



ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE
MAMA QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE
CHICLAYO**

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

Autora:

**Bach. Lecca Paz Ana Isabella
<https://orcid.org/0000-0003-0928-6044>**

Asesora:

**Mg. Carmona Brenis Karina Paola
<https://orcid.org/0000-0003-4164-9124>**

Línea de Investigación:

**Calidad de vida, promoción de la salud del individuo y la
comunidad para el desarrollo de la sociedad**

Sublínea de Investigación:

**Nuevas alternativas de prevención y el manejo de enfermedades
crónicas y/o no transmisibles
Pimentel – Perú**

2024



ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA
QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE CHICLAYO**

AUTORA

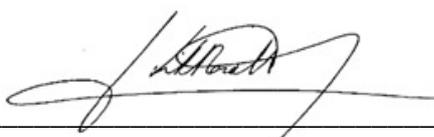
Mg. ANA ISABELLA LECCA PAZ

PIMENTEL – PERÚ

2024

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE
CHICLAYO**

APROBACIÓN DE LA TESIS



MG. LA ROSA HUERTAS LILIANA DEL CARMEN

Presidenta del Jurado de Tesis



**MG. PEREZ MARTINTO
PEDRO CARLOS**

Secretario del Jurado de Tesis



**DR. CALLEJAS TORRES
JUAN CARLOS**

Vocal del Jurado de Tesis



Universidad
Señor de Sipán

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quien suscribe la **DECLARACIÓN JURADA**, soy Lecca Paz Ana Isabella estudiante 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 LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE ACUDEN A 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 autentico.

En virtud de lo antes mencionado, firma:

LECCA PAZ ANA ISABELLA	DNI: 72482966	 ----- <i>Ana J. Lecca Paz</i> PSICÓLOGA C.Ps.P. N° 47141
-------------------------------	---------------	--

Pimentel, 17 de marzo de 2024.

REPORTE DE SIMILITUD TURINITIN

NOMBRE DEL TRABAJO

INFORME DE SIMILITUD.docx

AUTOR

Ana Isabella Lecca Paz

RECuento DE PALABRAS

17620 Words

RECuento DE CARACTERES

98381 Characters

RECuento DE PÁGINAS

71 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

191.4KB

FECHA DE ENTREGA

Aug 25, 2023 11:44 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Aug 25, 2023 11:45 AM GMT-5

● **10% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 10% Base de datos de Internet
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- 5% Base de datos de trabajos entregados

ÍNDICE GENERAL

Índice de tabla	vii
Índice de figuras	viii
Dedicatoria	ix
Agradecimiento	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Realidad problemática.....	1
1.2. Formulación del Problema	4
1.3. Justificación e importancia del estudio.....	4
1.4. Objetivos	5
1.4.1. Objetivos General	5
1.4.2. Objetivos Específicos.....	5
1.5. Hipótesis.....	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Trabajos previos	6
2.2. Estudios previos relacionados con el diagnóstico del proceso cognitivo conductual	6
2.3. Teorías relacionadas al tema	11
2.3.1. Caracterización del Proceso Cognitivo Conductual y su Dinámica	11
2.3.2. Determinación de las tendencias históricas del Proceso Cognitivo Conductual y su dinámica	18
2.3.3. Programa Cognitivo Conductual.....	21
III. MÉTODO.....	23
3.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	23
3.2. Variables, Operacionalización.....	23
3.3. Población, muestreo y muestra.....	24
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	24
3.5. Procedimientos de análisis de datos	26
3.6. Criterios éticos.....	26
3.7. Criterios de Rigor científico	26
IV. RESULTADOS	27
V. DISCUSIÓN	38
VI. APORTE PRÁCTICO.....	40
VII. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	63
VIII. CONCLUSIONES	69
IX. RECOMENDACIONES	70
REFERENCIAS	71
ANEXOS.....	82

Índice de tabla

Tabla 1. Resumen de las tendencias históricas del Proceso Cognitivo Conductual	20
Tabla 2. Diseño pre experimental	23
Tabla 3. Tamaño de muestra	24
Tabla 4. Edades de las pacientes con cáncer de mama	27
Tabla 5. Niveles de depresión en pacientes con cáncer de mama	28
Tabla 6. Niveles de sintomatología cognitiva de depresión en pacientes con cáncer de mama	29
Tabla 7. Niveles de sintomatología físico - conductual de depresión en pacientes con cáncer de mama	30
Tabla 8. Niveles de sintomatología afectivo - emocional de depresión en pacientes con cáncer de mama	31
Tabla 9. Percepción de los familiares sobre los niveles de depresión en pacientes	32
Tabla 10. Percepción de los familiares sobre sintomatología cognitiva en pacientes	33
Tabla 11. Percepción de los familiares sobre sintomatología físico - conductual en pacientes	34
Tabla 12. Percepción de los familiares sobre sintomatología afectivo - emocional en pacientes	35
Tabla 13. Depresión y sus dimensiones aplicado a pacientes y familiares	36
Tabla 14. Presupuesto de recursos utilizados en el aporte práctico	62
Tabla 15. Valoración del aporte teórico por juicio de expertos	63
Tabla 16. Cuadro comparativo del pre test y post test aplicado a las pacientes con cáncer de mama	64
Tabla 17. Cuadro comparativo del pre test y post test aplicado a los familiares	65
Tabla 18. Prueba de bondad de ajuste de la depresión en el pre test y post test	66
Tabla 19. Prueba de muestras emparejadas entre el pre test y post test de pacientes	67
Tabla 20. Estadística de muestras emparejadas entre el pre test y post test de pacientes	67
Tabla 21. Prueba de muestras emparejadas entre el pre test y post test de familiares	67
Tabla 22. Estadística de muestras emparejadas entre el pre test y post test de familiares	68

Índice de figuras

Figura 1. Histograma porcentual de las edades de las pacientes con cáncer de mama	28
Figura 2. Histograma de depresión en pacientes con cáncer de mama	29
Figura 3. Histograma de sintomatología cognitiva en pacientes con cáncer de mama	30
Figura 4. Histograma de sintomatología físico - conductual en pacientes con cáncer de mama	31
Figura 5. Histograma de sintomatología afectivo - emocional en pacientes con cáncer de mama	32
Figura 6. Histograma de la percepción de los familiares sobre los niveles de depresión en pacientes	33
Figura 7. Histograma de la percepción de los familiares sobre sintomatología cognitiva en pacientes	34
Figura 8. Histograma de la percepción de los familiares sobre sintomatología físico - conductual en pacientes	35
Figura 9. Histograma de la percepción de los familiares sobre sintomatología afectivo - emocional en pacientes	36

Dedicatoria

A Dios por su bondad infinita, por permitirme cumplir cada una de mis metas, por ser mi guía en el camino, mi protección.

A mis abuelitos Rosa Samillán Piñella y César Paz León mis ángeles, quienes fueron víctimas del cáncer y murieron en la lucha, pilares en mi vida y mi ejemplo a seguir de lucha y amor.

Ana Isabella Lecca Paz

Agradecimiento

A mi madre Isabel Paz, parte fundamental de mi vida, por su apoyo a lo largo de mi caminar, por ser luz, guía y ejemplo de lucha, sacrificio, y amor incondicional.

A mi prometido Alonso Yerrén, por su amor, ayuda y compañía en este nuevo reto, por motivarme y ser fuente de inspiración a ser mejor día a día.

A las participantes del programa, por su colaboración y disposición, sin ellas no hubiera sido posible el desarrollo del presente trabajo.

A mis asesores Juan Carlos Callejas y Karina Carmona porque gracias su orientación y aporte obtuve el resultado de mi investigación.

A mis docentes por los conocimientos impartidos, sin duda su enseñanza ha generado un aprendizaje significativo.

RESUMEN

El cáncer de mama se reconoce como una de las afectaciones oncológicas más frecuentes en las mujeres que produce repercusiones a nivel psicológico y emocional, ya que, su simple diagnóstico encausa una situación de gran tensión y estrés. Ante ello, lo descrito la presente investigación se orientó a aplicar un programa cognitivo conductual en la depresión en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo, empleando una metodología de tipo aplicada, explicativa, mixta y de diseño, pre experimental, hipotético – deductivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 80 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo, tomando en cuenta a su vez a los familiares de cada una de ellas, las que a través de muestreo no probabilístico por conveniencia establecieron una muestra de 50 pacientes y 50 familiares. Para el recojo de información se empleó como técnica la encuesta debido a su objetividad y versatilidad, y para el instrumento se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, el cual fue validado mediante juicio de tres expertos para su aplicación a la población objetivo. Entre los resultados más relevantes se observó que para el pre test 42% de pacientes presentó un nivel moderado, lo cual se corroboró en base a la percepción de los familiares, determinando que el 50% también puntuó moderado, asimismo, luego de la aplicación del programa se observó que 46% de pacientes obtuvo un nivel de depresión mínimo, lo cual según el 56% de familiares se corroboraría como mínimo. Se concluye que existe diferencia altamente significativa entre el pre test y el post test, siendo así que el programa cognitivo conductual cumple con reducir los niveles de depresión.

Palabras clave: Depresión, cáncer de mama, terapia cognitivo conductual.

ABSTRACT

Breast cancer is recognized as one of the most frequent oncological affectations in women that produce psychological and emotional repercussions, since its simple diagnosis causes a situation of great tension and stress. Given this, the present investigation described it, it was oriented to apply a cognitive behavioral program in depression in patients with breast cancer who attend a hospital in Chiclayo, it used an applied, explanatory, mixed and design methodology, pre-experimental, hypothetical - deductive and transversal. The sample consisted of 80 patients with a diagnosis of breast cancer who attend a hospital in Chiclayo, taking into account the relatives of each one of them, which through a non-probabilistic sample for convenience resulted in a sample of 50 patients and 50 relatives. For the collection of information, the survey was used as a technique due to its objectivity and versatility, and for the instrument the Beck Depression Inventory was obtained, which was validated through the judgment of three experts for its application to the target population. Among the most relevant results, it was shown that for the pre-test, 42% of patients presented a moderate level, which was corroborated based on the perception of the relatives, determining that 50% also scored moderate, significant, after the application of the test. program it was shown that 46% of patients obtained a minimum level of depression, which according to 56% of relatives would be corroborated at least. It is concluded that there is a highly significant difference between the pre-test and the post-test, while the cognitive-behavioral program complies with reducing depression levels.

Keywords: Depression, breast cancer, cognitive behavioral therapy.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

El cáncer de mama se reconoce a internacionalmente como una de las afectaciones oncológicas más frecuentes en las mujeres, representado el 25.2% del total de neoplasias existentes (Arbulú, 2019) y causando aproximadamente 685 mil muertes al año, como fue en el caso del 2020 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022) y pese a los intentos de la salud pública por reducir las tasas diagnósticas, se prevé que siga en aumento, anticipando para el año 2040, 29,5 millones de casos (Instituto Nacional del Cáncer [NIH], 2020).

A nivel nacional, se han diagnosticado solo hasta febrero del presente año, 175 mil personas con enfermedades oncológicas, y de ellas, 6860 pacientes presentan cáncer de mama (Ministerio de Salud del Perú [MINSA], 2022), y pese a darse a que los servicios de salud emiten respuestas frente al cáncer, se sigue observando un incremento porcentual, lo que podría estar relacionado con que la población urbana está en aumento, acrecentando así, los estilos de vida sedentarios y poco saludables (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [CDC], 2022).

En la región de Lambayeque, para finales de 2021 se contabilizaron un total de 14 mil casos de pacientes con cáncer a lo largo de todo el año, de los cuales el cáncer de mama toma el primer puesto, con 43% de prevalencia, siendo una de los 10 primeros departamentos con mayor prevalencia de casos a nivel nacional (Gobierno Regional de Salud Lambayeque, 2022); en tanto, específicamente en la provincia de Chiclayo, se ha determinado que mensualmente más de 100 mujeres son diagnosticadas con la misma patología (Radio Programas del Perú, 2020).

El cáncer de mama es una condición crónica que trae consigo múltiples modificaciones en el estilo y calidad de vida, es por ello, que en muchas se presenta repercusiones a nivel psicológico y emocional, ya que, su simple diagnóstico encausa una situación de gran tensión y estrés (Rivera y Cubillas, 2020). El desarrollo del cáncer afecta diferentes aspectos de la vida, tales como, el área laboral, académica, personal y/o social, siendo necesario un reajuste a la nueva realidad, sin embargo, no todos los pacientes cuentan con un manejo adecuado de afrontamiento.

En consideración con lo descrito, es innegable que el cáncer traiga consigo comorbilidades psicológicas y psiquiátricas, en su mayoría trastornos afectivos relacionados con ansiedad y depresión, los que pueden complicar la recuperación del paciente y aumentar la falta de adherencia al tratamiento, llevándolos en ocasiones a aislarse y generándoles así un mayor sufrimiento (Xancopinca, 2022).

En este sentido, Vivanco et al., (2022) indican que el dolor emocional resulta una condición normal luego de recibir un diagnóstico oncológico y que para la mayoría de pacientes suele resolverse en cuestión de un tiempo, sin embargo, hay personas en las que persiste durante años; siendo esta angustia acompañada de incertidumbre, culpa, negación, tristeza, entre otros que llevan a los pacientes a experimentar altos niveles de estrés, que contribuyen al desarrollo de la depresión.

Se estima que los valores de depresión se ubican entre 15% a 25% en pacientes con cáncer, considerando como características asociadas a la presencia de quimioterapias y/o metástasis (Castillo et al., 2019) y para el cáncer de mama la frecuencia puede ser muy variada, en un rango desde 10% a 70%, pudiendo aparecer en distintos momentos, desde el diagnóstico hasta el tratamiento y/o mastectomía (Bouchard et al., 2019).

Específicamente, en la población oncológica del hospital de Chiclayo en el que se desarrolla la investigación, el 70% son mujeres y mediante la entrevista psicológica e indagación realizada en sus historias clínicas, se pudo **evidenciar:**

- Reacciones de miedo y desesperanza.
- Pensamientos suicidas.
- Malestar emocional.
- Falta de energía.
- Carencia de proyecto de vida.
- Dificultad en su expresión emocional.
- Ideas negativas sobre su futuro.
- Desarrollo de conductas disfuncionales.
- Falta de adherencia al tratamiento.

De lo descrito, se infirió plantear como problema de investigación la: **insuficiencia en el proceso cognitivo conductual** que incide sobre la depresión en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital en Chiclayo.

Asimismo, se consideraron como **diagnóstico causal** del problema planteado:

- Insuficiente aplicación de programas psicoterapéuticos dirigidos a afrontar la depresión en pacientes oncológicos en el proceso cognitivo conductual.
- Insuficientes prácticas terapéuticas orientadas al control afectivo, fisiológico y cognitivo de la depresión en el proceso cognitivo conductual.
- Deficiente consejería y orientación en el afrontamiento de la depresión en el proceso cognitivo conductual.
- Deficiente acompañamiento emocional en los cuidados paliativos que realizan los familiares con respecto a los pacientes en el proceso cognitivo conductual.

En tanto, es que el **objeto de investigación** fue el proceso cognitivo conductual, el que se orientó a caracterizar, describir y predecir la depresión en los pacientes, en base a sus manifestaciones psicológicas.

El Enfoque Cognitivo Conductual es un modelo terapéutico que trabaja en la modificación de pensamientos, emociones y reacciones fisiológicas desadaptativas por otras más funcionales, que permitan al ser humano enfrentar distintas afecciones como es el caso de la depresión (Carrascoza y Echevarría, 2020), en base a los principios y teorías del aprendizaje cognoscitivo, biología, sociología, entre otras disciplinas que a la actualidad han presentado influencia sobre su proceso (López y Moreno, 2019).

En suma, a ello fue relevante hacer énfasis en la problemática observada, ya que, pese a que la depresión ha sido muy estudiada y determinada en estudios relacionados con pacientes oncológicos, las investigaciones orientadas a la intervención del problema aún son muy escasas, aún conociendo que una temprana detección e intervención aumentaría el bienestar psicológico de los pacientes, contribuyendo así a mejorar la adherencia a su tratamiento, a través del establecimiento de estrategias para el afrontamiento a la enfermedad y reestructuración del pensamiento.

De lo expuesto, se concluye existe una problemática evidente que refleja por un lado la presencia de depresión como mayor problema en consecuencia de un diagnóstico oncológico, y por otro, la escasez de estudios metódicos y prácticos relacionados con la dinámica del proceso cognitivo conductual, para su caracterización, diagnóstico, fundamentación, desarrollo de actividades psicológicas y generalización.

En tanto el **campo de acción** de la presente investigación fue la dinámica del proceso cognitivo conductual.

1.2. Formulación del Problema

Insuficiencias en el **proceso cognitivo conductual** inciden en la depresión.

1.3. Justificación e importancia del estudio

La presente investigación es importante debido a que permitió determinar la caracterización de la depresión en pacientes con cáncer de mama, con la finalidad de proponer una solución efectiva a la realidad problemática observada, teniendo en cuenta que son muchos los pacientes oncológicos que padecen del mencionado trastorno afectivo a nivel mundial, el cual puede presentarse al recibir el diagnóstico o durante su tratamiento, mismo que los afecta en diversos aspectos de desarrollo vital como es lo social, laboral, personal y familiar.

Asimismo, a nivel teórico se justifica ya que contribuyó a otorgar información actualizada acerca de la depresión en pacientes con cáncer de mama y en consecuencia a los hallazgos encontrados, se diseñó un programa cognitivo conductual que permitió reducir los niveles de depresión en las pacientes, brindándoles una perspectiva diferente de su enfermedad y, por tanto, una mayor esperanza de vida.

A nivel práctico, el presente estudio se realizó debido a que se observó una necesidad en la realidad de las pacientes con cáncer de mama que representa la posibilidad de otorgar una solución ante la necesidad percibida, mediante el programa cognitivo conductual, considerando que se brindaron a través de la intervención, herramientas que permitieron a las pacientes la aceptación de su condición y el afrontamiento hacia la misma, siendo de la forma más adaptativa y funcional, mejorando en consecuencia su calidad de vida y

mermando su sufrimiento. Asimismo, es importante destacar que el programa cognitivo conductual contó con la validación de expertos, lo cual sustentó las bases científicas de su funcionamiento.

A nivel metodológico, se cumplió con los lineamientos que permitieron hacer el estudio viable y en beneficio de los pacientes con cáncer de mama, obteniendo así los resultados esperados y llevando al éxito de la investigación. Finalmente, a nivel social se consideró que la presente investigación posee relevancia porque permitió que no solo profesionales y futuros investigadores, asuman cuán importante es la salud mental en pacientes que padecen de alguna enfermedad crónica, sino también a familiares, dándole así la relevancia debida.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivos General

Aplicar un programa cognitivo conductual para la depresión en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar la dinámica del proceso cognitivo conductual y su evolución histórica.
- Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.
- Elaborar actividades estratégicas del programa cognitivo conductual.
- Validar los resultados del estudio mediante la aplicación de un pre experimento: pre test y post test.

1.5. Hipótesis

Si se aplica un Programa Cognitivo Conductual, que tenga en cuenta pensamiento y conducta entonces se contribuye a reducir la depresión en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Trabajos previos

2.2.1. Estudios previos relacionados con el diagnóstico del proceso cognitivo conductual

A nivel internacional, el cáncer de mama se considera un padecimiento que causa gran mortalidad, por lo que, realizando un diagnóstico oportuno sobre el mismo y guiando a los pacientes y familiares en el proceso y adecuado soporte emocional, se favorecerá el pronóstico de recuperación.

Ello, debido a que en el desarrollo de esta afección intervienen factores relacionados con la personalidad, apoyo familiar y en general, con la interacción con el contexto que rodea al paciente, pudiendo causar consecuencias positivas o negativas a nivel fisiológico, mental y emocional. El paciente con diagnóstico de cáncer, se enfrenta entonces a una amplia gama de estresores que repercuten en su calidad de vida, entre ellos, el dolor físico y emocional, riesgo de vida, frustración, miedo, incertidumbre, tratamientos dolorosos, toma de decisiones bajo presión, dependencia, entre otros (Vizcano et al., 2019).

Ámbito Internacional

Nadal (2022) en su investigación cuantitativa, con enfoque correlacional y diseño no experimental, con el objetivo de determinar cuál era la prevalencia de sintomatología neuropsicológica asociada a la depresión y ansiedad, en 200 mujeres españolas que padecían de cáncer de mama, y qué relación tenía con su calidad de vida, para lo cual utilizó el cuestionario STAI y BDI-II, así como las escalas EORTC-C23 y C30 para la calidad de vida. Encontró entre sus resultados más importantes que más del 30% presentaron síntomas de ansiedad moderada-severa y más del 25% sintomatología depresiva significativa; asimismo, se determinó que su calidad de vida global era reducida. En base a ello, la autora concluye que los síntomas emocionales presentan influencia sobre la vida de las pacientes oncológicas.

Fan-Ko et al., (2022) en su artículo científico cuantitativo, descriptivo-correlacional y diseño no experimental, tuvieron como fin relacionar la depresión, calidad de vida y funcionamiento social en 180 pacientes con cáncer de mama de un hospital de Taiwan, aplicando para ello instrumentos creados por los propios autores del estudio, observando

entre sus resultados que aquellas personas que presentaron creencias religiosas más arraigadas tenían a su vez un mejor funcionamiento social y bajos niveles de depresión ($p < 0,000$ y $p < 0,01$) asimismo, aquellos más jóvenes, con ingresos menores y con la enfermedad en un estadio más grave tenían mayores niveles de depresión. Concluyeron que la religión, ingresos, edad y gravedad son predictores de la depresión, calidad de vida y funcionamiento social.

Castaña y González (2021) en su estudio dirigido a describir la depresión y ansiedad en pacientes diagnosticados con una afección hemato-oncológica, de metodología de revisión literaria con enfoque integrativo, consideraron 252 artículos desde el año 2010 al 2021, a través de los cuales pudieron determinar que Italia fue el país con más investigaciones relacionadas, siendo entre los años de 2014 a 2019 el mayor número de estudios. Concluyeron que ambas variables son trastornos que aparecen con frecuencia en este tipo de pacientes, considerando que factores como la edad, sexo, diagnóstico y estado laboral influyen en su padecimiento; en base a lo cual indican que el personal que trabaje con estos pacientes debe tener las competencias necesarias para poder identificar síntomas de depresión y ansiedad, pudiendo detectarse de forma oportuna para su intervención.

Castillo et al., (2020) en su artículo científico de enfoque descriptivo, teórico y diseño no experimental, tuvieron el objetivo de describir la relación entre cáncer de mama y depresión, considerando 125 artículos científicos de texto completo mediante los cuales encontraron que el padecimiento de depresión en esta población presenta una frecuencia que va desde el 10% hasta el 70% dependiendo del test utilizado y área geográfica, asimismo, observaron que la depresión estaba asociada en su mayoría a factores contextuales, edad, quimioterapia y presencia de metástasis, identificando como posibles tratamientos el uso de hipnosis, musicoterapia y meditación. Concluyeron que las intervenciones psicoterapéuticas son relevantes durante todo el proceso en este tipo de pacientes, ayudándolos en su gestión emocional y contribuyendo a mejorar su bienestar.

Llorente et al., (2019) en su investigación descriptiva-transversal de tipo cuantitativo, tuvieron la finalidad de identificar si los pacientes con cáncer pertenecientes a una organización de Colombia, presentaban depresión y cuál era su prevalencia. Para ello, optó por la evaluación de 198 pacientes con la “Escala de Zung”, observando entre sus

resultados que, del total de pacientes oncológicos evaluados, la mayoría padecían de cáncer de mama, asimismo, los valores globales de depresión arrojaron un porcentaje de 49.5% para el nivel ligeramente deprimido, siendo el sexo femenino el que presentaba mayor tendencia al padecimiento de la misma. Concluyeron que los casos de depresión detectados fueron en su mayoría de pacientes con cáncer de mama y colon, en tanto, factores como la severidad, tipo de cáncer y edad influirían en su padecimiento.

Ámbito Nacional

Gomez (2022) realizó un estudio con la finalidad de caracterizar el TEPT y la depresión en familiares de pacientes que presentaban algún diagnóstico de cáncer, para ello, optó por un diseño descriptivo no experimental cuantitativo, eligiendo 20 familiares a quienes aplicó el BDI de Beck y el “Inventario de Estrés de Trauma de Davidson”, observando que la frecuencia de TEPT fue en su mayoría alta y para la depresión, moderada representada por el 85% del total de evaluados. Concluyendo que existe relación significativa entre ambos constructos en los familiares de pacientes oncológicos.

Yacila (2020) en su investigación dirigida a relacionar los factores sociodemográficos con la depresión, utilizando una metodología correlacional-no experimental y 107 pacientes que conformaron la muestra, mismos que fueron evaluados con el BDI de Beck y una encuesta sociodemográfica creado por el autor del estudio, pudo hallar que el 83% de los pacientes presentaban un nivel de depresión grave y de ellos, más del 50% eran mujeres entre los 41 y 65 años. Concluyó en base a lo encontrado que se pudo establecer relación estadísticamente significativa entre los factores de sexo, estado civil, edad, ocupación y economía con los niveles de depresión en pacientes oncológicos.

Arbulú (2019) en Lima, sistematizó la información obtenido de estudios previos relacionados con la depresión en pacientes con cáncer de mama, para lo cual optó por una metodología de revisión sistemática literaria obtenida de 6 artículos de revistas indizadas publicados hasta el año 2018, que consideraran una muestra mínima de 80 pacientes. Entre sus hallazgos más importantes pudo determinar que los factores asociados a la depresión más comúnmente encontrados en estos pacientes fueron una edad promedio de 50 años, estado civil de soltera o de divorcio, desempleo, estadio cuatro de cáncer y quimioterapia. Concluyó que son pocas las investigaciones en el Perú que tomen en cuenta los factores

asociados a la depresión en esta población, además, menciona que para diseñar un programa de intervención adecuado es importante considerar lo encontrado en su estudio, pese a no haber encontrado una sistematización exacta de los factores.

Beltrán (2019) realizó una investigación dirigida a reconocer los factores de riesgo y el nivel prevalente de ansiedad y depresión en personas diagnosticadas con cáncer en Arequipa, utilizando para ello una metodología descriptiva, no experimental, cuantitativa, con 92 pacientes quienes conformaron la muestra y fueron evaluados con el “Escala hospitalaria AD”. De la información obtenida, pudo indicar que el 64.13% presentaron signos y síntomas de ambas afecciones psicológicas, y que, entre los factores relacionados, resaltaban el sexo, edad, ingresos económicos, situación laboral, así como el tipo de diagnóstico y su estadio; concluyendo de esta forma que la ansiedad y depresión son enfermedades mentales asociadas a este tipo de pacientes.

Olivares (2018) realizó una investigación de tipo observacional, no experimental, descriptiva, correlacional, mediante la cual tuvo la finalidad de reconocer que factores se asociaban con la depresión en pacientes que padecían de cáncer en la ciudad de Cusco, para ello, identificó a 254 personas diagnosticadas, evaluándolas con un cuestionario creado por la autora de investigación, obteniendo entre sus resultados que 61% del total de personas evaluadas tuvieron depresión, siendo la mayor frecuencia identificada en mujeres, desempleadas, con cáncer de cabeza y cuello y que consideraron nunca sintieron apoyo social. Concluyó que los factores con relación estadísticamente significativa ($p=0.000$) con la depresión, fueron edad, estado laboral y civil, así como el apoyo social.

Ámbito Regional

A nivel regional no se encontraron investigaciones de los últimos años relacionadas con determinar los niveles de depresión en paciente oncológicos en general, ni específicamente en cáncer de mama, asimismo no se evidencian estudios dirigidos a solucionar la problemática expuesta en la presente investigación, ante ello, surge la necesidad de completar el vacío de conocimiento detectado. Sin embargo, se consideran a continuación investigaciones relacionadas con pacientes que padecen de otras enfermedades, tal como Chavarri (2021) quien en su estudio dirigido a correlacionar depresión y calidad de vida en pacientes con secuelas de Covid-19, mediante una

metodología descriptiva cuantitativa y con 268 pacientes de muestra, evaluados con un cuestionario relativo a cada variable, concluyó que el estudio realizado fue relevante debido a la crisis post pandemia, dado el impacto que tuvo en la salud psicofísica de las personas, siendo esencial el constante análisis de necesidades y desafíos que permitan crear respuestas ante las diversas problemáticas.

Estela et al., (2020) en su correlacional entre depresión y ansiedad en 92 mujeres diagnosticadas con infertilidad, con un método descriptivo-correlacional, tuvo a bien evaluarlas con los instrumentos correspondientes a cada variable, encontrando entre sus resultados que solo de 18 mujeres del total de evaluadas presentaron un nivel moderado de depresión, ubicándose el mayor porcentaje en niveles leves, siendo el mismo caso para la ansiedad. Concluyeron que, si bien los resultados arrojaron niveles reducidos para dichas afecciones psicológicas, no se contó con un registro que permitiera reconocer la variación en la incidencia con el pasar de los años.

Coronel (2020) en su investigación dirigida a determinar la frecuencia de depresión en 200 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus, de metodología descriptiva simple y aplicando el instrumento creado por Zung, pudo notar que más del 50% de evaluados se ubicaron en un nivel de depresión leve, siendo un porcentaje mínimo para los niveles moderado y grave. Asimismo, pudo observar que era el sexo femenino el que presentaba más afectación, y en un promedio de 66 años de edad.

Díaz y Solis (2019) en su estudio dirigido a caracterizar la depresión y ansiedad en 70 pacientes que padecen de enfermedad renal crónica, utilizando una metodología descriptiva no experimental, y aplicando los instrumentos de Beck relacionados a medir cada variable, observó entre sus resultados más importantes que el nivel de depresión en su mayoría fue el moderado, sin embargo, la ansiedad fue leve. Pudieron notar también que el sexo femenino fue el de mayor afectación por la depresión.

Vásquez y Villena (2018) en su investigación realizada con pacientes que padecían de hipertensión arterial, tuvieron la finalidad de comparar los niveles de ansiedad y depresión en 57 pacientes, entre aquellos que tenían la enfermedad controlada y no controlada. Se aplicaron para ello los instrumentos de Hamilton correspondientes a la

evaluación de cada variable, observando que la depresión y ansiedad presentaban mayor incidencia en aquellos pacientes que no tenían la enfermedad controlada.

2.3. Teorías relacionadas al tema

2.3.1. Caracterización del Proceso Cognitivo Conductual y su Dinámica

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se conceptúa como un enfoque psicoterapéutico que tiene por finalidad la resolución de problemas emocionales, conductuales y cognitivos, a través del aprendizaje como mediador del ser humano y su contexto (Vernon y Doyle, 2018). Asimismo, Mendoza (2020) indica que este modelo se realiza en la práctica con el objetivo de generar un alivio en la persona a través de modificaciones en la estructura de la personalidad, permitiendo la prevención de reincidencias de futuros problemas.

Por su parte, Acuña (2018) menciona que la terapia cognitivo-conductual presenta bases científicas establecidas en la práctica empírica de sus estrategias, las cuales han sido verificadas a lo largo del tiempo, lo que ha permitido su extensión, aceptación y aplicación en escala mundial. Desde este modelo psicoterapéutico se busca la resolución de dificultades internas, valorando las influencias presentadas por el ambiente, aprendizaje, verbalizaciones y pensamientos, orientadas a minorizar la sintomatología asociada con dolencias afectivas como es el caso de la depresión.

Son diversos los modelos de Terapia Cognitivo Conductual, por tanto, para tener un mejor entendimiento de su dinámica se exponen a continuación los más utilizados en la práctica clínica, considerando también las terapias contextuales o de tercera generación que presentan su fundamento en la TCC:

2.3.1.1. Terapia Analítico Funcional

La FAP aparece en un contexto de conductismo radical, por lo que, sus fundamentos principales se encuentran basados en los principios de aprendizaje, por sobre todo en el funcionamiento operante de la conducta, lenguaje y derivaciones psicológicas.

Este modelo terapéutico otorga una importancia especial al comportamiento que tiene el paciente en el ambiente de terapia, como una muestra parcial pero válida de su

desenvolvimiento en la realidad, por lo que la terapia está centrada en sumar nuevas conductas funcionales, así como contingencias para posteriormente se aplicadas de forma general en el comportamiento exterior (Barraca, 2018).

Los comportamientos aprendidos durante la sesión son nombrado como “Conductas clínicamente relevantes” la cuales se clasifican de tres formas: tipo 1, hacen referencia a aquellas actitudes que deberán reducirse; tipo 2, referido a aquellos comportamientos que deben ser aumentados; y tipo 3, referido a la razón e interpretación que el cliente realiza de su propio comportamiento, así también, la observación y caracterización del mismo, considerando factores y condiciones influyentes y su equivalencia con otras conductas.

El cambio descrito de los tipos de comportamientos consta de una serie de fases o reglas específicas, las cuales son cinco: (1) La primera está orientada a identificar las CCR, a través del desarrollo de un repertorio que permite observar las posibles conductas en el proceso de la sesión, (2) la segunda busca evocar las CCR, para lo cual el terapeuta deberá propiciar un clima y relación adecuada con el paciente que permitan que las CCR aparezcan, (3) la tercera está guiada al refuerzo positivo de las CCR tipo 2, (4) en la cuarta regla, el terapeuta deberá las propiedades de refuerzo personales en ajuste con las CCR del cliente, y (5) el paciente, llegará a desarrollar un repertorio de factores que afectan su comportamiento (Acevedo et al., 2022).

Es relevante mencionar que la FAP no se determina como una psicoterapia protocolar, sino que las consideraciones descritas son solo indicaciones generalizadas que permitan al terapeuta orientarse en su intervención, dando objetividad a las metas a lograr, sin embargo, para poder obtener resultados tras una adecuada aplicación de este enfoque terapéutico, se requerirá de una buena supervisión y entrenamiento del paciente.

2.3.1.2. Terapia Racional Emotiva Conductual

Este modelo presenta como autor principal a Ellis, quien en 1955 desarrolló la “terapia racional emotiva” para finalmente ser denominada “terapia racional emotiva conductual” (Lega et al., 2018). Desde esta perspectiva, se afirma que las emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales, no se originan por una situación

específica contextual, sino por como el ser humano percibe e interpreta su realidad (Candea et al., 2018).

El término sobresaliente en esta terapia es el de “creencias irracionales”, las cuales se definen como afirmaciones sin fundamento empírico, rígidas y disfuncionales, que generan perturbación emocional (Ríos, 2018) y se dividen en cuatro tipos: exigencias o demandas, falta de tolerancia a la frustración, catastrofización y valoración global personal, de otros y del mundo.

Los principios en los cuales se basa esta terapia son que el pensamiento es un factor determinante en la generación de emociones, por tanto, las ideas irracionales son la causa real del malestar emocional, por lo que, para poder modificar las emociones que se experimenten, se deberá en primer lugar realizar un análisis acerca de las cogniciones que una persona presenta, reconociendo su origen, bien sea ambiental o genético, guiando a la persona a centrarse en el presente (García, 2022). Por ello, es que se plantea el esquema del “A-B-C”, que permite la identificación de la situación como evento activador (A), la identificación de la creencia irracional que lo secunda (B) para finalmente determinar respuesta conductual y emocional disfuncional (C) (Vernon y Doyle, 2018).

En referencia a lo descrito, la Terapia Racional Emotiva Conductual entonces, no estaría dirigida únicamente a la disminución de los síntomas superficiales que generan malestar en el paciente, sino a la modificación profunda de las creencias interiorizadas por el mismo a través del método A-B-C, llevándolo hacia “D”, que es el instante donde se establece el diálogo que cuestiona los pensamientos de la persona y guiándolo al punto “E”, siendo un estado mental sano para el paciente que en consecuencia llevará al paciente a comportarse de forma funcional “F” (García, 2022).

En lo que respecta a las técnicas que utiliza este modelo terapéutico se encuentran las estrategias cognitivas, que abarcan el análisis de desventajas y ventajas, modelado, uso de libros como medio terapéutico, cacería de deberías, formularios de autoayuda, entre otros. Así también, se utilizan técnicas emocionales como son el role playing inverso, humor e imaginación; por otro lado, considerando las técnicas conductuales, se encuentra la exposición, reforzamiento, entrenamiento en solución de problemas y habilidades.

De igual forma, se dejan tareas que permiten el transgredir los límites de la terapia hacia la vida misma, que es donde se considera se da el verdadero cambio acentuándose en el tiempo (Guizado, 2022).

2.3.1.3. Terapia Cognitiva de Beck

Representa uno de los pilares fundamentales de la Terapia Cognitivo Conductual y sostiene que las respuestas afectivas y conductuales que el ser humano presenta son causadas por un mal procesamiento de la información captada de una situación específica o contexto real (Vernon y Doyle, 2018), siendo entonces su objetivo realizar modificaciones a nivel de las cogniciones y en consecuencia sobre el comportamiento.

El autor que representa esta perspectiva es Beck, el cual se aparta del enfoque psicoanalítico e inicia la aplicación de esta terapia en casos relacionados con trastornos depresivos, obteniendo resultados exitosos. En base a ello, Beck determina los llamados “esquemas”, “distorsiones cognitivas” y “pensamientos automáticos” que en conjunto sustentan la terapia cognitiva (Landa, 2020).

Desde el modelo cognitivo se busca intervenir sobre aquellas alteraciones mentales que influyen en la conducta del sujeto, considerando que las emociones y el comportamiento está directamente influenciado por el pensamiento, mismo que está estructurado en base a esquemas interiorizados por aprendizajes pasados que usualmente se dieron durante la infancia (Espinosa, 2019), por lo que, en lo que respecta a las técnicas terapéuticas utilizadas en este modelo, tienen la finalidad de realizar cambios en las ideas erróneas, buscando su fundamentación o comprobación.

El proceso descrito, es llamado “reestructuración cognitiva”, la cual es una técnica que permite al paciente cambiar su percepción a través del propio cuestionamiento de sus pensamientos, que en ocasiones se identifican como “creencias nucleares” de las cuales el paciente no es consciente, pero que se encuentran presentes al momento de realizar la interpretación acerca de otras personas, de sí mismos y del contexto que los rodea (Mendoza, 2020).

Así también, la terapia cognitiva ha sido ampliamente aplicada a diferentes trastornos psicológicos, encontrando resultados favorables en afecciones psicóticas, trastornos de personalidad bipolar, adicción y consumo de drogas, ansiedad, depresión, etc. Siendo reconocido debido a que la mejoría en los pacientes ha sido sostenible con el pasar del tiempo, disminuyendo la frecuencia de recaídas (Hernández, 2018).

2.3.1.4. Terapia Dialéctico Conductual (DBT)

Linehan, propone este modelo de terapia inicialmente para tratar el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) o que presentaban actitudes suicidas, por lo que, se reconocer como un enfoque con evidencias de reducción de manifestaciones de ira, conductas ansiógenas y suicidas, etc. (Garay y Korman, 2018).

Este modelo se fundamenta en la unión de la TCC con principios de aceptación y validación Zen, incluyendo de esta forma procesos centrados en el presente, como son el mindfulness o técnicas de aceptación y cambio. Asimismo, indica que los factores ambientales y biológicos se dan como a causa de una desregulación emocional interna.

La DBT trabaja con formas de intervención, de las cuales se distinguen cuatro específicas: la terapia individual, el entrenamiento de habilidades, las intervenciones por llamada telefónica y los grupos de consultoría. Así como presenta formas, también considera una estructura al momento de intervenir, las cuales se consideran por etapas; la etapa uno, está orientada a desarrollar al autocontrol emocional y conductual en los pacientes; la etapa dos, busca el aumento de experiencias emocionales adecuadas; la etapa tres, tiene la finalidad de conseguir el desarrollo de la autoestima, así como de vínculos interpersonales saludables, y la etapa cuatro, lograr el bienestar y conexión social. Asimismo, considera objetivos en escala orientados a, inicialmente disminuir las conductas de riesgo, seguido de disminuir aquellas que obstaculizan la terapia y finalmente reducir aquellas que afectan la calidad de vida, aumentando en consecuencia los buenos comportamientos (Tapasco, 2018).

En referencia a las herramientas psicoterapéuticas que utilizan, son agrupadas en cuatro, según su finalidad: (1) Técnicas centrales, que tiene el objetivo de solucionar problemas y la validación personal, (2) Técnicas dialécticas, que tienen por objetivo ampliar

la visión y aceptación de las circunstancias reales, (3) Técnicas de comunicación, que tiene por objetivo la aceptación y modificación y, (4) Técnicas de gestión, que consideran el contexto del paciente como soporte (Silva, 2022).

Es importante destacar que este modelo terapéutico ha tenido resultados por sobre todo en los trastornos relacionados con las conductas de alimentación, TLP, trastornos afectivos como la depresión y conductas suicidas (Mendoza, 2020).

2.3.1.5. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

La ACT, fue un modelo creado por Hayes con la finalidad de dar solución a problema psicológicos en los que evitar la experiencia era el papel fundamental. Su modelo está considerado dentro de la Terapia Cognitivo Conductual, como terapia de tercera generación, considerada de esta forma ya que su objetivo principal no es eliminar la sintomatología o la conducta disfuncional, sino el cambiar el rol que estas tienen en la persona (Jurado, 2018).

Los principios por los cuales se rige este enfoque son el aceptar las experiencias internas, el elegir una orientación valiosa para la vida y el planificar conductas reales asociadas a los valores personales. Asimismo, busca una reacción flexible de las creencias y pensamientos del paciente, por lo que se requiere inicialmente de prestar apoyo al cliente para que aprenda a discriminar las respuestas inflexibles, identificando así su evitación. Luego, se contribuirá a que el paciente realice la creación de espacios de conexión entre sus pensamientos, emociones y él mismo, para finalmente, el paciente pueda dar significado y ampliar su repertorio conductual más allá del contexto terapéutico, abriéndose a cualquier tipo de sensación o cognición que pueda presentarse (Cabañas y Báez, 2020).

Esta terapia se plantea en base al análisis funcional de comportamiento, lenguaje y conocimiento, los que en conjunto proponen el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) como un factor que predispondrá a la persona al mantener una amplia gama de problemas psicológicos. Este trastorno se da cuando la persona no presenta disposición a mantener conexión con experiencias aversivas, manifestadas en forma de pensamientos, recuerdos, etc. Por tanto, se entiende que el malestar emocional que se genera en la persona no es causado por las complicaciones psicológicas en sí mismas, sino las acciones que la persona

realice con el objetivo de liberarse de dicho malestar lo que produce las complicaciones (Barco, 2021).

Dentro de las herramientas utilizadas por la ACT se encuentran procesos tales como la “desesperanza creativa” la que tiene por finalidad explicar al paciente su evitación hacia las experiencias vividas. Así también, otro momento se enfoca en el “control del problema” haciendo ver al paciente que no posible controlar los sucesos internos de forma consciente. Por lo que, aquí el mindfulness y aceptación entran a ayudar al cliente a distanciarse de sus pensamientos y emociones para observarlos de forma más objetiva.

Otra estrategia es la “clarificación de valores personales”, mediante la cual se busca que el paciente pueda identificar sus propios valores y como la disfuncionalidad es consecuencia de la discrepancia con ellos. Luego, se aplica la “barrera de valores” mediante la que se desea identificar los posibles obstáculos que impiden el llegar a los valores seleccionados. Finalmente, se da la “acción prometida” buscando que el paciente forje un compromiso con la funcionalidad de sus propios valores. Algunas técnicas empleadas para el proceso de “darse cuenta” son las metáforas, paradojas y ejercicios experienciales (Ferro et al., 2018).

2.3.1.6. Proceso del desarrollo Cognitivo Conductual

En suma, de todo lo descrito para el proceso de desarrollo cognitivo conductual, se afirma finalmente que es un método terapéutico que combina diferentes estrategias y procedimientos ayuda a que los seres humanos mejoren su bienestar vital, siendo un tratamiento efectivo comprobado de forma experimental, para el área de la psicología clínica (Hinojoza y Peña, 2019).

Asimismo, la TCC es la consecuencia de diferentes descubrimientos hallados de forma independiente en la psicología cognitiva y la psicología conductual, que al fusionarse resultaron en esta terapia, que presenta como pilares fundamentales al pensamiento y la conducta y todo lo que entre ellas influye, siendo respaldada a nivel científico y metodológico (Lema, 2022).

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

Se ha reconocido para el proceso cognitivo conductual una serie de indicadores que permiten determinar su tendencia histórica, entre los cuales se consideran:

- Formación psicoterapéutica
- Concepciones teóricas
- Trascendencia del modelo cognitivo conductual
- Evaluación del modelo cognitivo conductual

A continuación, se describen las diversas etapas por las cuales ha transitado para entender su dinámica histórica:

Etapas N° 1. Surgimiento de la TCC (1900 – 1960)

Surge en oposición al psicoanálisis, en forma de una terapia alternativa que alrededor de los años 1950, en el que inicialmente se le da una especial importancia al carácter conductual, forjado a través de estímulos, reacciones y reforzamientos, pudiendo así aprenderse y modificarse. Entre sus bases epistemológicas se encuentran:

- Condicionamiento clásico de Ivan Pavlov
- Conexionismo de Thorndike
- Conductismo de Watson
- Neo-conductismo de Hull, Tolman, Mowrer y Guthrie.

Durante este periodo de tiempo, autores como Skinner, Eysenck y Wolpe son los más destacables en lo que se refiere a la terapia aplicada en la psicología clínica. Asimismo, se determina que los teóricos que propusieron los primeros enfoques, forjaron las bases para que la terapia cognitivo conductual se extendiera y aplicara en diversos ámbitos, dándole así un primer aporte empírico y científico. Sin embargo, las primeras técnicas eran muy limitadas en tiempo, metodología y principalmente forjadas al cambio de las conductas desadaptativas sin buscar más allá de lo observable (González et al., 2018).

Etapa N°2. Desarrollo y expansión de la TCC (1960 – 1980)

A lo largo de este periodo surgieron nuevos modelos enmarcados por sobre todo en la cognición, en confrontación a los modelos conductuales limitantes. En tanto, se propusieron técnicas como la reestructuración cognitiva o entrenamiento en solución de problemas. Sin embargo, no deja de lado el aprendizaje vicario planteado por Bandura, incluyendo conceptualizaciones tales como las de autocontrol y autoeficacia. Realizando así un acercamiento terapéutico al interés de desarrollar la eficacia y eficiencia en la metodología utilizada (González et al., 2018).

Es así que surgen teóricos como Ellis, quien propuso la “Terapia Racional Emotiva Conductual” o Beck con su “Terapia cognitiva”, siendo estos enfoques fundamentales para la expansión de la TCC, otorgando un punto de vista que iba más allá de lo observable y limitado que era el conductismo, analizando la forma del procesamiento de la información del ser humano, a través de las creencias irracionales o pensamientos automáticos (Navarro, 2018)

Etapa N°3. Teorías actuales relacionadas con la TCC (1980 – Actualidad)

Durante esta etapa se reconoce una fusión de diferentes modelos teóricos que combinan pensamiento, emoción, conducta y el contexto. Aquí se agrega el método científico pragmático para evidenciar la validez y efectividad de las terapias situacionales. Asimismo, se utiliza metodología de análisis, que se enfoca en la aceptación y compromiso del malestar emocional, sumando una intervención dialéctica que sigue sin dejar de lado el aprendizaje.

Este enfoque trans diagnóstico presenta una gran ventaja a diferencia de las terapias clásicas anteriores, ya que aborda diversos trastornos y tiene evidencia de la efectividad de resultados cuando los casos son mayormente relacionados a trastornos de personalidad, lo cual puede darse a causa de su nueva orientación integradora (González y Ruiz, 2018).

Tabla 1*Resumen de las tendencias históricas del Proceso Cognitivo Conductual.*

	Etapa N° 1. Surgimiento de la TCC (1900 – 1960)	Etapa N°2. Desarrollo y expansión de la TCC (1960 – 1980)	Etapa N°3. Teorías actuales relacionadas con la TCC (1980 – Actualidad)
Formación psicoterapéutica	El enfoque nace a raíz de la oposición al psicoanálisis, priorizando el comportamiento disfuncional de los pacientes.	El enfoque surge debido a los nuevos conocimientos relacionados la parte cognitiva del ser humano y se suma a la terapia conductual surgiendo la TCC.	Surge en base a la TCC, considerando una integración de todos los aspectos y sumando a ellos el dominio del contexto en el desarrollo humano.
Concepciones teóricas	Presentan como principal fundamento la observación conductual mediada por el aprendizaje a través de estímulos y respuestas, pudiendo ser modificado el comportamiento.	Su principal fundamento son las cogniciones arraigadas a las personas, las que median la interpretación de la realidad que no es objetiva lo que influye en el malestar psicológico y conductas disfuncionales.	Su orientación está enfocada por sobre todo a los trastornos de personalidad, concretándose terapias contextuales o de tercera generación con un enfoque analítico funcional.
Trascendencia del modelo cognitivo conductual	El modelo trasciende debido a sus bases científicas experimentales, lo que	Su trascendencia se base en que su foco de intervención se amplía hacia los	Los nuevos modelos teóricos presentan evidencia de su eficiencia y eficacia

	influye en una expansión de su aplicación a diferentes trastornos.	en una pensamientos y al ser aplicados a creencias, lo que aumenta su uso en procedimientos psicológicos.	de intervenir que con la TCC clásica.
Evaluación del modelo cognitivo conductual	Su evaluación se basa en la modificación conductual, sin intervención alguna del pensamiento.	La evaluación se orienta en el razonamiento humano, y técnicas que permitan la modificación del pensamiento.	Se evalúa la aceptación del paciente, a no enfrentar el malestar psicológico sino permitirse sentir, otorgando técnicas orientadas al presente.

Nota. Se aprecia la evolución histórica del proceso cognitivo conductual y sus indicadores de análisis.

Pese a la evidencia de expuesta, se ha podido determinar que son aún escasos los referentes prácticos que permiten la fundamentación, sistematización, desarrollo de actividades terapéuticas, apropiación y generalización. Por ello, es que resulta relevante brindar un aporte práctico actualizado que contribuya a mejorar la realidad problemática relacionada al manejo de la depresión en pacientes con cáncer de mama, dando un aporte significativo al campo de la investigación.

2.3.3. Programa Cognitivo Conductual

Es de importancia considerar que al realizarse un programa de intervención cognitivo conductual, existen puntos importantes a tomar en cuenta como son las características de la población para los cuales se va a diseñar, haciéndolo personalizado y adaptado a los mismos. En promedio una sesión de intervención en base a este enfoque debe promediarse entre una hora y 90 minutos, asimismo, se espera que el desarrollo y aplicación de las sesiones se dé una vez por semana con el propósito de que los participantes asimilen los conocimientos adquiridos y los pongan en práctica en el intervalo de sesión a sesión (Lagos et al., 2020).

Algunos aspectos a tener en cuenta al plantear un programa cognitivo conductual son, según Ramos et al., (2018) son:

- Psico educar a los participantes sobre la intervención a la que serán sometidos.
- Entrenar y desarrollar sus habilidades sociales, considerando dentro del programa tópicos relacionados a comunicación asertiva, escucha activa, etc.
- Exponer a los participantes a situaciones en las que interactúen con otras personas, permitiéndoles ensayar lo aprendido in situ.
- Aplicar técnicas orientadas a la modificación de creencias irracionales o pensamientos automáticos tales como reestructuración cognitiva, autorregistros, etc.
- Realizar periódicamente una retroalimentación de los avances que los participantes van teniendo, permitiéndoles reconocer sus logros.
- Aplicar técnicas de relajación que les permitan reducir los altos niveles de activación fisiológica presentes.

Asimismo, Hernández (2018) resalta que una estrategia cognitivo conductual debe incluir la intervención en los aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y contextuales, considerando relaciones interpersonales, ya que todo ello presenta influencia sobre el malestar psicológico que el paciente pueda estar presentando. A su vez, es importante que el facilitador o profesional que realizará la intervención haya sido capacitado previamente sobre el programa y sea capaz de forjar con los participantes un vínculo terapéutico de confianza.

III. MÉTODO

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

Tipo de investigación

Por el **objetivo**, se consideró aplicado dado que se diseñó un “Programa Cognitivo Conductual” como solución ante la problemática observada (Bernal, 2019).

Por la **profundización del objeto**, fue considerada explicativa porque se caracterizaron las variables en la población y se describió el comportamiento del proceso cognitivo conductual (Bernal, 2019).

Según el **tipo de datos empleados**, se consideró mixta debido a que la información obtenida fue cualitativa, sin embargo, se obtuvieron datos numéricos que permitieron su cuantificación a través de la aplicación de los test (Bernal, 2019).

Diseño de investigación

Según la **manipulación de variables**, fue pre experimental debido a que el programa fue aplicado a un solo grupo de estudio (Bernal, 2019).

El **tipo de inferencia**, fue hipotético-deductivo, pudiendo verificar así la exactitud y reglas de las variables (Bernal, 2019).

Según el **periodo temporal**, fue transversal ya que los datos recolectados se obtuvieron en un momento único y determinado como base del diagnóstico situacional (Bernal, 2019).

Tabla 2

Diseño pre experimental

Diseño de PRE-EXPERIMENTO			
Pre prueba y post prueba			
	PRE- PRUEBA	ESTIMULO	POST – PRUEBA
G1	O1	X	O2

Nota. Se describe el diseño pre experimental donde G1-grupo de estudio, O1-pre test, X- estímulo, O2-post test.

3.2. Variables, Operacionalización

- Variable independiente: Programa Cognitivo Conductual.

- Variable dependiente: Depresión.
- Matriz de operacionalización de variables (Anexo 1).

3.3. Población, muestreo y muestra

La población la conformaron 80 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo, asimismo, se tomó en cuenta como fuente de verificación a los familiares de cada una de ellas. El muestreo elegido fue el no probabilístico en su modalidad por conveniencia, es decir, que fueron seleccionadas según la accesibilidad y disponibilidad de los mismas en relación a la investigadora (Bernal, 2019), considerando una muestra de 50 pacientes y 50 familiares, que cumplieron con los siguientes criterios.

Tabla 3

Tamaño de muestra

N°	Participantes del estudio	Frecuencia
1	Pacientes	50
2	Familiares	50
Total		100

Nota. Se muestran las fuentes de verificación para el tratamiento de los datos estadísticos.

Criterios de inclusión

- Sexo femenino, mayores de 30 años.
- Diagnosticadas con cáncer de mama.
- Que acudan a su control y tratamiento en un hospital de Chiclayo.
- Familiares de pacientes con cáncer de mama de un hospital de Chiclayo.

Criterios de exclusión

- Sexo masculino.
- Con otro tipo de cáncer.
- Pacientes que presenten dificultades intelectuales o de motricidad.
- Familiares de pacientes con otro tipo de cáncer de un hospital de Chiclayo.

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

Se consideraron como técnicas a emplear para el presente estudio a:

Encuesta: Referido a un medio de recopilación de datos de fácil aplicación, objetivo y adaptable, que permite obtener la información necesaria por medio del desarrollo de preguntas específicas que permiten medir una variable (Bernal, 2019).

Entrevista: Se refiere al diálogo instaurado con el(los) sujeto(s) de investigación a partir de los cuales se obtendrá la información de forma detallada, siendo para el presente caso pacientes y familiares (Bernal, 2019).

Análisis documental: Permite la obtención de conocimientos teóricos previos relacionados con el proceso cognitivo conductual.

Asimismo, se utilizó como instrumento el “Inventario de Depresión de Beck” (BDI – II) (Anexo 3), cuyos autores fueron Beck et al., en el año 1996, siendo el mismo adaptado a la realidad peruana por Espinoza en 2016, en jóvenes universitarios y por Barreda en 2019 a una muestra clínica. Su aplicación puede ser a partir de los 13 años, de forma personal o grupal, en 15 minutos aproximadamente, con el fin de evaluar el nivel de sintomatología depresiva, a través de 21 ítems, en sus tres dimensiones: cognitiva (1,2,9,14), física-conductual (3,4,5,6,7,8,10,13) y afectivo-emocional (11,12,15,16,17,18,19,20,21). Para su calificación se realiza la sumatoria de las respuestas seleccionadas, considerando de 0 a 63 puntos entre las categorías: leve, moderada y grave (Mejía, 2020).

Respecto a su validez, Barreda (2019) la obtuvo por juicio de expertos, con un V de Aiken de .99, indicando que todos los ítems son válidos. De igual forma, obtuvo para la validez de constructo aplicada mediante KMO, un valor de .95; para la prueba de Bartlett, un 95.4% de aceptación y para su confiabilidad, puntuó un Alfa de Cronbach de .93, evidenciando una buena confiabilidad.

Para hallar la fiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto con 34 participantes en el Hospital Regional Docente las Mercedes en Chiclayo, bajo un análisis cuantitativo, mediante el cual se pudo observar el resultado del procedimiento de fiabilidad del instrumento adaptado el cual consta de 21 ítems, los que fueron medidos con el análisis de Omega de McDonald, en donde se obtuvo un 0,96 de confiabilidad. Así también, se validó mediante juicio de tres expertos los cuales, por unanimidad lo calificaron como aceptable (Anexo 4).

3.5.Procedimientos de análisis de datos

La base de datos obtenida fue procesada con el uso del programa IBM SPSS v25, el cual permitió aplicar la estadística descriptiva e inferencial de forma que se reconoció si la información recolectada fue válida y confiable, siendo posteriormente plasmada en tablas y gráficos porcentuales que permitan su mejor observación, para su correcto análisis e interpretación.

3.6.Criterios éticos

Se consideraron como principios fundamentales para la investigación científica con seres humanos, los plasmados por Belmont en 1979, siendo: Beneficencia, referido a que el proceso de investigación debe ser en beneficio de los participantes de la misma, teniendo en cuenta que la información recolectada fue únicamente para fines investigativos; Justicia, indica que todas las personas son merecedoras de respeto, valor y dignidad; Autonomía, referido a que los participantes fueron capaces de mantener sus propias decisiones incluyendo el aceptar o dejar la investigación de considerarlo necesario; No maleficencia, referido a no proporcionar ningún tipo de daño a los participantes de la investigación (Maldonado, 2021). Asimismo, se consideró según los lineamientos del Código de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán, el consentimiento informado (Anexo 7).

3.7.Criterios de Rigor científico

Se consideraron los criterios de rigor científicos de: Confiabilidad, la cual se empleó para la sustentación de la veracidad de la información de los nuevos conocimientos; Aplicabilidad, ya que el aporte realizado puede ser replicado en otros estudios, Confirmabilidad, considerando que los resultados hallados presentaron su sustento en la información recolectada y Relevancia, dado que los resultados obtenidos brindaron un diagnóstico de la realidad actual, dándole así la importancia debida (Castro, 2022).

IV. RESULTADOS

Se evaluó el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual con el objetivo de obtener información acerca de la depresión en 50 pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo, mediante la aplicación del BDI de Beck, así como en 50 familiares permitiendo corroborar los datos obtenidos por parte de los pacientes. El instrumento aplicado tuvo un total de 21 ítems y además contó con confiabilidad y validez que permitió obtener resultados estadísticamente confiables.

4.1. Caracterización demográfica de la muestra total

Tabla 4

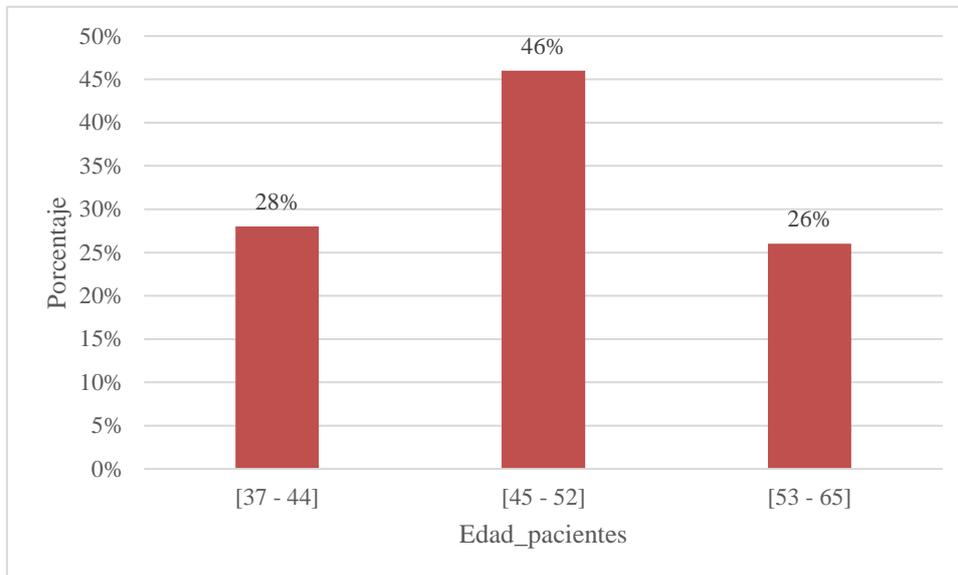
Edades de las pacientes con cáncer de mama

Edad	N	%
[37 - 44]	14	28%
[45 - 52]	23	46%
[53 - 65]	13	26%
Total	50	100%

Nota. Se pueden apreciar los rangos de edad, siendo así que se observa una mayor y notable prevalencia entre los 45 y 52 años de edad (46%).

Figura 1

Histograma porcentual de las edades de las pacientes con cáncer de mama



Nota. Se pueden apreciar las diversas edades de las pacientes que, realizaron el pretest de Depresión de Beck y son parte de la presente investigación.

4.2.Resultados descriptivos del pre test en el grupo de pacientes

Tabla 5

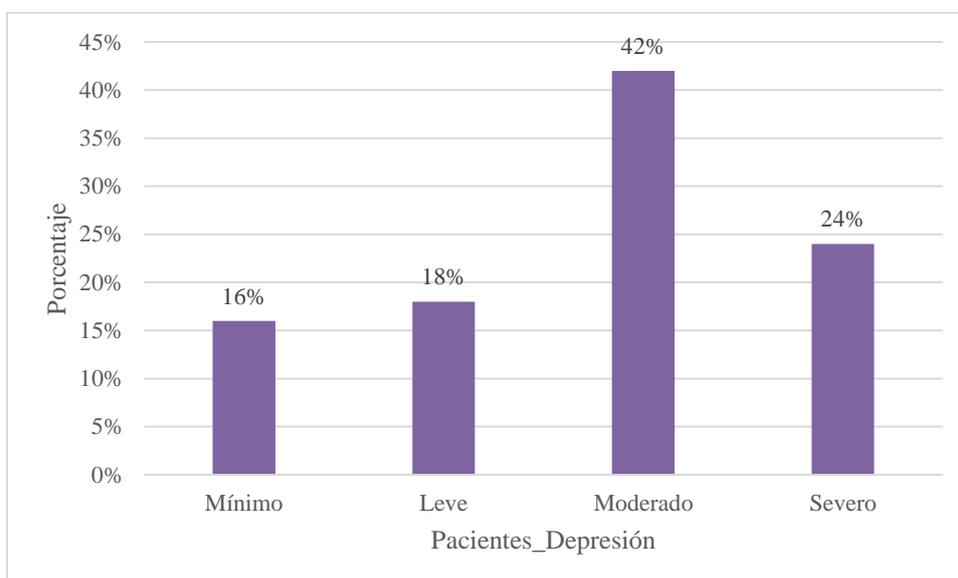
Niveles de depresión en pacientes con cáncer de mama

Nivel	N	%
Mínimo	8	16%
Leve	9	18%
Moderado	21	42%
Severo	12	24%
Total	50	100%

Nota. Se puede observar que, del total de pacientes evaluadas, el nivel moderado fue el más significativo (42%), subsiguiéndole el nivel severo de depresión (24%).

Figura 2

Histograma de depresión en pacientes con cáncer de mama



Nota. En esta figura se evidencian los niveles de depresión, como resultado del pretest de Depresión de Beck.

Tabla 6

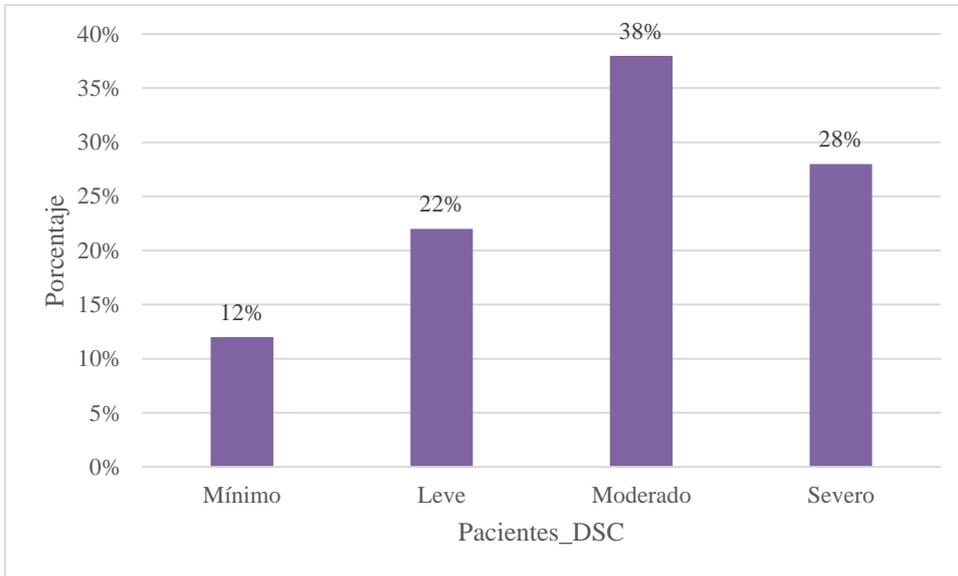
Niveles de sintomatología cognitiva de depresión en pacientes con cáncer de mama.

Nivel	N	%
Mínimo	6	12%
Leve	11	22%
Moderado	19	38%
Severo	14	28%
Total	50	100%

Nota. Se puede observar que, del total de pacientes evaluadas en la dimensión de síntomas cognitivos, el nivel moderado fue el más significativo (38%), subsiguiéndole el nivel severo de depresión (28%).

Figura 3

Histograma de sintomatología cognitiva de depresión en pacientes con cáncer de mama.



Nota. En la figura se aprecian los niveles de depresión en la dimensión de síntomas cognitivos, que presentan las pacientes con cáncer de mama, como resultado del pretest de Depresión de Beck.

Tabla 7

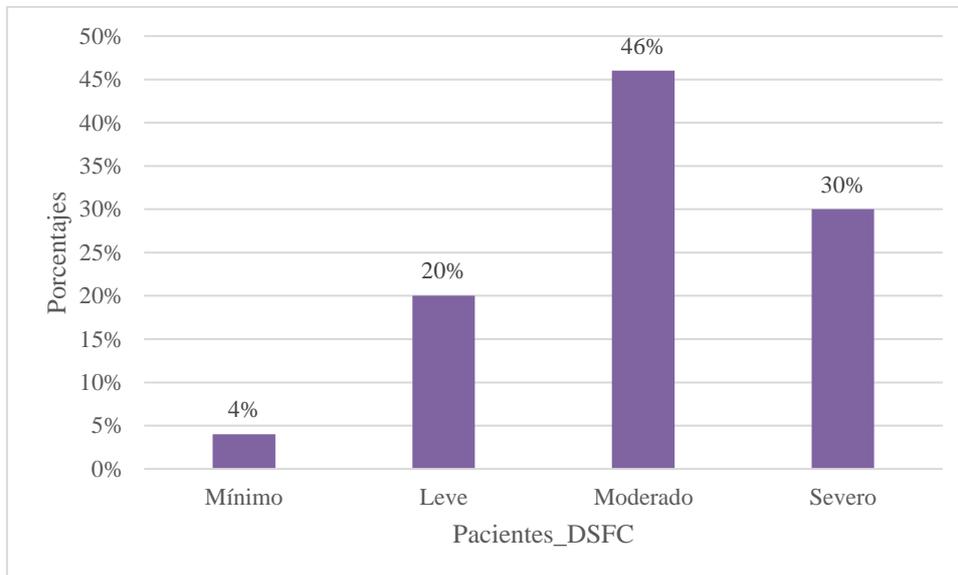
Niveles de sintomatología físico - conductual en pacientes con cáncer de mama.

Nivel	N	%
Mínimo	2	4%
Leve	10	20%
Moderado	23	46%
Severo	15	30%
Total	50	100%

Nota. Se puede observar que, del total de pacientes evaluadas en la dimensión de síntomas físico conductuales, el nivel moderado fue el más significativo (46%), subsiguiéndole el nivel severo de depresión (30%).

Figura 4

Histograma de sintomatología físico - conductual en pacientes con cáncer de mama.



Nota. En la figura se aprecian los niveles de depresión en la dimensión de síntomas físico - conductuales, que presentan las pacientes, como resultado del pre-test de Depresión de Beck.

Tabla 8

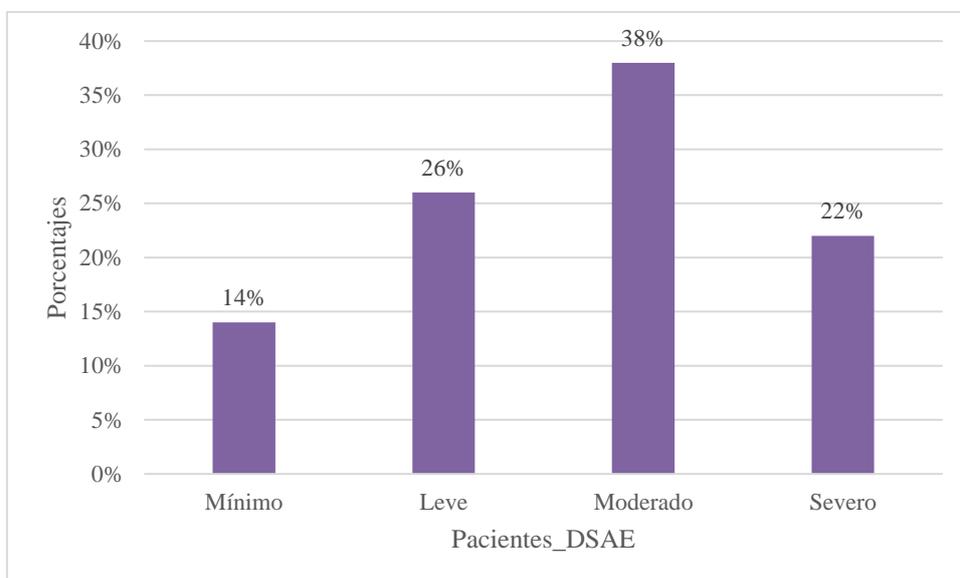
Niveles de sintomatología afectivo - emocional en pacientes con cáncer de mama

Nivel	N	%
Mínimo	7	14%
Leve	13	26%
Moderado	19	38%
Severo	11	22%
Total	50	100%

Nota. Se puede observar que, del total de pacientes evaluadas en la dimensión de síntomas afectivo - emocionales, el nivel moderado fue el más significativo (46%), subsiguiéndole el nivel severo de depresión (30%).

Figura 5

Histograma de sintomatología afectivo - emocional en pacientes con cáncer de mama



Nota. En la figura se observan los niveles de depresión en la dimensión de síntomas afectivo emocional, que presentan las pacientes que acuden al hospital en Chiclayo, como resultado del pretest de Depresión de Beck.

4.3.Resultados descriptivos del pre test en el grupo de familiares

Tabla 9

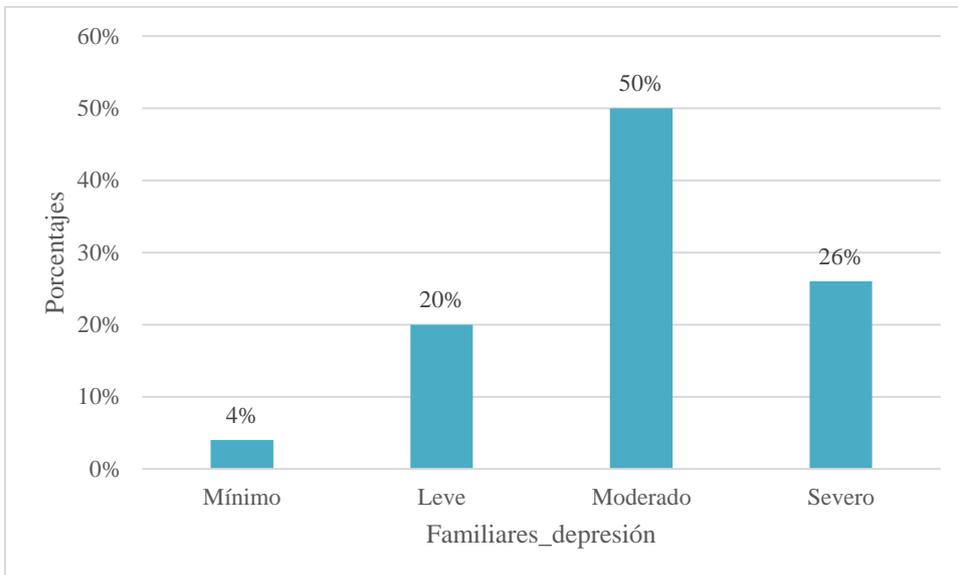
Percepción de los familiares sobre los niveles de depresión en pacientes

Nivel	N	%
Mínimo	2	4%
Leve	10	20%
Moderado	25	50%
Severo	13	26%
Total	50	100

Nota. Se puede observar de la evaluación del total de familiares respecto a la presencia de depresión en los pacientes que el nivel moderado fue el más significativo (50%), subsiguíéndole el nivel severo de depresión (26%).

Figura 6

Histograma de la percepción de los familiares sobre los niveles de depresión en pacientes



Nota. En esta figura se evidencian la percepción de los familiares respecto la depresión que presentan las pacientes con cáncer de mama, como resultado del pre-test de Depresión de Beck.

Tabla 10

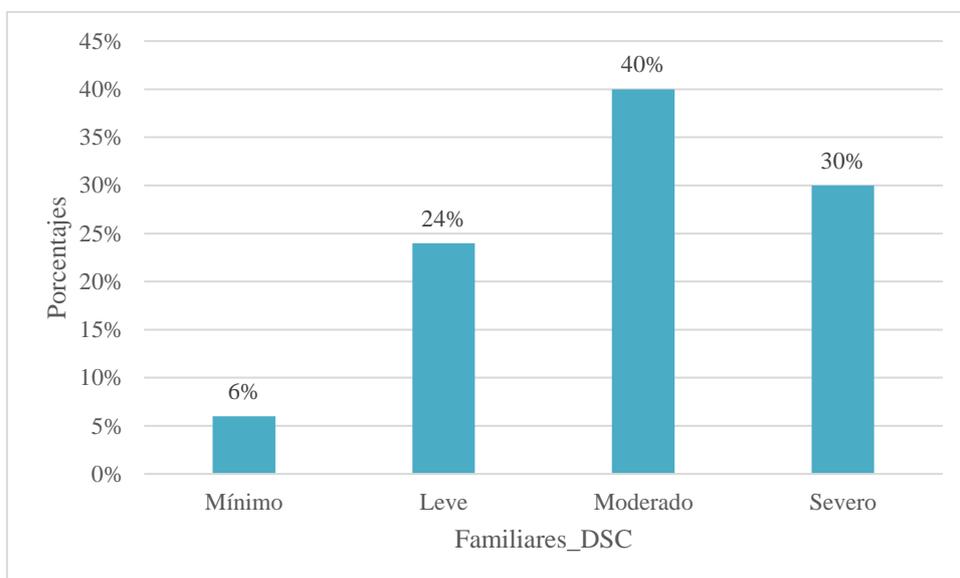
Percepción de los familiares sobre la sintomatología cognitiva en pacientes

Nivel	N	%
Mínimo	3	6%
Leve	12	24%
Moderado	20	40%
Severo	15	30%
Total	50	100%

Nota. Se puede observar de la evaluación del total de familiares respecto a la presencia de síntomas cognitivos en los pacientes que el nivel moderado fue el más significativo (40%), subsiguíéndole el nivel severo de depresión (30%).

Figura 7

Histograma de la percepción de los familiares sobre sintomatología cognitiva en pacientes



Nota. En esta figura se evidencian la percepción de los familiares respecto a los síntomas cognitivos de la depresión que presentan las pacientes con cáncer de mama que acuden al hospital en Chiclayo, como resultado del pre-test de Depresión de Beck.

Tabla 11

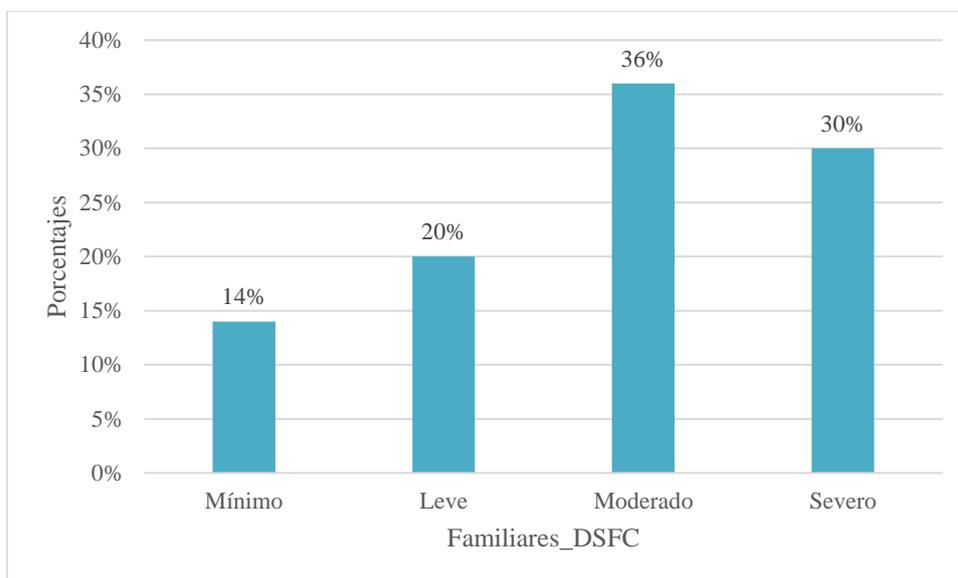
Percepción de los familiares sobre sintomatología físico - conductual en pacientes

Nivel	N	%
Mínimo	7	14%
Leve	10	20%
Moderado	18	36%
Severo	15	30%
Total	50	100%

Nota. Se puede observar de la evaluación del total de familiares respecto a la presencia de síntomas físico conductuales en los pacientes que el nivel moderado fue el más significativo (36%), subsiguiéndole el nivel severo de depresión (30%).

Figura 8

Histograma de la percepción de los familiares sobre sintomatología físico - conductual en paciente



Nota. En esta figura se evidencian la percepción de los familiares respecto a los síntomas físico conductuales de la depresión que presentan las pacientes con cáncer de mama que acuden al hospital en Chiclayo, como resultado del pre-test de Depresión de Beck.

Tabla 12

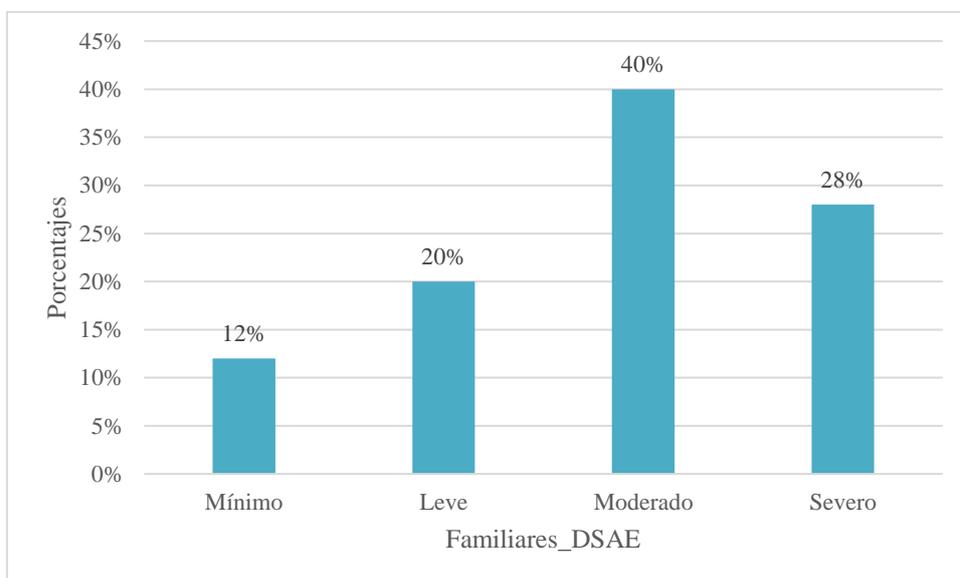
Percepción de los familiares sobre sintomatología afectivo - emocional en pacientes

Nivel	N	%
Mínimo	6	12%
Leve	10	20%
Moderado	20	40%
Severo	14	28%
Total	50	100%

Nota. Se puede observar de la evaluación del total de familiares respecto a la presencia de síntomas afectivo emocionales de depresión en los pacientes que el nivel moderado fue el más significativo (%), subsiguiéndole el nivel severo de depresión (%).

Figura 9

Histograma de la percepción de los familiares sobre sintomatología afectivo - emocional en pacientes



Nota. En esta figura se evidencian la percepción de los familiares respecto a los síntomas afectivo emocionales de la depresión que presentan las pacientes con cáncer de mama que acuden al hospital en Chiclayo, como resultado del pre-test de Depresión de Beck.

Resumen de los resultados sobre la variable dependiente en familiares y pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.

Tabla 13

Depresión y sus dimensiones aplicado a pacientes y familiares

	Pacientes		Familiares	
	f	%	f	%
Depresión general				
Mínimo	8	16%	2	4%
Leve	9	18%	10	20%
Moderado	21	42%	25	50%
Severo	12	24%	13	26%
Síntomas cognitivos				
Mínimo	6	12%	3	6%
Leve	11	22%	12	24%
Moderado	19	38%	20	40%

Severo	14	28%	15	30%
Síntomas físico conductuales				
Mínimo	2	4%	7	14%
Leve	10	20%	10	20%
Moderado	23	46%	18	36%
Severo	15	30%	15	30%
Síntomas afectivo emocionales				
Mínimo	7	14%	6	12%
Leve	13	26%	10	20%
Moderado	19	38%	20	40%
Severo	11	22%	14	28%
Total	50	100%	50	100%

Nota. Se observa la síntesis de resultados en porcentaje y frecuencia de la escala general y por dimensiones se la variable depresión; pudiendo evidenciar que el nivel de depresión predominante en las pacientes en el pre test fue moderado (42%), lo cual se corrobora con lo percibido por los familiares, quienes indicaron niveles de depresión moderado en el 50% de las pacientes. Lo descrito es consecuente con cada una de las dimensiones en las que se obtuvo en su mayoría niveles moderados a severos, siendo ratificado por los familiares en cada caso.

V. DISCUSIÓN

Al realizar la evaluación diagnóstica, se pudo observar inicialmente el predominio de edades, ubicadas en un rango de 45 a 52 años, representando el 46% del total de evaluadas. Asimismo, el 42% presentó un nivel de depresión moderado, lo cual indicaría que las pacientes experimentan alteraciones a nivel cognitivo, afectivo, fisiológico y conductual que estarían afectando su calidad de vida, y perjudicando el desarrollo de la enfermedad oncológica que padecen (Barreda, 2019). Cabe mencionar la perspectiva de los familiares, los que en sus resultados corroboraron que el nivel moderado de depresión era el prevalente en la mayoría de las pacientes, siendo para ellos un 50%, reflejando patrones similares.

Respecto a la sintomatología específica, a nivel cognitivo, se observó que el 66% de evaluadas oscila entre los niveles moderado y severo; siendo así que presentarían pensamientos asociados a la negatividad acerca de sí mismas, el contexto que las rodea y su futuro, llegando en algunos casos a tener ideas suicidas debido a la desesperanza que experimentan (Barreda, 2019). Lo indicado, se puede confirmar con la apreciación de los familiares, quienes indicaron niveles moderados en el 40% de las pacientes evaluadas.

Por otro lado, los síntomas físico conductuales se observaron en un nivel moderado en el 46% de pacientes, lo que representaría que las beneficiarias sienten malestar físico asociado a llanto, inapetencia, displacer, etc. En tanto a nivel conductual, comportamientos relacionados con indecisión, cambio de hábitos, dificultad de concentración, entre otros (Barreda, 2019); siendo lo observado similar a lo percibido por los familiares, quienes indicaron que el 36% de pacientes, estarían presentando un nivel moderado de afecciones físico conductuales.

Respecto a los síntomas afectivo emocionales, se observó que el 60% se ubicó en un nivel moderado a grave, interpretándose que las pacientes, presentarían una notoria pérdida de interés, irritabilidad, cansancio, etc. (Barreda, 2019); lo cual se ratifica en los resultados de los familiares, quienes indicaron que 68% de pacientes, estarían entre los niveles moderado y severo.

Los resultados descritos referentes a la edad de las pacientes, concuerdan con lo hallado por Yacila (2020) quien observó un predominio de las edades de 41 a 65 años, siendo a la vez similar con Arbulú (2019) ya que obtuvo que los 50 años eran una edad promedio para el padecimiento de esta enfermedad. Sumado a ello y en contraste con los hallazgos obtenidos, se observó similitud con Nadal (2022) quien, en su estudio realizado con mujeres españolas con el mismo diagnóstico, pudo observar que más del 25% tenía una sintomatología depresiva significativa, es decir, de moderada a grave. Así también, Castillo et al., (2020) indican que la frecuencia de depresión es de al menos 70%, lo que influiría sobre su padecimiento. Siendo similar con los resultados de Llorente et al., (2019) quienes identificaron que presentan mayor prevalencia de depresión. Lo mencionado, teniendo en cuenta que la gran similitud encontrada entre resultados, pueda deberse a que las poblaciones resultan similares, considerando el diagnóstico de cáncer de mama.

Sin embargo, también se observó semejanza con investigaciones que abarcaron una población con pacientes diagnosticados con cáncer, sin especificar la tipología del mismo, siendo así el estudio de Yacila (2020) que observó entre los hallazgos de su investigación que más del 50% de pacientes oncológicos presentaron depresión grave; tal como lo menciona también Beltrán (2019) quien pudo determinar en más del 60% de pacientes con cáncer la presencia de sintomatología depresiva; siendo consecuente con lo concluido por Olivares (2018) quien identificó que el 61% de pacientes con cáncer evaluados, presentaban depresión, siendo más frecuente en el sexo femenino.

Es evidente entonces que los niveles de depresión observados en la población evaluada, presentan un gran impacto psicológico sobre las pacientes, afectando su estabilidad vital en diferentes ámbitos, como el trabajo, familia, relaciones interpersonales, etc. Pudiendo influir en el empeoramiento de su enfermedad. Es por ello, que resulta indispensable realizar estrategias que permitan afrontar la problemática observada, como en el caso de la presente investigación, siendo el programa cognitivo conductual propuesto, fundamental para resguardar la estabilidad psicológica de las pacientes, considerando que el enfoque utilizado se basa en técnicas comprobadas y eficientes para combatir la depresión.

VI. APORTE PRÁCTICO

Programa cognitivo conductual para la depresión en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.

6.1. Introducción al Aporte Práctico

El presente apartado se basa en la descripción y desarrollo de la propuesta de un programa cognitivo conductual para la depresión en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo basado en el modelo teórico de Beck, como medio de resolución ante el problema de investigación planteado.

Las pacientes con cáncer de mama son una población con tendencia a la presencia de problemas afectivos debido a los altos niveles de miedo, preocupación y labilidad emocional, a causa del diagnóstico recibido (Sayra, 2022). Por tanto, resulta de importancia contribuir con la mejora de la realidad observada en pacientes de alta vulnerabilidad como los mencionados, debido a que la sintomatología depresiva podría causar en ellos mayores efectos negativos en su funcionamiento afectando su desempeño, sumado a la afección física que ya presentan; por ello, la relevancia de brindar nuevas formas de manejar su regulación emocional, que mediante la presente propuesta podrán practicar y adquirir.

Ante ello, la estrategia mencionada, utiliza diferentes técnicas cognitivo conductuales, las cuales presentan comprobación y sustento científico de su efectividad en diversos estudios al abordar problemas psicológicos como el caso de la depresión, la que en muchos de los casos mantiene sus resultados en un periodo de largo plazo (Navarro, 2018).

6.2. Fundamentación del Aporte Práctico

La estrategia propuesta tuvo como finalidad sistematizar el proceso cognitivo conductual en la intervención de la depresión; para Beck, la depresión es un trastorno capaz de aflorar en las personas que presentan pensamientos erróneos y/o disfuncionales dirigidos a una mala percepción de sí mismo, el contexto y el futuro personal, asimismo, se determina como una de las patologías con mayor frecuencia en pacientes oncológicos que trae consigo síntomas a nivel afectivo, cognitivo, conductual y somático (Vallejos, 2018).

Las pacientes que padecen de cáncer de mama comúnmente son desbordadas por respuestas emocionales de carácter negativo debido al proceso de duelo y aceptación que implica el ser diagnosticado con cáncer; considerando la repercusión social, por los nuevos estilos de vida y costos de tratamiento; familiar, por la carga física y emocional que conlleva en los cuidadores principales; y personal, por la incertidumbre que se vivencia constantemente en el desarrollo de la enfermedad. Ante ello, el cáncer se considera una de las afecciones que causan problemas psicológicos como la depresión, con mayor frecuencia, lo que repercute en su calidad y estado vital (Llorente et al., 2019).

Los trastornos depresivos entonces, influirán negativamente en la salud del paciente, sobre todo en la evolución de su enfermedad, siendo una complicación frecuente, pero poco reconocida e intervenida debido a que comúnmente se relacionan los estados de ánimo decaídos como una respuesta esperable y comprensible, sin embargo, un oportuno diagnóstico e intervención mejoraría la satisfacción subjetiva, adherencia al tratamiento y en general calidad de vida de las pacientes.

Es aquí que la terapia cognitivo conductual cobra relevancia a manera de intervenir y brindar soluciones utilizando técnicas que permitan a las pacientes lidiar de forma funcional y adaptativa con el proceso emocional que se encuentran experimentando a causa de la enfermedad, siendo un tipo de intervención que presenta bases teórico científicas y métodos prácticos centrados en aliviar los problemas que afectan al paciente en la actualidad, por lo que está dirigida disminuir su malestar mediante la modificación cognitiva y conductual (Mendoza, 2020). De esta forma el paciente logrará aprender nuevas maneras de identificación y control de pensamientos, así como técnicas de autorregulación y métodos de prevención ante las posibles recaídas, forjando a su vez un vínculo terapéutico de compromiso y aprendizaje, que reducirá su desvalorización personal (Agbaria, 2022).

Por todo lo expuesto, es que el proponer un programa que permita la restauración del equilibrio emocional de las pacientes y que en consecuencia mejore bienestar vital, en base a un modelo de psicoterapia reconocido como eficiente, como es el enfoque cognitivo, resulta un aporte de importancia a nivel clínico y social.

6.3. Construcción del Aporte Práctico

En las pacientes participes de la presente investigación, se pudo evidenciar la manifestación de sintomatología depresiva recurrente y moderada, lo que perjudica el desarrollo de su patología física y desenvolvimiento de la vida diaria, además de otros aspectos psicosociales y familiares relacionados. Por tanto, se plantea el programa cognitivo conductual para reducir los niveles de sintomatología depresiva, teniendo en cuenta las dimensiones cognitivas, física – conductual y afectivo – emocional, en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo, el cual se sistematizó en 4 etapas:

- Etapa I: Conceptualización y proceso de la depresión.
- Etapa II: Estrategias de regulación cognitiva.
- Etapa III: Estrategias de regulación afectivo - emocional.
- Etapa IV: Estrategias de regulación fisiológica.
- Etapa V: Estrategias de regulación conductual.

ETAPA I		CONCEPTUALIZACIÓN Y PROCESO DE LA DEPRESIÓN
Objetivo General: Sistematizar y contextualizar el tema de la depresión en las pacientes con cáncer de mama.		
Indicadores: Depresión, sintomatología, causas, consecuencias.		
Sesión 1	Título: Acerca de la depresión.	Objetivo: Establecer normas de convivencia y psico educar a las pacientes acerca de la depresión (causas y consecuencias).
Sesión 2	Título: Identificando síntomas depresivos.	Objetivo: Psico educar y analizar la presencia de sintomatología depresiva.
Sesión 3	Título: Escaneando mi cuerpo.	Objetivo: Aprender la interrelación que existe entre las dimensiones de la depresión (cognición – emoción – físico/conductual) y realizar un autoanálisis de las mismas.
ETAPA II		ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN COGNITIVA
Objetivo General: Sistematizar las técnicas cognitivo conductuales como mediadoras de la regulación cognitiva.		
Indicadores: Pensamientos disfuncionales, diálogo interno, distorsiones cognitivas, pensamientos negativos.		

Sesión 4	Título: Reconociendo mis ideas y pensamientos.	Objetivo: Identificar los pensamientos disfuncionales que interfieren en la vida del paciente e iniciar la reestructuración cognitiva
Sesión 5	Título: Pensando positivamente.	Objetivo: Rectificar el diálogo interno que las pacientes tienen consigo mismos mediante auto verbalizaciones.
Sesión 6	Título: Enjuiciando mis pensamientos.	Objetivo: Cambiar las distorsiones cognitivas mediante el cuestionamiento complejo.
Sesión 7	Título: Sustituir mis pensamientos.	Objetivo: Reducir la frecuencia y duración de los pensamientos negativos en las pacientes.

ETAPA III

**ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN
AFECTIVO - EMOCIONAL**

Objetivo General: Sistematizar las técnicas cognitivo conductuales como mediadoras de la regulación afectiva y emocional.

Indicadores: Reconocimiento emocional, validación, gestión emocional.

Sesión 8	Título: Es importante lo que siento.	Objetivo: Reconocer, entender y validar las emociones internas que experimentan las pacientes.
Sesión 9	Título: Mantengo mi estabilidad.	Objetivo: Gestionar las emociones internas que generan malestar de manera funcional.

ETAPA IV

**ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN
FÍSICA**

Objetivo General: Sistematizar las técnicas cognitivo conductuales como mediadoras de la regulación fisiológica.

Indicadores: Equilibrio fisiológico, respiración, relajación progresiva, relajación autógena.

Sesión 10	Título: Homeostasis corporal.	Objetivo: Practicar ejercicios de relajación como medio de equilibrio fisiológico.
Sesión 11	Título: Conectando con mi cuerpo.	Objetivo: Practicar la relajación progresiva en su totalidad como medio de equilibrio fisiológico.
Sesión 12	Título: Soy consciente de mi cuerpo.	Objetivo: Practicar la relajación autógena como medio de equilibrio fisiológico.

- Dimensión III: Síntomas afectivo – emocionales: malestar emocional, miedo, dificultad en la expresión emocional, autocrítica, culpabilidad, displacer.

6.3.2. Objetivo general

Disminuir los niveles de sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo, mediante el Programa Cognitivo Conductual.

6.3.3. Planeación estratégica

Etapa I: Conceptualización y proceso de la depresión.

Sesión 1: Acerca de la depresión.

Objetivo: Establecer normas de convivencia y psico educar a las pacientes acerca de la depresión (causas y consecuencias).

Momentos	Descripción de Actividades	Técnicas/ Estrategias	Recursos	Tiempo
Inicio	Se recibe a las pacientes y se realiza la presentación del programa del cual forman parte, además se plantean las normas de convivencia. A continuación, se pone en práctica una de presentación para lo que forman un círculo en el centro del ambiente; luego la facilitadora saca una pelota de trapo, la cual se pasa al azar, realizando una pequeña presentación de sí mismos (nombre, características, hobby y qué esperan del programa).	Dinámica de presentación	Humanos: Psicóloga encargada Pacientes	20'
Desarrollo	Se pregunta a las pacientes que conocimientos previos tienen acerca de la depresión, considerando sus causas y consecuencias, lo cual se anota en un papelote. Luego la facilitadora procede a exponer el tema central, considerando una breve explicación sobre el proceso cognitivo conductual, con ayuda de papelotes previamente preparados.	Trabajo grupal Lluvia de ideas Psicoeducación	Materiales : Pelota de trapo Papelotes Plumones	20'
Evaluación	Se forman grupos de trabajo y la facilitadora reparte sobres de colores al azar los cuáles tienen preguntas relacionadas con la exposición. Se da un	Retroalimentación	Sobres de carta Dípticos	10'

tiempo para que el grupo pueda leer y determinar su respuesta. Luego se elige un representante por grupo y se comparten las respuestas frente a todos los presentes.

Se realiza una retroalimentación sobre el tema desarrollado y se entregan dísticos sobre el mismo. Se forma un círculo y la facilitadora pregunta a qué se comprometen cada uno de los presentes. Se finaliza la sesión con un aplauso grupal.

Cierre

10'

Sesión 2: Identificando síntomas depresivos.

Objetivo: Psico educar y analizar la presencia de sintomatología depresiva.

Momentos	Descripción de Actividades	Técnicas/ Estrategias	Recursos	Tiempo
Inicio	Se inicia la sesión saludando a las pacientes. Se lee “La historia del depresivo Juan” y se invita a la reflexión a las pacientes a través de preguntas relacionadas, ¿sobre la forma en que Juan piensa e interpreta la realidad (https://psicox.es/la-historia-del-depresivo-juan/#:~:text=En%20realidad%2C%20esta%20historia%20es,sentido%20identificado%2Fa%20con%20Juan!)	Trabajo grupal Exposición Lluvia de ideas	Humanos: Psicóloga encargada Pacientes	15'
Desarrollo	Se explica el objetivo de la presente sesión y se entregan papelitos de números al azar (1,2,3) a aquellos que les tocó el mismo número deben formar grupos. Luego la facilitadora entrega una hoja a cada grupo de forma que a cada uno le toque una dimensión, en la hoja está redactada una breve explicación y una pregunta según cada dimensión: “¿Cuáles crees que son los síntomas cognitivos/afectivos/físico-conductuales de la depresión?” Se comparten las respuestas entre todos de forma voluntaria.	Psicoeducación Retroalimentación	Materiales : Papelitos enumerados Hoja informativa Hoja de registro de síntomas Dísticos	25'

	La facilitadora desarrolla el tema de los síntomas de depresión, aclarando las posibles dudas de las pacientes.	
Evaluación	La facilitadora pide a las pacientes cerrar los ojos e imaginarse una situación que actualmente les esté causando pesar, luego se formarán en parejas. La persona A inicialmente contará la situación y como se siente respecto a ello, mientras que la persona B, anotará los síntomas que percibió en la persona A y viceversa. Se analizan las respuestas descritas por las pacientes de forma voluntaria.	10'
Cierre	Se realiza una retroalimentación sobre el tema desarrollado y se entregan dípticos sobre el mismo. Se forma un círculo y cada uno de las pacientes expresa que aprendieron en la presente sesión. Se finaliza la sesión con un abrazo grupal.	10'

Sesión 3: Escaneando mi cuerpo.

Objetivo: Aprender la interrelación que existe entre las dimensiones de la depresión (cognición – emoción – físico/conductual) y realizar un autoanálisis de las mismas.

Momentos	Descripción de Actividades	Técnicas/ Estrategias	Recursos	Tiempo
Inicio	Se inicia la sesión saludando a las pacientes. Se desarrolla la actividad “Mi tía Jacinta” en la cual la facilitadora canta y hace mímicas de una canción, la que las pacientes deberán imitar. Se brinda un cálido aplauso por su participación activa.	Dinámica rompe hielo Exposición Lluvia de ideas	Humanos: Psicóloga encargada Pacientes	10'
Desarrollo	Se explica el objetivo de la presente sesión y la facilitadora expone la interrelación entre las dimensiones de la depresión (cognición – emoción – físico/conductual). Se muestra el cuadro de autorregistro (situación – pensamiento – emoción – fisiología – conducta) y se explica la función del	Psicoeducación Retroalimentación Autorregistros	Materiales : Papelotes Hoja de autorregistro Lapiceros Dípticos	15'

	<p>mismo además de como llenarlo, brindando un ejemplo.</p> <p>La facilitadora pide que piensen en una situación que les genere malestar emocional, luego se entrega una hoja de autorregistro a cada paciente, la cual deben llenar en base a la identificación de sus propios síntomas. Se analizan las respuestas de las pacientes de forma voluntaria, haciendo hincapié en la interrelación que tienen las dimensiones. Se realiza una retroalimentación sobre el tema desarrollado y se entregan dípticos sobre el mismo. Se forma un círculo y cada uno de las pacientes expresa de qué se pudieron dar cuenta en la presente sesión. Se finaliza la sesión con un aplauso grupal.</p>	
Evaluación		15'
Cierre		10'

Etapa II: Estrategias de regulación cognitiva.

Sesión 4: Reconociendo mis ideas y pensamientos.

Objetivo: Identificar los pensamientos disfuncionales que interfieren en la vida del paciente e iniciar la reestructuración cognitiva.

Momentos	Descripción de Actividades	Técnicas/ Estrategias	Recursos	Tiempo
Inicio	Se inicia la sesión saludando a las pacientes. Se realiza la dinámica “Te reto” en la que los participantes forman un círculo en el centro del ambiente y al ritmo de la música irán pasando un globo, cuando la música pare el paciente sacará un papelito de una bolsa de posibilidad, la cual tendrá un reto o actividad que deberá realizar (cantar, contar un chiste, bailar, saltar, etc.). Se brinda un cálido aplauso por su participación activa.	Dinámica rompe hielo Lluvia de ideas Psicoeducación Retroalimentación Reestructuración cognitiva	Humanos: Psicóloga encargada Pacientes Materiales: Globo Parlante Hojas bond Lapiceros Dado	10'
Desarrollo	La facilitadora expone el tema de las 11 ideas irracionales y pide opiniones sobre las mismas. Se brindará una hoja bond a cada uno de las pacientes con las ideas			15'

Evaluación	<p>irracionales, debiendo identificar aquellas situaciones en las cuales hayan experimentado pensamientos similares. Se realiza la dinámica “Preguntas preguntonas” en la que se tira un dado al azar y según el número deberán responder a preguntas relacionadas con las ideas irracionales que han identificado, tales como “¿Esta idea me ayuda a desarrollarme personalmente? ¿Esta idea me permite sentirme bien conmigo mismo? ¿Esta idea me permite resolver conflictos? ¿Esta idea es certera y tiene evidencias? ¿Cómo me siento cuando pienso de esta forma?” entre otras. Iniciando de esta forma la detección de pensamientos disfuncionales y sus consecuencias.</p>	15’
Cierre	<p>Se realiza una retroalimentación sobre el tema desarrollado y se entregan dípticos sobre el mismo. Se forma un círculo y cada uno de las pacientes expresa de qué se pudieron dar cuenta en la presente sesión. Se finaliza la sesión con un aplauso grupal.</p>	10’

Sesión 5: Pensando positivamente.

Objetivo: Rectificar el diálogo interno que las pacientes tienen consigo mismos mediante auto verbalizaciones.

Momentos	Descripción de Actividades	Técnicas/ Estrategias	Recursos	Tiempo
Inicio	<p>Se inicia la sesión saludando a las pacientes. Se sientan formando círculo alrededor de una sobremesa con flores, velas y una caja que contiene frases positivas en tiras. Cada paciente se acerca y escoge un papel sin leerlo aún. La facilitadora realiza preguntas de reflexión: “¿Cómo me hablo a mismo? ¿Qué me digo? ¿Me hablo de forma positiva o negativa?”</p>	<p>Lluvia de ideas Psicoeducación Dinámica reflexiva Modelado cognitivo</p>	<p>Humanos: Psicóloga encargada Pacientes Materiales: Mantel Flores Velas Caja</p>	10’

Desarrollo	<p>La facilitadora inicia un diálogo sobre cómo estamos acostumbrados a hablarnos a nosotros mismos, además de la importancia y como ello influye sobre nuestro estado de ánimo. A continuación, se abren los papeles y los leen uno a uno en voz alta. Nuevamente se realizan preguntas de reflexión “¿Con qué frecuencia te dices cosas positivas? ¿Qué pasaría si hablaríamos con nosotros mismos de forma positiva? ¿Cómo nos sentimos a leer estas frases? ¿Estamos acostumbrados a ello?”</p>	Auto verbalizaciones Retroalimentación	Frases positivas Hojas bond Lapiceros	15'
Evaluación	<p>La facilitadora reparte hojas bond a las pacientes en los que deberán escribir en una columna, los pensamientos negativos en su diálogo internado relacionados con el diagnóstico que están experimentando. La facilitadora realiza un modelado de cómo hacer el cambio de estos pensamientos y luego pide que plasmen en otra columna cómo podrían cambiarlos de forma positiva.</p>			15'
Cierre	<p>Se comparten y leen los nuevos pensamientos positivos en voz alta entre todos. La facilitadora realiza una retroalimentación del tema. Se deja como tarea la repetición en voz alta de los pensamientos positivos al levantarse cada mañana.</p>			15'

Sesión 6: Enjuiciando mis pensamientos.

Objetivo: Cambiar las distorsiones cognitivas mediante el cuestionamiento complejo.

Momentos	Descripción de Actividades	Técnicas/ Estrategias	Recursos	Tiempo
Inicio	Se inicia la sesión saludando a las pacientes. Se realiza la dinámica “Yo opino” en la que la facilitadora va mostrando uno a uno pensamientos que las pacientes clasificarán como saludable o dañinos, explicando el porqué de cada opinión.	Lluvia de ideas Psicoeducación Diálogo socrático	Humanos: Psicóloga encargada Pacientes Materiales : Papelote	10'

Desarrollo	<p>La facilitadora expone el tema de distorsiones cognitivas y pide opiniones sobre las mismas. Se realiza la dinámica “Canasta revuelta” de manera que, al mencionar una fruta o verdura, se forma un número determinado de grupos (plátano=2, pera=3). Luego de formados los grupos la facilitadora entregará una hoja bond a cada uno de ellos con una distorsión cognitiva específica de la cual deberán brindar 3 ejemplos; se compartirá la actividad entre todos con la guía de la facilitadora.</p> <p>Cada grupo deberá escoger uno de los ejemplos creados, para iniciar una confrontación de ideas. Se brindará un sombrero de color a cada representante (rojo: defensa, amarillo: acusa, verde: juez). Uno tomará el papel de abogado, aportando pruebas objetivas sobre el pensamiento; otro será el fiscal, quien brindará evidencias para descartar el pensamiento; y el tercero será el juez, quien dará el veredicto de si el pensamiento debe mantenerse o cambiarse.</p> <p>La facilitadora retroalimentando sobre lo realizado enfatizando la importancia de cuestionarnos a nosotros mismos, considerando que no todos nuestros pensamientos son certeros. Se forma un círculo y cada uno de las pacientes explica que nuevo pensamiento se llevan a casa.</p>	<p>Reestructuración cognitiva Juicio de pensamientos Retroalimentación</p>	<p>Hojas bond Lapiceros Sombreros de papel de color</p>	15’
Evaluación				15’
Cierre				10’

Sesión 7: Sustituir mis pensamientos.

Objetivo: Reducir la frecuencia y duración de los pensamientos negativos en las pacientes.

Momentos	Descripción de Actividades	Técnicas/ Estrategias	Recursos	Tiempo
Inicio	Se saluda a las pacientes. Se realiza la dinámica “Mentira o verdad” en la que uno a uno las pacientes se turnan	Dinámica rompe hielo Detención	Humanos: Psicóloga encargada	10’

	diciendo dos mentiras y una verdad acerca de sí mismos y los demás integrantes deben adivinar cuál es la verdad. Quien acierte continua la cadena. La facilitadora procede a pedir a todos los participantes que cierren los ojos e imaginen una situación que les genere malestar e identifiquen aquel pensamiento que se encuentra perenne, que tomen conciencia sobre el mismo, que se escuchen a sí mismo. Una vez que todos hayan identificado el pensamiento se pide decir en voz alta la frase “Basta”	del pensamiento o Trabajo en equipo Retroalimentación Autoinstrucciones	Pacientes Materiales : Papelotes	
Desarrollo	“Para de una vez”, repitiéndola las veces necesarias de forma interna. El siguiente paso será sustituir el pensamiento por uno positivo diciendo en voz alta “todo está bien” “cuando llegue el momento lo sabré resolver”, “todo tiene solución”. La facilitadora realiza preguntas sobre como se sintieron y procede a explicar la secuencia realizada como la “técnica de detención del pensamiento”. Se pide a las pacientes que se formen en parejas y practiquen el ejercicio de detención del pensamiento, en el cual guiarán a sus compañeros con el proceso, lo cual es supervisado por la facilitadora. La facilitadora realiza una retroalimentación acerca de la actividad.			20’
Evaluación	Se pide a las pacientes que se formen en parejas y practiquen el ejercicio de detención del pensamiento, en el cual guiarán a sus compañeros con el proceso, lo cual es supervisado por la facilitadora. La facilitadora realiza una retroalimentación acerca de la actividad.			15’
Cierre	Se forma un círculo y cada uno de las pacientes explica que nuevo pensamiento se llevan a casa.			10’

Etapa III: Estrategias de regulación afectivo - emocional.

Sesión 8: Es importante lo que siento.

Objetivo: Reconocer, entender y validar las emociones internas que experimentan las pacientes.

Momentos	Descripción de Actividades	Técnicas/ Estrategias	Recursos	Tiempo
----------	----------------------------	--------------------------	----------	--------

Inicio	Se saluda a las pacientes. Se realiza la dinámica “Bailando mi sentir” en la que las pacientes caminan inicialmente por el espacio al son musical, pero interpretando la emoción que la facilitadora indica (cólera, tristeza, euforia, etc.)			10’
Desarrollo	La facilitadora explica la importancia de la validación emocional, de uno mismo y de los demás y se ejemplificará cómo hacerlo. Se reparten hojas bond a cada uno de las pacientes además de colores, temperas, plumones, etc. Se pide que expresen e interpreten mediante dibujo y pintura como se han venido sintiendo respecto a su diagnóstico.	Dinámica rompe hielo Trabajo en equipo Retroalimentación Arteterapia	Humanos: Psicóloga encargada Pacientes Materiales : Papelotes Parlante Hojas bond Lapiceros Colores Plumones Temperas Globos Pica pica Frasas	20’
Evaluación	Luego se pide a las pacientes que formen un círculo y uno se para en el centro, aquella persona explicará que representa la pintura que realizó. Los que están alrededor realizan comentarios de validación emocional a la persona y se rotará por cada uno de los presentes.			15’
Cierre	Se realiza una retroalimentación sobre el tema desarrollado. Se forma un círculo y a cada uno de las pacientes se les entrega un globo inflado con pica pica dentro y una frase de validación personal. A la cuenta de tres se revientan los globos y se leen las frases respectivas. Se finaliza con un abrazo grupal.			10’

Sesión 9: Mantengo mi estabilidad.

Objetivo: Gestionar las emociones internas que generan malestar de manera funcional.

Momentos	Descripción de Actividades	Técnicas/ Estrategias	Recursos	Tiempo
Inicio	Se saluda a las pacientes. Se realiza la dinámica “Revienta globos”, para ello las pacientes forman un círculo central y se reparte a cada uno un globo desinflado y un lapicero. Se pide que cierren los ojos y piensen en aquellas emociones,	Ensayo mental Respiración Autoafirmaciones Exposición	Humanos: Psicóloga encargada Pacientes	15’

	<p>pensamiento, sentimientos, temor, ideas que actualmente los están aquejando y pensando en ello deberán inflar el globo, luego lo amarran ponen frente a ellos y abran sus ojos. Repetirán primero para sí mismos “yo soy poderoso, soy más grande que mis miedos” poco a poco se pedirá que lo repitan hasta que lo digan de forma convincente y en voz alta, al hacer ello reventarán el globo. Se brinda un cálido aplauso por la participación activa.</p>	Retroalimentación	<p>Materiales : Globos Lapiceros Papelotes</p>
Desarrollo	<p>La facilitadora expone el tema de las emociones y como el no saber gestionarlas influye sobre nuestras decisiones y comportamientos. Se explican a nivel teórico algunos tips de regulación cuando las emociones son desbordantes como: duchas de agua fría, tiempo fuera, actividad física, etc.</p>		10'
Evaluación	<p>Se realiza un ensayo mental, trayendo una situación que genere malestar en las pacientes al momento actual. Se pide que cierren los ojos y visualicen que aquella situación se desarrolla sin problemas, que no existen obstáculos. Se acompaña este proceso con respiración diafragmática guiada por la facilitadora, se suman frases internas como “lo estoy haciendo bien” “me siento relajado” “todo saldrá bien”.</p>		15'
Cierre	<p>Se invita a las pacientes a reconocer como se sintieron con el trabajo realizado en la presente sesión. Además, se realiza la retroalimentación respectiva en relación al tema desarrollado. Se pide para la siguiente sesión acudir con ropa cómoda y holgada.</p>		10'

Etapa IV: Estrategias de regulación físico - conductual.

Sesión 10: Homeostasis corporal.

Objetivo: Practicar ejercicios de relajación como medio de equilibrio fisiológico.

Momentos	Descripción de Actividades	Técnicas/ Estrategias	Recursos	Tiempo
Inicio	Se saluda a las pacientes. Se realiza la dinámica “Masajitos”, para lo cual se forman dos filas frente a frente. Inicialmente la fila A, masajea a la fila B y viceversa (cabeza, hombros, brazos, espalda, manos), acompañando de música relajante.			10’
Desarrollo	Se exponen las técnicas de relajación, considerando las más fáciles de poner en práctica y se ejemplifican. Se realiza la respiración diafragmática con ayuda de las instrucciones de la facilitadora. A continuación, se inicia la relajación muscular progresiva contemplando la extensión y distensión de los músculos de la cara y extremidades superiores. Todo lo descrito acompañado de música relajante; para finalizar se guía al momento presente nuevamente a las pacientes.	Dinámica de integración Modelado Respiración diafragmática Relajación de muscular progresiva de Jacobson Retroalimentación	Humanos: Psicóloga encargada Pacientes Materiales : Parlante Papelotes Pabulo	30’
Evaluación	Se forma un círculo y se entrega una bola de pabulo, la cual se irán lanzando a medida que responden como se sintieron con la actividad realizada y se otras preguntas al azar acerca del proceso de relajación progresiva de forma que sean absueltas las posibles dudas que pudieran tener.	Tarea para casa		10’
Cierre	Se realiza una retroalimentación de la importancia de brindarse un espacio de relajación personal y como ello influye en la calidad de vida de las pacientes. Se motiva a realizar en casa lo aprendido.			10’

Sesión 11: Conectando con mi cuerpo.

Objetivo: Practicar la relajación progresiva en su totalidad como medio de equilibrio fisiológico.

Momentos	Descripción de Actividades	Técnicas/ Estrategias	Recursos	Tiempo
----------	----------------------------	--------------------------	----------	--------

Inicio	Se saluda a las pacientes. La facilitadora pregunta a las pacientes que conocimientos tienen acerca de la meditación. Se realiza la dinámica “Un minuto de meditación” en la que las pacientes deberán seguir las instrucciones de un video reproducido. https://n9.cl/tbxp5w	Mindfulness		10'
Desarrollo	La facilitadora recuerda las pacientes lo trabajado en la sesión anterior y explica que la relajación progresiva se da de forma completa por lo que se debe complementar lo trabajado. Se inicia nuevamente el trabajo desde la cabeza y extremidades superiores, complementando con las inferiores. Lo descrito acompañado de respiración diafragmática y música relajante.	Respiración diafragmática Relajación de muscular progresiva de Jacobson	Humanos: Psicóloga encargada Pacientes	20'
Evaluación	Luego de las técnicas realizadas, la facilitadora guiará la reflexión con preguntas relacionadas a la actividad, indicando como, cuando utilizarlas y los beneficios que trae consigo, afianzando los conocimientos adquiridos.	Retroalimentación Musicoterapia	Materiales : Parlante	10'
Cierre	Para finalizar la sesión se colocan todas las pacientes en círculo y vuelven a realizar la meditación inicial de “1 minuto”. Se cierra la sesión con un abrazo grupal.	Tarea para casa		10'

Sesión 12: Soy consciente de mi cuerpo.

Objetivo: Practicar la relajación autógena como medio de equilibrio fisiológico.

Momentos	Descripción de Actividades	Técnicas/ Estrategias	Recursos	Tiempo
Inicio	Se saluda a las pacientes. Se realizará la dinámica “Yogueando” en la cual se presentará a las pacientes diferentes posiciones de yoga básicas las cuales deberán imitar. https://www.youtube.com/watch?v=cOwCq2adOIE	Respiración diafragmática Relajación autógena Retroalimentación	Humanos: Psicóloga encargada Pacientes Materiales : Parlante	10'

Desarrollo	<p>La facilitadora realiza una exposición sobre la relajación autógena, explicando en que consiste y cómo funciona. Se pedirá a las pacientes recostarse sobre las colchonetas y cerrar los ojos. Inicialmente deben respirar con normalidad y la facilitadora guiará la focalización en partes del cuerpo, por ejemplo, “mi brazo derecho pesa cada vez más” “me siento en paz y tranquilidad”, así con diferentes partes del cuerpo. Lo descrito acompañado de música relajante, finalmente se regresa al paciente a la situación presente.</p> <p>Luego de las técnicas realizadas, la facilitadora guiará la reflexión con preguntas relacionadas a la actividad, indicando como, cuando utilizarlas y los beneficios que trae consigo, afianzando los conocimientos acerca de esta nueva técnica.</p>	Musicoterapia	Multimedia Colchonetas Papelotes	20'
Evaluación	<p>Se realiza la retroalimentación y se pregunta “¿qué aprendimos hoy?” lo que responden cada uno de los participantes. Se cierra la sesión con un abrazo grupal.</p>			10'
Cierre				10'

Etapa V: Estrategias de regulación conductual.

Sesión 13: Dirijo mi energía a lo bueno.

Objetivo: Auto regular la conducta mediante el entrenamiento en solución de problemas.

Momentos	Descripción de Actividades	Técnicas/ Estrategias	Recursos	Tiempo
Inicio	Se saluda a las pacientes. Se realiza la dinámica “El barco” para lo cual se forman grupos al azar del mismo número de personas. La facilitadora planteará la situación en la que todos se encuentran en un barco que está por hundirse, cada uno de ellos lleva un papel importante (cocinero, médico, profesor, mujer embarazada, militar, científico) sin embargo, solo hay espacio para 5	Técnica de solución de problemas Lluvia de ideas Retroalimentación Trabajo grupal	Humanos: Psicóloga encargada Pacientes Materiales : Papelotes Hojas bond Lapiceros	10'

	<p>personas en el bote de rescate. Ante ello deben debatir quien se queda en el barco. Se exponen las respuestas por parte de cada uno de los grupos.</p> <p>La facilitadora expone el tema de solución de problemas y los pasos a seguir para tomar decisiones (orientación, definición, soluciones, decisión, práctica y verificación).</p> <p>Se realiza la dinámica “La selva” de manera que, al mencionar un animal, se forma un número determinado de grupos (león=2, mono=3). Luego de formados los grupos la facilitadora entrega una situación problemática relacionada con las consecuencias del diagnóstico que las pacientes presentan, la cual deberán resolver empleando los pasos aprendidos. Se comparten las respuestas de cada grupo.</p> <p>La facilitadora retroalimenta sobre lo realizado enfatizando la importancia de aprender a solucionar nuestros problemas y no actuar de forma impulsiva. Se forma un círculo y se reparten números de orden al azar, siguiendo este orden, cada uno de las pacientes explica que nuevo aprendizaje se llevan a casa, con la indicación de no repetir lo que otros dicen.</p>	Psicoeducación	Papelitos enumerados	
Desarrollo				15'
Evaluación				15'
Cierre				10'

Sesión 14: Buenos hábitos.

Objetivo: Planificar actividades diarias agradables como medio de regulación conductual.

Momentos	Descripción de Actividades	Técnicas/ Estrategias	Recursos	Tiempo
Inicio	Se saluda a las pacientes. Se realiza la dinámica “Me voy de fiesta”. Se pondrá a las pacientes la situación que están apurados para irse a una fiesta y solo tendrán 10 segundos para decidir tres cosas que llevar con la condición que inicien con la letra de su nombre.	Economía de fichas Retroalimentación Lluvia de ideas	Humanos: Psicóloga encargada Pacientes	10'

	La facilitadora realizará preguntas abiertas tales como “¿Cómo te relajas? ¿Qué actividades disfrutas realizar? ¿Cuán a menudo realizas tus <i>hobbys</i> ?”, motivando a la participación de las pacientes. Se explica la importancia que tiene las actividades de recreación en el bienestar vital.	Reforzamiento positivo Modelado conductual Trabajo grupal	Materiales : Hojas bond Lapiceros Papelotes Plumones	
Desarrollo	Se forman grupos al azar y se le otorga un papelote a cada uno, en el cual se da la indicación de realizar un listado de actividades agradables dentro y fuera de casa, lo cual se expondrá ante todos. Al terminar la actividad, se otorga un papel bond a cada uno que contiene un “registro diario” en el cual deberán marcar las veces que realizan dicha actividad durante la semana.			20’
Evaluación	Se establece un contrato personal con recompensa incluida si se logra todo lo planeado durante la semana de actividades.			10’
Cierre	Se cierra la sesión con una retroalimentación acerca de la importancia de las actividades de recreación en la vida. Se realiza un abrazo grupal.			10’

Sesión 15: La superación y el apoyo.

Objetivo: Promover los espacios sociales como medio de desarrollo personal y finalizar el programa.

Momentos	Descripción de Actividades	Técnicas/ Estrategias	Recursos	Tiempo
Inicio	Se saluda a las pacientes. Se realiza la dinámica “Estoy contigo” en la que se forma un círculo y se coloca una silla en el centro. El paciente que se sienta en el centro cierra sus ojos y recibe comentarios positivos de los compañeros que lo rodean. Se turnan todos hasta	Lluvia de ideas Psicoeducación Dinámica de integración	Humanos: Psicóloga encargada Pacientes Materiales :	15’

	finalizar. Se pregunta cómo se sintieron con la actividad.	Trabajo grupal	
Desarrollo	La facilitadora explica a las pacientes que el trabajo personal es importante, pero interactuar con otras personas, como amigos y familiares también favorece la buena calidad de vida. Se brinda una hoja bond a las pacientes en la cual realizan un listado de 10 cosas positivas y beneficiosas para ellos mismos que sus familiares y amigos les brindan. La facilitadora realiza preguntas acerca de la actividad realizada a manera de promover el reconocimiento de los factores positivos que también los rodean.	Reforzamiento positivo	20'
Evaluación	Se forman grupos por unanimidad y se le entrega un papelote a cada uno, en el cual deben plasmar un escudo grupal que simbolice todo lo aprendido a lo largo del programa. Se expondrá ante todos.		20'
Cierre	Se entregarán diplomas por participar y concluir el programa de forma satisfactoria. Se agradecerá el compromiso y la asistencia. Se brindará un pequeño recordatorio y felicitarán los logros adquiridos.		10'

6.3.4. Instrumentación

El presente programa se implementa en un tiempo aproximado de dos meses, considerando dos sesiones por semana, siendo en total 15 sesiones de intervención, siendo las siguientes especificaciones obligatorias para su aplicación:

- Autorización otorgada por la dirección del hospital de Chiclayo, para la aplicación del programa propuesto.
- Profesional de salud mental previamente capacitado metodológicamente para aplicar el programa propuesto.
- Permiso confirmado mediante el consentimiento informado por parte de las pacientes para aplicar el instrumento y analizar sus resultados.

- Participación activa de las pacientes y compromiso de los mismos como beneficiarios del programa propuesto.

Nº	Responsable	Actividad	Producto
1	Investigadora	Solicitar el permiso al director del hospital.	Autorización para evaluación y aplicación del programa.
2	Investigadora	Presentación de la autorización al responsable del área de oncología.	Padrón de pacientes.
3	Investigadora	Presentación de la autorización.	Informe y planificación de actividades del programa propuesto.
4	Investigadora	Aplicación del cuestionario y consentimiento informado a las pacientes y familiares.	Aceptación de participar en la investigación y diagnóstico situacional actual.
5	Investigadora	Diseño del Programa cognitivo conductual	Programa de intervención cognitivo conductual de 15 sesiones.
6	Investigadora	Aplicación del cuestionario post intervención.	Comprobación de la efectividad del programa en la población intervenida.

6.3.5. Criterios de Evaluación

La evaluación se realiza durante cada una de las sesiones del programa a través de factores tales como la asistencia, participación activa, trabajos grupales y actividades para casa. Asimismo, el profesional deberá considerar como criterios de medida porcentual para la evaluación general del programa que en instrumento aplicado luego de la intervención se pueda observar que:

- Más del 50% presenten mejoría en los niveles de sintomatología cognitiva.
- Más del 50% presenten mejoría en los niveles de sintomatología afectivo – emocional.
- Más del 50% presenten mejoría en los niveles de sintomatología físico – conductual.

Así también, algunos indicadores de logro a considerar serán que:

- Las pacientes interpreten su realidad en función a pensamientos adaptativos.
- Las pacientes presentes un mejor estado anímico y que este sea perdurable.
- Las pacientes disminuyan los síntomas relacionados a la depresión en general.
- Las pacientes presenten una actitud positiva respecto a su diagnóstico.

6.3.6. Presupuesto del Aporte Práctico

Tabla 14

Presupuesto de recursos utilizados en el aporte práctico

Recursos Código MEF	Detalle	Cantidad	Valor	Total (S/).
74.08.0500.0001	Laptop	1	2800.00	2800.00
74.08.7221.0001	USB-16GB	1	35.00	35.00
000000000001	Útiles de escritorio	969	-	1207.00
3. 1 5. 1 2	Copias	100	0.10	10.00
74.08.7250.0002	Internet inalámbrico	1	150.00	150.00
46.22.0695.0002	Energía eléctrica	-	150.00	150.00
1. 2 1. 2 1	Movilidad	-	600.00	600.00
2. 3. 2 7 2 2	Corrección de estilo	1	250.00	250.00
Total				5202.00

VII. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS

7.4.1. Valoración de los resultados

Para realizar la validación del programa se optó por considerar el juicio de tres expertos en el área de investigación, considerando que tengan más de cinco años de experiencia, con un grado mínimo de maestría y con diplomados y/o formaciones terapéuticas. Se presentó el programa diseñado y fue puntuado considerando la siguiente escala Likert:

Muy malo	Malo	Regular	Adecuado	Muy adecuado
1	2	3	4	5

Tabla 15

Valoración del aporte teórico por juicio de expertos

Indicador	Experto 1	Experto 2	Experto 3
1. Novedad científica del programa	5	5	4
2. Pertinencia de los fundamentos teóricos del programa	5	5	5
3. Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del programa	5	5	5
4. Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el programa	5	4	5
5. Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del programa	5	5	4
6. Posibilidad de aplicación del programa	5	5	5
7. Concepción general del programa según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto	4	5	5
8. Significación práctica del programa	5	5	5
Puntaje total	39	39	38

Nota. Se evidencia en la validación por juicio de expertos que los tres jueces, al evaluar la validez del programa, realizaron puntuaciones entre 5 y 4 para cada uno de los indicadores, observando una mayor frecuencia en el número 5, lo que correspondería a que el programa cognitivo conductual diseñado es válido en cuanto a su argumentación, objetivo, pertinencia, novedad, significación, correspondencia, aplicación y concepción general.

7.4.2. Corroboración estadística de los resultados

El programa fue aplicado en su totalidad, considerando las sesiones propuestas según cada etapa, en consecuencia, se exponen a continuación los resultados obtenidos para el antes y después de la aplicación del programa.

Tabla 16

Cuadro comparativo del pre test y post test aplicado a las pacientes con cáncer de mama

Nivel según dimensión	Momento de la evaluación			
	Pre test		Post test	
	f	%	f	%
Depresión general				
Mínimo	8	16%	23	46%
Leve	9	18%	18	36%
Moderado	21	42%	6	12%
Severo	12	24%	3	6%
Sintomatología cognitiva				
Mínimo	6	12%	29	58%
Leve	11	22%	9	18%
Moderado	19	38%	9	18%
Severo	14	28%	3	6%
Sintomatología físico - conductual				
Mínimo	2	4%	25	50%
Leve	10	20%	13	26%
Moderado	23	46%	10	20%
Severo	15	30%	2	4%
Sintomatología afectivo - emocional				

Mínimo	7	14%	21	42%
Leve	13	26%	17	34%
Moderado	19	38%	9	18%
Severo	11	22%	3	6%
Total	50	100%	50	100%

Nota. Se puede observar los niveles de depresión y sus dimensiones, antes y después de la aplicación del programa, evidenciándose que el nivel de depresión general en el pre test era moderado en el 42%, sin embargo, en el post test, se observó que predominó el nivel mínimo en el 46%. Asimismo, para la dimensión cognitiva, en el pre test, el 38% presentó un nivel moderado, mientras que en el post test, el 58% presentó un nivel mínimo. En la dimensión física conductual, en el pre test el 38% presentó un nivel moderado, y en el post test el 58% un nivel mínimo. Finalmente, para la dimensión afectivo emocional se observó que el 38% presentó en el pre tes un nivel moderado, mientras que en el post test el 50% presentó un nivel mínimo. Ante lo descrito, se puede determinar una variación en los valores porcentuales antes y después de la aplicación del programa, siendo así que existe una transformación significativa.

Tabla 17

Cuadro comparativo del pre test y post test aplicado a los familiares

Nivel según dimensión	Momento de la evaluación			
	Pre test		Post test	
	f	%	f	%
Depresión general				
Mínimo	2	4%	28	56%
Leve	10	20%	15	30%
Moderado	25	50%	5	10%
Severo	13	26%	2	4%
Sintomatología cognitiva				
Mínimo	3	6%	25	50%
Leve	12	24%	19	38%
Moderado	20	40%	4	8%

Severo	15	30%	2	4%
Sintomatología físico - conductual				
Mínimo	7	14%	27	54%
Leve	10	20%	16	32%
Moderado	18	36%	6	12%
Severo	15	30%	1	2%
Sintomatología afectivo - emocional				
Mínimo	6	12%	23	46%
Leve	10	20%	20	40%
Moderado	20	40%	5	10%
Severo	14	28%	2	4%
Total	50	100%	50	100%

Nota. Se puede observar la percepción de los familiares acerca de los niveles de depresión y sus dimensiones, antes y después del programa, evidenciándose que el nivel de percepción depresión general en el pre test era moderado en el 50%, sin embargo, tras la aplicación del post test, se observó que predominó el nivel mínimo en el 56%. Asimismo, para la dimensión cognitiva, en el pre test, el 40% percibió un nivel moderado, mientras que en el post test, el 50% un nivel mínimo. En la dimensión física conductual, en el pre test el 36% percibió un nivel moderado, y en el post test el 54% un nivel mínimo. Finalmente, para la dimensión afectivo emocional el 40% percibió en el pre test un nivel moderado, mientras que en el post test el 46% mínimo. Ante lo descrito, se puede determinar una variación en los valores porcentuales relacionados con la percepción de los familiares de los pacientes, tras la aplicación del programa, siendo así que se corrobora la transformación significativa.

Tabla 18

Prueba de bondad de ajuste de la depresión en el pre test y post test

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Pre test	.902	50	.074
Post test	.954	50	.515

Nota. Se presentan las puntuaciones de depresión en condición de pre test y post test mediante la prueba de bondad de ajuste Shapiro-Wilk, hallándose que la distribución para ambos casos es normal ($p < .05$). Siendo así, se realiza el análisis comparativo aplicando pruebas paramétricas.

Tabla 19

Prueba de muestras emparejadas entre el pre test y post test de pacientes

Pacientes	t	gl	Sig. (bilateral)
Pretest - Posttest	10.25	50	0.00

Tabla 20

Estadística de muestras emparejadas entre el pre test y post test de pacientes

	Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Pre test	55.35	50	8.65	1.06
Pos test	42.43	50	7.23	0.88

Nota. Se presenta en las tablas 19 y 20, los resultados tras la t de Student para muestras relacionadas, observándose que existe una diferencia altamente significativa ($p < .01$), observando inicialmente una media de 55.35 puntos y luego de la aplicación del programa una media de 42.43, indicando un efecto significativo del programa cognitivo conductual en la depresión en pacientes con cáncer de mama.

Tabla 21

Prueba de muestras emparejadas entre el pre test y post test de familiares

Pacientes	t	gl	Sig. (bilateral)
Pretest - Posttest	15.76	50	0.00

Tabla 22*Estadística de muestras emparejadas entre el pre test y post test de familiares*

	Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Pre test	52.18	50	7.76	0.95
Post test	37.04	50	2.20	0.27

Nota. Se presenta en las tablas 21 y 22, los resultados tras la t de Student para muestras relacionadas en el pre test y post test de los familiares de los pacientes, observándose que existe una diferencia altamente significativa en la percepción de antes y después de la aplicación del programa a los pacientes ($p < .01$), observando inicialmente una media de 52.18 puntos y finalmente una media de 37.04, indicando un efecto significativo del programa cognitivo conductual en la depresión en pacientes con cáncer de mama.

VIII. CONCLUSIONES

1. Se concluye en relación al objetivo general que se aplicó un programa cognitivo en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo, determinando un efecto estadísticamente significativo sobre la depresión.
2. Se caracterizó el proceso cognitivo conductual con fundamentos científicos y metodológicos y se determinó que la sistematización del proceso aún resulta insuficiente, por tanto, el presente aporte práctico resulta de importancia para la investigación empírica y científica del mismo.
3. Se pudo determinar mediante el diagnóstico situacional inicial que las pacientes en su mayoría presentaron niveles de depresión de moderados a graves, lo cual se corrobora en cada una de las dimensiones medidas y con la aplicación del instrumento a los familiares, obteniendo similaridad entre ellos; revelándose de esta forma la insuficiencia en el proceso cognitivo conductual en las pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.
4. Se elaboraron las actividades estratégicas del programa, el cual se desarrollo en 5 etapas distribuyendo entre ellas 15 sesiones, las que contaban de forma independiente con una estructura y objetivo específico, basado en el uso de técnicas cognitivo conductuales.
5. Se constató a través de la validación de los resultados pre experimentales, cambios relevantes a nivel de pensamiento, conducta, emoción y respuestas fisiológicas relacionadas a la depresión en pacientes con cáncer de mama, obteniendo una diferencia significativa en la disminución del nivel de depresión.

IX. RECOMENDACIONES

- Se sugiere en base a los resultados significativos hallados, aplicar el programa cognitivo conductual a poblaciones similares en otras instituciones hospitalarias o clínicas afines, de forma que al ser una problemática constante en la población oncológica se pueda establecer una mejora.
- Se recomienda que aun habiendo culminado el programa satisfactoriamente, las pacientes deben recibir seguimiento psicológico individualizado don el fin de evitar posibles recaídas y mantener los resultados tras la aplicación del programa cognitivo conductual.
- Se recomienda al personal de salud mental del hospital identificar aquellos casos de gravedad de forma que pueda brindarles psicoterapia personalizada en base a técnicas cognitivo conductuales debido a que es la de mayor sustento funcional frente a este tipo de afecciones.
- A futuros profesionales e investigadores se sugiere no limitarse al diagnóstico situacional de una población sino realizar estudios que puedan efectuar un cambio sobre la realidad problemática observada, considerando para el presente caso, propuestas basadas en procesos afines para reducir los niveles de depresión.

REFERENCIAS

- Acevedo, E., Álvarez, H., Rangel, J. y Herrera, A. (2022) Eficacia de la Psicoterapia Analítico Funcional para disminuir el Trastorno de Evitación Experiencial: un estudio piloto. *Reflexiones científicas*, 2(2). <https://doi.org/10.47185/27113760.v2n2.71>
- Acuña, F. (2018). *Terapia cognitivo conductual aplicada a primigestas con ansiedad clínicamente significativa*. [Tesis de maestría, Universidad de Panamá] Repositorio UP. <http://up-rid.up.ac.pa/1317/>
- Agbaria Q. (2022). *Intervención conductual cognitiva en el tratamiento de la adicción a internet entre adolescentes árabes en Israel*. [Cognitive behavioral intervention in the treatment of internet addiction among Arab adolescents in Israel]. *Revista Internacional de Salud Mental y Adicciones*. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00733-6>
- Arbulú, X. (2019) Factores asociados a depresión en pacientes con cáncer de mama. *Rev. Fac. Med.*, 19(1), 74-79. DOI 10.25176/RFMH.v19.n1.1795
- Arbulú, X. (2020) Factores asociados a depresión en pacientes con cáncer de mama. *Revista de la Facultad de Medicina Humana URP*, 19(10). 74-79. DOI: 10.25176/RFMH.v19.n1.1795
- Barco, R. (2021) Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso sobre la depresión en pacientes adultos. [Tesis de grado, Universidad de Lima] https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/13175/BARCO_TS_P.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Barraca, J. (2018) *Tratando con Psicoterapia Analítica Funcional*. Luis Valero Aguayo y Rafael Ferro García. Editorial Pirámide. *Clínica y Salud*, 29(2), 105-106. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a14>

- Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*, 22 (1), 39 – 52. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>
- Beltrán, K. (2019) *Prevalencia y factores de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer que asisten a consultorio externo de un hospital, Arequipa 2019*. [Tesis de grado, Universidad Nacional San Agustín de Arequipa] Repositorio UNSA. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8226>
- Bernal, C. (2019). *Metodología de la investigación. Administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Pearson. <https://www.freelibros.net/metodologia-de-la-investigacion/metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-cesar-bernal>
- Bouchard, L., Fisher, H., Carver, C., Kim, Y. y Antoni, M. (2019) Social comparisons predict health-related quality of life and depressive symptoms across the first year of cancer treatment. *Psycho Oncology*, 28(3). <https://doi.org/10.1002/pon.4954>
- Cabañas, V. y Báez, A. (2020) Acceptance and commitment therapy in a case of delusión ideation. *Rev. Casos Clínicos de Salud Mental*, 1, 1-20. ISSN 2255-5609.
- Cândeia, D., Stefan, S., Matu, S., Mogoase, C., Iftene, F., David, D., y Szentagotai, A. (2018). *REBT in the Treatment of Subclinical and Clinical Depression*. New York, USA: Springer.
- Carrascoza, C. y Echevarría, L. (2020) *Terapias cognitivo conductuales en México*. Fundación de investigaciones sociales. <http://www.alcoholinformate.org.mx:8181/jspui/bitstream/123456789/81/6/Terapias%20cognitivo-conductuales%20en%20M%C3%A9xico%20-%20FES%20Iztacala%20-%20FISAC%20%282020%29.pdf>

- Castaño, S. y González, C. (2021) *Ansiedad y depresión en pacientes adultos con enfermedad hemato-oncológica: revisión integrativa* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana] Repositorio JAVERIANA.
<https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/57529>
- Castillo, D., Pech, R., Olais, I., Rubio, H. y Leal, Y. (2019) Evidencia científica de la relación entre depresión y cáncer de mama: revisión sistemática. *Rev Med del Inst Mex del Seg Soc*, 58(1), 91-96. <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000119>
- Castillo, D., Pech, R., Olais, I., Rubio, H. y Leal, Y. (2020) Evidencia científica de la relación entre depresión y cáncer de mama: revisión sistemática. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 8(1), 91-96.
<https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000119>
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2022) *Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2018*. Ministerio de Salud.
https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis_2020_27_120833.pdf
- Chavarri, F. (2021) *Depresión y calidad de vida de los pacientes con secuelas de Covid, hospital regional Lambayeque – mayo 2020 – 2021* [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]
<https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9435>
- Coronel, B. (2020) *Niveles de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo II en un hospital de Chiclayo, durante setiembre a diciembre del 2019* [Tesis de grado, Universidad Santo Toribio de Mogrovejo]
<https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/3215>
- Díaz, B. y Solís, C. (2019) *Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V de un hospital estatal nivel III-1 de Chiclayo, agosto-*

- diciembre, 2017 [Tesis de grado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo] <https://orcid.org/0000-0002-9360-9282>
- Escudero, A. y García, E. (2018) *Propuesta de intervención cognitivo-conductual con mindfulness y psicología positiva para pacientes oncológicos*. [Tesis de grado, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo] Repositorio UAEH. <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/2120/Propuesta%20de%20intervenci%C3%B3n%20cognitivo-conductual%20con%20mindfulness%20y%20psicolog%C3%ADa%20positiva%20para%20pacientes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Espinosa, A. (2019) *Intervención en terapia cognitiva de Aaron T. Beck, en pacientes con depresión de un centro de salud de la ciudad de Panamá* [Tesis de maestría, Universidad de Panamá] Repositorio UP. <http://up-rid.up.ac.pa/1722/>
- Estela, J., y Vergara, A. (2020) *Nivel de depresión y ansiedad en mujeres entre 25 a 45 años con diagnóstico de infertilidad en el Hospital Regional de Lambayeque entre el mes de julio del 2017 al mes de julio del 2018* [Tesis de grado, Universidad de San Martín de Porres] <https://hdl.handle.net/20.500.12727/6023>
- Fan-Ko, S., Chu, L., Yuchun, Y. y Chun-Ying, C. (2022) *Funcionamiento social, depresión y calidad de vida entre pacientes con cáncer de mama: un análisis de ruta*. *Rev. European Journal of Oncology Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102237>
- Ferro-García, R., Ascanio, L., & Valero, L. (2017). *Integrando la terapia de aceptación y compromiso con la terapia de interacción padres-hijos en un niño con trastorno negativista desafiante*. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(1), 33-40. <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/16-03.pdf>

- Garay, C., y Korman, G. (2018). Terapias cognitivo-conductuales y prácticas orientales: ciencia y espiritualidad en la psicoterapia contemporánea. *Intersecciones psicológicas*, p.7 – 10.
http://www.intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_num_29.pdf
- García, C. (2022) *Terapia racional emotive conductual en una usuaria sin autoaceptación incondicional*. [Tesis de grado, Universidad de Peruana Cayetano Heredia] Repositorio UPCH.
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11630/Terapia_GarciaPickmann_Claudia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gobierno Regional de Salud Lambayeque (04 de febrero del 2022) *Intensifican jornadas para detección oportuna de cáncer en Lambayeque*. Gobierno Regional de Lambayeque.
<https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/noticia/detalle/35290?pass=NA==>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F. y Acuña, B. (2020) Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revisara médica clínica las condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Gómez, Y. (2022) *Estrés postraumático y depresión en familiares de pacientes diagnosticados con cáncer de un hospital de Lima, Perú, 2020* [Tesis de grado, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote] Repositorio ULADECH.
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/26459/CANCER_DEPRESION_GOMEZ_GONZALES_YANET_ALEJANDRINA.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- González Tuta, D. F., Barreto Porez, A. P., y Salamanca Camargo, Y. (2017). Terapia Cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana De Psicología*, 10(2), 99–107. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.10211>

- González, C. y Ruiz, M. (2018) Terapia cognitivo conductual trans diagnóstica en atención primaria: un contexto ideal. *Revista de psicoterapia Philosophy*. DOI: 10.33898/RDP.V29I110.243
- Guizado, C. (2022) *Intervención bajo el enfoque racional emotivo conductual en un caso de ansiedad*. [Tesis de grado, Universidad de Peruana Cayetano Heredia] Repositorio UPCH.
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11662/Intervencion_GuizadoMarcelo_Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hernández, A. (2018) Intervenciones desde el enfoque cognitivo-conductual: revisión de casos clínicos. *Investigación y posgrado*.
<http://www.investigacionyposgrado.uadec.mx/site/wp-content/uploads/2020/04/Libro-TCC-2018.pdf>
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018) *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGrawHill.
<https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
- Hinojoza, U. y Peña, L. (2019) Eficacia de la terapia cognitivo conductual para disminuir los síntomas del trastorno de estrés postraumático en los pacientes niños y adolescentes. [Tesis de grado, Universidad Norbert Wiener]
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3350>
- <https://doi.org/10.5377/farem.v0i34.100114>
- Instituto Nacional del Cáncer (25 de setiembre del 2020) *Estadísticas del cáncer*. Instituto Nacional del Cáncer.
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20una%20de,c%C3%A1ncer%20a%2016%2C4%20millones.>

- Jurado, M. (2018) Una mirada introductoria a la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Revista Griot*. 10(1). ISSN 1949-4742.
- Lagos, D., Huete, L., Landero, N. y Solís, F. (2020) Eficacia de un programa cognitivo-conductual en el tratamiento del estrés laboral, en pre internos de Medicina del Hospital Escuela San Juan de Dios Estelí. *Revista científica de FAREM-Estelí*, 9(34). I:
- Landa, M. (2020) *La influencia entre la terapia cognitiva conductual y la depresión en pacientes adultos de la ciudad de Pisco – Ica, 2020*. [Tesis de grado, Universidad de Autónoma de Ica] Repositorio AUTONOMADEICA.
<http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1235/1/Maria%20Ang%C3%A9lica%20Landa%20Garcia.pdf>
- Lega, L., Calvo, M., y Sorribes, F. (2017). *Terapia racional emotiva conductual: una versión teórico-práctica actualizada*. Ediciones Paidós.
<https://books.google.com.pe/books?id=c6i4DgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Lema, K. (2022) *Análisis de los modelos de intervención psicológica aplicados para reducir la ansiedad y depresión en adultos mayores durante la pandemia por covid-19* [Tesis de grado, Universidad Politécnica Salesiana]
<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/22157/1/TTQ711.pdf>
- Llorente, Y., Macea, B. y Herrera, J. (2019) Depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en una institución de IV nivel en Montería, Colombia. *Enfermería global*, 18(56). <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.354161>
- López, A. y Moreno, A. (2019) Evaluación de una intervención basada en atención plena compasiva sobre la cesación del tabaco: un estudio comparativo. *Revista*

psicología y educación, 21(1). <https://es.scribd.com/document/443893334/Revista-Psicologia-y-Educacion-Vol-21-num-1>

Maldonado, W. (2021) *Cumplimiento de principios éticos en tesis de pregrado de médicos colegiados – Región Lambayeque, 2018*. [Tesis de posgrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo] Repositorio USAT.
https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/4023/1/TM_MaldonadoGomezWinston.pdf

Martinez, F. (2020) *Reestructuración cognitiva: ¿Qué es?. Espacio de terapia individualizada*. <https://psicorelacional.com/reestructuracion-cognitiva-que-es/>

Mejía, E. (2020) *Prevalencia de la depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo, Lima 2020*. [Tesis de grado, Universidad Autónomas de Ica] Repositorio Autonomadeica.
<http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/718/1/Eugenia%20Mejia%20Calle.pdf>

Mendoza, I. (2020) *Terapia cognitivo conductual: actualidad, tecnología*. [Tesis de grado, Universidad Peruana Cayetano Heredia] Repositorio UPCH.
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8907/Terapia_MendozaFernandez_Ingrid.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ministerio de Salud del Perú (4 de febrero del 2022). *Día mundial contra el cáncer: Más de 69 000 casos se diagnostican en el Perú cada año*. Gobierno del Perú.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/581437-dia-mundial-contra-el-cancer-mas-de-69-000-casos-se-diagnostican-en-el-peru-cada-ano>

Nadal, M. (2022) *Impacto psicológico y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama* [Tesis doctoral, Universidad de Extremadura] Repositorio UNEX.
<https://dehesa.unex.es:8443/handle/10662/14540>

- Navarro, M. (2018) *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único*. [Tesis de maestría, Universidad del Norte] Repositorio UNINORTE.
<http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8271/133881.pdf?sequence=1>
- Olivares, V. (2019) *Factores asociados a depresión en pacientes oncológicos del Hospital Regional del Cusco, 2018*. [Tesis de grado, Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco] Repositorio UNSAAC. <http://hdl.handle.net/20.500.12918/4036>
- Organización Mundial de la Salud (2 de febrero del 2022). *Cáncer*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Panamericana de la Salud (s.f.) Depresión. OPS.
<https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Palmero, J., Lassard, J., Juárez, L. y Medina, C. (2021) Cáncer de mama: una visión general. *Acta Med Grupo Angeles*, 19(3), 354-360.
<https://dx.doi.org/10.35366/101727>
- Pintado, S. (2018) Análisis predictivo del bienestar emocional en pacientes con cáncer de mama. *Psicología y Salud*, 27(2), 223-229.
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2523>
- Radio Programas del Perú (21 de octubre del 2020) *Chiclayo: más de 100 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama*. RPP Noticias.
<https://rpp.pe/peru/lambayeque/lambayeque-chiclayo-mas-de-100-mujeres-son-diagnosticadas-mensualmente-con-cancer-de-mama-noticia-1299717>

- Ramos, E., Axpe, I., Fernández, O. y Jiménez, V. (2018) Intervención cognitivo-conductual para la mejora del autoconcepto en el caso de una adolescente víctima de maltrato emocional. *Revista diagnóstico psicológico, psicoterapia y salud*, 1(9).
- Ríos, M. (2018) Terapia racional emotive conductual: una revision teórica del enfoque de Albert Ellos. *Experiencias significativas en la psicología de hoy. Clínica, educación y ciudad*, 17-36. <https://doi.org/10.35985/9789585522343.1>
- Silva, C. (2022) Estrategias de terapia dialéctica conductual para depresión en adolescentes: una propuesta teórica. *Revista de investigación Talentos*, 9(2), 84 – 100.. ISSN2631-2476.
<https://talentos.ueb.edu.ec/index.php/talentos/article/download/341/412>
- Tapasco, L. (2018) Terapia dialéctico conductual y psicoterapia focalizada en la transferencia, dos modelos de intervención del Trastorno límite de Personalidad. *Revista electrónica Psyconex*, 10(16). ISSN2145-437X.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/334756/20790559>
- Vásquez, J., y Villena, Y. (2018) *Niveles de Ansiedad y Depresión en Pacientes con Hipertensión Arterial Primaria Controlada y no Controlada en Policlínico Chiclayo Oeste – Essalud Lambayeque. Setiembre, 2017- Marzo, 2018*. [Tesis de grado, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]
<https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/1886>
- Vernon A., y Doyle, K. (2017). *Cognitive Behavior Therapies: a guidebook for practitioners*. New York, USA: Amer Counseling Assn
- Vizcano, S., Burjalés, D. Miró, J. (2019) Factores psicosociales en el dolor crónico oncológico: un estudio Delphi. *Revista de la sociedad española del dolor*, 26(1), 21-30. <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v26n1/1134-8046-dolor-26-01-00021.pdf>

Xancopinca, A. (10 de marzo del 2022) *Cáncer y salud mental*. Gaceta FMH.

<https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2022/03/10/cancer-y-salud-mental/>

Yacila, M. (2020) *Factores sociodemográficos y depresión de pacientes oncológicos del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II -2, 2018*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Tumbes] Repositorio UNTUMBES.

<https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/2318/TESIS%20-%20YACILA%20NEYRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de las variables

Variables de estudio	Dimensiones	Descripción
Variable independiente: Programa Cognitivo Conductual	Introducción – Fundamentación	Se establece la problemática en el contexto específico como es el caso de las pacientes con cáncer de mama, considerando que la depresión es percibida como el problema psicológico desencadenante de su desequilibrio emocional y se establecen las bases teóricas de la estrategia a aplicar.
	Diagnóstico	Se realiza la aplicación el Inventario de Depresión de Beck, el cual permitirá medir el nivel de sintomatología depresiva que las pacientes estén experimentando, lo cual se corroborará en los porcentajes obtenidos en pacientes y familiares, permitiendo en base a ello desarrollar el aporte práctico.
	Planteamiento del objetivo general	Disminuir los niveles de sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo, mediante el Programa Cognitivo Conductual.
	Planeación estratégica	<ul style="list-style-type: none"> - Fisiológico - Conductual - Cognitivo - Emocional
	Instrumentación	El Programa Cognitivo Conductual para la depresión se desarrollará en 12 sesiones de 60 minutos cada una, considerando el desarrollo de una sesión por semana.
	Evaluación	Se considerará la evaluación de las pacientes durante el desarrollo del programa, sin embargo, para comprobar la eficacia del mismo se establecerán criterios específicos



		que se deberán cumplir considerando la modificación del estado emocional en más del 50% de las pacientes.				
Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Fuentes de verificación
Variable dependiente : Depresión	“Trastorno emocional de base cognitiva alterado, expresado en tristeza, pesimismo, pensamientos suicidas y desvalorización, influenciando en aspectos físico conductuales mostrados a través de la indecisión, autocrítica, sentimiento de culpa, fracaso, disconformidad con uno mismo, sentimiento de castigo, pérdida de placer y llanto, que afecta la esfera afectivo emocional, manifestado en situaciones de agitación, pérdida de interés, pérdida de energía, cambios de hábitos y sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio , pérdida de interés en el sexo, expresados en el medio ambiente” (Beck, 1996)	Es la medición de dimensiones e indicadores establecida en el inventario de depresión de Beck II, considerando puntuaciones, rangos y niveles establecidos para su calificación e interpretación.	Cognitiva	Tristeza Pesimismo Pensamientos suicidas Desvalorización	Instrumento Inventario de depresión de Beck II Escala ordinal Niveles 0 -19, depresión leve; 20-28, depresión moderada y 29 - 63, depresión grave (Barreda, 2019).	Pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo. Familiares de pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.
			Física - conductual	Indecisión Autocrítica Sentimiento de culpa Fracaso Disconformidad con uno mismo Sentimiento de castigo Pérdida de placer y llanto		
			Afectivo - emocional	Agitación Pérdida de interés Pérdida de energía Cambios de hábitos y sueño Irritabilidad Cambios de apetito Dificultad de concentración Cansancio Pérdida de interés en el sexo		

Anexo 2: Matriz de consistencia

Título: Programa cognitivo conductual para la depresión en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.

Formulación del Problema	Objetivos	Técnicas e Instrumentos
<p>Insuficiencias en el proceso cognitivo conductual inciden en la depresión.</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Elaborar un programa cognitivo conductual para la depresión en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar el proceso cognitivo conductual y su dinámica. - Identificar los fundamentos históricos tendenciales del proceso cognitivo conductual y su dinámica. - Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo. - Elaborar actividades estratégicas del programa cognitivo conductual. - Validar los resultados del estudio mediante la aplicación parcial de programa cognitivo conductual en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital en Chiclayo. 	<p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observación - Encuesta - Análisis documental - Entrevista
	<p>Hipótesis</p>	<p>Instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ficha de observación - Inventario de Depresión de Beck - Fichas bibliográficas <p>Tipo y diseño:</p> <p>Pre experimental</p> <p>G O1 X O2</p> <p>G. Grupo de estudio</p> <p>O1. Pretest</p> <p>O2. Postest</p>
	<p>Si se aplica un Programa Cognitivo Conductual, que tenga en cuenta pensamiento y conducta entonces se contribuye a reducir la depresión en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.</p>	



			Responsable: Investigadora Población: Pacientes con cáncer de mama y familiares.	
Tipo y diseño de la Investigación	Población y muestra		Variables y dimensiones	
Aplicada, Transversal, Enfoque mixto, hipotético deductivo Diseño: Pre experimental.	Población:	Muestra	Variable independiente	Dimensiones
	Pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.	No probabilística: Pacientes de sexo femenino, mayores de 30 años diagnosticadas con cáncer de mama, acudan a su control y tratamiento en un hospital de Chiclayo.	Programa Cognitivo Conductual	Introducción – fundamentación Diagnóstico Planteamiento del objetivo general Planeación estratégica Instrumentación Evaluación
			Variable dependiente	Dimensiones
		Familiares de pacientes con cáncer de mama de un hospital de Chiclayo.	Depresión	Cognitiva Física conductual Afectivo emocional

Anexo 03: Instrumentos

CUESTIONARIO PARA PACIENTES

OBJETIVO: Evaluar el nivel de sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.

INSTRUCCIÓN: Por favor lea cuidadosamente cada una de los 21 grupos de frases. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido en las últimas dos semanas, incluido el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado que ha elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido y marcado más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (CHS), y el ítem 18 (CA).

VARIABLE: DEPRESIÓN	
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS COGNITIVOS	
Indicador 1: Tristeza	
SC 1.1	0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Estoy triste todo el tiempo. 3 Estoy tan triste y tan infeliz que no puedo soportarlo.
Indicador 2: Pesimismo	
SC 1.2	0 No me siento desanimado respecto a mi futuro. 1 Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas funcionen para mí. 3 Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar.
Indicador 3: Pensamientos o ideas suicidas	
SC 1.3	0 No pienso en matarme. 1 He pensado en matarme, pero no lo haría. 2 Desearía matarme. 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
Indicador 4: Desvalorización	
SC 1.4	0 Siento que soy valioso. 1 No me considero tan valioso y útil como antes. 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás. 3 Siento que no valgo nada.
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS FÍSICO - CONDUCTUALES	
Indicador 5: Indecisión	

	0 Tomo decisiones tan bien como siempre.
SFC 2.1	1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2 Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
Indicador 6: Autocrítica	
SFC 2.2	0 No me critico ni me culpo más de lo habitual. 1 Estoy más crítico conmigo mismo que antes. 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores. 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
Indicador 7: Sentimiento de culpa	
SFC 2.3	0 No me siento culpable 1 Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.
Indicador 8: Fracaso	
SFC 2.4	0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de debido 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.
Indicador 9: Disconformidad con uno mismo	
SFC 2.5	0 Siento acerca de mí, lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado de mí mismo. 3 No me gusto a mí mismo
Indicador 10: Sentimiento de Castigo	
SFC 2.6	0 No siento que este siendo castigado. 1 Creo que tal vez estoy siendo castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.
Indicador 11: Perdida de Placer	
SFC 2.7	0 Obtengo tanto satisfacción de las cosas como antes. 1 No disfruto tanto de las cosas como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas.
Indicador 12: Llanto	
SFC 2.8	0 No lloro más de lo usual. 1 Lloro más que antes. 2 Lloro por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS AFECTIVO - EMOCIONALES	
Indicador 13: Agitación	



SAE 3.1	0 No estoy más inquieto o tenso que antes. 1 Me siento más inquieto o tenso que antes. 2 Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo. 3 Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
Indicador 14: Pérdida de interés	
SAE 3.2	0 No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3 Me es difícil interesarme por algo.
Indicador 15: Pérdida de energía	
SAE 3.3	0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía que antes. 2 No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas. 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.
Indicador 16: Cambios en los hábitos de sueño	
SAE 3.4	0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a Duermo un poco más que lo habitual. 1b Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b Duermo mucho menos que lo habitual. 3a Duermo la mayor parte del día. 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.
Indicador 17: Irritabilidad	
SAE 3.5	0 No estoy más irritable que antes. 1 Estoy más irritable que antes. 2 Estoy mucho más irritable que antes. 3 Estoy irritable todo el tiempo.
Indicador 18: Cambios de apetito	
SAE 3.6	0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a Mi apetito es un poco menor que antes. 1b Mi apetito es un poco mayor que antes. 2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor que antes. 3a No tengo apetito en absoluto. 3b Quiero comer todo el día.
Indicador 19: Dificultad de concentración	
SAE 3.7	0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como antes. 2 Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
Indicador 20: Cansancio o fatiga	



SAE 3.8	0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que antes. 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer. 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.
Indicador 21: Pérdida de interés en el sexo	
SAE 3.9	0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado en el sexo que antes. 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

CUESTIONARIO PARA FAMILIARES

OBJETIVO: Evaluar el nivel de sintomatología en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo, en base a la percepción de los familiares.

INSTRUCCIÓN: Por favor lea cuidadosamente cada una de los 21 grupos de frases. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como ha percibido a su familiar en las últimas dos semanas, incluido el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado que ha elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido y marcado más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (CHS), y el ítem 18 (CA).

VARIABLE: DEPRESIÓN	
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS COGNITIVOS	
Indicador 1: Tristeza	
SC 1.1	0 Mi familiar no se siente triste. 1 Mi familiar se siente triste gran parte del tiempo. 2 Mi familiar se siente triste todo el tiempo. 3 Mi familiar está tan triste y tan infeliz que no puede soportarlo.
Indicador 2: Pesimismo	
SC 1.2	0 Mi familiar no se siente desanimado respecto a su futuro. 1 Mi familiar se siente más desanimado respecto a su futuro que antes. 2 Mi familiar no espera que las cosas funcionen para sí. 3 Mi familiar siente que no hay esperanza para en el futuro y que las cosas van a empeorar.
Indicador 3: Pensamientos o ideas suicidas	
SC 1.3	0 Mi familiar no tiene pensamientos relacionados a suicidarse. 1 Mi familiar ha pensado en matarse, pero no lo haría. 2 Mi familiar desearía matarse. 3 Mi familiar se mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
Indicador 4: Desvalorización	
SC 1.4	0 Mi familiar siente que es valioso. 1 Mi familiar no se considera tan valioso y útil como antes. 2 Mi familiar se siente menos valioso cuando se compara con los demás. 3 Mi familiar siente que no vale nada.
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS FÍSICO - CONDUCTUALES	
Indicador 5: Indecisión	
SFC 2.1	0 Mi familiar toma decisiones tan bien como siempre. 1 A mi familiar le resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.

	2 Mi familiar encuentra más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Mi familiar tiene problemas para tomar cualquier decisión.
Indicador 6: Autocrítica	
SFC 2.2	0 Mi familiar no se critica ni se culpa más de lo habitual. 1 Mi familiar está más crítico consigo mismo que antes. 2 Mi familiar se critica a sí mismo por todos sus errores. 3 Mi familiar se culpa a sí mismo por todo lo malo que sucede.
Indicador 7: Sentimiento de culpa	
SFC 2.3	0 Mi familiar no se siente culpable 1 Mi familiar se siente culpable respecto a varias cosas que ha hecho o que debería haber hecho. 2 Mi familia se siente bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Mi familiar se siente culpable todo el tiempo.
Indicador 8: Fracaso	
SFC 2.4	0 Mi familiar no se siente como un fracasado. 1 Mi familiar siente que ha fracasado más de lo debido. 2 Cuando mi familiar mira hacia atrás ve muchos fracasos. 3 Mi familiar siente que es un fracaso total.
Indicador 9: Disconformidad con uno mismo	
SFC 2.5	0 Mi familiar siente sobre sí, lo mismo que siempre. 1 Mi familiar ha perdido confianza en sí mismo. 2 Mi familiar está decepcionado de sí mismo. 3 Mi familiar no se siente a gusto consigo mismo.
Indicador 10: Sentimiento de Castigo	
SFC 2.6	0 Mi familia no siente que este siendo castigado. 1 Mi familiar cree que tal vez está siendo castigado. 2 Mi familiar espera ser castigado. 3 Mi familiar siente que está siendo castigado.
Indicador 11: Perdida de Placer	
SFC 2.7	0 Mi familiar obtiene tanta satisfacción de las cosas como antes. 1 Mi familiar no disfruta de las cosas como antes. 2 Mi familiar obtiene muy poco placer de las cosas. 3 Mi familiar no puede obtener ningún placer de las cosas.
Indicador 12: Llanto	
SFC 2.8	0 Mi familiar no llora más de lo usual. 1 Mi familiar llora más que antes. 2 Mi familiar llora por cualquier pequeñez. 3 Mi familiar siente ganas de llorar, pero no puede.
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS AFECTIVO - EMOCIONALES	
Indicador 13: Agitación	
SAE 3.1	0 Mi familiar no está más inquieto o tenso que antes. 1 Mi familiar se siente más inquieto o tenso que antes.

	<p>2 Mi familiar está tan inquieto que le es difícil quedarse tranquilo.</p> <p>3 Mi familiar está tan inquieto que tiene que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>
Indicador 14: Pérdida de interés	
<p>SAE 3.2</p>	<p>0 Mi familiar no ha perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Mi familiar está menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 Mi familiar ha perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 A mi familiar le es difícil interesarse por algo.</p>
Indicador 15: Pérdida de energía	
<p>SAE 3.3</p>	<p>0 Mi familiar tiene tanta energía como siempre.</p> <p>1 Mi familiar tiene menos energía que antes.</p> <p>2 Mi familiar no tiene suficiente energía para hacer algunas cosas.</p> <p>3 Mi familiar no tiene energía suficiente para hacer nada.</p>
Indicador 16: Cambios en los hábitos de sueño	
<p>SAE 3.4</p>	<p>0 Mi familiar no ha experimentado ningún cambio en sus hábitos de sueño.</p> <p>1a Mi familiar duerme un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Mi familiar duerme un poco menos que lo habitual.</p> <p>2a Mi familiar duerme mucho más que lo habitual.</p> <p>2b Mi familiar duerme mucho menos que lo habitual.</p> <p>3a Mi familiar duerme la mayor parte del día.</p> <p>3b Mi familiar se despierta 1-2 horas más temprano y no puede volver a dormir.</p>
Indicador 17: Irritabilidad	
<p>SAE 3.5</p>	<p>0 Mi familiar no está más irritable que antes.</p> <p>1 Mi familiar está más irritable que antes.</p> <p>2 Mi familiar está mucho más irritable que antes.</p> <p>3 Mi familiar está irritable todo el tiempo.</p>
Indicador 18: Cambios de apetito	
<p>SAE 3.6</p>	<p>0 Mi familiar no ha experimentado ningún cambio en su apetito.</p> <p>1a Mi familiar tiene un poco menos de apetito que antes.</p> <p>1b Mi familiar tiene un poco más de apetito que antes.</p> <p>2a Mi familiar tiene mucho menos apetito que antes.</p> <p>2b Mi familiar tiene mucho más apetito que antes.</p> <p>3a Mi familiar no tiene apetito en absoluto.</p> <p>3b Mi familiar quiere comer todo el día.</p>
Indicador 19: Dificultad de concentración	
<p>SAE 3.7</p>	<p>0 Mi familiar puede concentrarse tan bien como siempre.</p> <p>1 Mi familiar no puede concentrarse tan bien como antes.</p> <p>2 A mi familiar le es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Mi familiar no puede concentrarse en nada.</p>
Indicador 20: Cansancio o fatiga	
<p>SAE</p>	<p>0 Mi familiar no está más cansado o fatigado que lo habitual.</p>



3.8	1 Mi familiar se fatiga o cansa más fácilmente que antes. 2 Mi familiar está demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer. 3 Mi familiar está demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.
Indicador 21: Pérdida de interés en el sexo	
SAE 3.9	0 Mi familiar ha tenido cambios recientes en su interés por el sexo. 1 Mi familiar está menos interesado en el sexo que antes. 2 Mi familiar está mucho menos interesado en el sexo. 3 Mi familiar ha perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo 04: Validación y confiabilidad de instrumentos

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE DEPRESIÓN - PACIENTES

1. NOMBRE DEL JUEZ		Rubén Gustavo Toro Reque
2.	PROFESIÓN	Psicólogo
	GRADO ACADÉMICO (máximo)	Maestro En Ciencias con mención en Docencia Universitaria e Investigación Educativa.
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	Más de 12 años.
	CARGO	Docente Universitario Perito Psicológico
Título de la Investigación: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE CHICLAYO.		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Ana Isabella Lecca Paz
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		<ol style="list-style-type: none"> 1. Guía de entrevista () 2. Cuestionario (X) 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo () 5. Ficha documental
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		<p>General: Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión cognitiva en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión física-conductual en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión afectivo-emocional en pacientes con cáncer de mama que acuden a 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 está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias

DIMENSIONES/ÍTEMS	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS COGNITIVOS							
Indicador 1: Tristeza							
SC 1.1	0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Estoy triste todo el tiempo. 3 Estoy tan triste y tan infeliz que no puedo soportarlo.	X		X		X	
Indicador 2: Pesimismo							
SC 1.2	0 No me siento desanimado respecto a mi futuro. 1 Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas funcionen para mí. 3 Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar.	X		X		X	
Indicador 3: Pensamientos o ideas suicidas							
SC 1.3	0 No pienso en matarme. 1 He pensado en matarme, pero no lo haría. 2 Desearía matarme. 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.	X		X		X	
Indicador 4: Desvalorización							
SC 1.4	0 Siento que soy valioso. 1 No me considero tan valioso y útil como antes.	X		X		X	



	2 Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás. 3 Siento que no valgo nada.							
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS FÍSICO - CONDUCTUALES								
Indicador 5: Indecisión								
SFC 2.1	0 Tomo decisiones tan bien como siempre. 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2 Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	X		X		X		
Indicador 6: Autocrítica								
SFC 2.2	0 No me critico ni me culpo más de lo habitual. 1 Estoy más crítico conmigo mismo que antes. 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores. 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.	X		X		X		
Indicador 7: Sentimiento de culpa								
SFC 2.3	0 No me siento culpable 1 Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.	X		X		X		
Indicador 8: Fracaso								
SFC 2.4	0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de debido	X		X		X		



	2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.							
Indicador 9: Disconformidad con uno mismo								
SFC 2.5	0 Siento acerca de mí, lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado de mí mismo. 3 No me gusto a mí mismo	X		X		X		
Indicador 10: Sentimiento de Castigo								
SFC 2.6	0 No siento que este siendo castigado. 1 Creo que tal vez estoy siendo castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.	X		X		X		
Indicador 11: Perdida de Placer								
SFC 2.7	0 Obtengo tanto satisfacción de las cosas como antes. 1 No disfruto tanto de las cosas como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas.	X		X		X		
Indicador 12: Llanto								
SFC 2.8	0 No lloro más de lo usual. 1 Lloro más que antes. 2 Lloro por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.	X		X		X		
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS AFECTIVO - EMOCIONALES								
Indicador 13: Agitación								
SAE 3.1	0 No estoy más inquieto o tenso que antes.	X		X		X		



	1 Me siento más inquieto o tenso que antes. 2 Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo. 3 Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.							
Indicador 14: Pérdida de interés								
SAE 3.2	0 No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3 Me es difícil interesarme por algo.	X		X		X		
Indicador 15: Pérdida de energía								
SAE 3.3	0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía que antes. 2 No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas. 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.	X		X		X		
Indicador 16: Cambios en los hábitos de sueño								
SAE 3.4	0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a Duermo un poco más que lo habitual. 1b Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b Duermo mucho menos que lo habitual.	X		X		X		

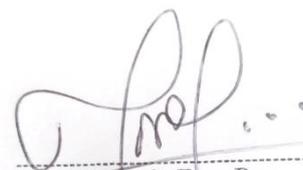
	3a Duermo la mayor parte del día. 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.							
Indicador 17: Irritabilidad								
SAE 3.5	0 No estoy más irritable que antes. 1 Estoy más irritable que antes. 2 Estoy mucho más irritable que antes. 3 Estoy irritable todo el tiempo.	X		X		X		
Indicador 18: Cambios de apetito								
SAE 3.6	0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a Mi apetito es un poco menor que antes. 1b Mi apetito es un poco mayor que antes. 2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor que antes 3a No tengo apetito en absoluto. 3b Quiero comer todo el día.	X		X		X		
Indicador 19: Dificultad de concentración								
SAE 3.7	0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como antes. 2 Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.	X		X		X		
Indicador 20: Cansancio o fatiga								

SAE 3.8	0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.						
	1 Me fatigo o me canso más fácilmente que antes.	X		X		X	
	2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer.						
SAE 3.9	0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.						
	1 Estoy menos interesado en el sexo que antes.	X		X		X	
	2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.						
	3 He perdido completamente el interés en el sexo.						
Indicador 21: Pérdida de interés en el sexo							

- El presente instrumento presenta **suficiencia**.
- Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

27 de noviembre del 2022.


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

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE
LA VARIABLE DEPRESIÓN - FAMILIARES

1. NOMBRE DEL JUEZ		Rubén Gustavo Toro Reque
2.	PROFESIÓN	Psicólogo
	GRADO ACADÉMICO (máximo)	Maestro En Ciencias con mención en Docencia Universitaria e Investigación Educativa.
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	Más de 12 años.
	CARGO	Docente Universitario Perito Psicológico
Título de la Investigación: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE CHICLAYO.		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Ana Isabella Lecca Paz
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		6. Guía de entrevista () 7. Cuestionario (X) 8. Lista de Cotejo () 9. Diario de campo () 10. Ficha documental
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		<p>General: Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión cognitiva en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión física-conductual en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión afectivo-emocional en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.
<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 está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias</p>		



DIMENSIONES/ÍTEMS		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS COGNITIVOS								
Indicador 1: Tristeza								
SC 1.1	0 Mi familiar no se siente triste. 1 Mi familiar se siente triste gran parte del tiempo. 2 Mi familiar se siente triste todo el tiempo. 3 Mi familiar está tan triste y tan infeliz que no puede soportarlo.	X		X		X		
Indicador 2: Pesimismo								
SC 1.2	0 Mi familiar no se siente desanimado respecto a su futuro. 1 Mi familiar se siente más desanimado respecto a su futuro que antes. 2 Mi familiar no espera que las cosas funcionen para sí. 3 Mi familiar siente que no hay esperanza para en el futuro y que las cosas van a empeorar.	X		X		X		
Indicador 3: Pensamientos o ideas suicidas								
SC 1.3	0 Mi familiar no tiene pensamientos relacionados a suicidarse. 1 Mi familiar ha pensado en matarse, pero no lo haría. 2 Mi familiar desearía matarse. 3 Mi familiar se mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.	X		X		X		
Indicador 4: Desvalorización								
SC 1.4	0 Mi familiar siente que es valioso.	X		X		X		



	1 Mi familiar no se considera tan valioso y útil como antes. 2 Mi familiar se siente menos valioso cuando se compara con los demás. 3 Mi familiar siente que no vale nada.							
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS FÍSICO - CONDUCTUALES								
Indicador 5: Indecisión								
SFC 2.1	0 Mi familiar toma decisiones tan bien como siempre. 1 A mi familiar le resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2 Mi familiar encuentra más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Mi familiar tiene problemas para tomar cualquier decisión.	X		X		X		
Indicador 6: Auto crítica								
SFC 2.2	0 Mi familiar no se critica ni se culpa más de lo habitual. 1 Mi familiar está más crítico consigo mismo que antes. 2 Mi familiar se critica a sí mismo por todos sus errores. 3 Mi familiar se culpa a sí mismo por todo lo malo que sucede.	X		X		X		
Indicador 7: Sentimiento de culpa								
SFC 2.3	0 Mi familiar no se siente culpable 1 Mi familiar se siente culpable respecto a varias cosas que ha hecho o que debería haber hecho.	X		X		X		

	2 Mi familia se siente bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Mi familiar se siente culpable todo el tiempo.							
Indicador 8: Fracaso								
SFC 2.4	0 Mi familiar no se siente como un fracasado. 1 Mi familiar siente que ha fracasado más de lo debido. 2 Cuando mi familiar mira hacia atrás ve muchos fracasos. 3 Mi familiar siente que es un fracaso total.	X		X		X		
Indicador 9: Disconformidad con uno mismo								
SFC 2.5	0 Mi familiar siente sobre sí, lo mismo que siempre. 1 Mi familiar ha perdido confianza en sí mismo. 2 Mi familiar está decepcionado de sí mismo. 3 Mi familiar no se siente a gusto consigo mismo.	X		X		X		
Indicador 10: Sentimiento de Castigo								
SFC 2.6	0 Mi familia no siente que este siendo castigado. 1 Mi familiar cree que tal vez está siendo castigado. 2 Mi familiar espera ser castigado. 3 Mi familiar siente que está siendo castigado.	X		X		X		
Indicador 11: Perdida de Placer								
SFC 2.7	0 Mi familiar obtiene tanta satisfacción de las cosas como antes. 1 Mi familiar no disfruta de las cosas como antes.	X		X		X		



	2 Mi familiar obtiene muy poco placer de las cosas. 3 Mi familiar no puede obtener ningún placer de las cosas.							
Indicador 12: Llanto								
SFC 2.8	0 Mi familiar no llora más de lo usual. 1 Mi familiar llora más que antes. 2 Mi familiar llora por cualquier pequeñez. 3 Mi familiar siente ganas de llorar, pero no puede.	X		X		X		
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS AFECTIVO - EMOCIONALES								
Indicador 13: Agitación								
SAE 3.1	0 Mi familiar no está más inquieto o tenso que antes. 1 Mi familiar se siente más inquieto o tenso que antes. 2 Mi familiar está tan inquieto que le es difícil quedarse tranquilo. 3 Mi familiar está tan inquieto que tiene que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	X		X		X		
Indicador 14: Pérdida de interés								
SAE 3.2	0 Mi familiar no ha perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Mi familiar está menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 Mi familiar ha perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3 A mi familiar le es difícil interesarse por algo.	X		X		X		



Indicador 15: Pérdida de energía

SAE 3.3	0 Mi familiar tiene tanta energía como siempre. 1 Mi familiar tiene menos energía que antes. 2 Mi familiar no tiene suficiente energía para hacer algunas cosas. 3 Mi familiar no tiene energía suficiente para hacer nada.	X		X		X		
--------------------	--	---	--	---	--	---	--	--

Indicador 16: Cambios en los hábitos de sueño

SAE 3.4	0 Mi familiar no ha experimentado ningún cambio en sus hábitos de sueño. 1a Mi familiar duerme un poco más que lo habitual. 1b Mi familiar duerme un poco menos que lo habitual. 2a Mi familiar duerme mucho más que lo habitual. 2b Mi familiar duerme mucho menos que lo habitual. 3a Mi familiar duerme la mayor parte del día. 3b Mi familiar se despierta 1-2 horas más temprano y no puede volver a dormir.	X		X		X		
--------------------	---	---	--	---	--	---	--	--

Indicador 17: Irritabilidad

SAE 3.5	0 Mi familiar no está más irritable que antes. 1 Mi familiar está más irritable que antes. 2 Mi familiar está mucho más irritable que antes. 3 Mi familiar está irritable todo el tiempo.	X		X		X		
--------------------	--	---	--	---	--	---	--	--

Indicador 18: Cambios de apetito



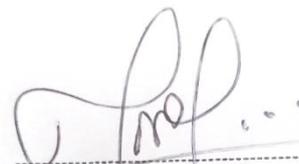
SAE 3.6	0 Mi familiar no ha experimentado ningún cambio en su apetito. 1a Mi familiar tiene un poco menos de apetito que antes. 1b Mi familiar tiene un poco más de apetito que antes. 2a Mi familiar tiene mucho menos apetito que antes. 2b Mi familiar tiene mucho más apetito que antes. 3a Mi familiar no tiene apetito en absoluto. 3b Mi familiar quiere comer todo el día.	X		X		X		
Indicador 19: Dificultad de concentración								
SAE 3.7	0 Mi familiar puede concentrarse tan bien como siempre. 1 Mi familiar no puede concentrarse tan bien como antes. 2 A mi familiar le es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo. 3 Mi familiar no puede concentrarse en nada.	X		X		X		
Indicador 20: Cansancio o fatiga								
SAE 3.8	0 Mi familiar no está más cansado o fatigado que lo habitual. 1 Mi familiar se fatiga o cansa más fácilmente que antes. 2 Mi familiar está demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer. 3 Mi familiar está demasiado fatigado o	X		X		X		

	cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.							
Indicador 21: Pérdida de interés en el sexo								
SAE 3.9	0 Mi familiar ha tenido cambios recientes en su interés por el sexo. 1 Mi familiar está menos interesado en el sexo que antes. 2 Mi familiar está mucho menos interesado en el sexo. 3 Mi familiar ha perdido completamente el interés en el sexo.	X		X		X		

- El presente instrumento presenta **suficiencia**.

- Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []



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

27 de noviembre del 2022.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión, de la cantidad de afirmaciones (Sí) está en un 90% a 100%

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE
LA VARIABLE DEPRESIÓN - PACIENTES

1. NOMBRE DEL JUEZ		Johnny Frank Reyes Cigüeñas						
2.	PROFESIÓN	Psicólogo						
	GRADO ACADÉMICO (máximo)	Magister en Psicología Educativa						
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	Más de 6 años.						
	CARGO	Docente Universitario Psicológico						
Título de la Investigación: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE CHICLAYO.								
3. DATOS DEL TESISISTA								
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Ana Isabella Lecca Paz						
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica						
4. INSTRUMENTO EVALUADO		11. Guía de entrevista () 12. Cuestionario (X) 13. Lista de Cotejo () 14. Diario de campo () 15. Ficha documental						
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		<p>General: Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión cognitiva en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión física-conductual en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión afectivo-emocional en pacientes con cáncer de mama que acuden a 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 está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias								
DIMENSIONES/ÍTEMS		Pertinencia¹		Relevancia²		Claridad³		Sugerencias
		SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	



DIMENSIÓN: SÍNTOMAS COGNITIVOS

Indicador 1: Tristeza

SC 1.1	0 No me siento triste.	X		X		X		
	1 Me siento triste gran parte del tiempo.							
	2 Estoy triste todo el tiempo.							
	3 Estoy tan triste y tan infeliz que no puedo soportarlo.							

Indicador 2: Pesimismo

SC 1.2	0 No me siento desanimado respecto a mi futuro.	X		X		X		
	1 Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes.							
	2 No espero que las cosas funcionen para mí.							
	3 Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar.							

Indicador 3: Pensamientos o ideas suicidas

SC 1.3	0 No pienso en matarme.	X		X		X		
	1 He pensado en matarme, pero no lo haría.							
	2 Desearía matarme.							
	3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.							

Indicador 4: Desvalorización

SC 1.4	0 Siento que soy valioso.	X		X		X		
	1 No me considero tan valioso y útil como antes.							
	2 Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás.							
	3 Siento que no valgo nada.							

DIMENSIÓN: SÍNTOMAS FÍSICO - CONDUCTUALES

Indicador 5: Indecisión



SFC 2.1	0 Tomo decisiones tan bien como siempre. 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2 Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	X		X		X		
Indicador 6: Autocrítica								
SFC 2.2	0 No me critico ni me culpo más de lo habitual. 1 Estoy más crítico conmigo mismo que antes. 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores. 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.	X		X		X		
Indicador 7: Sentimiento de culpa								
SFC 2.3	0 No me siento culpable 1 Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.	X		X		X		
Indicador 8: Fracaso								
SFC 2.4	0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de debido 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.	X		X		X		
Indicador 9: Disconformidad con uno mismo								



<p>SFC 2.5</p>	<p>0 Siento acerca de mí, lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado de mí mismo. 3 No me gusto a mí mismo</p>	<p>X</p>		<p>X</p>		<p>X</p>			
<p>Indicador 10: Sentimiento de Castigo</p>									
<p>SFC 2.6</p>	<p>0 No siento que este siendo castigado. 1 Creo que tal vez estoy siendo castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.</p>	<p>X</p>		<p>X</p>		<p>X</p>			
<p>Indicador 11: Perdida de Placer</p>									
<p>SFC 2.7</p>	<p>0 Obtengo tanto satisfacción de las cosas como antes. 1 No disfruto tanto de las cosas como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas.</p>	<p>X</p>		<p>X</p>		<p>X</p>			
<p>Indicador 12: Llanto</p>									
<p>SFC 2.8</p>	<p>0 No lloro más de lo usual. 1 Lloro más que antes. 2 Lloro por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.</p>	<p>X</p>		<p>X</p>		<p>X</p>			
<p>DIMENSIÓN: SÍNTOMAS AFECTIVO - EMOCIONALES</p>									
<p>Indicador 13: Agitación</p>									
<p>SAE 3.1</p>	<p>0 No estoy más inquieto o tenso que antes. 1 Me siento más inquieto o tenso que antes. 2 Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo.</p>	<p>X</p>		<p>X</p>		<p>X</p>			



	3 Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.							
Indicador 14: Pérdida de interés								
SAE 3.2	0 No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3 Me es difícil interesarme por algo.	X		X		X		
Indicador 15: Pérdida de energía								
SAE 3.3	0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía que antes. 2 No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas. 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.	X		X		X		
Indicador 16: Cambios en los hábitos de sueño								
SAE 3.4	0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a Duermo un poco más que lo habitual. 1b Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b Duermo mucho menos que lo habitual. 3a Duermo la mayor parte del día. 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.	X		X		X		
Indicador 17: Irritabilidad								



SAE 3.5	0 No estoy más irritable que antes. 1 Estoy más irritable que antes. 2 Estoy mucho más irritable que antes. 3 Estoy irritable todo el tiempo.	X		X		X		
Indicador 18: Cambios de apetito								
SAE 3.6	0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a Mi apetito es un poco menor que antes. 1b Mi apetito es un poco mayor que antes. 2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor que antes 3a No tengo apetito en absoluto. 3b Quiero comer todo el día.	X		X		X		
Indicador 19: Dificultad de concentración								
SAE 3.7	0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como antes. 2 Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.	X		X		X		
Indicador 20: Cansancio o fatiga								
SAE 3.8	0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que antes. 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las	X		X		X		

	cosas que antes solía hacer. 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.							
Indicador 21: Pérdida de interés en el sexo								
SAE 3.9	0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado en el sexo que antes. 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. 3 He perdido completamente el interés en el sexo.	X		X		X		

- El presente instrumento presenta **suficiencia**.

- Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

29 de noviembre del 2022



Mg. JOHNNY FRANK REYES CIGÜENAS
PSICÓLOGO
C.Ps.P 15856

Sello y Firma del juez

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión, de la cantidad de afirmaciones (Sí) está en un 90% a 100%

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE
LA VARIABLE DEPRESIÓN - FAMILIARES**

1. NOMBRE DEL JUEZ		Johnny Frank Reyes Cigüeñas						
2.	PROFESIÓN	Psicólogo						
	GRADO ACADÉMICO (máximo)	Magister en Psicología Educativa.						
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	Más de 6 años.						
	CARGO	Docente Universitario Psicológico						
Título de la Investigación: Programa cognitivo conductual para la depresión en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.								
3. DATOS DEL TESISISTA								
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Ana Isabella Lecca Paz						
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica						
4. INSTRUMENTO EVALUADO		16. Guía de entrevista () 17. Cuestionario (X) 18. Lista de Cotejo () 19. Diario de campo () 20. Ficha documental						
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		Evaluar el nivel de sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.						
<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 está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias</p>								
DIMENSIONES/ÍTEMS		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS COGNITIVOS								
Indicador 1: Tristeza								
SC 1.1	0 Mi familiar no se siente triste.							
	1 Mi familiar se siente triste gran parte del tiempo.	X		X		X		
	2 Mi familiar se siente triste todo el tiempo.							



	3 Mi familiar está tan triste y tan infeliz que no puede soportarlo.							
Indicador 2: Pesimismo								
SC 1.2	0 Mi familiar no se siente desanimado respecto a su futuro. 1 Mi familiar se siente más desanimado respecto a su futuro que antes. 2 Mi familiar no espera que las cosas funcionen para sí. 3 Mi familiar siente que no hay esperanza para en el futuro y que las cosas van a empeorar.	X		X		X		
Indicador 3: Pensamientos o ideas suicidas								
SC 1.3	0 Mi familiar no tiene pensamientos relacionados a suicidarse. 1 Mi familiar ha pensado en matarse, pero no lo haría. 2 Mi familiar desearía matarse. 3 Mi familiar se mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.	X		X		X		
Indicador 4: Desvalorización								
SC 1.4	0 Mi familiar siente que es valioso. 1 Mi familiar no se considera tan valioso y útil como antes. 2 Mi familiar se siente menos valioso cuando se compara con los demás. 3 Mi familiar siente que no vale nada.	X		X		X		
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS FÍSICO - CONDUCTUALES								
Indicador 5: Indecisión								



SFC 2.1	0 Mi familiar toma decisiones tan bien como siempre. 1 A mi familiar le resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2 Mi familiar encuentra más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Mi familiar tiene problemas para tomar cualquier decisión.	X		X		X		
Indicador 6: Autocrítica								
SFC 2.2	0 Mi familiar no se critica ni se culpa más de lo habitual. 1 Mi familiar está más crítico consigo mismo que antes. 2 Mi familiar se critica a sí mismo por todos sus errores. 3 Mi familiar se culpa a sí mismo por todo lo malo que sucede.	X		X		X		
Indicador 7: Sentimiento de culpa								
SFC 2.3	0 Mi familiar no se siente culpable 1 Mi familiar se siente culpable respecto a varias cosas que ha hecho o que debería haber hecho. 2 Mi familia se siente bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Mi familiar se siente culpable todo el tiempo.	X		X		X		
Indicador 8: Fracaso								
SFC 2.4	0 Mi familiar no se siente como un fracasado. 1 Mi familiar siente que ha fracasado más de lo debido.	X		X		X		



	2 Cuando mi familiar mira hacia atrás ve muchos fracasos. 3 Mi familiar siente que es un fracaso total.							
Indicador 9: Disconformidad con uno mismo								
SFC 2.5	0 Mi familiar siente sobre sí, lo mismo que siempre. 1 Mi familiar ha perdido confianza en sí mismo. 2 Mi familiar está decepcionado de sí mismo. 3 Mi familiar no se siente a gusto consigo mismo.	X		X		X		
Indicador 10: Sentimiento de Castigo								
SFC 2.6	0 Mi familia no siente que este siendo castigado. 1 Mi familiar cree que tal vez está siendo castigado. 2 Mi familiar espera ser castigado. 3 Mi familiar siente que está siendo castigado.	X		X		X		
Indicador 11: Perdida de Placer								
SFC 2.7	0 Mi familiar obtiene tanta satisfacción de las cosas como antes. 1 Mi familiar no disfruta de las cosas como antes. 2 Mi familiar obtiene muy poco placer de las cosas. 3 Mi familiar no puede obtener ningún placer de las cosas.	X		X		X		
Indicador 12: Llanto								
SFC 2.8	0 Mi familiar no llora más de lo usual. 1 Mi familiar llora más que antes.	X		X		X		



	2 Mi familiar llora por cualquier pequeñez. 3 Mi familiar siente ganas de llorar, pero no puede.							
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS AFECTIVO - EMOCIONALES								
Indicador 13: Agitación								
SAE 3.1	0 Mi familiar no está más inquieto o tenso que antes. 1 Mi familiar se siente más inquieto o tenso que antes. 2 Mi familiar está tan inquieto que le es difícil quedarse tranquilo. 3 Mi familiar está tan inquieto que tiene que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	X		X		X		
Indicador 14: Pérdida de interés								
SAE 3.2	0 Mi familiar no ha perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Mi familiar está menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 Mi familiar ha perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3 A mi familiar le es difícil interesarse por algo.	X		X		X		
Indicador 15: Pérdida de energía								
SAE 3.3	0 Mi familiar tiene tanta energía como siempre. 1 Mi familiar tiene menos energía que antes. 2 Mi familiar no tiene suficiente energía para hacer algunas cosas.	X		X		X		



	3 Mi familiar no tiene energía suficiente para hacer nada.							
Indicador 16: Cambios en los hábitos de sueño								
SAE 3.4	0 Mi familiar no ha experimentado ningún cambio en sus hábitos de sueño. 1a Mi familiar duerme un poco más que lo habitual. 1b Mi familiar duerme un poco menos que lo habitual. 2a Mi familiar duerme mucho más que lo habitual. 2b Mi familiar duerme mucho menos que lo habitual. 3a Mi familiar duerme la mayor parte del día. 3b Mi familiar se despierta 1-2 horas más temprano y no puede volver a dormir.	X		X		X		
Indicador 17: Irritabilidad								
SAE 3.5	0 Mi familiar no está más irritable que antes. 1 Mi familiar está más irritable que antes. 2 Mi familiar está mucho más irritable que antes. 3 Mi familiar está irritable todo el tiempo.	X		X		X		
Indicador 18: Cambios de apetito								
SAE 3.6	0 Mi familiar no ha experimentado ningún cambio en su apetito. 1a Mi familiar tiene un poco menos de apetito que antes. 1b Mi familiar tiene un poco más de apetito que antes.	X		X		X		



	<p>2a Mi familiar tiene mucho menos apetito que antes.</p> <p>2b Mi familiar tiene mucho más apetito que antes.</p> <p>3a Mi familiar no tiene apetito en absoluto.</p> <p>3b Mi familiar quiere comer todo el día.</p>							
Indicador 19: Dificultad de concentración								
SAE 3.7	<p>0 Mi familiar puede concentrarse tan bien como siempre.</p> <p>1 Mi familiar no puede concentrarse tan bien como antes.</p> <p>2 A mi familiar le es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Mi familiar no puede concentrarse en nada.</p>	X		X		X		
Indicador 20: Cansancio o fatiga								
SAE 3.8	<p>0 Mi familiar no está más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Mi familiar se fatiga o cansa más fácilmente que antes.</p> <p>2 Mi familiar está demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 Mi familiar está demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p>	X		X		X		
Indicador 21: Pérdida de interés en el sexo								
SAE 3.9	<p>0 Mi familiar ha tenido cambios recientes en su interés por el sexo.</p>	X		X		X		

	<p>1 Mi familiar está menos interesado en el sexo que antes.</p> <p>2 Mi familiar está mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 Mi familiar ha perdido completamente el interés en el sexo.</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

- El presente instrumento presenta **suficiencia**.

- Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

29 de noviembre del 2022



Mg. JOHNNY FRANK REYES CIGÜENAS
PSICÓLOGO
C.Ps.P 15856

Sello v Firma del Juez

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión, de la cantidad de afirmaciones (Sí) está en un 90% a 100%



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE
LA VARIABLE DEPRESIÓN - PACIENTES

1. NOMBRE DEL JUEZ		Juan Carlos Pérez Bautista						
2.	PROFESIÓN	Psicólogo						
	GRADO ACADÉMICO (máximo)	Magister en Psicología Clínica y de la Salud						
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	Más de 5 años.						
	CARGO	Docente Universitario Psicólogo						
Título de la Investigación: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE CHICLAYO.								
3. DATOS DEL TESISISTA								
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Ana Isabella Lecca Paz						
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica						
4. INSTRUMENTO EVALUADO		21. Guía de entrevista () 22. Cuestionario (X) 23. Lista de Cotejo () 24. Diario de campo () 25. Ficha documental						
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		General: Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo. Específicos: - Diagnosticar la dimensión cognitiva en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión física-conductual en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo. - Diagnosticar la dimensión afectivo-emocional en pacientes con cáncer de mama que acuden a 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 está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias								
DIMENSIONES/ÍTEMS		Pertinenci a¹		Relevancia²		Claridad³		Sugerencias
		SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS COGNITIVOS								
Indicador 1: Tristeza								



<p>SC 1.1</p>	<p>0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Estoy triste todo el tiempo. 3 Estoy tan triste y tan infeliz que no puedo soportarlo.</p>	<p>X</p>		<p>X</p>		<p>X</p>			
<p>Indicador 2: Pesimismo</p>									
<p>SC 1.2</p>	<p>0 No me siento desanimado respecto a mi futuro. 1 Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas funcionen para mí. 3 Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar.</p>	<p>X</p>		<p>X</p>		<p>X</p>			
<p>Indicador 3: Pensamientos o ideas suicidas</p>									
<p>SC 1.3</p>	<p>0 No pienso en matarme. 1 He pensado en matarme, pero no lo haría. 2 Desearía matarme. 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>	<p>X</p>		<p>X</p>		<p>X</p>			
<p>Indicador 4: Desvalorización</p>									
<p>SC 1.4</p>	<p>0 Siento que soy valioso. 1 No me considero tan valioso y útil como antes. 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás. 3 Siento que no valgo nada.</p>	<p>X</p>		<p>X</p>		<p>X</p>			
<p>DIMENSIÓN: SÍNTOMAS FÍSICO - CONDUCTUALES</p>									
<p>Indicador 5: Indecisión</p>									
<p>SFC 2.1</p>	<p>0 Tomo decisiones tan bien como siempre.</p>	<p>X</p>		<p>X</p>		<p>X</p>			



	1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2 Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.							
Indicador 6: Autocrítica								
SFC 2.2	0 No me critico ni me culpo más de lo habitual. 1 Estoy más crítico conmigo mismo que antes. 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores. 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.	X		X		X		
Indicador 7: Sentimiento de culpa								
SFC 2.3	0 No me siento culpable 1 Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.	X		X		X		
Indicador 8: Fracaso								
SFC 2.4	0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de debido 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.	X		X		X		
Indicador 9: Disconformidad con uno mismo								
SFC 2.5	0 Siento acerca de mí, lo mismo que siempre.	X		X		X		



	<p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado de mí mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo</p>							
Indicador 10: Sentimiento de Castigo								
SFC 2.6	<p>0 No siento que este siendo castigado.</p> <p>1 Creo que tal vez estoy siendo castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p>	X		X		X		
Indicador 11: Perdida de Placer								
SFC 2.7	<p>0 Obtengo tanto satisfacción de las cosas como antes.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como antes.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas.</p>	X		X		X		
Indicador 12: Llanto								
SFC 2.8	<p>0 No lloro más de lo usual.</p> <p>1 Lloro más que antes.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.</p>	X		X		X		
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS AFECTIVO - EMOCIONALES								
Indicador 13: Agitación								
SAE 3.1	<p>0 No estoy más inquieto o tenso que antes.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que antes.</p> <p>2 Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo.</p> <p>3 Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre</p>	X		X		X		

	en movimiento o haciendo algo.						
Indicador 14: Pérdida de interés							
SAE 3.2	0 No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3 Me es difícil interesarme por algo.	X		X		X	
Indicador 15: Pérdida de energía							
SAE 3.3	0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía que antes. 2 No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas. 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.	X		X		X	
Indicador 16: Cambios en los hábitos de sueño							
SAE 3.4	0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a Duermo un poco más que lo habitual. 1b Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b Duermo mucho menos que lo habitual. 3a Duermo la mayor parte del día. 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.	X		X		X	
Indicador 17: Irritabilidad							
SAE 3.5	0 No estoy más irritable que antes.	X		X		X	



	1 Estoy más irritable que antes. 2 Estoy mucho más irritable que antes. 3 Estoy irritable todo el tiempo.							
Indicador 18: Cambios de apetito								
SAE 3.6	0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a Mi apetito es un poco menor que antes. 1b Mi apetito es un poco mayor que antes. 2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor que antes 3a No tengo apetito en absoluto. 3b Quiero comer todo el día.	X		X		X		
Indicador 19: Dificultad de concentración								
SAE 3.7	0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como antes. 2 Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.	X		X		X		
Indicador 20: Cansancio o fatiga								
SAE 3.8	0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que antes. 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer.	X		X		X		

	3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.							
Indicador 21: Pérdida de interés en el sexo								
SAE 3.9	0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado en el sexo que antes. 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. 3 He perdido completamente el interés en el sexo.	X		X		X		

- El presente instrumento presenta **suficiencia**.
- Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

12 de diciembre del 2022



Mg. Juan Carlos Pérez Bautista
 C.R.S.P. N° 13212

Sello v Firma del Juez

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión, de la cantidad de afirmaciones (Sí) está en un 90% a 100%



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE
LA VARIABLE DEPRESIÓN - FAMILIARES

1. NOMBRE DEL JUEZ		Juan Carlos Pérez Bautista						
2.	PROFESIÓN	Psicólogo						
	GRADO ACADÉMICO (máximo)	Magister en Psicología Clínica y de la Salud						
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	Más de 5 años.						
	CARGO	Docente Universitario Psicólogo						
Título de la Investigación: Programa cognitivo conductual para la depresión en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.								
3. DATOS DEL TESISISTA								
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Ana Isabella Lecca Paz						
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica						
4. INSTRUMENTO EVALUADO		26. Guía de entrevista () 27. Cuestionario (X) 28. Lista de Cotejo () 29. Diario de campo () 30. Ficha documental						
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		Evaluar el nivel de sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama que acuden a 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 está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias								
DIMENSIONES/ÍTEMS		Pertinencia¹		Relevancia²		Claridad³		Sugerencias
		SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS COGNITIVOS								
Indicador 1: Tristeza								
SC 1.1	0 Mi familiar no se siente triste. 1 Mi familiar se siente triste gran parte del tiempo. 2 Mi familiar se siente triste todo el tiempo.	X		X		X		



	3 Mi familiar está tan triste y tan infeliz que no puede soportarlo.							
Indicador 2: Pesimismo								
SC 1.2	0 Mi familiar no se siente desanimado respecto a su futuro. 1 Mi familiar se siente más desanimado respecto a su futuro que antes. 2 Mi familiar no espera que las cosas funcionen para sí. 3 Mi familiar siente que no hay esperanza para en el futuro y que las cosas van a empeorar.	X		X		X		
Indicador 3: Pensamientos o ideas suicidas								
SC 1.3	0 Mi familiar no tiene pensamientos relacionados a suicidarse. 1 Mi familiar ha pensado en matarse, pero no lo haría. 2 Mi familiar desearía matarse. 3 Mi familiar se mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.	X		X		X		
Indicador 4: Desvalorización								
SC 1.4	0 Mi familiar siente que es valioso. 1 Mi familiar no se considera tan valioso y útil como antes. 2 Mi familiar se siente menos valioso cuando se compara con los demás. 3 Mi familiar siente que no vale nada.	X		X		X		
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS FÍSICO - CONDUCTUALES								
Indicador 5: Indecisión								



SFC 2.1	0 Mi familiar toma decisiones tan bien como siempre. 1 A mi familiar le resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2 Mi familiar encuentra más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Mi familiar tiene problemas para tomar cualquier decisión.	X		X		X		
Indicador 6: Autocrítica								
SFC 2.2	0 Mi familiar no se critica ni se culpa más de lo habitual. 1 Mi familiar está más crítico consigo mismo que antes. 2 Mi familiar se critica a sí mismo por todos sus errores. 3 Mi familiar se culpa a sí mismo por todo lo malo que sucede.	X		X		X		
Indicador 7: Sentimiento de culpa								
SFC 2.3	0 Mi familiar no se siente culpable 1 Mi familiar se siente culpable respecto a varias cosas que ha hecho o que debería haber hecho. 2 Mi familia se siente bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Mi familiar se siente culpable todo el tiempo.	X		X		X		
Indicador 8: Fracaso								
SFC 2.4	0 Mi familiar no se siente como un fracasado. 1 Mi familiar siente que ha fracasado más de lo debido.	X		X		X		



	2 Cuando mi familiar mira hacia atrás ve muchos fracasos. 3 Mi familiar siente que es un fracaso total.							
Indicador 9: Disconformidad con uno mismo								
SFC 2.5	0 Mi familiar siente sobre sí, lo mismo que siempre. 1 Mi familiar ha perdido confianza en sí mismo. 2 Mi familiar está decepcionado de sí mismo. 3 Mi familiar no se siente a gusto consigo mismo.	X		X		X		
Indicador 10: Sentimiento de Castigo								
SFC 2.6	0 Mi familia no siente que este siendo castigado. 1 Mi familiar cree que tal vez está siendo castigado. 2 Mi familiar espera ser castigado. 3 Mi familiar siente que está siendo castigado.	X		X		X		
Indicador 11: Perdida de Placer								
SFC 2.7	0 Mi familiar obtiene tanta satisfacción de las cosas como antes. 1 Mi familiar no disfruta de las cosas como antes. 2 Mi familiar obtiene muy poco placer de las cosas. 3 Mi familiar no puede obtener ningún placer de las cosas.	X		X		X		
Indicador 12: Llanto								
SFC 2.8	0 Mi familiar no llora más de lo usual. 1 Mi familiar llora más que antes.	X		X		X		



	2 Mi familiar llora por cualquier pequeñez. 3 Mi familiar siente ganas de llorar, pero no puede.							
DIMENSIÓN: SÍNTOMAS AFECTIVO - EMOCIONALES								
Indicador 13: Agitación								
SAE 3.1	0 Mi familiar no está más inquieto o tenso que antes. 1 Mi familiar se siente más inquieto o tenso que antes. 2 Mi familiar está tan inquieto que le es difícil quedarse tranquilo. 3 Mi familiar está tan inquieto que tiene que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	X		X		X		
Indicador 14: Pérdida de interés								
SAE 3.2	0 Mi familiar no ha perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Mi familiar está menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 Mi familiar ha perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3 A mi familiar le es difícil interesarse por algo.	X		X		X		
Indicador 15: Pérdida de energía								
SAE 3.3	0 Mi familiar tiene tanta energía como siempre. 1 Mi familiar tiene menos energía que antes. 2 Mi familiar no tiene suficiente energía para hacer algunas cosas.	X		X		X		



	3 Mi familiar no tiene energía suficiente para hacer nada.							
Indicador 16: Cambios en los hábitos de sueño								
SAE 3.4	0 Mi familiar no ha experimentado ningún cambio en sus hábitos de sueño. 1a Mi familiar duerme un poco más que lo habitual. 1b Mi familiar duerme un poco menos que lo habitual. 2a Mi familiar duerme mucho más que lo habitual. 2b Mi familiar duerme mucho menos que lo habitual. 3a Mi familiar duerme la mayor parte del día. 3b Mi familiar se despierta 1-2 horas más temprano y no puede volver a dormir.	X		X		X		
Indicador 17: Irritabilidad								
SAE 3.5	0 Mi familiar no está más irritable que antes. 1 Mi familiar está más irritable que antes. 2 Mi familiar está mucho más irritable que antes. 3 Mi familiar está irritable todo el tiempo.	X		X		X		
Indicador 18: Cambios de apetito								
SAE 3.6	0 Mi familiar no ha experimentado ningún cambio en su apetito. 1a Mi familiar tiene un poco menos de apetito que antes. 1b Mi familiar tiene un poco más de apetito que antes.	X		X		X		



	<p>2a Mi familiar tiene mucho menos apetito que antes.</p> <p>2b Mi familiar tiene mucho más apetito que antes.</p> <p>3a Mi familiar no tiene apetito en absoluto.</p> <p>3b Mi familiar quiere comer todo el día.</p>							
Indicador 19: Dificultad de concentración								
SAE 3.7	<p>0 Mi familiar puede concentrarse tan bien como siempre.</p> <p>1 Mi familiar no puede concentrarse tan bien como antes.</p> <p>2 A mi familiar le es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Mi familiar no puede concentrarse en nada.</p>	X		X		X		
Indicador 20: Cansancio o fatiga								
SAE 3.8	<p>0 Mi familiar no está más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Mi familiar se fatiga o cansa más fácilmente que antes.</p> <p>2 Mi familiar está demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 Mi familiar está demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p>	X		X		X		
Indicador 21: Pérdida de interés en el sexo								
SAE 3.9	<p>0 Mi familiar ha tenido cambios recientes en su interés por el sexo.</p>	X		X		X		

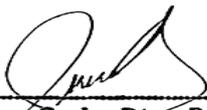
	<p>1 Mi familiar está menos interesado en el sexo que antes.</p> <p>2 Mi familiar está mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 Mi familiar ha perdido completamente el interés en el sexo.</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

- El presente instrumento presenta **suficiencia**.

- Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

12 de diciembre del 2022



Mg. Juan Carlos Pérez Bautista
 C.P.S.P.N° 13212

Sello v Firma del Juez

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión, de la cantidad de afirmaciones (Sí) está en un 90% a 100%

Anexo 06: Carta de autorización de la entidad pública.



N° 080/ 22

AUTORIZACIÓN

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

LECCA PAZ
ANA ISABELLA

Para que realice la Ejecución del Proyecto de Investigación Titulado: *"Programa Cognitivo Conductual para la Depresión en Pacientes con Cáncer de Mama que Acuden a un Hospital de Chiclayo"*, debiendo al término remitir las conclusiones respectivas.

Chiclayo, Diciembre 2022

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "LAS MERCEDES" - CHICLAYO
Dr. Elmer Alberto Delgado Senmache
C.M.P. N° 46183 R.N.E. N° A03758
DIRECTOR EJECUTIVO

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSP. REG. DOC. "LAS MERCEDES" CH.
Lic. Magaly M. Medina Rojas
C.E.P. 13515
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Anexo 07: Modelo de Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución : Universidad Señor de Sipán

Investigador: Ana Isabella Lecca Paz

Título : Programa cognitivo conductual para la depresión en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.

Yo, Lic. Magaly M. Medina Rojas, Jefa de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, del Hospital Las Mercedes, Chiclayo, DECLARO:

Haber sido informado de forma clara, precisa y suficiente sobre los fines y objetivos que busca la presente investigación “Programa cognitivo conductual para la depresión en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo”, así como en qué consiste mi participación.

Estos datos que yo otorgue serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad, manteniendo el anonimato de la información y la protección de datos desde los principios éticos de la investigación científica. Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación o cancelación que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable. Al término de la investigación, seré informado de los resultados que se obtengan.

Por lo expuesto otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que se realice la Encuesta que permita contribuir con el objetivo de la investigación: Elaborar un programa cognitivo conductual para la depresión en pacientes con cáncer de mama que acuden a un hospital de Chiclayo.

Chiclayo, 21 de diciembre del 2022

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSP. REG. DOC. "LAS MERCEDES" CH.
Lic. Magaly M. Medina Rojas
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

Anexo 08: Evidencias de la aplicación de investigación



Foto N°1: Grupo asistente al programa cognitivo conductual para la depresión en pacientes con cáncer de mama.



Foto N°2: Asistentes dando lectura a sus infografías brindadas.



Foto N°3: Participación activa por parte de las asistentes al programa.



Foto N°4: La facilitadora brinda información respectiva al tema.



Foto N°5: Participantes formando parte de las dinámicas que se desarrollaron durante las sesiones.



Foto N°6: Participación activa por parte de las asistentes al programa.



Foto N°7: Participación activa por parte de las asistentes al programa.



Foto N°8: Participación activa por parte de las asistentes al programa.



Foto N°9: Grupo asistente al programa cognitivo conductual para la depresión en pacientes con cáncer de mama.



Foto N°10: La facilitadora brinda información respectiva al tema.



Foto N°11: Participantes formando parte de las dinámicas que se desarrollaron durante las sesiones.



Foto N°12: La facilitadora brinda información respectiva al tema.



Foto N°13: Participación activa por parte de las asistentes al programa.



Foto N°14: Participación activa por parte de las asistentes al programa.



Foto N°15: Participación activa por parte de las asistentes al programa.



Foto N°16: Participación activa por parte de las asistentes al programa.



Foto N°17: Participantes formando parte de las dinámicas que se desarrollaron durante las sesiones.



Foto N°18: Participantes formando parte de las dinámicas que se desarrollaron durante las sesiones.



Foto N°19: La facilitadora brinda información respectiva al tema.



Foto N°20: P La facilitadora brinda información respectiva al tema.



Foto N°21: Participantes formando parte de las dinámicas que se desarrollaron durante las sesiones.



Foto N°22: Grupo asistente al programa cognitivo conductual para la depresión en pacientes con cáncer de mama.



Foto N°23: Participantes formando parte de las dinámicas que se desarrollaron durante las sesiones.



Foto N°24: Participantes formando parte de las dinámicas que se desarrollaron durante las sesiones.



Foto N°25: Participantes formando parte de las dinámicas que se desarrollaron durante las sesiones.



Foto N°26: Participantes formando parte de las dinámicas que se desarrollaron durante las sesiones.



Fotos N°27 y 28: Entrega de diplomas a las participantes que desearon tomarse la foto como actividad final del programa.



Fotos N°29 y 30: Entrega de diplomas a las participantes que desearon tomarse la foto como actividad final del programa.



Foto N°31: Estructura de diploma otorgada a las participantes.



Foto N°32: Regalos que se entregaron durante las pausas.

Anexo 09: Aprobación del Informe de Tesis

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. Karina Paola Carmona Brenis.

APRUEBAN:

La Tesis: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE CHICLAYO.

Presentado por la estudiante Bach. Ana Isabella Lecca Paz de la MAESTRÍA EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA.

Pimentel, 26 de agosto del 2023.



Dr. Juan Carlos Callejas Torres
Orcid 0000-0001-8919-1322
Renacyt P0098518
Scopus Author ID 57222188256

Dr. Juan Carlos Callejas Torres

Docente de Curso



Karina P. Carmona Brenis
PSICOLOGA
C.PSP. 12078

Mg. Karina Paola Carmona Brenis

Asesora Especialista

Anexo 10. Acta de originalidad de informe de tesis



ACTA DE SEGUNDO CONTROL DE REVISIÓN DE SIMILITUD DE LA INVESTIGACIÓN

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 LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE CHICLAYO** elaborado por el (la) estudiante **LECCA PAZ ANA ISABELLA**.

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, 19 de marzo de 2024


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

DNI N° 43815291