>16</b>	No comprendo por qué tuvo que fallecer mi familiar. Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Olvidos</b>		
<b>17</b>	En ocasiones se me presentan dificultades debido a que olvido algunos detalles importantes. Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>18</b>	Suelo olvidarme con frecuencia algunas cosas importantes. Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN IV: CONDUCTUAL</b>		

<b>INDICADOR 1: Consumo de alcohol, tabaco o Drogas</b>		
<b>19</b>	Últimamente, suelo tomar bebidas alcohólicas con más frecuencia de lo normal.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>20</b>	Después de la muerte de mi familiar a veces suelo fumar o drogarme.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Hiperactividad o inactividad</b>		
<b>21</b>	Últimamente quiero hacer muchas cosas para mantenerme ocupado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>22</b>	Actualmente he dejado de hacer varias cosas que antes hacía.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Llanto</b>		
<b>23</b>	En ocasiones al recordar la muerte de mi familiar suelo llorar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>24</b>	Al hablar de la muerte de mi familiar se me quiebra la voz y suelo llorar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN V: SOCIAL</b>		
<b>Indicador 1: Aislamiento social</b>		
<b>25</b>	En estos momentos prefiero estar solo y alejado de todo.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>26</b>	Necesito mi espacio para procesar la pérdida que estoy pasando.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN VI: ESPIRITUAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Se replantean las propias creencias sobre el sentido de vida o muerte</b>		
<b>27</b>	Considero que la vida trasciende sobre la muerte.  Escala de medición: Likert	A ( ) D (x) SUGERENCIAS: Valora usted más la muerte que la vida.

28	Considero que una persona puede seguir viviendo pese a haber fallecido.  Escala de medición: Likert	A ( ) D (x) SUGERENCIAS: Considera usted que no hay forma de reconfortarse cuando una persona muere.
PROMEDIO OBTENIDO		A (x) D ( )
COMENTARIOS GENERALES:  Todos los indicadores propuestos miden las variables a evaluar de la escala.		
OBSERVACIONES:		



Dra. Nancy Lilianna Heredia Carhuapoma

N° de colegiatura: 8167

**Escala de riesgo de Depresión por muerte de un familiar dirigido a los familiares de los pacientes adultos del hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo**

**Instrumento 2:**

1. NOMBRE DEL JUEZ	Nancy Lilianna Heredia Carhuapoma.
2. PROFESIÓN	Psicóloga.
ESPECIALIDAD	Psicóloga clínica.
GRADO ACADEMICO	Doctora en Psicología.
EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	20 años.
CARGO	Psicóloga clínica del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo – Es Salud – Lambayeque.

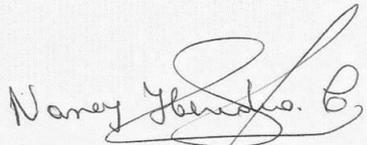
Título de la investigación: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS DE UN HOSPITAL DE CHICLAYO”		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Maryori Lorena Polo Rabines.
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1.Entrevista ( ) 2.Cuestionario (X) 3.Lista de cotejo ( ) 4.Diario de campo ( )
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		<p><b>GENERAL:</b> Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual con el fin de recabar información sobre aspectos relacionados a la depresión por muerte de un familiar en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</p> <p><b>ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnosticar la dimensión <b>física</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>emocional</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>cognitiva</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>conductual</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>social</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> </ul>

	- Diagnosticar la dimensión <b>espiritual</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.	
A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o 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 ESTA EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.		
<b>N</b>	<b>DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO</b>	
	<b>VARIABLE: DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR</b>	
	<b>DIMENSIÓN I: FÍSICA</b>	
	<b>INDICADOR 1: Cansancio físico</b>	
<b>1</b>	Su pariente después de la muerte de un familiar en ocasiones se siente cansado y desganado al momento de hacer sus actividades del día a día.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>2</b>	Su familiar en ocasiones no tiene muchos ánimos y fuerza para realizar sus responsabilidades.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
	<b>INDICADOR 2: Alteración del sueño</b>	
<b>3</b>	Su familiar presenta dificultad para poder conciliar el sueño, producto de sus preocupaciones y problemas actuales.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>4</b>	Su pariente después de la muerte de su familiar cambió el ritmo y tiempo de sus horas de sueño.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
	<b>INDICADOR 3: Pérdida del apetito</b>	
<b>5</b>	Su pariente al recordar la muerte de su familiar en ocasiones no tiene mucho apetito.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>6</b>	Su familiar no está alimentándose lo suficiente bien algunos días.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
	<b>DIMENSIÓN II: EMOCIONAL</b>	

<b>INDICADOR 1: Sentimientos de tristeza y desamparo</b>		
<b>7</b>	Su pariente en fechas especiales suele ponerse triste por la ausencia y muerte de su familiar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>8</b>	Su pariente, tras la muerte de su familiar suele sentirse solo y desamparado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Añoranza y anhelo del ser querido</b>		
<b>9</b>	Su pariente añora que su familiar no hubiese fallecido y siga a su lado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>10</b>	Su pariente extraña mucho a su familiar fallecido.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Desesperanza</b>		
<b>11</b>	Su familiar en ocasiones se siente y piensa negativamente con respecto a su futuro.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>12</b>	Su familiar siente que no puede seguir sus proyectos personales sin la presencia de su familiar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN III: COGNITIVA</b>		
<b>INDICADOR 1: Distracción</b>		
<b>13</b>	Su familiar últimamente está distraído con respecto a sus responsabilidades.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>14</b>	Actualmente a su familiar le cuesta más de lo normal lograr concentrarse.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Ideas repetitivas relacionadas con el difunto</b>		
<b>15</b>	Su pariente suele pensar en la muerte de su familiar con frecuencia.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:

<b>16</b>	Su pariente no comprende por qué tuvo que fallecer su familiar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Olvidos</b>		
<b>17</b>	En ocasiones su familiar presenta dificultades debido a que olvida algunos detalles importantes.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>18</b>	Su familiar suele olvidar con frecuencia algunas cosas importantes.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN IV: CONDUCTUAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Consumo de alcohol, tabaco o drogas</b>		
<b>19</b>	Últimamente su familiar suele tomar bebidas alcohólicas con más frecuencia de lo normal.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>20</b>	Su pariente después de la muerte de su familiar a veces suele fumar o drogarse.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Hiperactividad o inactividad</b>		
<b>21</b>	Últimamente su familiar a tratado de hacer muchas cosas para mantenerse ocupado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>22</b>	Actualmente su familiar ha dejado de hacer varias cosas que antes hacía. Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Llanto</b>		
<b>23</b>	Su pariente en ocasiones al recordar la muerte de su familiar suele llorar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>24</b>	Su pariente al hablar de la muerte de su familiar se le puede quebrar la voz y llorar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN V: SOCIAL</b>		

<b>INDICADOR 1: Aislamiento social</b>		
<b>25</b>	Su familiar en estos momentos prefiere estar solo y alejarse de todo.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>26</b>	Su familiar necesita su propio espacio para poder procesar la pérdida que está pasando.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN VI: ESPIRITUAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Se replantean las propias creencias sobre el sentido de vida o muerte</b>		
<b>27</b>	Su familiar considera que la vida trasciende sobre la muerte.  Escala de medición: Likert	A ( ) D (x) SUGERENCIAS: Su familiar valora más la muerte que la vida.
<b>28</b>	Su familiar considera que una persona puede seguir viviendo pese a haber fallecido.  Escala de medición: Likert	A ( ) D (x) SUGERENCIAS: Considera su familiar que no hay forma de reconfortarse cuando alguien muere.
<b>PROMEDIO OBTENIDO</b>		A (x) D ( )
<b>COMENTARIOS GENERALES:</b> Todas las propuestas de los indicadores miden las variables del instrumento.		
<b>OBSERVACIONES:</b>		



**Dra. Nancy Lilianna Heredia Carhuapoma**

**N° de colegiatura: 8167**

**Anexo 04: Validación de instrumentos por juicio de expertos**

**Instrumento 1:**

**Escala de riesgo de Depresión por muerte de un familiar.**

**Experto 2:**

**Escala de riesgo de Depresión por muerte de un familiar dirigido a pacientes adultos.**

1. NOMBRE DEL JUEZ		Doris Del Milagro Cerna Díaz.
2.	PROFESIÓN	Psicóloga.
	ESPECIALIDAD	Psicóloga clínica.
	GRADO ACADEMICO	Magister.
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	13 años.
	CARGO	Psicóloga clínica del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo.
Título de la investigación: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS DE UN HOSPITAL DE CHICLAYO”		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Maryori Lorena Polo Rabines.
3.2.	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1.Entrevista ( ) 2.Cuestionario (X) 3.Lista de cotejo ( ) 4.Diario de campo ( )

5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO	<p><b>GENERAL:</b> Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual con el fin de recabar información sobre aspectos relacionados a la depresión por muerte de un familiar en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</p> <p><b>ESPECÍFICOS:</b></p>
	<p>-Diagnosticar la dimensión <b>física</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>emocional</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>cognitiva</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>conductual</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>social</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>espiritual</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> </ul>
<p>A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o 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 ESTA EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.</p>	
N	<b>DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO</b>
<b>VARIABLE: DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR</b>	
<b>DIMENSIÓN I: FÍSICA</b>	
<b>INDICADOR 1: Cansancio físico</b>	

<b>1</b>	Después de la muerte de un familiar en ocasiones me siento cansado y desganado al momento de hacer mis actividades del día a día.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>2</b>	No tengo mucha fuerza para realizar mis responsabilidades.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Alteración del sueño</b>		
<b>3</b>	Tengo dificultad para poder conciliar el sueño, producto de mis preocupaciones y pensamientos actuales.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>4</b>	Después de la muerte de mi familiar el ritmo y tiempo de mi sueño ha variado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Pérdida del apetito</b>		
<b>5</b>	Al recordar la muerte de mi familiar en ocasiones no tengo mucho apetito.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>6</b>	No estoy comiendo lo suficientemente bien algunos días.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN II: EMOCIONAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Sentimientos de tristeza y desamparo</b>		
<b>7</b>	En fechas especiales suelo ponerme triste por la ausencia y muerte de mi familiar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>8</b>	Tras la muerte de mi familiar me siento solo y desamparado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Añoranza y anhelo del ser querido</b>		
<b>9</b>	Me gustaría que mi familiar no hubiera fallecido y siga a mi lado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:

<b>10</b>	Extraño mucho a mi familiar fallecido.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Desesperanza</b>		
<b>11</b>	En ocasiones siento y pienso negativamente con respecto a mi futuro.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( )
<b>12</b>	Siento que no puedo seguir mis proyectos personales sin la presencia de mi familiar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN III: COGNITIVA</b>		
<b>INDICADOR 1: Distracción</b>		
<b>13</b>	Últimamente estoy distraído en mis responsabilidades.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>14</b>	Actualmente me cuesta más de lo normal lograr concentrarme.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Ideas repetitivas relacionadas con el difunto</b>		
<b>15</b>	Suelo pensar en la muerte de mi familiar con frecuencia.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>16</b>	No comprendo por qué tuvo que fallecer mi familiar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Olvidos</b>		
<b>17</b>	En ocasiones se me presentan dificultades debido a que olvido algunos detalles importantes.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>18</b>	Suelo olvidarme con frecuencia algunas cosas importantes.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN IV: CONDUCTUAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Consumo de alcohol, tabaco o Drogas</b>		

19	Últimamente, suelo tomar bebidas alcohólicas con más frecuencia de lo normal.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
20	Después de la muerte de mi familiar a veces suelo fumar o drogarme.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Hiperactividad o inactividad</b>		
21	Últimamente quiero hacer muchas cosas para mantenerme ocupado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
22	Actualmente he dejado de hacer varias cosas que antes hacía.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Llanto</b>		
23	En ocasiones al recordar la muerte de mi familiar suelo llorar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
24	Al hablar de la muerte de mi familiar se me quiebra la voz y suelo llorar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN V: SOCIAL</b>		
<b>Indicador 1: Aislamiento social</b>		
25	En estos momentos prefiero estar solo y alejado de todo.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
26	Necesito mi espacio para procesar la pérdida que estoy pasando.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN VI: ESPIRITUAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Se replantean las propias creencias sobre el sentido de vida o muerte</b>		
27	Valora usted más la muerte que la vida.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
28	Considera usted que no hay forma de reconfortarse cuando una persona muere.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:

PROMEDIO OBTENIDO	A (x) D ( )
COMENTARIOS GENERALES:	
OBSERVACIONES:	

Ps. Doris del Milagro Cerna Díaz  
PSICÓLOGA  
C.P.S.P. 14677

**Escala de riesgo de Depresión por muerte de un familiar dirigido a los familiares de los pacientes adultos del hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo**

**Instrumento 2:**

1. NOMBRE DEL JUEZ		Doris Del Milagro Cerna Díaz.
2.	PROFESIÓN	Psicóloga.
	ESPECIALIDAD	Psicóloga clínica.
	GRADO ACADEMICO	Magister.
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	13 años.
	CARGO	Psicóloga clínica del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo.
Título de la investigación: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS DE UN HOSPITAL DE CHICLAYO”		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Maryori Lorena Polo Rabines.
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica

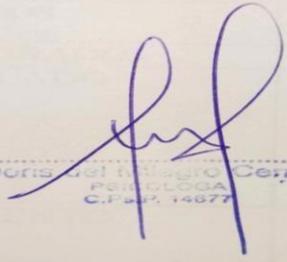
4. INSTRUMENTO EVALUADO	1.Entrevista ( ) 2.Cuestionario (X) 3.Lista de cotejo ( ) 4.Diario de campo ( )
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO	<p><b>GENERAL:</b> Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual con el fin de recabar información sobre aspectos relacionados a la depresión por muerte de un familiar en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</p> <p><b>ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnosticar la dimensión <b>física</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>emocional</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>cognitiva</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>conductual</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>social</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>espiritual</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> </ul>
A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o 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 ESTA EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.	
N	<b>DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO</b>
<b>VARIABLE: DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR</b>	
<b>DIMENSIÓN I: FÍSICA</b>	
<b>INDICADOR 1: Cansancio físico</b>	

<b>1</b>	Su pariente después de la muerte de un familiar en ocasiones se siente cansado y desganado al momento de hacer sus actividades del día a día.	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
	Escala de medición: Likert	
<b>2</b>	Su familiar en ocasiones no tiene muchos ánimos y fuerza para realizar sus responsabilidades.	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
	Escala de medición: Likert	
<b>INDICADOR 2: Alteración del sueño</b>		
<b>3</b>	Su familiar presenta dificultad para poder conciliar el sueño, producto de sus preocupaciones y problemas actuales.	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
	Escala de medición: Likert	
<b>4</b>	Su pariente después de la muerte de su familiar cambió el ritmo y tiempo de sus horas de sueño.	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
	Escala de medición: Likert	
<b>INDICADOR 3: Pérdida del apetito</b>		
<b>5</b>	Su pariente al recordar la muerte de su familiar en ocasiones no tiene mucho apetito.	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
	Escala de medición: Likert	
<b>6</b>	Su familiar no está alimentándose lo suficiente bien algunos días.	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
	Escala de medición: Likert	
<b>DIMENSIÓN II: EMOCIONAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Sentimientos de tristeza y desamparo</b>		
<b>7</b>	Su pariente en fechas especiales suele ponerse triste por la ausencia y muerte de su familiar.	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
	Escala de medición: Likert	
<b>8</b>	Su pariente, tras la muerte de su familiar suele sentirse solo y desamparado.	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
	Escala de medición: Likert	
<b>INDICADOR 2: Añoranza y anhelo del ser querido</b>		

<b>9</b>	Su pariente añora que su familiar no hubiese fallecido y siga a su lado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>10</b>	Su pariente extraña mucho a su familiar fallecido.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Desesperanza</b>		
<b>11</b>	Su familiar en ocasiones se siente y piensa negativamente con respecto a su futuro.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>12</b>	Su familiar siente que no puede seguir sus proyectos personales sin la presencia de su familiar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN III: COGNITIVA</b>		
<b>INDICADOR 1: Distracción</b>		
<b>13</b>	Su familiar últimamente está distraído con respecto a sus responsabilidades.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>14</b>	Actualmente a su familiar le cuesta más de lo normal lograr concentrarse.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Ideas repetitivas relacionadas con el difunto</b>		
<b>15</b>	Su pariente suele pensar en la muerte de su familiar con frecuencia.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>16</b>	Su pariente no comprende por qué tuvo que fallecer su familiar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Olvidos</b>		
<b>17</b>	En ocasiones su familiar presenta dificultades debido a que olvida algunos detalles importantes.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:

<b>18</b>	Su familiar suele olvidar con frecuencia algunas cosas importantes.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN IV: CONDUCTUAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Consumo de alcohol, tabaco o drogas</b>		
<b>19</b>	Últimamente su familiar suele tomar bebidas alcohólicas con más frecuencia de lo normal.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>20</b>	Su pariente después de la muerte de su familiar a veces suele fumar o drogarse.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Hiperactividad o inactividad</b>		
<b>21</b>	Últimamente su familiar a tratado de hacer muchas cosas para mantenerse ocupado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>22</b>	Actualmente su familiar ha dejado de hacer varias cosas que antes hacía.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Llanto</b>		
<b>23</b>	Su pariente en ocasiones al recordar la muerte de su familiar suele llorar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>24</b>	Su pariente al hablar de la muerte de su familiar se le puede quebrar la voz y llorar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN V: SOCIAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Aislamiento social</b>		
<b>25</b>	Su familiar en estos momentos prefiere estar solo y alejase de todo.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>26</b>	Su familiar necesita su propio espacio para poder procesar la pérdida que está pasando.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:

<b>DIMENSIÓN VI: ESPIRITUAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Se replantean las propias creencias sobre el sentido de vida o muerte</b>		
<b>27</b>	Su familiar valora más la muerte que la vida.	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
	Escala de medición: Likert	
<b>28</b>	Considera su familiar que no hay forma de reconfortarse cuando alguien muere.	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
	Escala de medición: Likert	
<b>PROMEDIO OBTENIDO</b>		A (x) D ( )
<b>COMENTARIOS GENERALES:</b>		
<b>OBSERVACIONES:</b>		



Ps. Doris del Rosario Cejina Díaz  
 PSICÓLOGA  
 C.F.P.P. 14677

**Anexo 04: Validación de instrumentos por juicio de expertos**

**Instrumento 1:**

**Escala de riesgo de Depresión por muerte de un familiar.**

**Experto 3:**

**Escala de riesgo de Depresión por muerte de un familiar.dirigido a pacientes adultos.**

1. NOMBRE DEL JUEZ		Clarys Evelyn Burga Ramos.
2.	PROFESIÓN	Psicóloga.
	ESPECIALIDAD	Psicóloga clínica.
	GRADO ACADEMICO	Magister.
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	11 años.
	CARGO	Psicóloga clínica del Hospital Regional Docente La Mercedes – Chiclayo.
Título de la investigación: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS DE UN HOSPITAL DE CHICLAYO”		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Maryori Lorena Polo Rabines.
3.2.	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1.Entrevista ( ) 2.Cuestionario (X) 3.Lista de cotejo ( ) 4.Diario de campo ( )

5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		<p><b>GENERAL:</b> Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual con el fin de recabar información sobre aspectos relacionados a la depresión por muerte de un familiar en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</p>
		<p><b>ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnosticar la dimensión <b>física</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>emocional</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>cognitiva</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>conductual</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>social</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>espiritual</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> </ul>
<p>A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” si está en DESACUERDO, SIESTA EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.</p>		
N	<b>DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO</b>	
<b>VARIABLE: DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR</b>		
<b>DIMENSIÓN I: FÍSICA</b>		
<b>INDICADOR 1: Cansancio físico</b>		
1	<p>Después de la muerte de un familiar en ocasiones me siento cansado y desganado al momento de hacer mis actividades del día a día.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (x) D ( )</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

2	No tengo mucha fuerza para realizar mis responsabilidades.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Alteración del sueño</b>		
3	Tengo dificultad para poder conciliar el sueño, producto de mis preocupaciones y pensamientos actuales.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
4	Después de la muerte de mi familiar el ritmo y tiempo de mi sueño ha variado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Pérdida del apetito</b>		
5	Al recordar la muerte de mi familiar en ocasiones no tengo mucho apetito.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
6	No estoy comiendo lo suficientemente bien algunos días.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN II: EMOCIONAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Sentimientos de tristeza y desamparo</b>		
7	En fechas especiales suelo ponerme triste por la ausencia y muerte de mi familiar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
8	Tras la muerte de mi familiar me siento solo y desamparado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Añoranza y anhelo del ser querido</b>		
9	Me gustaría que mi familiar no hubiera fallecido y siga a mi lado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
10	Extraño mucho a mi familiar fallecido.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Desesperanza</b>		
11	En ocasiones siento y pienso negativamente con respecto a mi futuro.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( )

<b>12</b>	Siento que no puedo seguir mis proyectos personales sin la presencia de mi familiar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN III: COGNITIVA</b>		
<b>INDICADOR 1: Distracción</b>		
<b>13</b>	Últimamente estoy distraído en mis responsabilidades.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>14</b>	Actualmente me cuesta más de lo normal lograr concentrarme.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Ideas repetitivas relacionadas con el difunto</b>		
<b>15</b>	Suelo pensar en la muerte de mi familiar con frecuencia.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>16</b>	No comprendo por qué tuvo que fallecer mi familiar. Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Olvidos</b>		
<b>17</b>	En ocasiones se me presentan dificultades debido a que olvido algunos detalles importantes.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>18</b>	Suelo olvidarme con frecuencia algunas cosas importantes.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN IV: CONDUCTUAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Consumo de alcohol, tabaco o Drogas</b>		
<b>19</b>	Últimamente, suelo tomar bebidas alcohólicas con más frecuencia de lo normal.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>20</b>	Después de la muerte de mi familiar a veces suelo fumar o drogarme.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:

<b>INDICADOR 2: Hiperactividad o inactividad</b>		
<b>21</b>	Últimamente quiero hacer muchas cosas para mantenerme ocupado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>22</b>	Actualmente he dejado de hacer varias cosas que antes hacía.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Llanto</b>		
<b>23</b>	En ocasiones al recordar la muerte de mi familiar suelo llorar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>24</b>	Al hablar de la muerte de mi familiar se me quiebra la voz y suelo llorar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN V: SOCIAL</b>		
<b>Indicador 1: Aislamiento social</b>		
<b>25</b>	En estos momentos prefiero estar solo y alejado de todo.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>26</b>	Necesito mi espacio para procesar la pérdida que estoy pasando.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN VI: ESPIRITUAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Se replantean las propias creencias sobre el sentido de vida o muerte</b>		
<b>27</b>	Valora usted más la muerte que la vida.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>28</b>	Considera usted que no hay forma de reconfortarse cuando una persona muere.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>PROMEDIO OBTENIDO</b>		A (x) D ( )
<b>COMENTARIOS GENERALES:</b>		
<b>OBSERVACIONES:</b> Se sugiere colocar la edad de la población a la que va dirigida el cuestionario.		

**Escala de riesgo de Depresión por muerte de un familiar dirigido a los familiares de los pacientes adultos del hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo**

**Instrumento 2:**

1. NOMBRE DEL JUEZ		Clarys Evelyn Burga Ramos.
2.	PROFESIÓN	Psicóloga.
	ESPECIALIDAD	Psicóloga clínica.
	GRADO ACADEMICO	Magister.
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	11 años.
	CARGO	Psicóloga clínica del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo.
Título de la investigación: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS DE UN HOSPITAL DE CHICLAYO”		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Maryori Lorena Polo Rabines.
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica

4. INSTRUMENTO EVALUADO	1.Entrevista ( ) 2.Cuestionario (X) 3.Lista de cotejo ( ) 4.Diario de campo ( )
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO	<p><b>GENERAL:</b> Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual con el fin de recabar información sobre aspectos relacionados a la depresión por muerte de un familiar en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</p> <p><b>ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnosticar la dimensión <b>física</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>emocional</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>cognitiva</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>conductual</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>social</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> <li>- Diagnosticar la dimensión <b>espiritual</b> en pacientes adultos de un hospital de Chiclayo.</li> </ul>
<p>A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o 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 ESTA EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.</p>	
N	<p style="text-align: center;"><b>DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>VARIABLE: DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>DIMENSIÓN I: FÍSICA</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>INDICADOR 1: Cansancio físico</b></p>	

<b>1</b>	Su pariente después de la muerte de un familiar en ocasiones se siente cansado y desganado al momento de hacer sus actividades del día a día.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>2</b>	Su familiar en ocasiones no tiene muchos ánimos y fuerza para realizar sus responsabilidades.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Alteración del sueño</b>		
<b>3</b>	Su familiar presenta dificultad para poder conciliar el sueño, producto de sus preocupaciones y problemas actuales.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>4</b>	Su pariente después de la muerte de su familiar cambió el ritmo y tiempo de sus horas de sueño.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Pérdida del apetito</b>		
<b>5</b>	Su pariente al recordar la muerte de su familiar en ocasiones no tiene mucho apetito.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>6</b>	Su familiar no está alimentándose lo suficiente bien algunos días.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN II: EMOCIONAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Sentimientos de tristeza y desamparo</b>		
<b>7</b>	Su pariente en fechas especiales suele ponerse triste por la ausencia y muerte de su familiar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>8</b>	Su pariente, tras la muerte de su familiar suele sentirse solo y desamparado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Añoranza y anhelo del ser querido</b>		

<b>9</b>	Su pariente añora que su familiar no hubiese fallecido y siga a su lado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>10</b>	Su pariente extraña mucho a su familiar fallecido.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Desesperanza</b>		
<b>11</b>	Su familiar en ocasiones se siente y piensa negativamente con respecto a su futuro.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>12</b>	Su familiar siente que no puede seguir sus proyectos personales sin la presencia de su familiar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN III: COGNITIVA</b>		
<b>INDICADOR 1: Distracción</b>		
<b>13</b>	Su familiar últimamente está distraído con respecto a sus responsabilidades.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>14</b>	Actualmente a su familiar le cuesta más de lo normal lograr concentrarse.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Ideas repetitivas relacionadas con el difunto</b>		
<b>15</b>	Su pariente suele pensar en la muerte de su familiar con frecuencia.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>16</b>	Su pariente no comprende por qué tuvo que fallecer su familiar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Olvidos</b>		
<b>17</b>	En ocasiones su familiar presenta dificultades debido a que olvida algunos detalles importantes.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:

<b>18</b>	Su familiar suele olvidar con frecuencia algunas cosas importantes.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN IV: CONDUCTUAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Consumo de alcohol, tabaco o drogas</b>		
<b>19</b>	Últimamente su familiar suele tomar bebidas alcohólicas con más frecuencia de lo normal.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>20</b>	Su pariente después de la muerte de su familiar a veces suele fumar o drogarse.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 2: Hiperactividad o inactividad</b>		
<b>21</b>	Últimamente su familiar a tratado de hacer muchas cosas para mantenerse ocupado.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>22</b>	Actualmente su familiar ha dejado de hacer varias cosas que antes hacía.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>INDICADOR 3: Llanto</b>		
<b>23</b>	Su pariente en ocasiones al recordar la muerte de su familiar suele llorar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>24</b>	Su pariente al hablar de la muerte de su familiar se le puede quebrar la voz y llorar.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>DIMENSIÓN V: SOCIAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Aislamiento social</b>		
<b>25</b>	Su familiar en estos momentos prefiere estar solo y alejase de todo.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>26</b>	Su familiar necesita su propio espacio para poder procesar la pérdida que está pasando.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:

<b>DIMENSIÓN VI: ESPIRITUAL</b>		
<b>INDICADOR 1: Se replantean las propias creencias sobre el sentido de vida o muerte</b>		
<b>27</b>	Su familiar valora más la muerte que la vida.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>28</b>	Su familiar considera que no hay forma de reconfortarse cuando alguien muere.  Escala de medición: Likert	A (x) D ( ) SUGERENCIAS:
<b>PROMEDIO OBTENIDO</b>		A (x) D ( )
<b>COMENTARIOS GENERALES:</b>		
<b>OBSERVACIONES:</b>		

GUBERNIO REGIONAL DE CHILIS  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD Y BIENESTAR  
HOSP. REG. HOC. "LAS MERCEDES"-CH.

  
Ps. CLARIS EVELYN BURCA RAMOS  
PSICÓLOGA  
C Ps.P. 14467



Escuela de  
Posgrado

## Anexo 05: Carta de Autorización para la investigación

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Institución:** Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.

**Investigador:** Maryori Lorena Polo Rabines.

**Título:** “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN POR MUERTE DE UNFAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS DE UN HOSPITAL DE CHICLAYO”

Yo, Yolanda Rosa Castro Yoshida, jefa del departamento de Psicología del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, AUTORIZO a la Lic. Maryori Lorena Polo Rabines, licenciada en psicología, para que proceda con la aplicación de encuestas y/o instrumentos a los pacientes adultos y a sus familiares que accedan voluntariamente a formar parte de la investigación: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS DE UN HOSPITAL DE CHICLAYO”

Chiclayo, 30 de Junio del 2022.

---

**Dra. Yolanda Rosa Castro Yoshida**  
**Jefa del servicio de Psicología del**  
**Hospital Regional Docente Las Mercedes**



Escuela de  
Posgrado

Anexo 05: Carta de Autorización para la investigación



N° 042/ 22

**AUTORIZACIÓN**

El Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital "Las Mercedes" Chiclayo, Autoriza a:

**POLO RABINES  
MARYORI LORENA**

Estudiante del Programa de Maestría, escuela de Postgrado de la Universidad Señor de Sipán; para que realice la Ejecución del Proyecto de Tesis Títulado: *"Programa Cognitivo Conductual para Prevenir la Depresión por Muerte de un Familiar en Pacientes Adultos de un Hospital de Chiclayo"* en el Servicio de Psicología, debiendo al término remitir las conclusiones respectivas.

Chiclayo, Junio 2022

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE  
HOSPITAL "LAS MERCEDES" - CHICLAYO  
Dr. Javier Antonio Serrano Hernández  
DIRECTOR EJECUTIVO  
C.R. 1488 - 148 1477

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSP REG DOC "LAS MERCEDES" CH  
Lic. Mónica M. Mercedes Pizaro  
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

**Anexo 06: Fotografías del proceso de planificación y ejecución del programa.**



Fotografía con los beneficiarios del Programa Cognitivo Conductual para prevenir la Depresión por muerte de un familiar en la Sesión N°01 denominada “Somos magia, no te apagues”.



Fotografía que evidencia la realización de la dinámica “A pesar de estar triste yo necesito hacer ...”



Fotografía que evidencia la realización de la dinámica “Bailando con mi motivación”.



Fotografía del desarrollo de la sesión 11 “El verdadero amor no conoce de final”.



Fotografía de la dinámica “Practicando la empatía”



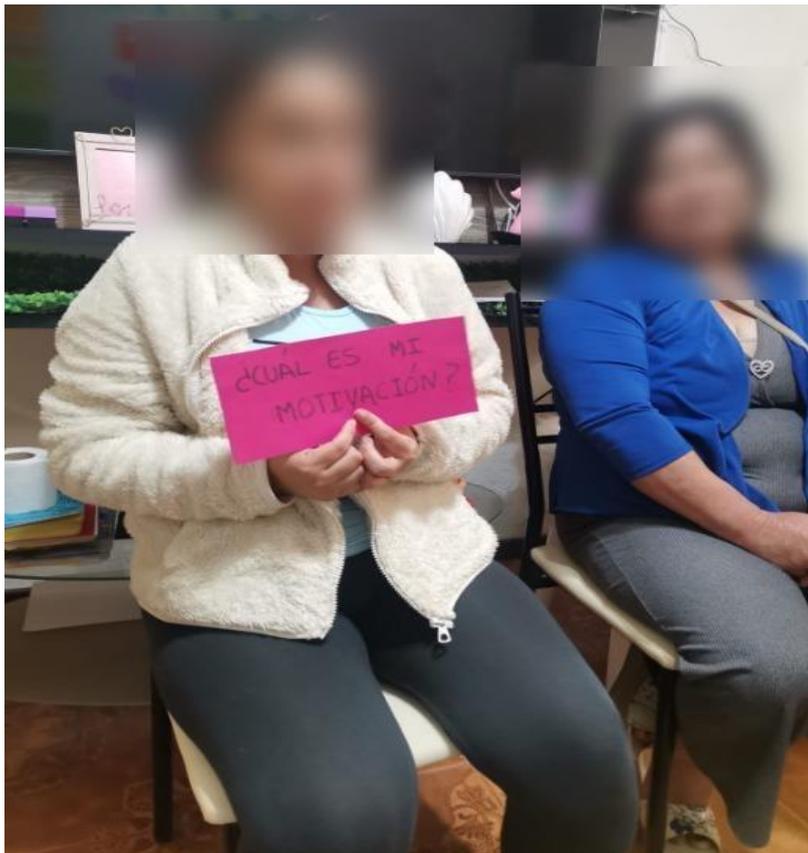
Fotografía realizando Psicoeducación a los beneficiarios del Programa



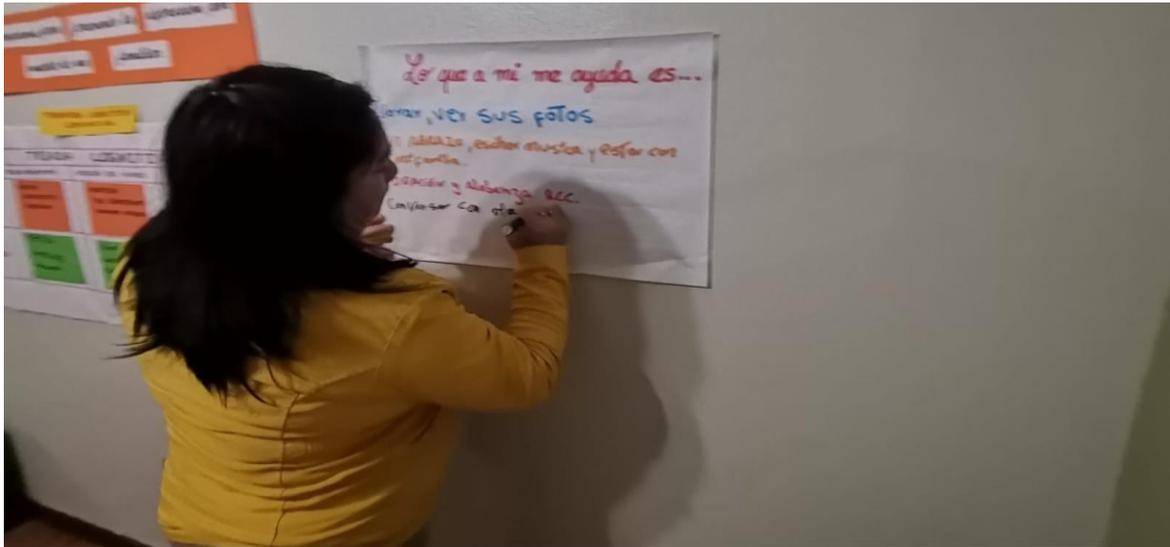
Fotografía de los pacientes realizando la dinámica “Carta para los días malos”.



Fotografía de los pacientes realizando la dinámica “Colorea y coloca un mensaje”.



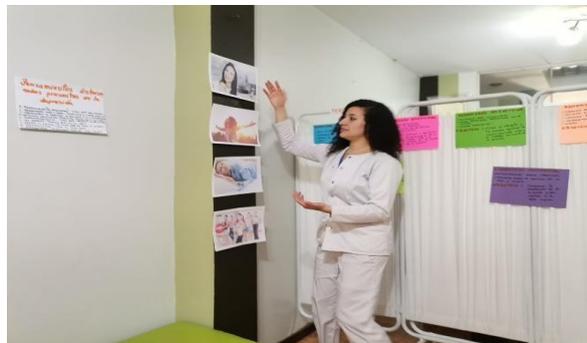
Fotografía realizando la dinámica “mi mayor motivación es...”



Fotografía realizando la dinámica “Lo que a mí me ayuda es...”



Fotografía realizando la dinámica “Puente de aplausos...”



Fotografía realizando Psicoeducación de la Dimensión Física.

**ACTA DE SEGUNDO CONTROL DE ORIGINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN N° 48**

Yo, **NILA GARCÍA CLAVO**, Jefe de Unidad de Investigación y Responsabilidad Social de Posgrado, he realizado el segundo control de originalidad de la investigación, el mismo que está dentro de los porcentajes establecidos para el nivel de Posgrado según la Directiva de similitud vigente en USS; además certifico que la versión que hace entrega es la versión final del informe titulado: **“PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS DE UN HOSPITAL DE CHICLAYO”** elaborado por la estudiante **POLO RABINES MARYORI LORENA**.

Se deja constancia que la investigación antes indicada tiene un índice de similitud del **10%** verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el software de similitud TURNITIN. Por lo que se concluye que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con lo establecido en la Directiva sobre índice de similitud de los productos académicos de investigación vigente.

Pimentel, 25/05/2023.

**USS**



Dra. García Clavo Nila  
Jefe de Unidad de Investigación  
y Responsabilidad Social - Posgrado

**ACTA DE APROBACIÓN DEL INFORME DE TESIS**

El DOCENTE Dr. Juan Carlos Callejas Torres del curso de Seminario de Tesis II, asimismo la asesora ESPECIALISTA Mg. Carmona Brenis Karina Paola.

**APRUEBAN:**

La Tesis: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN POR MUERTE DE UN FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS DE UN HOSPITAL DE CHICLAYO”

Presentado por: Bach. Maryori Lorena Polo Rabines de la Maestría en Psicología Clínica.

Chiclayo, 26 de diciembre del 2022.

---

**Dr. Juan Carlos Callejas  
Torres**

**Docente de Curso**

---

**Mg. Carmona Brenis Karina  
Paola**

**Asesora Especialista**