



**UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**TESIS**

**ESTRATEGIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA  
EL MANEJO DE ESTRÉS Y DEPRESION EN  
MADRES DE FAMILIA DE UN COMEDOR  
POPULAR DISTRITO – LLAMA.**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO  
DE MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA.**

**Autora:**

**Bach. Diaz Pajares Sandra Evelyne.  
ORCID: [https://orcid.org/ 0000-0002-9629-2313](https://orcid.org/0000-0002-9629-2313)**

**Asesor:**

**Dr. Callejas Torres Juan Carlos  
ORCID: [https://orcid.org/ 0000-0001-8919-1322](https://orcid.org/0000-0001-8919-1322)**

**Línea de Investigación:**

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

**Sublínea de Investigación:**

**Acceso y cobertura de los sistemas de atención sanitaria.**

**Pimentel – Perú**

**2024**



**UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**“ESTRATEGIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE  
ESTRÉS Y DEPRESION EN MADRES DE FAMILIA DE UN  
COMEDOR POPULAR DISTRITO – LLAMA”.**

**AUTORA**

**Mg. SANDRA EVELYNE DIAZ PAJARES.**

**PIMENTEL – PERÚ**

**2024**

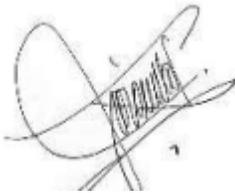
**ESTRATEGIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE  
ESTRÉS Y DEPRESION EN MADRES DE FAMILIA DE UN  
COMEDOR POPULAR DISTRITO – LLAMA**

**APROBACIÓN DE LA TESIS**



---

Dr. Candela Ayllón Víctor Eduardo.  
**Presidente del jurado de tesis**



---

Mg. Jaramillo Arica Pedro Segundo  
**Secretario del jurado de tesis**



---

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

**DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD**

Quien suscribe la **DECLARACIÓN JURADA**, soy egresado 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:

**ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE ESTRÉS Y  
DEPRESION EN LAS MADRES DE FAMILIA DE UN COMEDOR POPULAR  
DISTRITO -LLAMA.**

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, firman:

<b>DIAZ PAJARES SANDRA EVELYNE</b>	<b>DNI: 45927562</b>	
--	----------------------	--

Pimentel, 02 de marzo de 2024.

# REPORTE SIMILITUD TURNITIN



## 20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

### Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

### Fuentes principales

- 18%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 8%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Marcas de integridad

#### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## ÍNDICE GENERAL

Indice general .....	v
Indice de tabla .....	vi
Indice de figuras .....	viii
Dedicatoria .....	ix
Agradecimiento .....	xi
RESUMEN .....	xi
ABSTRACT.....	xii
I.- Introducción .....	1
1.1. Realidad problemática .....	1
1.2. Formulación del Problema.....	6
1.3. Justificación e importancia del estudio.....	7
1.4. Objetivos.....	8
1.4.1. Objetivos General .....	8
1.4.2. Objetivos Específicos .....	8
1.5. Hipótesis .....	8
II.- MARCO TEÓRICO .....	9
2.1. Trabajos previos.....	9
III.- MÉTODO .....	32
3.1. Tipo y Diseño de Investigación .....	32
3.2. Variables, Operacionalización (enfoque cuantitativo) .....	33
3.3.- Población, muestreo y muestra (enfoque cuantitativo) .....	38
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad .....	38
3.5. Procedimientos de análisis de datos .....	43
3.6. Criterios éticos .....	44
3.7. Criterios de Rigor científico .....	45
IV. RESULTADOS .....	45
V.- DISCUSIÓN.....	50
REFERENCIAS .....	88
ANEXOS .....	99

## Índice de tablas

Tabla 1. Estadística fiabilidad escala estrés .....	41
Tabla 2. Estadística fiabilidad escala depresión .....	43
Tabla 3. Distribución de nivel de pretest general estrés .....	45
Tabla 4. Distribución de nivel pretest general estrés por dimensiones.....	46
Tabla 5. Distribución de nivel pretest general depresión .....	48
Tabla 6. Distribución de nivel pretest general depresión por dimensiones .....	49
Tabla 7. Cuadro resumen de actividades de sistema de procedimiento .....	61
Tabla 8. Cuadro de actividades sesión 01 .....	63
Tabla 9. Cuadro de actividades sesión 02 .....	64
Tabla 10. Cuadro de actividades sesión 03 .....	65
Tabla 11. Cuadro de actividades sesión 04.....	67
Tabla 12. Cuadro de actividades sesión 05 .....	68
Tabla 13. Cuadro de actividades sesión 06.....	69
Tabla 14. Cuadro de actividades sesión 07.....	70
Tabla 15. Cuadro de actividades realizadas en el programa estrategia cognitivo ...	71
Tabla 16. Cuadro de presupuesto en el programa de estrategia cognitivo .....	73
Tabla 17 Distribución de nivel de pretest y postest general estrés.....	74
Tabla 18. Distribución de nivel de pretest y postest general estrés en la dimensión malestar paterno .....	74
Tabla 19. Distribución de nivel de pretest y postest general estrés en la dimensión interacción .....	75

Tabla 20. Distribución de nivel de pretest y postest general estrés en la dimensión niño difícil .....	76
Tabla 21. Distribución de nivel de pretest y postest general depresión .....	77
Tabla 22. Distribución de pretest y postest depresión en dimensión afectivo ..	78
Tabla 23. Distribución de pretest y postest depresión en dimensión fisiológico	78
Tabla 24. Distribución de pretest y postest depresión en dimensión psicomotor	79
Tabla 25. Distribución de pretest y postest depresión en dimensión psíquico.	80
Tabla 26. Distribución de normalidad estrés general .....	81
Tabla 27. Distribución de normalidad estrés por dimensiones .....	81
Tabla 28. Distribución de normalidad depresión general.....	82
Tabla 29. Distribución de normalidad depresión por dimensiones .....	83
Tabla 30. Distribución de wilcoxon estrés general .....	84
Tabla 31. Distribución de wilcoxon estrés por dimensiones .....	84
Tabla 32. Distribución de wilcoxon depresión general .....	85
Tabla 33. Distribución de wilcoxon por dimensiones .....	86

## **Índice de figuras**

Figura 1. Distribución de nivel de pretest general estrés .....	46
Figura 2. Distribución de nivel pretest general estrés por dimensiones.....	47
Figura 3. Distribución de nivel pretest general depresión .....	48
Figura 4. Distribución de nivel pretest general depresión por dimensiones .....	49

### **Dedicatoria**

Dedico este proyecto de investigación a mis Padres, por su constante aliento y apoyo incondicional a lo largo de mi vida que ha impulsado en mi a lograr alcanzar mis metas.

A mis hermanas, sobrinos y familiares por ser siempre una fuente de alegría y motivación.

Y a mis tres abuelitos en el cielo, quienes, aunque no están físicamente presentes, su legado de perseverancia y valentía continúa inspirándome cada día.

**Diaz Pajares, Sandra Evelyne.**

## **Agradecimiento**

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento. al docente Mg. Pedro Pérez Martinto y mi asesor el Dr. Juan Carlos Callejas por su orientación y paciencia a lo largo de este proceso.

No puedo dejar de mencionar a mis padres, familia y amistades por su comprensión y aliento constante.

Su apoyo emocional ha sido mi fortaleza en los momentos más difíciles.

Finalmente, a mi mascota gran Eros, por acompañarme en todas mis traspasadas en todo este proceso de desarrollo de tesis.

**Diaz Pajares, Sandra Evelyne.**

## RESUMEN

El objetivo principal de este estudio fue aplicar una estrategia cognitivo conductual para el manejo de estrés y depresión a las madres de familia del comedor popular del distrito – Llama. Se enmarco en la investigación aplicada de tipo explicativo, diseño de investigación transversal. La población muestral estuvo conformada por 35 madres de familia, con indicadores de estrés y depresión. Se empleo para la recolección de datos el test Cuestionario de Estrés Parenteral versión peruana y las Escala de Auto aplicación de Depresión de Zung (EAMD). Con una validación de 3 expertos; en cuanto a la confiabilidad se utilizó el estadístico Alfa de Cronbach, encontrando valores en la escala de estrés ,861 y depresión ,735 corroborando que las pruebas presentan consistencia interna. Esto demuestra fehacientemente y con escaso margen de error en la existencia en ambas escalas en las madres de familia. En consecuencia, se aplicó un programa de estrategias cognitivo-conductuales en el cual demostró que los tratamientos de corte cognitivo conductual pueden significar en disminuir los síntomas de estres y depresión en la población de madres de familia; esto se observó en los resultados del post test, una diferencia significativa, con el cual se revelo que el programa logro reducir significativamente ( $P= 0.000$ ) el manejo a estrés y depresión, lo que demuestra la eficacia al programa.

**Palabras claves:** Estrategias, cognitivos, conductuales, manejo, estrés, depresión.

## ABSTRAC

The main objective of this study was to apply a cognitive-behavioral strategy for stress and depression management to the mothers of the district's soup kitchen - Llama. It was framed in the applied research of explanatory type, cross-sectional research design. The sample population consisted of 35 mothers with indicators of stress and depression. The Peruvian version of the Parenting Stress Questionnaire and the Zung Depression Self-Application Scale (EAMD) were used for data collection. With a validation by 3 experts; as for reliability, Cronbach's Alpha statistic was used, finding values in the stress scale ,861 and depression ,735, corroborating that the tests present internal consistency. This demonstrates reliably and with little margin of error the existence of both scales in the mothers. Consequently, a program of cognitive-behavioral strategies was applied in which it was demonstrated that the cognitive-behavioral treatments can reduce the symptoms of stress and depression in the population of mothers; this was observed in the results of the post test, a significant difference, which revealed that the program achieved a significant reduction ( $P= 0.000$ ) in the management of stress and depression, which demonstrates the effectiveness of the program.

**Key words:** Strategies, cognitive, behavioral, coping, stress, depr

## **I.- Introducción**

### **1.1. Realidad problemática**

El bienestar mental influye significativamente en las vidas de personas alrededor del planeta. Del mismo modo, el aislamiento social, la sensación de inseguridad y las dificultades de salud han incrementado los niveles de ansiedad, depresión y estrés en muchas personas.

El impacto es particularmente severo en grupos vulnerables como el personal de salud, las personas mayores y aquellos que enfrentan dificultades de salud mental, según el informe. Las personas experimentan depresión, ira, problemas familiares debido al aumento de la violencia, actividad excesiva en línea, soledad, etc. De igual manera, los grupos más vulnerables también enfrentan desafíos psicológicos, educativos y económicos, especialmente aquellos afectados negativamente por la informalidad, el desempleo y la discriminación social, racial o de género. Por lo tanto, se deben tener en cuenta diversos riesgos, incluidos los riesgos de enfermedad, desempleo, falta de salud y saneamiento, etc. Las amenazas ambientales empeoran la situación. (UNESCO 2020).

La revisión de la literatura que se está realizando sobre la relevancia de la salud mental se destacó de manera significativa a lo largo de la pandemia actual confirma que los problemas de salud mental reaparecerán en cualquier situación de crisis, las reacciones afectivas y la salud mental. Esto sugiere que las conductas de estrés, depresión y ansiedad estuvieron presentes al principio de la pandemia en la población general, especialmente en los trabajadores de la salud que respondieron directamente a los casos de Covid-19. (Jeff, 2020).

Por otro lado, se denomina estrés al cambio de actitud o reto. Siendo eficaz a corto plazo donde se incrementa su estado de prevención que le da energía para terminar las labores. No obstante, el estrés es el extenso término que adquiere provocar serios inconvenientes de fortaleza. De tal modo que las mujeres tienden a ser más sensibles que los varones a padecer indicios de estrés como cefaleas y molestia digestiva. Igualmente, las

mujeres poseen mayores probabilidades de tener inconvenientes de salud psicológica que están exacerbados por el estrés, como la depresión y la ansiedad. (OASH ,2021).

La OMS (2023), describe al estrés como una serie de respuestas fisiológicas que preparan al cuerpo para la acción. Esto ocurre cuando surgen situaciones estresantes inevitables que afectan al individuo. Algunos estudios muestran que el estrés se asocia con dolores de cabeza, rigidez muscular, dolor torácico, fatiga, dolor abdominal y problemas para dormir (Emiro et al., 2023; Encina et al., 2018; Talavera-Salas et al., 2021).

De igual forma, se asevera que si la depresión persiste y el estado de ánimo es deprimido entonces es un problema de salud grave ya que sus efectos se pueden ver en el ámbito laboral, escolar, asuntos familiares, etc. familiares y en casos extremos, incluso puede llevar al suicidio. (OMS, 2020).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la depresión es una enfermedad común que afecta al 5% de los adultos, modifica las actividades escolares, laborales y familiares, provoca suicidio en personas de 15 a 29 años.

Del mismo modo, las integrantes del comedor popular notaron que requerido al confinamiento por la pandemia del covid -19, en su mayoría tenían problemas con responsabilidades adicionales, nuevas reglas de convivencia, problemas económicos y emocionales por pérdidas de sus familiares, debido al confinamiento provocado por la pandemia del covid -19, todo esto los ha vuelto resistentes a los trastornos mentales, por lo que predomina el estrés y la depresión.

Para el MINSA (2020) destaca que el ambiente en el que actualmente vivimos sumergidos ha intervenido y adquirido la presencia de ansiedad, por lo que las personas sienten miedo, frustración e irritabilidad, siendo normal experimentar una gama de emociones negativas como la diferenciación, ansiedad, perturbaciones del ensueño, disminución de apetito, la inestabilidad emocional y la soledad, principalmente debido a la deficiente sustento social.

En cuanto a la agencia de la ONU, ha afirmado que, sin las regulaciones necesarias en la situación actual, los ancianos, las mujeres y los niños residentes estarán expuestos a un estrés psicológico de mediano a largo plazo (ONU, 2020).

A nivel Internacional, Lozano (2020) encontró que las condiciones de aislamiento social tienen efectos psicológicos de leves a severos en el 53,8% de la población. El 16,5% de los individuos estuvieron con síntomas leves de depresión, a medida que el 28,8% manifestó ansiedad, y el 8,1% ostentó estrés en niveles que oscilaron entre moderados y graves.

Así lo demuestra el estudio científico de Cherng et al. (2021) recopiló información de estudiantes universitarios de Malasia en julio de 2020 e identificó lo siguiente con respecto a los síntomas de depresión: el 15,5% de los participantes se encontraban en la etapa leve, el 11,7% en la etapa grave y el 5,1% en la etapa severa, y El 4,1% se encontraba en estadio grave. Se encuentra en un estado extremadamente grave. En cuanto a la ansiedad, el 7% fue leve, el 16,5% moderada, el 7% grave y el 6,2% muy grave. Finalmente, en cuanto a la dimensión estrés, el 26,3% se encontraba con el rango leve, el 9,5% rango moderado, el 5,4% rango severo y el 1,2% rango muy severo.

Para el Ministerio de Salud (MINSA, 2021), el 52,2% de los limeños presenta signos de sobrepeso debido a la naturaleza de la epidemia, y para evitarlo se recomienda una vida más familiar y amigable. Aunque el estrés no es una patología, puede convertirse en una enfermedad mental en el momento en que las personas estresadas comienzan a mostrar síntomas de depresión y ansiedad. Además, ven el apoyo familiar como clave para cambiar las condiciones de salud mental.

El Dr. Albarracín (2022) realizó un estudio entre estudiantes universitarios de medicina humana en la ciudad de Huancayo y encontró que el 18,59% de los participantes padecía depresión moderada. El 7,43% padecía depresión mayor. y el 7,06% tenía depresión extremadamente grave. De igual forma, el 23,05% expresó ansiedad moderada. el 13,38%, ansiedad severa; El 23,79% presenta ansiedad muy severa. En cuanto al aspecto estrés, el

14,87% tuvo un nivel moderado, el 10,04% tuvo un nivel severo y el 3,35% tuvo un nivel muy severo.

En el Comedor popular del distrito de Llama, no se encontró investigaciones o iniciativas vinculadas a la variable que señalen la existencia de una brecha teórica, pero a través de las experiencias surgidas existen manifestaciones del problema de las madres de familia:

- Cefalea recurrente.
- Falta de concentración en las tareas del hogar.
- Cansancio físico excesivo.
- Mala memoria.
- Entristecido por la pérdida de familiares.
- Dependencia financiera.
- Falta de apetito.
- Pérdida de interés en la aceleración.

Las manifestaciones y observaciones descritos pueden ser vistos desde la psicología cognitiva para facilitar estrategias cognitivo conductuales.

En cuanto al avance de la investigación, se plantea el **problema científico:**

**Insuficiencia en el proceso cognitivo conductual limita el manejo del estrés y depresión en las madres de familia del comedor popular.**

Considerando el problema de un mal manejo de estrés y depresión se ha transformado en una dificultad que afecta la salud físico y mental de las madres, se solicita así mismo su análisis, que al aplicar métodos y herramientas de investigación como observación y encuestas donde se observan posibles factores que originan el tema en cuestión, éstas son:

- Insuficiente estudio de una estrategia cognitivo conductual del manejo de estrés y la depresión en las madres del comedor social del distrito – Llama.

- Inadecuada capacitación del servicio psicológico y falta de instrucción metódica práctica para el proceso de comportamiento cognitivo de las madres en el comedor social.
- Inexistencia de orientación y consejería a las madres de familia por el desinterés o poca participación en el manejo de estrés y depresión, presentándose un alto porcentaje.
- Insuficiente formación en la orientación metódica y práctica de las madres de familia sobre el proceso **cognitivo conductual** que incide en el manejo de estrés y depresión.
- Escasas estrategias cognitivo conductual para el manejo de estrés y depresión.
- Insuficiente orientación psicológica sobre los procesos cognitivo conductual en las madres de familia incide en el manejo de estrés y depresión.

En definición del **objeto de investigación**; se propone el estudio del proceso cognitivo conductual.

Desarrollado originalmente por Watson, Thorndike, Skinner y Bandura, ejecutaron varias investigaciones de psicología del comportamiento, desde el condicionamiento clásico hasta el operante, en el cual desarrollarán actitudes cognitivas (Centro de Psicoterapia y Diagnóstico, 2021).

Así mismo, Suárez et al., (2020), mencionan que la intervención de la terapia se examina principalmente mediante la obtención de investigaciones a nivel de psicoterapia y desarrollo de programas, que afirman que ha demostrado ser eficaz en comparando con otros enfoques. Sin embargo, también se han señalado situaciones en las que las reacciones del paciente no es la esperada. Por lo tanto, el grado de efectividad de las intervenciones en terapia cognitivo conductual está muy relacionado con el diagnóstico oportuno por parte del examinador para llevar a cabo un abordaje gradual del paciente. (Guardiola y Sanz, 2021).

El enfoque cognitivo-conductual sostiene que el contexto se crea de las propias percepciones de los incentivos que uno logra o anhela, y que toda la aceptación, el proceso y el uso de la investigación están guiados por los estándares que los individuos se encuentran a lo largo de sus vidas. Ser independiente de las circunstancias externas. El conocimiento de la conducta problemática, el contexto, la frecuencia, la historia, las consecuencias, la

genética y el entorno social se consideran fundamentales para facilitar un posible tratamiento psicoterapéutico en un momento posterior. (Cabrejos, 2020).

Su finalidad es aumentar la autoconfianza del sujeto para que pueda afrontar las amenazas e incertidumbres que son las metas u objetivos de la terapia de estrés cognitivo. Recuerde que los modelos cognitivos (Beck J., 1995) se enfocan en las distorsiones del pensamiento y cómo afectan simultáneamente el estado mental y el comportamiento. Esto requiere intervenciones estratégicas de procesamiento cognitivo para alterar el pensamiento que influye en la mejora del estado de ánimo al tiempo que induce el comportamiento. Para modificar las creencias disfuncionales, en palabras de Ellis (1962), las creencias irracionales evocan una evaluación inmediata de amenaza y reduce los niveles de estrés y depresión aguda. (Flores ,2020).

A partir del análisis realizado por estos autores, aún no existen suficientes ejemplos prácticos en términos de contextualización integral, fundamentos teóricos, sistematización integral, desarrollo de la acción terapéutica, integración de relevancia y generalización entre contextos para permitir este proceso, por lo que el **campo de investigación** sugiere que esto se logra a través de la dinámica de procesos cognitivo-conductuales.

## **1.2. Formulación del Problema**

Insuficiencia en el proceso cognitivo conductual limita el manejo del estrés y depresión en las madres de familia del comedor popular.

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

La exploración propuesta se ejecuta por interés de estudio mediante las manifestaciones de las madres de familia que enfrentan diariamente en sus hogares debido a la situación caótica actual que estamos viviendo ya que repercute en ellas a través de su estado emocional desencadenando así manifestaciones emocionales como el estrés y la depresión que afecta funciones fisiológicas , emocionales y cognitivas , formándose así una tensión emocional que inmoviliza y genera una sensación de amenaza para su vida cotidiana.

A nivel teórico, debido a estos argumentos se desarrollará la investigación, basada en la Terapia Cognitiva Conductual donde se aplicará una estrategia cognitiva conductual para manejar el estrés y la depresión en las madres de familia de un comedor popular; es así que debido a la deficiente información y estudio en esta realidad problemática dificulta la mejora y comodidad de las madres de familia.

Nivel práctico, se empleará la estrategia cognitivo-conductual que aborde el estrés y la depresión en las madres de familia, lo que facilitará el desarrollo de habilidades clave para llevar a cabo una intervención efectiva.

Metodológicamente, Contribuirá a la implementación y validación de las estrategias cognitivo-conductuales, alineándose con el propósito de esta investigación y sirviendo como base para futuros estudios experimentales realizados por otros actores sociales.

A nivel social, su mejora es favorable para las madres de familia y comunidad social implantar mejoría desde el uso de la estrategia cognitivo – conductual. En conclusión, La relación con su base científica radica en la iniciativa de aplicar una estrategia cognitivo-conductual, dada la falta de investigaciones adecuadas sobre esta problemática. De esta manera, contribuirá a la implementación de futuros programas basados en la teoría cognitivo-conductual.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivos General**

Aplicar una estrategia cognitivo conductual para el manejo de estrés y depresión a las madres de familia del comedor popular del distrito – Llama.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Argumentar científicamente el **proceso cognitivo conductual**, su evolución histórica y su dinámica.
- Diagnosticar el estado actual la dinámica del **proceso cognitivo conductual** con relación al manejo del estrés y depresión en las madres de familia del comedor popular.
- Elaborar la estrategia **cognitivo conductual** para el manejo de estrés y depresión en las madres del comedor popular.
- Comparar los datos iniciales pre y post para la evaluación de significación de los cambios en el manejo de estrés y depresión en las madres del comedor popular.

## **1.5.Hipótesis**

Al aplicar una estrategia cognitivo-conductual que considere su enfoque formativo y su organización sistemática, se contribuirá al manejo del estrés y la depresión en las madres de familia del comedor popular del distrito de Llama.

## **II.- MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Trabajos previos**

Si bien es cierto existen pocos estudios que analicen directamente las variables de investigación, se han obtenido los siguientes resultados relacionados.

#### **A Nivel Internacional**

Lacoba, García y Sanz (2021), realizó un análisis con el objetivo de evaluar las Intervenciones cognitivo-conductuales en la depresión con una población de 6 mujeres; así mismo obtuvo resultados antes del tratamiento con niveles altos de ansiedad, depresión y baja satisfacción se concluye que se consigue disminuir los síntomas y mejorar la satisfacción con la vida.

Lagos García, et al., (2020), presenta un programa de intervención para el manejo del estrés dirigido a estudiantes de medicina, cuyo objetivo principal es valorar la efectividad de un enfoque cognitivo-conductual en la gestión del estrés laboral. Con base en los resultados del pretest, el 60% de los colaboradores presenta un nivel medio de fatiga mental, el 23.33% nivel alto y el 16.67% nivel bajo. Se espera que estos niveles disminuyan tras la implementación del programa. Además, se registró un 10% de cansancio mental y un malestar psicológico bajo del 30%.

González (2020) , investigo estrés y factores de riesgo en las amas de casa donde obtuvo resultados que el 62,5% prevaleciendo el nivel medio de estrés, mientras que el 58,8 % presenta índice de estresamiento moderado origen de las contingencias del ambiente , resaltando la causalidad , a nivel social el aumento del número de contagios en la comunidad con el 71,3%, y a nivel doméstico actividades como la administración de recursos económicos con el 41,3%; determinando que existe una asociación estadísticamente significativa entre el estrés y los factores de riesgo psicosociales de las mujeres amas de casa residentes .

Debowska et al. (2020) Investigaron sobre depresión, ansiedad, estrés en estudiantes universitarios obteniendo resultados que muestran que a medida que avanzaba la pandemia, también aumentaba el número de pacientes con depresión ; así mismo se concluye que las mujeres obtienen puntuaciones más altas en las pruebas, por otra parte los resultados más

bajos en la categoría de depresión y ansiedad los hombres de 18 a 24 años tienen más probabilidades de experimentar síntomas de depresión, ansiedad e ira.

### **A Nivel Nacional**

Alcántara (2023), implementó un programa cognitivo-conductual para el manejo del estrés en los cuidadores. Además, se obtuvieron resultados positivos en el pretest, que mostraron buenos valores en el afrontamiento de bajos niveles de estrés y sus distintas dimensiones. Estos indicadores sirvieron para definir los objetivos del programa, los cuales se aplicaron a lo largo de todo el proceso, brindando así una ventaja. Esto permitió demostrar la efectividad del postest, que reveló los porcentajes favorables en el manejo del estrés.

Huamán (2023) , elaboro un programa cognitivo conductual para disminuir la depresión en adultos mayores ; evidenciándose un resultado eficiente después de haber aplicado el problema cognitivo conductual; además se logró la disminución de la variable depresión en adultos mayores con un 90% del nivel moderado y un 10% en el nivel leve, lo cual, en el pre test, se obtuvo un 10% en el nivel alto, también un 88% en el nivel moderado y un 3% en el nivel leve; logrando identificar el problema en cual se aplicará un programa para una mejorar su salud mental.

Pacco y Ochoa (2022), realizaron una investigación sobre depresión, ansiedad y estrés en personas que acuden a un establecimiento de salud durante la pandemia donde alcanzaron resultados en depresión de mayor frecuencia el nivel moderado con 51,4%, nivel leve 24,3%, nivel severo 16,2%, nivel normal 10,7% y nivel extremadamente severo con 4,7% ; ansiedad con nivel moderado 45%, nivel leve 25,7%, nivel normal 15%, nivel severo 12,1% y extremadamente severo 2,1% y estrés con nivel moderado 42,1%, nivel leve 36,4%, nivel severo 11,4%, nivel normal 9,3% y extremadamente severo 0,7% ; así mismo concluyendo que en los niveles de depresión, ansiedad y estrés predominó un nivel moderado.

Vásquez. (2020), Explicó el estrés, la depresión y la ansiedad del personal de un hospital. Los resultados indicaron que la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés laboral fue del 68,9%, 53,5% y 44,4%, respectivamente. No obstante, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre las variables ansiedad, depresión y estrés laboral, ni entre

ansiedad y las dimensiones de depresión. Además, no se identificó una asociación significativa entre depresión y estrés laboral, ni entre depresión y ansiedad o estrés laboral.

Millones y González (2021) analizaron una investigación en depresión, ansiedad y estrés durante la emergencia sanitaria ; logrando un resultado donde predomino extremadamente severo con 41,7% en los jefes de hogar ; 41,7%, moderado 20,9%, leve con 20%, normal y severo 8,7% así mismo la relación de las dimensiones, en depresión predomino el nivel moderado 27%, ansiedad el nivel moderado 17,4% y en estrés el nivel severo con 25,2% ; concluyendo que el impacto psicológico predomina el nivel extremadamente severo, seguido de moderado, leve, normal y severo y referente a las dimensiones, la depresión predominó con un valor extremadamente severo, en ansiedad el nivel extremadamente severo y en estrés el nivel normal.

### **A Nivel Local**

Sánchez y Cabrera (2022) , se compararon los niveles de estrés por COVID-19 en adultos mayores, obteniendo como resultado un nivel de estrés severo en las tres dimensiones, con un 59,8% a nivel global. Con un 95% de confianza, se estimó que el nivel de estrés severo se encuentra entre el 54,4% y el 65,2%. Este estudio concluye que el nivel de estrés en los adultos mayores de Chota, en el contexto de la COVID-19, es diferente al nivel de estrés en los adultos mayores de Lima.

Chilón (2020), estudio niveles de estrés y estrategias de afrontamiento del personal de Obstetricia y Ginecología de un Hospital, donde se obtuvo como resultado el nivel moderado de estrés 68% y estrategias de afrontamiento positivas 66%; igualmente se manifiesta que el nivel de estrés más leve y más frecuente es cuando lo afrontamos de forma proactiva.

## **2.2 Teorías relacionadas al tema**

### **Fundamentación epistemológica del proceso cognitivo conductual y su dinámica**

#### **Terapia Cognitiva Conductual**

Puerta y Padilla (2011). La TCC es un prototipo de tratamiento para distintos trastornos mentales que beneficia a los pacientes a cambiar sus ideas, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales que puedan adaptarse mejor a la lucha contra sus problemas.

El uso de estrategias cognitivo-conductuales es fundamental utilizar, ya que diversos estudios han demostrado la eficiencia en el mismo para trastornos del comportamiento, trastornos socioemocionales y trastornos psiquiátricos. Saltaru y Vásquez (2008), señalaron que 100 casos de estrés postraumático por maltrato infantil, el 69,8% se estableció más rápido con tratamiento cognitivo-conductual. De la misma manera, los problemas de abuso o abuso infantil provocaron otras respuestas que incluyen ansiedad, agresión, retraimiento, timidez y ansiedad los cuales se redujo significativamente con el enfoque cognitivo-conductual.

#### **Historia**

Según Ruiz et al. (2012), la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) tiene como objetivo abordar los problemas conductuales mediante enfoques similares a los utilizados en la TCC.

El desarrollo histórico de la TCC está básicamente unido a la psicología.

Asimismo, los principios hipotéticos se fundamentaron en la idea de que el avance de la terapia cognitivo-conductual está respaldado por la reflexología y las leyes de Thorndike, el conductismo de Watson, y posteriormente, el desarrollo del neoconductismo, junto con las investigaciones de Skinner y sus experimentos conductuales analíticos. La corriente Pavloviana propone la idea de cómo los perros aprendieron a salivar al escuchar el sonido repetido de una campana antes de ser alimentados. Transcurrieron casi 50 años hasta que el descubrimiento del condicionamiento clásico de Pavlov fue oficialmente reconocido. Por su

parte, Skinner resalta un tipo distinto de aprendizaje, en el que la conducta se adquiere, se conserva o se extingue según los resultados que siguen a la acción.

Gillihan (2018) Manifiesta que, en la primera mitad del siglo XX, la terapia cognitivo-conductual era el postulado de Freud, la cual se fundamentó en el estudio de la niñez de la persona y de la formación que recibió. El enfoque se centraba en que, aunque muchos individuos mientras algunos se beneficiaban del psicoanálisis en ese momento, otros expertos en el comportamiento humano decidieron explorar alternativas para aliviar más rápidamente la incomodidad psicológica de los individuos. Además, conforme se realizaban descubrimientos sobre el aprendizaje en animales y seres humanos, los especialistas se vieron motivados a aplicar estos principios en el tratamiento del estrés y las alteraciones emocionales.

### **Características**

Ruiz et al. (2012) describe las principales características de la TCC y la lógica detrás de ella. Asimismo, indicaron que los elementos que caracterizaban la terapia conductual y que en un principio se consideraban fundamentales debían regularse y extenderse para que no quedaran confinados al primer nivel de la terapia conductual. También se señala la conexión entre la psicología cognitiva experimental y la Terapia Cognitivo-Conductual (TC), destacando sus similitudes. Continuando con la discusión previa, las características siguientes buscan delinear los elementos frecuentes a todas las corrientes de este campo:

- Las técnicas y procedimientos de TCC contienen elementos científicos o experimentales.
- El objetivo de la planificación estratégica es abordar el comportamiento y sus métodos exhaustivos, considerando tanto los factores evidentes como los recónditos en otros niveles: conductuales, cognitivos, fisiológicos y emocionales.
- La conducta se entiende como lo que el examinador ha estudiado a partir de los diversos contextos que ha experimentado.

- La TCC destaca los principios que tienen un impacto en el comportamiento y también tiene en cuenta los factores y elementos reales que manifiestan la situación actual.
- Lo fundamental de la TCC es la aplicación de métodos experimentales.
- Se ha observado una fuerte conexión entre el agradecimiento y la intervención a lo largo del proceso. Resulta difícil diferenciarlas como etapas independientes.
- La Terapia Cognitivo-Conductual debe ser altamente interactiva, lo que implica que el paciente se involucra en diversas actividades dentro de su entorno cotidiano.
- El valor de las nuevas terapias es ahora reconocido de manera clara, considerándose situaciones de aprendizaje significativas, generalmente en entornos representativos para las personas.

### **Procedimiento de la intervención conductual**

Un diagnóstico clínico preciso es una parte fundamental del proceso. Es crucial aplicar la terapia de manera apropiada, ya que un diagnóstico incorrecto puede resultar en una intervención ineficaz. Además, se ha comprobado que diversos contextos que ocurren en una sesión son en gran medida impredecibles para el terapeuta. Para ello se deben realizar (Gavino, 2016):

**Primera sesión:** Explica el motivo de la consulta.

**Recopilación de datos:** Esto se logra mediante el acercamiento del terapeuta al paciente que acude a consulta. Los terapeutas disponen de herramientas de evaluación que les permiten conocer qué recursos tienen a su disposición. Existen tres tipos de herramientas: entrevistas, autoinformes y notas de observación. Además, es esencial entender cómo funcionan estas herramientas y, lo más importante, evaluar su efectividad. Reflexione sobre lo que valora y seleccione las mejores herramientas en función de los resultados que proporciona.

**Organización de datos:** Los terapeutas desarrollan historias clínicas utilizando los datos utilizados en la aplicación de los planes de intervención, proporcionando un mejor control y permitiendo descubrir la información faltante.

**Análisis de datos:** El terapeuta selecciona los datos importantes y descarta los irrelevantes. Los recursos quiroprácticos juegan un papel importante. Se emplean para recopilar datos de área para estudios topográficos y funcionales, es decir, para identificar los datos que no pertenecen a una zona específica. Este tipo de análisis fue descartado. Los estudios topográficos implica la recopilación sistemática de información para evaluar y modificar el comportamiento problemático del sujeto. Desde la perspectiva del análisis funcional, el objetivo es identificar variables que puedan ser abordadas mediante intervenciones y tratamientos. Tras el análisis, el objetivo del tratamiento se hace evidente.

**Tratamiento:** La efectividad del tratamiento depende del diagnóstico obtenido y de los objetivos de intervención definidos para abordar la dificultad del paciente.

**Técnicas Utilizadas:** El terapeuta elegirá la técnica más apropiada y efectiva para el caso en cuestión.

**Aplicación del Tratamiento:** Depende de los objetivos establecidos y del resultado final que el terapeuta aspire a alcanzar.

### **Estrategias de evaluación**

Ruíz et al. (2012), señala que la valoración del comportamiento se fundamenta en diversos métodos que permiten identificar si una persona presenta comportamientos problemáticos. Existen recursos valiosos disponibles Para recopilar información de pacientes, padres, maestros, amigos, entre otros, así como utilizar herramientas de evaluación, entrevistas, autoinformes, cuestionarios, entre otros.

**Entrevista conductual:** El objetivo principal es reconocer el comportamiento del individuo y seleccionar el método de evaluación más apropiado. Esto también incluye aclarar al paciente el propósito de la entrevista y la razón por la cual se necesita información

adicional. Además, se determinan los parámetros del comportamiento problemático, como su intensidad, frecuencia y duración.

**Observación del comportamiento:** Es un método eficaz para recolectar información, aunque no siempre abarca toda la información requerida. Los métodos de observación específicos suelen establecerse a lo largo de la conversación. La finalidad es alcanzar detalles completos relacionados al problema. Las informaciones son elaboradas por diversos individuos cercanos al paciente, como el terapeuta, familiares, amigos, maestros, o según el contexto en la que se encuentre el paciente.

**Evaluación conductual cognitiva:** Se enfoca en aspectos fundamentales del comportamiento humano que no son directamente observables. En estas áreas de evaluación, las autoevaluaciones están relacionadas con diversos problemas, sesgos cognitivos, actitudes, respuestas emocionales, entre otros.

**Evaluación psicofisiológica.** La terapia cognitivo-conductual es una intervención relativamente nueva que se ha integrado como parte de los avances tecnológicos en las dos últimas décadas. Su propósito es evaluar y tratar la psicopatología frecuente asociada a síntomas somáticos, además de identificar a las personas propensas a trastornos específicos.

## **Tratamiento**

Clark y Beck (2016), señalan que, en la actualidad, la salud mental utiliza la terapia cognitivo-conductual, considerada un tratamiento eficaz. Esta terapia ha demostrado obtener resultados clínicos positivos en diversas enfermedades, según estudios científicos. Entre el 60% y el 80% de las personas que reciben este tratamiento experimentan mejoras, con menos molestias y trastornos emocionales. Además, una pequeña fracción, el 25%, no mostraba síntomas que les provocaran malestar emocional o físico. Por esta razón, la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser efectiva para los trastornos de salud mental. De hecho, es una de las terapias más recomendadas por los psicólogos y está respaldada por la Asociación Americana de Psiquiatría y el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido. Esto se debe a que es uno de los tratamientos preferidos para una amplia variedad de afecciones y problemas emocionales. El procedimiento se organiza en tres etapas:

- **Evaluación:** En la primera sesión, el terapeuta se enfoca en evaluar el problema o la situación del paciente.

- **Intervención:** El objetivo es identificar las ideas problemáticas que causan la discapacidad del paciente, utilizando diversas técnicas para corregirlas y fomentar la búsqueda de nuevas perspectivas sobre el problema, además de establecer una estructura para desarrollar un plan de acción.

- **Cierre:** Se centra en las habilidades que el paciente ha desarrollado para controlar los momentos en que puede ocurrir una crisis. Su objetivo es prevenir recaídas, de modo que en algunos casos no sea necesario el apoyo o la intervención terapéutica.

## **Técnicas**

Ruíz et al. (2012), Se considera a la tecnología como parte del proceso de psicoterapia, dado que para cambiar el pensamiento o el comportamiento se deben utilizar métodos conductuales o cognitivos. Sin embargo, la elección de la tecnología adecuada debe estar basada en los objetivos definidos. Estos métodos se pueden resumir de la siguiente manera:

**Técnicas cognitivas:** Las técnicas cognitivas se emplean para fomentar el diálogo socrático, con el fin de identificar y corregir pensamientos negativos. Existen diversos métodos que facilitan el cambio en la percepción del paciente, además de ayudar a identificar prejuicios y creencias. Se utilizan dos métodos principales: autodetección y descubrimiento guiado. A continuación, se presentan algunas tecnologías cognitivas:

- **Autorregistro:** Esta técnica se emplea desde el inicio del tratamiento para recopilar información sobre el estado emocional del paciente durante el día, lo que facilita identificar cuándo una situación, persona o comportamiento agrava o alivia los problemas. El estado emocional de la persona se mide en una escala del 0 al 100, donde 0 indica sentirse mal y 100, bien. Los autorregistros tienen dos propósitos: recopilar información detallada sobre el estado del paciente durante una semana y actuar como una base de comparación entre pacientes. El registro se estructura en 6 columnas: la primera anota la fecha y hora del evento; la segunda describe los hechos; la tercera detalla los sentimientos experimentados; la cuarta registra los pensamientos automáticos; la quinta sugiere posibles reacciones alternativas a

esos pensamientos automáticos; y la última columna evalúa los resultados al reconsiderar la fiabilidad de las cogniciones originales y la intensidad de los sentimientos.

- **Descubrimiento Guiado:** Esta técnica implica guiar al paciente mediante el cuestionamiento socrático para establecer nuevos estándares que desafíen sus creencias disfuncionales. Para lograr los objetivos propuestos, es esencial que el terapeuta dirija al paciente con preguntas abiertas según sea necesario, pero lo más importante es que sea el propio paciente quien haga las conexiones y desarrolle argumentos sobre las condiciones que causan su malestar.

- **Técnica basada en imágenes:** Identifica las imágenes cognitivas visuales relacionadas con sensaciones desagradables y puede aplicarse desde las primeras etapas del proceso terapéutico. Es una manera común de explicar cómo los pensamientos afectan el estado de ánimo y las situaciones que impactan al paciente de manera particular. Se le pregunta sobre los sentimientos y comportamientos experimentados en ese momento y luego se le pide que modifique su forma de pensar. En la misma situación imaginada, se le consulta si hubo cambios en su estado de ánimo y comportamiento al modificar sus pensamientos antes del evento imaginado.

- **Dejar de pensar:** Este método es simple y ha demostrado ser efectivo para interrumpir los pensamientos angustiantes en algunas personas, especialmente cuando estos crean un ciclo constante de situaciones derivadas de eventos o pensamientos repetitivos que no pueden controlar. Como resultado de esta dinámica, se desencadenan emociones negativas.

**b) Métodos conductuales:** Barlow (2018, citado en Barrios, 2021) se explicó que los métodos conductuales se centran en las primeras fases de la terapia y son cruciales para mejorar el comportamiento del paciente. De entre las diversas técnicas disponibles, el terapeuta elige las que mejor pueden ser de ayuda a tratar eficazmente los problemas específicos del paciente. Así, las técnicas conductuales aplicadas buscan modificar los comportamientos desadaptativos mediante una serie de tareas que se desarrollan de forma progresiva. A continuación, se explican algunos de los comportamientos involucrados:

**Planificación de actividades:** Es una estrategia terapéutica que consiste en establecer las actividades diarias del paciente, asignando tareas según su nivel de dificultad o el problema que se deba abordar.

**Juego de roles:** Se centra en hacer que el paciente sea consciente de sus pensamientos involuntarios, Por lo general, se alcanza mediante pruebas de comportamiento o modelado con el terapeuta. El propósito de este método es poner a prueba o refutar las hipótesis que anteceden a las creencias personales; es decir, se pretende que el paciente evalúe si su creencia sobre lo que piensa que está sucediendo es incorrecta, ya que existen otras alternativas.

**Exposición progresiva:** Este método es adecuado para pacientes que experimentan miedo hacia diversas situaciones, lo que les lleva a evitar actividades. La exposición se realiza mediante una sensibilización sistemática, en la que las situaciones que les afectan se organizan de mayor a menor intensidad. Antes de iniciar la sensibilización, se realizan ejercicios de respiración para que los pacientes se sientan relajados antes de enfrentar situaciones que les resultan aterradoras o incómodas. Por ejemplo, una persona que tiene miedo a las agujas y comienza a temblar cada vez que debe hacerse un análisis de sangre, puede enumerar, vivenciar o imaginar todas estas situaciones.

### **Estrategias cognitivas conductuales**

Coexisten varias estrategias relacionadas con el desarrollo de comportamientos adaptativos y emociones deseadas, incluido el entrenamiento en habilidades sociales. comportamiento; aprendizaje compensatorio, donde los sujetos aprenden nuevos comportamientos a través de la observación de modelos y técnicas de retroalimentación interpersonal. (Bandura, 1987 como se citó por Díaz, 2018).

**Auto instrucciones:** Los comportamientos destructivos y las emociones negativas se traducen desde el diálogo interno de tal manera que los sujetos optan por sugerir connotaciones positivas y adaptativas. (González y Carrasco,2006).

**Entrenamiento en solución de problemas sociales:** Esta tecnología conduce a una reducción del comportamiento violento y sirve para optimizar el comportamiento del

objetivo y enfrentar circunstancias estresantes. En otras palabras, los sujetos mejoran sus habilidades para resolver problemas. (Gonzales y Carrasco, 2006).

**Economía de fichas:** Esta estrategia fomenta comportamientos deseables y orientados a los objetivos y reduce los comportamientos problemáticos. Se basa en el refuerzo positivo y el modelo, donde los sujetos reciben fichas, puntos o sellos como refuerzos después de lograr un comportamiento objetivo y pueden usar esta retribución para establecer los comportamientos deseados. Castillo et al. (2012).

**Manejo de contingencias:** se fundamentó en el estudio sistemático de refuerzos o castigos condicionales después de que se haya exhibido o no realizado el comportamiento objetivo. (Becoña y Cortés, 2007).

**Técnicas aversivas:** A diferencia del castigo, los estímulos con connotaciones negativas se aplican con el objetivo de eliminar conductas no deseadas. (Gonzales y Carrasco, 2006).

**Modelamiento:** Los sujetos participan como observadores o sujetos activos, y el modelo produce comportamientos específicos que son imitados. El principio de esta estrategia es de aprendizaje propuesto Por Bandura. (Gonzales y Carrasco, 2006).

### **Técnicas cognitivo-conductuales**

Caro (2007), manifiesta que los métodos se ocupan de los métodos cognoscitivos y humanitario para formar reconocimientos sobre un sujeto y perfeccionar sus destrezas y cualidades sensible. Entre ellos poseemos.

#### **Reestructuración cognitiva.**

Una habilidad terapéutica que ayuda a demostrar al universo de forma más adaptativa. El objetivo es hacer que el paciente sea más imparcial y adaptable. Como parte de la reestructuración cognoscitiva, hay costumbres que corresponden a desarrollar, a modo: cambiar los enunciados irracionales por racionales; Definir las alteraciones negativas; Tipos de ideas disfuncional que en definitiva manifiestan contextos que brindan disyuntivas y describen contextos existentes para controlar las circunstancias.

**Técnicas de relajación.** Es eficiente como instrumento para que una persona aprenda manejar las alteraciones negativas.

**Auto instrucciones.** Beneficioso para aumentar la capacidad de trabajo y colaborar a los niños que sufren de depresión, a través de la autoexpresión, su pensamiento y comportamiento se controlan adecuada y eficazmente. También cubre el manejo de sentimientos y emociones que a veces pueden desunir alteraciones perjudiciales. Igualmente, la formación se ejecuta cuando el enfermo valora que tiene un problema, en cuyo caso el propio paciente debe comunicarse con él diciéndole expresiones efectivas que le ayuden a afrontar la dificultad.

**Entrenamiento en resolución de problemas interpersonales.** El objetivo es que el individuo asimile a poseer determinaciones correctas, reconozca una dificultad cuando se muestra y prevenga el ímpetu, lo que reduce las reacciones perjudiciales.

**Técnicas de animación sociocultural.** Incitan la decisión y colaboración del ambiente general, estas tecnologías contribuyen a motivar y activar a grupos de personas a participar en su comunidad y sector cultural.

**Técnicas de control del entorno de aprendizaje.** Estos consisten en educar y promover el mantenimiento del comportamiento social.

**Solución de problemas.** Su finalidad es hacer frente a situaciones conflictivas estresantes. Durante la sesión, el paciente los utiliza positivamente, consiguiendo efectos prósperos función de los contextos que se presentan.

**Clima de relación.** Es significativo para el enfoque propio y grupal que esto suceda un contexto agradable donde se consideren valorados y aprobados.

**Actividades colaborativas.** La dinámica de conjunto es la aplicación de muchas habilidades relacionales, donde la celebridad de unos es el objetivo y el estímulo de la terapia.

**Búsqueda de interpretaciones alternativas.** Reside en explorar distintas posibilidades, corregir la dificultad y tomar acción: hacerle preguntas al paciente para que reconozca e identifique la información interesante, luego buscar evidencias que confirmen o anulen, con distintas hipótesis.

**Psicoeducación.** Está en que el paciente como la familia pueden ser informados de modo transparente, fácil y temporal sobre el problema, lo que ayuda a prevenir recurrencias, complicaciones y el círculo familiar es un excelente apoyo.

### **Contexto facilitador y reforzante.**

Fomenta el beneficio para la aplicación práctica de lo estudiado

Asi mismo, Ruiz et al. (2012), indican lo sucesivo:

**Entrenamiento en habilidades sociales:** el objetivo es cooperar a un individuo a comunicarse en las relaciones y lograr comportamientos y respuestas positivas. Cuando el paciente se comunica adecuadamente con los demás, también fortalece su autoestima. Se desarrollan habilidades sociales: autonomía de la capacidad de decir no, solicitar autorización para pedir asistencias o solicitudes, manifestar emociones, ya sean nocivos o efectivos, y comunicarse en una conferencia.

**Programación de la Actividad:** Las acciones rutinarias deben organizarse para la recreación, son para la recreación, el autocuidado, la sanación y el disfrute social, familiar y general. Lograr una mayor contribución y ser más responsables en la ejecución de las diligencias.

**Modelado e imitación:** Se ostenta al paciente los prototipos adecuados o que se acostumbre al hábito esperado e inmediatamente se promueve la habilidad conductual analizada como práctica cotidiana o diaria.

**Juego de roles:** La adquisición y el aprendizaje se lleva a cabo en un ambiente controlado y simulado que permite la intimidad y firmeza para enfrentar contextos existentes.

**Refuerzo:** estímulo que incita a dar de nuevo la capacidad fortalecida. La afirmación puede ser material, general o de autoafirmación.

**Economía de fichas:** El empleo de tarjetas premio el comportamiento establecido o completado.

## **Marco histórico de la terapia cognitivo conductual Inicios Céspedes (2017)**

La TCC empezó en el período de 1950 con Albert Ellis y Aaron Beck. Tenían conflictos con la terapia psicoanalítica. Por esta razón, investigaron sucesos distintos de tratamiento. De manera similar, que se han propuesto tres clases principales de TCC aplicadas en la actualidad.

**Técnicas de reestructuración cognitiva (RC)** Así mismo son utilizadas para tratar problemas emocionales derivados de errores del pensamiento donde sus intervenciones se centraron en suscitar propósitos adaptativos para resolver el problema que presenta al paciente.

**Técnicas de Habilidades de afrontamiento (HA)** igualmente para desarrollar habilidades sociales y enfrentar mejores situaciones estresantes.

**Finalmente, las técnicas de resolución de dificultades focalizados (SP)** adoptan uno y otras metodologías aludidas para resolver diversos problemas propios a través de una relación positiva entre el terapeuta y el paciente.

### **Desarrollo**

Dirige con la primera generación, que tuvo lugar entre 1950 y 1970 en Inglaterra y Estados Unidos., que coexiste con la aparición del tratamiento conductual que se desarrolla en paralelo. Durante este tiempo, la teoría del aprendizaje probada en el laboratorio ganó mucho impulso. Los psicólogos británicos abordaron los trastornos de angustia con el condicionamiento principal de Pávlov, que experimentó con animales donde el mayor prototipo de la TCC. En esta tendencia enfatizan Hans Eysenck y Joseph Wolpe, quienes aplicaron en la neurastenia de Masserman, y la teoría del retraining mutuo y la desensibilización de metodología de Hull Wolpe como fundamento teórico para la intervención neurótica.

Posteriormente, el desarrollo preliminar no aportaba respuesta a los trastornos psíquicos que experimentaban los enfermos, por lo que nace la segunda generación. En el año de 1960, Albert Ellis y Aaron Beck se dieron cuenta que los problemas psicológicos

derivan de un procesamiento cognitivo defectuoso. Por lo tanto, ofrecen una solución a tales dificultades, y esta residió en corregir las disfunciones cognoscitivas sustituyéndolas por otras más objetivas y adaptativas.

Este actual enfoque enriqueció las estrategias terapéuticas. Así, en la década de 1980 nació la tercera generación, y con el éxito del tratamiento del trastorno de pánico, se estableció la relación entre el condicionamiento operante clásico y el cognitivo, donde se desarrolló plenamente la TCC, que extiende hasta el día de hoy. Así, las terapias de la tercera generación adoptan una perspectiva de contextualismo funcional en el tratamiento de los trastornos psicológicos, considerando eventos como la interacción entre el individuo y su entorno, comprendida de acuerdo con su historia y los contextos en los que se desenvuelve.

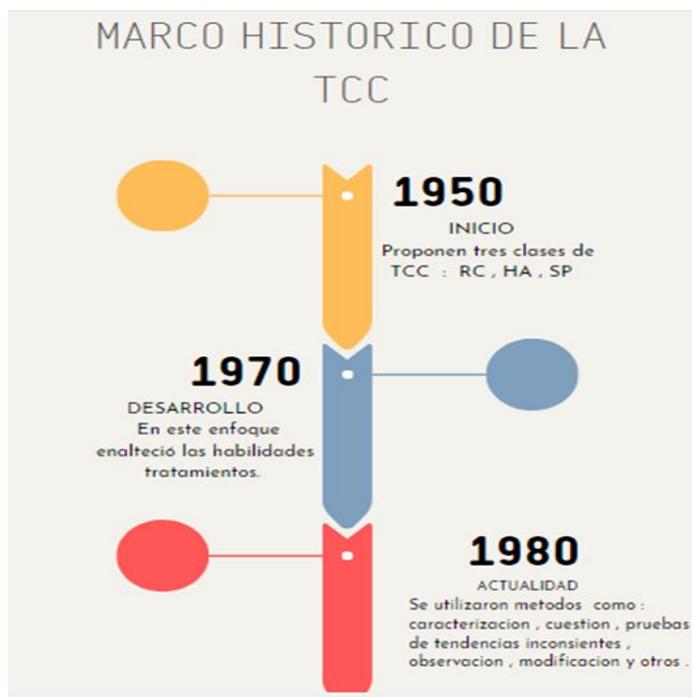
### **Actualidad**

De esta manera, las tres generaciones que respaldan el desarrollo de la TCC forman un enfoque que se enfoca en los procesos cognitivos para optimizar las emociones. Es decir, al cambiar los pensamientos, se producen cambios emocionales y de comportamiento, utilizando métodos como la identificación, discusión, prueba de pensamientos automáticos, observación y modificación de creencias y suposiciones básicas, así como la conversión de planes no funcionales.

Estas técnicas son adecuadas para la causa de reestructuración cognoscitiva, en el que se transforma el sistema de pensamientos, ideas y creencias para hacerlos más razonados. Por otro lado, estas técnicas son adecuadas para el proceso de reestructuración cognitiva, en el que se modifica el sistema de pensamientos, ideas y creencias para hacerlo más racional. Asimismo, la terapia conductual se fundamenta en la idea de que los trastornos emocionales son respuestas a las condiciones ambientales, siguiendo leyes condicionales; es decir, nuevos estímulos reemplazan a los cambios conductuales menos efectivos que se están generando.

Asimismo, los progresos cognitivos manifiestan que los enfoques terapéuticos no deben basarse únicamente en el principio cognitivo-conductual, ya que existen trastornos psicológicos que requieren enfoques y terapias diferentes, como la tricotilomanía, la tartamudez, el control de impulsos, las adicciones, la depresión mayor o los problemas neuróticos. Esto se debe a que muchos profesionales de la salud mental emplean una

integración de varios enfoques en la práctica clínica para lograr una mayor eficacia terapéutica.



### **Etapas de la Estrategia cognitiva conductual**

Según Beck. (1983) se deben obtener e instituir una relación del tratamiento a través de distintas acciones como:

- Crear un ambiente de confianza.
- Ser empático y constante.
- sabe sobre el tema. - No seas una víctima.
- Resaltar la colaboración recíproca entre el terapeuta y el paciente.
- paciente.
- Mostrar que el paciente ha comprendido la información.
- Ser consciente de cómo te ve.
- Entiendes tu opinión sobre la terapia.
- Captar y asimilar lo que se desea comunicar.

- Preste atención y observe sus expresiones cognitivas.
- Instruir a formular sus propias hipótesis o conclusiones para luego compartir sus ideas.
- Pedir que analice lo que dice.

**Beck (1983)** afirma que, para llevar a cabo estas actividades, el terapeuta necesita características tales como:

**Actividad:** La intervención y comunicación entre el paciente y el terapeuta debe ser una actividad continua que oriente adecuadamente las sesiones de intervención.

**Instrucción:** El terapeuta atiende y prioriza las insuficiencias del paciente, utilizando técnicas y habilidades que accedan que el tratamiento sea efectivo.

**Estructural:** La reorganización de las cogniciones y la conducta se logra el convenio a los métodos y habilidades manejadas con participación activa del paciente.

**Tiempo limitado:** El psicoterapeuta manifiesta sus métodos y/o habilidades de forma establecida para obtener los equívocos de cada reunión.

### **La tríada cognitiva**

En este sentido, Beck y Clark (2013), se refieren al exploratorio planteado por Beck de Por qué la depresión de una persona suele desencadenarse Por pensamientos disfuncionales asociados algunos pensamientos ilógicos. Estas distorsiones del propósito provienen de que los individuos que demuestran la realidad de forma incorrecta y así crean situaciones negativas en la mente que no ayudan a lidiar con los conflictos, se vuelven incontrolables, molestas, afectan los sentimientos y el comportamiento del sujeto. Así mismo, se dice que el sujeto tiene tres modelos cognoscitivos y son: uno mismo, los demás y el futuro. Mecanismo I relata al enfoque perjudicial que tiene una persona de sí misma, se autocrítica, se menosprecia, no considera sus talentos y destrezas, prioriza sus carencias honestas o físicas, se cree improductivo, su forma de pensar está enfocada en porque no tienen las cualidades para conseguir consecuencias prósperas, unos de estas apariencias afectan la autoestima.

## Los esquemas

Beck y Clark (2013) mencionan los planes que surgen estilos que ocurren antes del amaestramiento y persisten ocultas, activados ante un evento importante que interactúa con la persona, transformando en una reconstrucción intelectual individual que se desenvuelve como filtro perceptivo. Procedimientos. Se pueden evaluar faltas o alteración cognitivas; los mismos que se tergiversan en el individuo cuando se interpreta la situación, dañando los reconocimientos y sentimientos del individuo (Beck, 1996); indica lo siguiente:

**Inferencia Arbitraria:** Es cuando dicho individuo tiene una imagen o un desenlace sin presencia sobre un contexto o suceso.

**Abstracción Selectiva:** Se describe cuando se prefiere el pensamiento perjudicial en un contexto auténtico, sucede instintivamente.

**Generalización excesiva:** Suele ocurrir de modo directa cuando sacas un desenlace sobre algún hecho ocurrido y sientes que se repite muchas veces, y tu respuesta es negativa, lo que perjudica tu etapa sensible.

**Magnificación y minimización:** Esto se enfoca en el nivel en el que hacemos que un programa sea explicativo.

**Personalización:** cuando el flemático imagina contextos externamente que no asumen nada que ver con él.

**Pensamiento absolutista:** El sujeto suele marcar o catalogar sus estilos o contextos como efectivos o negativos para narrar como un pensador de situaciones negativas.

**Visión catastrófica:** El sosegado suele mejorar los propósitos o paráfrasis de cierto suceso cambiando el modo de negación, presumiendo que existirá lo deficiente.

El comportamiento desadaptativo tiende a pensar que la psicoterapia cognitiva conductual es el resultado de déficits cognitivos que atacan las emociones. Conocimiento por el cual este análisis posee a modo ecuánime la formación y mantenimiento de hábitos de tratamiento, saludables a través del trabajo emocional de los jóvenes

## **Estrés y depresión en amas de casa**

Las tareas diarias de una ama de casa pueden ser agotadoras, desenfrenadas e incluso rutinarias. Esta actividad puede causar ciertos niveles de estrés, depresión o ambos, dependiendo de muchos factores, entre ellos estos serán dependientes como: temperamento, acciones nuevas, cuidado de terceros, falta de espacio íntimo, en incluso antecedentes de malestares propias amas de casa. Para las mujeres en los trabajos remunerados la mayoría de gente que tiene hoy en día, es hacerlos recordar que existe una amplia gama de roles que las mujeres deben desempeñar. Por un lado, asumen en desempeñar las labores de casa y al mismo tiempo realizar el trabajo por el que se les paga.

La carga de trabajo excesiva crea niveles de estrés que pueden conducir a la depresión. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, el estrés y la depresión son condiciones completamente diferentes y requieren enfoques diferentes (Durand, 2010), uno podría pensar que las personas que están estresadas pueden deprimirse y viceversa.

Sin embargo, como explica la teoría, estos patrones ocurren de forma independiente. En una base más sólida, el producto de este artículo manifiesta que observamos que el factor de similitud de Spearman para la muestrano paramétrica arrojó un valor de  $-0,062$ , lo que indica que tuvo una discrepancia explicativa entre la puntuación total de depresión y la puntuación total de estrés. muestra que virtualmente no hay correlación.

## **Manejo del Estrés**

Las técnicas planteadas por Naranjo en el (2009), Se han estimado tres clases de métodos, que facilita el manejo y control del estrés, son fraccionadas a nivel externa, orgánico y anímico. De esta manera, se ejecuta el contenido de forma muy específica:

**A nivel ambiental.** El objetivo es localizar un área apropiada donde no haya sonido con los bienestar necesarios y así obviar y alcanzar que el estrés relacionado con la conciencia donde se pueden prevenir condiciones adversas.

**A nivel fisiológico.** Su finalidad es hacer ejercicios para reducir fatiga excesiva, Por ejemplo, buen descanso, masaje, promover la relajación corporal y la flexibilidad es una forma útil practicar.

**A nivel emocional.** Es muy significativo tener en cuenta la confianza en uno mismo. intenta ser de acuerdo con las operaciones y deberes hacia los otros un prototipo es la reflexión, promueve el alivio funcional, afectivo, psicológica que reside en pensar y reflexionar y comunicarse directamente con nuestro interior.

### **Estrés**

Eventos que actúan como estímulos, interactúan cognitiva y emocionalmente con los individuos y provocan respuestas físicas como biológicas (Morrison y Bennett, 2008). Prepara al cuerpo para afrontar estos eventos con todos sus recursos y en definitiva para afrontar diferentes situaciones (Amigo, 2014).

### **Estrés parental.**

Según Abidin y Solis (1991), el "estrés parental" es un proceso en el que una persona que encabeza una correlación de paternidad que percibe las demandas de la crianza o educación de sus hijos como algo que no puede manejar. Este proceso involucra tres factores que ayudan a explicar el estrés parental, que incluyen las características de los padres, las interacciones entre padres e hijos, y las características de los niños.

### **Depresión**

Barra (2003) Comprende los sentimientos de tristeza, depresión, pena, desánimo o depravación. La mayoría de nosotros nos sentimos así en algún momento a corto plazo, pero cuando emociones como la ira, la frustración y la tristeza interfieren con nuestra vida diaria durante semanas o meses, se convierte en un problema.

Zung (1965) La depresión es una condición emocional grave que causa inestabilidad emocional, afecta las relaciones familiares, sociales y profesionales, y es un factor de riesgo para una variedad de enfermedades físicas o mentales.

## **Tipos de depresión.**

Albarrán (2012) narra los tipos de depresión:

**Depresión Psicótica.** Los signos de los síntomas depresivos son evidentes y se suman expresiones emocionales muy fuertes que pueden llevar a delirios, conductas inapropiadas, alucinaciones o cuadros psicóticos fuertes, que pueden empeorar la salud de la persona.

**Depresión Atípica.** Debido a que comienza en la adolescencia, tiene los mismos síntomas característicos que los adultos, que incluyen: Disminución de las actividades sociales, familiares y escolares, irritabilidad constante, trastornos del sueño y problemas relacionados.

**Trastorno afectivo estacional.** Se asocia con el invierno. Es decir, durante la época de frío se activan recuerdos y eventos no resueltos, haciendo que nos abstengamos de salir, de querer comer y de tener pensamientos negativos.

## **Marco Conceptual**

**Agotamiento:** procedimientos sensibles donde te sientes agotado y estresado en tu vida diaria, incluso cuando te sientes cansado o con sueño durante el día.

**Conducta:** Acción realizada por un individuo, correlación participativa en la síntesis de una distribución eficaz o campo psíquico (Roca, 2007).

**Percepción:** Un proceso simple que responde a la información sin procesamiento mental, haciendo suposiciones que son aceptadas o rechazadas dependiendo de la capacidad de aprendizaje de la persona.

**Realización personal:** tendencia hacia la autoestima negativa, acompañada de un sentido de competencia disminuido, en el que el profesional puede sentir que no ha logrado su desarrollo profesional o pensar que no está donde quiere estar y sentirse incompetente.

**Irracional:** ideas sin sentido que evocan emociones dolorosas, dramatizadas exageradas. (Ellis, 1957).

**Pensamiento:** sabiduría específica de los humanos de la participación visual y la inteligencia; El argumento y el razonamiento lógico son capacidades de juicio que se van a manifestar de forma seguida en el contexto, las contrariedades y las insuficiencias del individuo. Para el raciocinio juicioso, la organización de la inteligencia consta de percepciones, sensatez, lógicas y argumentación. (Izquierdo, 2006).

**Estrés:** percepción de incertidumbre corporal o mental. La causa de la situación de pensamiento que hace que una persona se sienta frustrada, enojada o nerviosa. Que se desarrolla a partir de la resistencia de su organismo a un reto o petición. En partidos pequeños, el estrés es efectivo; ejemplo, si evita o ayuda que el peligro tenga una fecha límite. Si persiste la fatiga durante un largo lapso, obtiene deteriorar su energía.

**Depresión:** desorden intelectual frecuente representado por la tristeza, Pérdida de apego o satisfacción, baja autoestima, pérdida de somnolencia o deseo, agotamiento y déficit de atención. (OMS, 2017).

**Cognitivo:** presentan cierto tipo de dogmas y habilidades que forman parte de su entorno (Navarro-Leis y López, 2013).

**Conductual:** modo de evolucionar ante determinadas cosas. Mecanismo dinámico de la conducta. Para separar actitud y conducta se dio una teoría conductista compuesta por 19 variables de decisión a nivel conductual, a la que Bandura denominó proposición del acto fundado (Caldevilla, 2006).

**Estrategia:** un plan utilizado para un propósito específico en un momento específico. Utilizar métodos y acciones específicos para lograr objetivos específicos.

**Estrategia Cognitivo-Conductual:** procedimiento psicoterapéutico con una secuencia de acciones proyectadas basadas en un modelo cognitivo-conductual para alcanzar metas planificadas.

### III.- MÉTODO

#### 3.1. Tipo y Diseño de Investigación

El propósito de la presente exploración es implementar un programa basado en estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del estrés y la depresión en madres de familia de un comedor popular en el distrito de Llama.

**Enfoque de investigación Mixto:** proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento (Ruiz, Borboa y Rodríguez, 2013)

**Tipo de investigación aplicado:** permite adquirir y consolidar un conocimiento para la solución de un problema identificado (Hernández, 2014).

**El diseño de investigación** El enfoque de la actual tesis es descriptivo, explicativo, proyectivo y preexperimental.

**Diseño descriptivo** porque busca referir, representar detalles más relevantes del tema de estudio, teniendo en cuenta sus factores, características, teorías y consecuencias, para ello se consulta las fuentes de las cuales se extraerá información y se construirá la base teórica de la investigación (Bernal, 2010), realizar una descripción detallada de la situación relevante en el momento de desarrollarse el estudio (Salkind, 1998)

**Explicativo:** porque busca encontrar la génesis del estudio, es decir esclarecer el ¿por qué? de la aparición de diferentes sucesos, como se manifiestan y las consecuencias de los mismos (Hernández et al., 2014).

**Proyectivo** porque ofrece posibles soluciones a problemas que se presentan en la población. Ruiz (2013); proponiendo un programa de estrategias cognitivos conductuales para el manejo de estrés y depresión.

**Diseño preexperimental,** es parte de una problemática identificada que necesita ser corregida a través de una intervención, observar el cambio, su control es mínimo y se tiene un solo grupo de control (Salkind, 1998).

El desarrollo de este estudio presentó una serie de fases de desarrollo, entre ellas:

**Primera etapa:** el proceso consistió en solicitar la lista de madres de familia registradas en el comedor popular para obtener la información sobre la población a intervenir. Posteriormente, se empleó el pretest del Cuestionario de Estrés Parental y la Escala de Depresión de ZUNG.

**Segunda etapa:** se fundamentará la implementación de la estrategia cognitivo-conductual para el manejo del estrés y la depresión en la población elegida.

**Tercera etapa:** en esta etapa, se volverá a aplicar el pretest del Cuestionario del Estrés Paternal y la Escala de ZUNG – Depresión para obtener resultados que accedan evaluar la realidad de la estrategia cognitivo-conductual aplicada en etapas anteriores, facilitando así el análisis y la confirmación o refutación de las hipótesis de la investigación.

### **3.2. Variables, Operacionalización (enfoque cuantitativo)**

#### **Variable Independiente: Estrategia Cognitiva Conductual**

##### **Definición Conceptual**

Existen varias estrategias relacionadas con el desarrollo de comportamientos adaptativos y emociones deseadas, incluido el entrenamiento en habilidades sociales. comportamiento; aprendizaje compensatorio, donde los sujetos estudian nuevos comportamientos a través del análisis de modelos y técnicas de retroalimentación interpersonal. El refuerzo aquí debe ser incidental. Después de la salida conductual placentera, la terapeuta recompensa al sujeto por sí o no. (Bandura, 1987 como se citó por Díaz, 2018).

## **Dimensiones**

**Reestructuración cognitiva:** consiste en identificar las ideas automáticas negativas y las distorsiones cognitivas que contribuyen al estrés y la depresión. Posteriormente, la persona aprende a poner en duda la validez de estos pensamientos y a sustituirlos por otros más equilibrados y realistas (Clark, 1989).

**Entrenamiento en solución de problemas:** Se instruye a las personas en estrategias para enfrentar de manera más efectiva los desafíos de la vida. Esto implica identificar claramente el problema, generar diversas alternativas de solución, analizar los beneficios y desventajas de cada opción, seleccionar la solución más adecuada, llevarla a cabo y evaluar los resultados obtenidos (Gonzales y Carrasco, 2006).

**Técnicas de relajación:** Se unen prácticas como la respiración profunda, la relajación muscular progresiva y la meditación. Estas herramientas contribuyen a aliviar la tensión física y mental, favoreciendo la disminución del estrés y promoviendo una mejora en el estado de ánimo (Caro, 2007).

**Activación conductual:** Se enfoca en fomentar la realización de actividades gratificantes o significativas. El objetivo es interrumpir el ciclo depresivo en el que la falta de energía y motivación reduce la actividad, lo que, a su vez, agrava el estado de ánimo (Pérez y Álvarez, 2007).

**Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad:** Ayuda a las personas a mejorar sus interacciones sociales, lo que puede reducir el estrés y el aislamiento, factores que a menudo contribuyen a la depresión. (García, et .al 2019) .

**Manejo del tiempo y del estrés:** Enseña estrategias para priorizar tareas, establecer objetivos realistas y emplear técnicas de manejo del estrés para lidiar con las demandas de la vida cotidiana de manera más efectiva.

**Mindfulness (atención plena):** Promueve la conciencia plena del momento presente de una manera no crítica. Ayuda a las personas a desengancharse de ideas automáticas negativas y a relacionarse con sus experiencias de una manera más saludable. (Moñivas, et. al 2012

## **Indicadores:**

Álvarez y Bisquerra (1998, citado en Erausquin et al., 2014) mencionan la presencia de un eje que permite categorizar los distintos modelos de intervención.

- ✓ **Intervención Directa:** esta participación es concentrado en el grupo de madres de familia.
- ✓ **Intervención Interna:** este tipo de intervenciones se desarrolla directamente en el entorno del comedor popular.
- ✓ **Finalidad Grupal:** este trabajo se centra en un grupo de madres de familia pertenecientes a la institución, abordando específicamente el problema desde una perspectiva grupal.
- ✓ **Reactiva:** Se enfoca en la problemática identificada en el individuo o el grupo, con el propósito principal de corregirla.
- ✓ **Fases de una Estrategia Cognitiva Conductual.**

**Evaluar:** Según Fernández (2015, citado en Ervacion, 2022), la fase inicial de la intervención consiste en llevar a cabo una evaluación de las necesidades.

**Programar:** Fernández (2015, citado en Ervacion, 2022) señala que, a partir del diagnóstico realizado, se diseñan las estrategias, recursos y medios necesarios para implementar el programa de intervención. Este diseño incluye objetivos claros, propósitos específicos, cronogramas y tiempos establecidos, basándose en los conocimientos y recursos disponibles. Dicho programa puede aplicarse tanto de forma individual como grupal, manteniendo características similares en ambos casos.

**Ejecutar:** Fernández (2015, citado en Ervacion, 2022) indica que esta etapa consiste en llevar a cabo los programas diseñados, demostrando la justificación de su implementación como respuesta a un problema específico, con el propósito de ser evaluados posteriormente.

**Evaluar los resultados:** Fernández (2015, citado en Ervacion, 2022) señala que esta etapa se lleva a cabo al concluir la implementación del programa, con el fin de obtener los resultados finales sobre el proceso de aprendizaje y el desarrollo psicosocial y cognitivo.

**Monitoreo:** Fernández (2015, citado en Ervacion, 2022) señala que se trata de un seguimiento a corto y largo plazo para evaluar las consecuencias del programa en la vida del individuo o grupo donde se llevó a cabo la intervención.

**Variable Dependiente: Estrés**

### **Definición Conceptual**

Eventos que actúan como estímulos, interactúan cognitiva y emocionalmente con los individuos y provocan respuestas físicas, biológicas (Morrison y Bennett, 2008). Prepara al organismo para afrontar estos eventos con todos sus recursos y en definitiva para afrontar diferentes situaciones (Amigo, 2014).

### **Definición Operacional.**

#### **Estrés Parenteral**

Según Abidin y Solis (1991), el estrés parental se define como un proceso en el que, al asumir el rol de padre o madre, la persona percibe las demandas de esta responsabilidad como algo que supera su capacidad para gestionarlas. Este proceso está compuesto por tres factores que ayudan a comprender el estrés parental, siendo estos las características de los padres, la interacción entre padres e hijos, y las características de los niños.

### **Dimensiones**

**Malestar Paterno:** Esto implica los rasgos psicológicos internos del padre o la madre, como el temperamento, dogmas, el auto concepto, la autoestima, la competitividad y las habilidades de afrontamiento.

**Interacción disfuncional padre-hijo:** concerniente con aspectos resultantes de las interacciones entre padres e hijos. Interpretación y atribución del comportamiento de cada uno, incluidas las perspectivas de los padres sobre la mejora del niño, el refuerzo que los papás reciben de sus hijos y los problemas entre los padres.

**Niño difícil:** implica los aspectos psíquicos del niño y la conducta que muestra en su desarrollo, como el temperamento, las resistencias o entusiasmos, y el grado de atención

hacia ellos, así como su progreso tanto físico como mental (vigilancia, aprendizaje, interacción con otros).

### **Variable Dependiente: Depresión**

#### **Definición Conceptual:**

**Zung (1965)** La depresión es un trastorno emocional serio que provoca desequilibrios emocionales, afecta las relaciones familiares, sociales y laborales, y desarrolla el riesgo de desarrollar diversas enfermedades físicas o mentales.

#### **Definición Operacional**

**Escala de ZUNG Depresión:** Manifestada por William Zung en 1965 con un nivel empírico con parámetro de síntomas y adaptado por Luis Astocondor en Perú. Se trata de una escala auto administrada de 20 ítems para la depresión, mitad positiva y negativa.

#### **Dimensiones**

- **Afectivo:** encargado de examinar si el individuo se encuentra deprimido, triste, abatido, descorazonado, melancólico y lloroso.
- **Fisiológico:** evalúa los siguientes ítems

**Variación diurna:** Abundancia de sintomatologías inmediatamente y un poco de alivio al acontecer el día.

**Sueño:** Estimular habitual o anticipado.

**Apetito:** Depreciación de la deglución de suministros.

**Reducción de peso:** Coligada con la depreciación del gusto, o con el aumento de la asimilación y la depreciación del alivio.

**Sexo:** Libido degradado.

**Gastrointestinal:** Indisposición.

**Cardiovascular:** Frecuencia.

**Osteomuscular:** Acrecentamiento enigmático del agotamiento.

**Psicomotores:** Identificará los aspectos psicológicos que influyen en la movilidad.

**Psíquicos:** evalúa la conmoción, retraso intelectual, desorden, aislamiento, desesperanza incertidumbre, irritación, complacencia, desvalorización particular, pensamiento suicida.

### **3.3.- Población, muestreo y muestra (enfoque cuantitativo)**

La población está conformada por 35 madres de familia que forman parte del comedor popular.

Muestreo es de tipo no probabilístico e intencional, donde fue constituida por el mismo grupo de población; en donde se tuvo en cuenta las normas de evaluación:

#### **Criterios de selección**

##### **Inclusión**

Sexo: femenino

Edad: 20-50 años

Madres de familia integradas al comedor popular del distrito Llama que participan en las sesiones de la aplicación de estrategia cognitiva conductual.

##### **Exclusión**

Madres de familia que forman parte del comedor popular del distrito de Llama y que no participan en las sesiones de la aplicación de la estrategia cognitivo-conductual.

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

A las madres de familia que participaron, se les manifestó la investigación y la efectividad del procedimiento psicoterapéutico como la TCC con la finalidad de aprender a manejar el estrés y la depresión. Luego de una inicial interrogación con cada madre de familia y proporcionar la estrategia cognitiva conductual a plantear, rubricaron la aprobación notificada concerniente para colaborar en la investigación. A manera del suceso continuo se empleó las pruebas o instrumentos para determinar: estrés y depresión. Conseguidas las

objeciones de las pruebas aplicadas, se determinaron y establecieron el análisis de los valores de afecto de estos.

### **Métodos del Nivel Teórico**

- ❖ **Análisis Documental:** Se utilizó para desarrollar la base de datos del marco teórico y redactar los antecedentes de la investigación.
- ❖ **Hipotético-deductivo:** Se presenta, ya que permite comprobar o rechazar la hipótesis de la investigación.
- ❖ **Analítico-sintético:** Se observa a través del diagnóstico real en la institución del comedor popular, lo que brinda la oportunidad de proponer y evaluar las consecuencias de una estrategia cognitivo-conductual basada en sesiones para manejar el estrés y la depresión.
- ❖ **Los resultados del estudio inductivo-deductivo** Se amplían a otros nuevos argumentos.

### **Métodos empíricos**

Permite recolectar datos del problema mediante las siguientes:

#### **Técnicas:**

**Observación:** Permite observar la conducta de las madres de familia ante las evaluaciones y la aplicación de las sesiones de la estrategia cognitivo conductual.

**Encuesta:** se aplica las manifestaciones y el pretest de las madres de familia ante la necesidad de identificar e interpretar una hipótesis y descubrir una solución al problema de la manera más metódica posible.

#### **Instrumentos:**

- Cuestionario de Estrés Parenteral versión peruana.
- Escala de Auto aplicación de Depresión de Zung (EAMD).

## **Validez y confiabilidad de los instrumentos.**

La confiabilidad es la categoría en que una variante estudiada calcula su verdadero valor y es libre de errores. Es por ende la inversa del error de medida (Hair Anderson, Thatham Black, 2007). Por ejemplo, las mediciones confiables son más consistentes que las mediciones no confiables cuando las mismas mediciones se toman repetidamente.

En este estudio, las variables se evaluaron con respuestas de escala de Likert. Se utiliza para analizar la tendencia de un sujeto o conjunto de sujetos a ser propicio o nocivo en relación con los objetos naturales. Así, diferentes personas piensan de manera diferente. Este estudio analizó las estrategias de manejo (estrés y depresión) de las madres en un comedor social del distrito de Llama.

## **Cuestionario de estrés parental.**

### **a. Objetivo**

El objetivo es evaluar el estrés y determinar qué aspectos (irritabilidad del padre, interacción disfuncional entre padres e hijos, niño difícil) influyen más en el estrés paterno.

### **b. Descripción.**

El Cuestionario de estrés parental se basa en el formato multidimensional de estrés parental detallado por Abidin (1995). Este patrón indica que los factores que generan estrés son intensos y tienen múltiples dimensiones. Pueden ser externos (como el nacimiento de un hijo) o internos (como los pensamientos y sentimientos). Sánchez (2015).

En la versión original de este estudio, incluía 120 ítems generales en dos dimensiones: dominio principal y subdominio. Posteriormente, se desarrolló una versión breve, que incluye las pruebas corregidas y traducidas al español, con una duración de 10 a 15 minutos. Esta versión consta de 36 ítems distribuidos en tres dimensiones, con 12 ítems en cada una. De igual manera, a la muestra peruana se le aplicó una versión reducida de esta versión en español del instrumento, lo que resultó en un mayor factor de consistencia interna de los resultados. Sin embargo, debido a ciertas limitaciones en la formulación de los elementos de esta prueba, nos encontramos con la versión peruana de que el equipo utilizado en este estudio tenía propiedades psicométricas satisfactorias. Cuenta con tres dimensiones (malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil) y está compuesta por 24 ítems. Siete de estos ítems corresponden a la dimensión de malestar paterno, seis se relacionan con

la dimensión de interacción disfuncional entre padres e hijos, y 11 ítems están asociados con la dimensión del niño difícil.

**c.- validez y confiabilidad.**

En cuanto a la validez de contenido, el instrumento fue sometido a la evaluación de tres expertos, quienes lo analizaron de forma independiente para verificar si era preciso, claro y coherente con la población de estudio. El resultado obtenido fue una puntuación de 8.61, lo que señala una validez excelente según el coeficiente de validez del juicio de expertos.

se procede aplicar la prueba piloto a una población similar de 103 madres de familia con condiciones similares a población de estudio; para comparar fiabilidad y confiabilidad obtenida de la muestra de investigación.

Se evalúa mediante una escala Likert, en la cual la puntuación total se obtiene sumando los valores de todos los ítems. Esta puntuación refleja los síntomas experimentados en las últimas semanas, así como el estado actual de la persona evaluada.

Los baremos de calificación de este cuestionario son cinco categorías: muy bajo = 36-64, bajo = 65- 93, promedio = 94-122, alto = 123- 151, muy alto = 152 – 180.

Es importante destacar que el valor del coeficiente obtenido se encuentra entre  $0.7 < r$ , lo que indica que el instrumento puede considerarse confiable.

En la siguiente tabla, se presenta los resultados del análisis de confiabilidad general, calculado a través del Coeficiente alfa de Cronbach.

**Tabla 1**

*Estadísticas de fiabilidad*

---

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,861	,858	36

---

**Escala de Auto aplicación de Depresión de Zung (EAMD).**

**a.- Objetivo:** Evalúa el grado de depresión; así mismo mide 4 dimensiones: afectivo, fisiológico, psicomotores y psíquicos.

**b.- Descripción:**

La escala de depresión fue perfeccionada por William Zung en 1965. Esta escala de parámetros de síntomas se basa en la experiencia aplicada por Luis Astocondor en Perú. Se trata de una escala de depresión autoadministrada que consta de 20 ítems, de los cuales la mitad son positivos y la otra mitad negativos. Los síntomas somáticos y cognitivos fueron evaluados mediante 8 ítems en cada grupo, complementados con 2 ítems relacionados con el estado de ánimo y otros 2 síntomas psicomotores.

Este formato consta de cuatro columnas. Muy pocas veces, algunas veces, muchas veces y casi siempre. Entre ellos, los revisores puntuarán lo que más les convenga. Comparan la escala obtenida con la clave y hacer un conteo, escriba el valor especificado de cada párrafo en el margen y agregue todos los valores parciales. Será un índice con este total como 100. La escala está construida de manera que los índices más bajos indican depresión o ausentismo más leves.

**Validez de Escala de Zung (Depresión).**

En cuanto a la validez de contenido, el instrumento fue revisado por tres expertos, quienes lo evaluaron de manera independiente para comprobar si era preciso, claro y adecuado para la población de estudio. El resultado obtenido fue una puntuación de 7.35, lo que indica una validez aceptable según el coeficiente de validez del juicio de expertos. Se procede aplicar la prueba piloto a una población similar de 103 madres de familia con

condiciones similares a población de estudio; para comparar fiabilidad y confiabilidad obtenida de la muestra de investigación.

Se evalúa utilizando una escala Likert, donde la puntuación total se obtiene al sumar todos los ítems, considerando los síntomas experimentados en las últimas semanas y el estado actual de la persona evaluada.

Los baremos de calificación de este cuestionario son cuatro categorías: No hay depresión = 20-35, desorden emocional = 36-51, depresión situacional = 52- 67, depresión ambulatoria = 68-80.

Es importante destacar que el valor del coeficiente obtenido está entre 0.7 y r, lo que indica que "el instrumento puede considerarse confiable".

En la siguiente tabla, se presenta los resultados del análisis de confiabilidad general, calculado a través del Coeficiente alfa de Cronbach.

**Tabla 2**

<i>Estadísticas de fiabilidad</i>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,735	20

### **3.5. Procedimientos de análisis de datos**

En la recopilación de datos, se realizó de la siguiente manera:

Se coordinó con la presidenta del comedor popular señor de los milagros del distrito de Llama, con la finalidad de adquirir el permiso para poder aplicar los instrumentos teniendo en cuenta los horarios de disponibilidad de las madres de familia, fijándose fecha de inicio para la aplicación de los instrumentos y inicio de las sesiones.

En los instrumentos de recolección de datos se tendrá el Cuestionario de estrés parental, contiene 36 preguntas y la Escala de Auto aplicación de Depresión de Zung, con 20 preguntas con una duración de 10 a 15 minutos aproximadamente serán aplicados de forma grupal se tendrá en cuenta los criterios de validez mediante criterios de jueces con categorías

de pertinencia, suficiencia y coherencia, también se tendrá en cuenta la confiabilidad del instrumento

Obtenido los datos de evaluación se utilizará el programa Excel para registrar los datos y consolidar la base o matriz de los datos, posteriormente se utilizará el programa SPSS-27 para la recodificación de variables, realizar los análisis descriptivos de los datos, obtener las tablas y gráficos de la frecuencia, asimismo los datos de confiabilidad y normalidad.

Así mismo, obtenido el diagnóstico actual o información del pretest, se llevará a cabo la implementación del aporte investigativo y el diseño del programa cognitivo conductual teniendo en cuenta sus estructuras a seguir, se tendrá un aproximado de 10 sesiones, las sesiones serán de manera clara, coherente y sencilla, teniendo en cuenta las características de las madres participantes

### **3.6. Criterios éticos**

Según los principios éticos de la USS se establecen las investigaciones en:

Principios Generales (Art. N.º 5)

Protección de la persona, conservación del medio ambiente y la biodiversidad, consentimiento informado y explícito, transparencia en la selección de temas de investigación, respeto y cumplimiento de los principios éticos, rigurosidad científica y divulgación de los resultados de los estudios.

Principios Específicos (Art. N.º 6)

Respeto por los derechos de la propiedad intelectual, citar y referenciar adecuadamente, reconocer la participación y contribución de los colaboradores en la exploración y reserva de la indagación conseguida para los objetivos de investigación.

Según Horna (2022) Atestigua que, en 1979, colaboró en el informe de Belmont, el cual explicó la integración de los parámetros presentados en este tipo de trabajos, los cuales se expresan a través de tres principios:

Respeto por las personas: Esto asegura la libertad de las personas y les da permiso informado para participar en la evaluación.

Beneficencia: Para promover los beneficios que las personas derivan de lograr resultados con la mayor gloria mientras se previene el peligro para ellos.

Justicia: Se utiliza un modelo prudente que no perjudique al beneficiario, considerando las peculiaridades estadísticas y generales.

### **3.7. Criterios de Rigor científico**

La fundamentación científica de este estudio se sustenta en estándares científicos que tienen en cuenta los principios de confiabilidad y validez.

**Confiabilidad:** La fundamentación científica de este estudio se apoya en estándares científicos que tienen en cuenta los principios de confiabilidad y validez.

**Validez:** Además de crear su propio proyecto de acuerdo con las pautas proporcionadas, también se tendrán en cuenta la relevancia, relevancia y claridad de las preguntas individuales y la escala de las herramientas utilizadas.

## **IV. RESULTADOS**

Se diagnostica el estado actual de la dinámica de la Estrategia Cognitivo Conductual para el manejo de estrés y depresión recopilando información sobre aspectos estrechamente relacionados con la salud física. Aspectos psicológicos y sociales de las madres de familia del comedor popular del distrito de Llama, a través de sus manifestaciones y aplicación de los cuestionarios de Estrés Parenteral y Depresión de Zung. Para fines de recopilación de todo tipo de datos. Por lo tanto, se crearon dos cuestionarios para analizar estadísticamente la dinámica del objeto. La muestra incluyó a las madres de familia del comedor popular. Dispositivo aplicado a 35 muestras. La herramienta, dirigida a madres de familia, consta de 36 y 20 preguntas.

**Tabla 3**

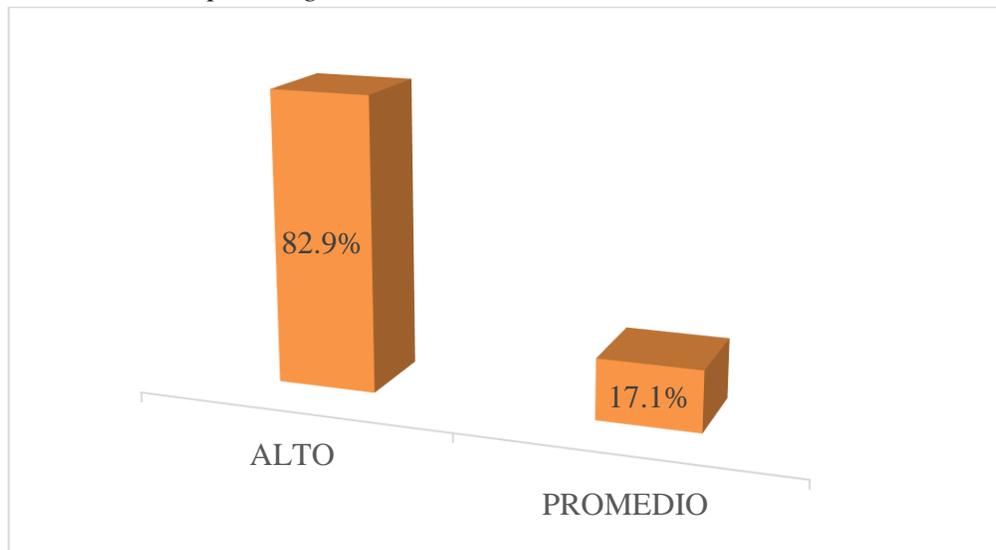
*Nivel pretest general Estrés parenteral*

	N	%
ALTO	29	82.9%
PROMEDIO	6	17.1%

*Nota. Distribución según nivel general de estrés parenteral en las madres de familia antes de la aplicación del Programa al grupo experimental.*

**Figura 1**

*Nivel pretest general Estrés*



*Nota. Los resultados referentes al nivel general de estrés en las madres de familia antes de la aplicación del Programa al grupo experimental.*

Se puede observar, en los datos de la tabla y la figura, el nivel general de estrés en el grupo experimental, evidenciándose que antes de la implementación del programa, el 82.9% presentó un nivel alto de estrés, mientras que el 17.1% mostró un nivel promedio en las madres de familia del comedor popular.

**Tabla 4**

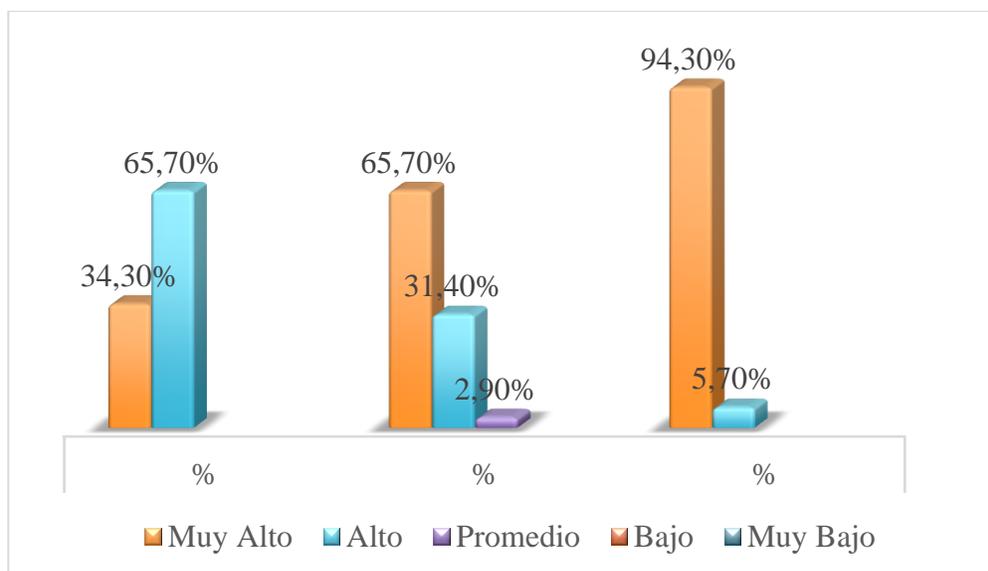
*Nivel de Pretest por dimensiones de Estrés parenteral*

Niveles	Malestar paterno		Interacción		Niño Dificil	
	N	%	N	%	N	%
Muy Alto	12	34.3%	23	65.7%	3	94.3%
Alto	23	65.7%	11	31.4%	2	5.7%
Promedio			1	2.9%		

*Nota. Distribución por dimensiones de estrés parenteral en las madres de familia antes de la aplicación del Programa al grupo experimental*

**Figura 2**

*Nivel de Pretest por dimensiones de Estrés parenteral*



*Nota. Los resultados referentes al nivel por dimensiones de estrés en las madres de familia antes de la aplicación del Programa al grupo experimental.*

En los datos de la tabla y la figura se observa el nivel de estrés por dimensiones aplicado al grupo experimental, encontrándose que antes de la ejecución del programa, los resultados por dimensión son los siguientes: en la dimensión de "niño difícil", el 94.3% presentó un nivel muy alto y el 5.7% nivel alto; en la dimensión de "interacción", el 65.7% tuvo un nivel muy alto, el 31.4% un nivel alto, y el 2.9% un nivel promedio; mientras que en la dimensión de "malestar paterno", el 65.7% presentó un nivel alto y el 34.3% nivel muy alto.

**Tabla 5**

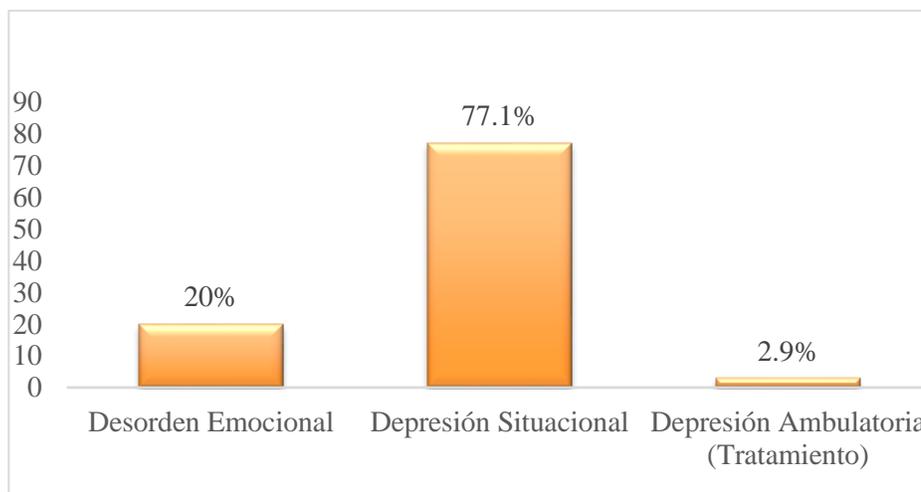
*Nivel pretest general de Depresión*

	N	%
Depresión ambulatoria	1	2.9%
Depresión Situacional	27	77.1%
Desorden emocional	7	20.0%

*Nota. Distribución según nivel general de depresión en las madres de familia antes de la aplicación del Programa al grupo experimental.*

**Figura 3**

*Nivel pretest general de Depresión*



*Nota. Los resultados referentes al nivel general de depresión en las madres de familia antes de la aplicación del Programa al grupo experimental.*

En los datos de la tabla y la figura se puede observar el nivel general de depresión en el grupo experimental, encontrándose que antes de la ejecución del programa, el 77.1% presentó depresión situacional, el 20% mostró desorden emocional y el 2.9% experimentó depresión ambulatoria.

**Tabla 6**

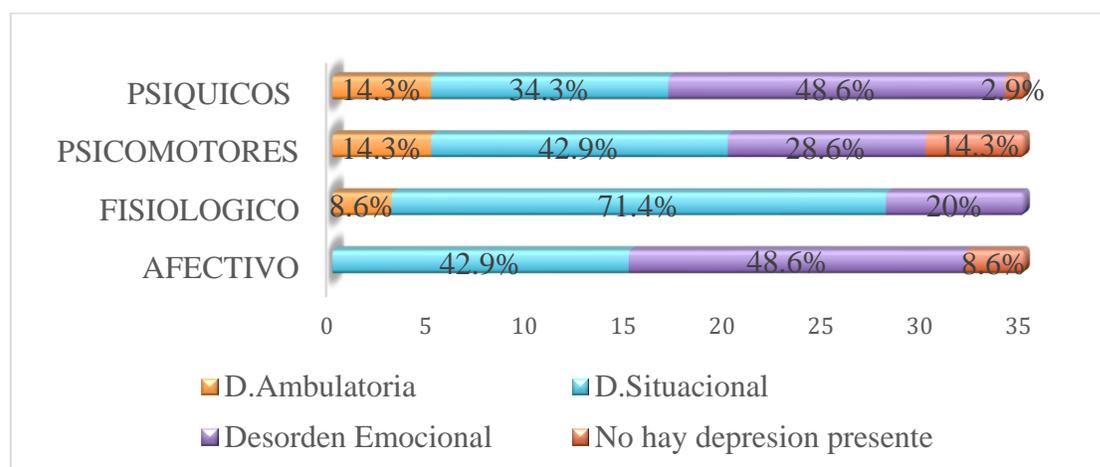
*Nivel Pretest por dimensiones de Depresión*

Niveles	AFECTIVO		FISIOLOGICO		PSICOMOTORES		PSIQUICOS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
D.Ambulatoria			3	8.6%	5	14.3%	5	14,3%
D.Situacional	15	42.9%	25	71.4%	15	42.9%	12	34,3%
Desorden Emocional	17	48.6%	7	20%	10	28.6%	17	48,6%
No hay depresión presente	3	8.6%			5	14.3%	1	2.9%

*Nota. Distribución por dimensiones de depresión en las madres de familia antes de la aplicación del Programa al grupo experimental.*

**Figura 4**

*Nivel Pretest por dimensiones de Depresión*



*Nota. Los resultados referentes al nivel por dimensiones de depresión en las madres de familia antes de la aplicación del Programa al grupo experimentan*

Se observa, en los datos de la tabla y figura, el nivel por dimensiones de depresión aplicado al grupo experimental, constatándose que previo a la ejecución del Programa los resultados por dimensión son las siguientes dimensiones **fisiológico** con 71.4% depresión situacional , 20% desorden emocional y 8.6% depresión ambulatoria ; **afectivo** con 48.6 % desorden emocional , 42.9% depresión situacional y 8.6% no hay depresión presente ; **psicomotores** 42.9% depresión situacional , 28.6% desorden emocional y 14.3% depresión ambulatoria y no hay depresión ; **psíquicos** con 48.6% desorden emocional , 34.3% depresión situacional , 14.3% depresión ambulatoria , 2.9% no hay depresión presente

## V.- DISCUSIÓN

El estrés y la depresión se ha convertido en una preocupación alarmante en nuestra sociedad actual debido al gran impacto significativo en la salud mental y emocional de las madres de familia por lo que estas manifestaciones pueden desencadenar problemas graves como: dolores de cabeza, falta de concentración en las tareas del hogar, cansancio físico excesivo. mala memoria, pensamientos suicidas, dependencia financiera, falta de apetito, pérdida de interés por realizar las actividades diarias, en tal sentido que es esencial que las madres de familia y los expertos de la salud reconozcan la amenaza de esta situación y trabajen en equipo para solucionar oh brindar estrategias eficientes para manejar este problema.

Para realizar este estudio, se consideraron distintas limitaciones que podrían haber influido en los resultados conseguidos. En primer lugar, se evaluó la disponibilidad y voluntad de las madres de familia, para participar en la investigación.

Para abordar estas limitaciones, se optó por implementar el programa en diversos entornos con el fin de que las participantes se sintieran cómodas y relajadas.

En consecuencia, para llegar a los principios del problema se procedió a analizar las manifestaciones de dicho problema, con la finalidad de dar un mejor diagnóstico, y que, por ende, el programa de estrategia cognitivo conductual tuviera un excelente resultado para manejar el estrés y la depresión. Respecto a los resultados obtenidos en las madres de familia. Respecto a los resultados obtenidos en las madres de familia del comedor popular del distrito de Llama se obtuvo un resultado alto de estrés con 82.9% en las madres de familia es decir

durante su rutina diaria influye mucho en ellas la inseguridad alimentaria, escasez económica, sobrecarga de trabajo en las actividades diarias y la falta de apoyo, así mismo en la depresión con 77.1% en depresión situacional con falta de energía , cambios en el apetito , dificultad para concentrarse , falta de motivación y trastornos de sueño . Al comparar los resultados obtenidos por Pacco y Ochoa (2022), realizaron una investigación sobre depresión, ansiedad y estrés en personas que acuden a un establecimiento de salud durante la pandemia donde alcanzaron resultados en depresión de mayor frecuencia el nivel moderado con 51, 4%, nivel leve 24,3%, nivel severo 16,2%, nivel normal 10,7% y nivel extremadamente severo con 4,7% ; ansiedad con nivel moderado 45%, nivel leve 25,7%, nivel normal 15%, nivel severo 12,1% y extremadamente severo 2,1% y estrés con nivel moderado 42,1%, nivel leve 36,4%, nivel severo 11,4%, nivel normal 9,3% y extremadamente severo 0,7% ; así mismo concluyendo que en los niveles de depresión, ansiedad y estrés predominó un nivel moderado. Estas discrepancias difieren resultados significativos para aplicar un programa estratégico cognitivo conductual para ambas variables con dinámicas y técnicas eficientes para el manejo de estrés y depresión.

(Bandura, 1987 como se citó por Díaz, 2018). Manifiesta que las estrategias cognitivas conductuales relacionadas con el desarrollo de comportamientos adaptativos y emociones deseadas, incluido el entrenamiento en habilidades sociales. comportamiento; aprendizaje compensatorio, donde los sujetos aprenden nuevos comportamientos a través de la observación de modelos y técnicas de retroalimentación interpersonal.

Correspondiente a la variable estrés en la dimensión que mas alto porcentaje prevalece en el resultado es la dimensión niño difícil con 94.3% con comportamientos negativos, mal manejo de las características del niño y falta de adaptación a las labores diarias.; así mismo en su investigación González (2020) , estrés y factores de riesgo en las amas de casa contribuye resultados que el 62,5% prevalece el nivel medio de estrés, mientras que el 58,8 % presenta índice de estresamiento moderado origen de las contingencias del ambiente , resaltando la causalidad , a nivel social el aumento del número de contagios en la comunidad con el 71,3%, y a nivel doméstico actividades como la administración de recursos económicos con el 41,3%; determinando que existe una asociación estadísticamente significativa entre el estrés y los factores de riesgo psicosociales de las mujeres amas de casa residentes .

Por lo cual en esta dimensión se contribuye con dinámicas específicas que incentiven a realizar las actividades diarias, técnicas para una mala conducta en los niños y actividades saludables para el manejo y una respuesta eficiente de este fenómeno.

Finalmente, en la variable depresión el resultado que se obtuvo más alto porcentaje es en la dimensión fisiológico con 71.4% con depresión situacional con manifestaciones como alteraciones de sueño, pérdida de apetito, fatiga, pérdida de peso.

Por otro lado, Huamán (2023), en su investigación, se desarrolló un programa cognitivo conductual con la finalidad de reducir la depresión en adultos mayores, obteniendo resultados eficaces tras su implementación. Se observó una disminución en la variable de depresión en adultos mayores, con un 90% de los participantes en un nivel moderado y un 10% en un nivel leve. En el pretest, los resultados fueron un 10% en el nivel alto, un 88% en el nivel moderado y un 3% en el nivel leve. Esto permitió identificar el problema y aplicar un programa dirigido a mejorar la salud mental de los adultos mayores.

Esta discrepancia resalta la importancia de psico educar, identificar y brindar herramientas para el manejo de la depresión y así evitar y disminuir altos porcentajes; Asimismo, resulta esencial considerar la relevancia de los programas basados en estrategias cognitivas conductuales para el manejo del estrés y la depresión, ya que desarrollan un papel importante en la reducción de porcentajes, ayudando a prevenir niveles elevados de estas condiciones.

## **VI. APORTE DE LA INVESTIGACIÓN**

Estrategia cognitivo conductual para el manejo de estrés y depresión en las madres de familia del comedor popular del distrito - Llama.

Se diseñó una estrategia orientada a proporcionar soluciones a los problemas detectados, específicamente la insuficiencia en el proceso cognitivo-conductual que dificulta el manejo del estrés y la depresión. Este diagnóstico se realizó a través de métodos empíricos, teóricos y estadísticos en una población de estudio compuesta por madres de familia de un comedor popular del distrito de Llama. Esto permitió formular la pregunta central de la investigación.

Así mismo varias fuentes de investigación sobre las variables estrés y depresión mencionan el relevante papel que juegan actualmente en la salud mental ya que son estados emocionales que influyen en la calidad de vida de nuestra rutina diaria; en esa misma línea el Ministerio de Salud (MINSA, 2021), menciona que el 52,2% de los limeños presenta signos de sobrepeso debido a la naturaleza de la epidemia, y para evitarlo se recomienda una vida más familiar y amigable. Aunque el estrés no es una enfermedad, puede convertirse en una enfermedad mental cuando las personas estresadas comienzan a mostrar síntomas de depresión y ansiedad. Además, ven el apoyo familiar como clave para cambiar las condiciones de salud mental.

De modo que, es importante aplicar medidas de prevención como estrategias para el Manejo de estrés y depresión adecuados que nos ayuden dominar nuestros estados de emociones sin alteraciones todo ello a través de un plan de intervención que incluye formación y aplicación continua técnicas efectivas; es así que coexisten varias estrategias relacionadas con el desarrollo de comportamientos adaptativos y emociones deseadas, incluido el entrenamiento en habilidades sociales. comportamiento; aprendizaje compensatorio, donde los sujetos aprenden nuevos comportamientos a través de la observación de modelos y técnicas de retroalimentación interpersonal. El refuerzo aquí debe ser incidental. Después de la salida conductual placentera, la terapeuta recompensa al sujeto por sí o no. (Bandura, 1987 como se citó por Díaz, 2018).

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

Esta estrategia fue diseñada para conceptualizar y sistematizar estrategias cognitivo-conductuales y potenciar las habilidades sociales de las madres de familia del comedor popular; su finalidad es aumentar la autoconfianza en ellas para que puedan afrontar las amenazas e incertidumbres que son las metas u objetivos de la terapia de estrés cognitivo.

Por lo tanto su finalidad del enfoque cognitivo-conductual sostiene que el contexto se crea de las propias percepciones de los incentivos que uno logra o anhela, y que toda la aceptación, el proceso y el uso de la investigación están guiados por los estándares que los individuos encuentran a lo largo de sus vidas. Ser independiente de las circunstancias externas. El conocimiento de la conducta problemática, el contexto, la frecuencia, la historia, las consecuencias, la genética y el entorno social se consideran fundamentales para facilitar un posible tratamiento psicoterapéutico en un momento posterior teniendo como finalidad aumentar la autoconfianza del sujeto para que pueda afrontar las amenazas e incertidumbres que son las metas u objetivos de la terapia de estrés cognitivo. (Cabrejos, 2020).

De igual forma los modelos cognitivos (Beck J., 1995) se enfocan en las distorsiones del pensamiento y cómo afectan simultáneamente el estado mental y el comportamiento. Esto requiere intervenciones estratégicas de procesamiento cognitivo para alterar el pensamiento que influye en la mejora del estado de ánimo al tiempo que induce el comportamiento. Recuérdese que modificar las creencias disfuncionales o, en palabras de Ellis (1962), las creencias irracionales evocan una evaluación inmediata de amenaza y reduce los niveles de estrés y depresión aguda. (Flores ,2020).

Estos modelos explicativos se basan en técnicas que han demostrado ser eficaces en la práctica para fortalecer la capacidad de gestionar el estrés y la depresión. Entre las estrategias utilizadas se incluyen: la instrucción, la reestructuración cognitiva, las técnicas de relajación y respiración, el modelado, la retroalimentación, el ensayo conductual, el refuerzo, la terapia racional-emotiva y la formación en resolución de problemas.

## **6.2 Construcción del aporte práctico**

Tras analizar los resultados que evidencian niveles elevados en las dimensiones de estrés y depresión en las madres de familia de un comedor popular del distrito de Llama, se diseñaron diversas estrategias cognitivas conductuales para abordar estos indicadores y sus respectivas dimensiones: malestar paterno, interacción disfuncional madre-hijo, niño difícil, afectivo, fisiológico, psicomotores y psíquicos. Se puso especial énfasis en las dimensiones "niño difícil" y "fisiológico", ya que fueron las más destacadas con porcentajes altos según los resultados obtenidos en el pretest aplicado a las madres.

Con este propósito, se diseñó una estrategia compuesta por 7 sesiones, estructuradas y desarrolladas en las siguientes etapas:

### **ETAPA I: INTRODUCCION – FUNDAMENTACION**

Se establece el contexto en el que se desarrolla el problema a abordar, además de presentar los fundamentos teóricos del enfoque cognitivo-conductual que sustentan el programa planteado.

### **ETAPA II: DIAGNOSTICO**

El objetivo de esta sección es detectar los problemas prácticos presentes en el grupo experimental e identificar los datos y síntomas esenciales para diseñar una estrategia. En este proceso, se incluyeron acciones y medidas específicas al formular cada objetivo. Durante una de las sesiones de esta etapa, se emplearon diversas herramientas de investigación, tales como:

**Revisión Bibliográfica:** Se ofrece un análisis detallado de la literatura relacionada con este tema, basado en investigaciones previas que emplean tanto fuentes primarias como secundarias, incluyendo literatura científica, tesis y disertaciones.

**Cuestionario:** Para la recopilación de datos se emplearon el cuestionario de estrés parental de Abidin y el cuestionario de depresión de Zung, ambos validados mediante el criterio de jueces. Asimismo, se realizó una prueba piloto con 103 madres de familia que compartían características similares. Las instrucciones para la aplicación adecuada del instrumento se especificaron en la parte superior del cuestionario. Finalmente, la muestra definitiva de la investigación incluyó a las 103 madres que participaron de forma activa y voluntaria.

**Juicio de expertos:** Se ha realizado la verificación del contenido del equipo. Recibieron el dictamen de tres expertos que coincidieron en la viabilidad y aplicabilidad del acuerdo.

**Construcción Metodológica:** Proceso de formulación de estrategias que cada sesión tiene objetivos concisos, alcanzables y realistas, haciéndola clara y concisa. Identificado por los indicadores y dimensiones que se muestran a continuación.:

➤ **Estrés parenteral**

**Malestar paterno:** estilos de crianza, sentida de competencia de su rol.

**Interacción disfuncional madre – hijo:** aplazamiento de otras actividades, relación conflictiva, expectativa del padre, percepción de la relación

**Niño difícil:** comportamientos inadecuados, características del niño, adaptabilidad.

➤ **Depresión:**

**Estado afectivo:** pensamiento y comportamiento.

**Trastornos fisiológicos:** enfermedades no patológicas.

**Trastornos psicomotores:** adaptaciones cognitivas y motoras.

**Trastornos psíquicos:** pensamientos, sentimientos, estados de ánimo y comportamientos.

**Resultado del Diagnóstico:**

**Dimensión malestar paterno**

- Dificultad para tener buenos estilos de crianza.
- Dificultad para tener una buena competencia en su rol.

**Dimensión interacción disfuncional madre – hijo.**

- Dificultar para realizar actividades.
- Dificultad para una buena relación.
- Mala expectativa del padre.
- Mala percepción de la relación.

**Dimensión Niño difícil**

- Comportamientos negativos.
- Mal manejo de las características del niño.
- Desaptabilidad.

**Dimensión estado afectivo**

Con sentimiento de tristeza, melancolía, desánimo y episodios de llanto.

**Dimensión Trastornos fisiológicos**

Cambios en los patrones de sueño, variaciones en el peso corporal, alteraciones en el apetito, disminución de la libido, problemas digestivos como estreñimiento y sensación de cansancio.

**Dimensión psicomotores**

Astenia Psicomotora: debilidad o fatiga general.

**Dimensión trastornos psíquicos**

Sentimientos de confusión, vacío, desesperanza, duda, insatisfacción, pensamientos suicidas y falta de autoestima.

**ETAPA III: OBJETIVO GENERAL**

Establecer el objetivo general del aporte de la investigación:

Planificar el procedimiento cognitivo conductual, a través de las siete dimensiones estrés y depresión, con la finalidad de reforzar el manejo de estrés y depresión en las madres del comedor popular del distrito de Llama.

**Etapa IV: Planeación Estratégica**

El diagnóstico realizado a las madres de familia del comedor popular del distrito de Llama concluyó que las dimensiones con mayor nivel son: niño difícil (estrés) y fisiológica (depresión), las cuales presentan un porcentaje elevado. Además, a nivel general, tanto el estrés como la depresión muestran altos porcentajes en la población objetivo. Por lo tanto, se ha identificado la necesidad de desarrollar una estrategia cognitivo-conductual enfocada en mejorar el manejo del estrés y la depresión, estructurada en un total de 7 sesiones, cada una dirigida a abordar una dimensión específica, con especial énfasis en aquellas con los porcentajes más altos.

## **Etapa V: Contextualización del Estrés y Depresión**

### **Objetivo general**

Contextualizar el manejo de Estrés y Depresión en las madres de familia del comedor popular.

### **Acciones previas**

- Establecer los síntomas de estrés y depresión.
- Establecer las consecuencias de un mal manejo de estrés y depresión.
- Determinar un plan de intervención y acción

### **Primera Fase: Malestar paterno**

#### **Objetivo:**

Fomentar un clima de confianza y respeto entre con las madres de familia, así como dialogar sobre el estrés.

#### **Actividades Previas:**

- Comunicar las actividades y la finalidad del programa
- Establecer normas dentro de los talleres y promover la participación
- Actividades para iniciar la interacción y estimular la motivación para participar
- Explicar el tema de trabajo con ejemplos prácticos y de la vida cotidiana
- Comentarios y preguntas sobre lo presentado.

**Responsable:** Psicóloga

### **Segunda Fase: Interacción disfuncional madre – hijo.**

#### **Objetivo:**

Sistematizar el manejo de estrés en las madres de familia.

#### **Actividades Previas:**

- Dinámica de estrés y lluvia de ideas sobre el tema a trabajar
- Psicoeducación sobre el estrés y su influencia para realizar las actividades diarias
- Estrategias para manejar el estrés.
- Actividad de análisis y practica sobre el tema trabajado

**Responsable:** Psicóloga

### **Tercera Fase: Niño difícil**

#### **Objetivo:**

Practicar técnicas que promuevan el buen manejo de estrés con actividades saludables.

#### **Actividades Previas:**

- Dinámica de movilización y lluvia de ideas sobre el tema a trabajar
- Promoción de actividades recreativas saludables y tiempo libre
- Desarrollo y explicación sobre la importancia de las técnicas de la relajación muscular.
- Brindar técnicas para promover el manejo de estrés.
- Actividades de retroalimentación

**Responsable:** Psicóloga

### **Cuarta Fase: Estado afectivo**

#### **Objetivo:**

Psico educar a las madres de familia sobre la depresión y su influencia en la vida diaria, así como promover técnicas de gestión y control emocional

#### **Actividades Previas:**

- Dialogar sobre la depresión con sus niveles altos y las consecuencias en la salud
- Psico educar en las estrategias de manejo emocional.
- Practicar lo aprendido

**Responsable:** Psicóloga

### **Quinta Fase: Trastornos fisiológicos**

#### **Objetivo:**

Identificar conductas negativas relacionadas a una depresión, así como estrategias para evitar las recaídas.

#### **Actividades Previas:**

- Psico educar sobre las conductas negativas relacionadas a la depresión.
- Identificar síntomas de conductas negativas.

- Consecuencias sobre la salud
- Importancia del manejo emocional y conductual
- Herramientas para manejar la depresión.
- Retroalimentación de todo lo aprendido

**Responsable:** Psicóloga

#### **Sexta Fase: Psicomotores.**

##### **Objetivo:**

Sistematizar el manejo de depresión en las madres de familia.

##### **Actividades Previas:**

- Dinámica de movilización y lluvia de ideas sobre el tema a trabajar
- Psicoeducación sobre la depresión y su influencia para realizar las actividades diarias
- Estrategias para manejar la depresión.
- Actividad de análisis y practica sobre el tema trabajado

**Responsable:** Psicóloga

#### **Séptima Fase: Psíquicos.**

##### **Objetivo:**

Identificar pensamientos distorsionados relacionados a una depresión.

##### **Actividades Previas:**

- Psico educar sobre los pensamientos distorsionados a una depresión
- Identificar pensamientos distorsionados
- Importancia del manejo emocional y conductual
- Herramientas para manejar pensamientos distorsionados.
- Retroalimentación de todo lo aprendido

**Responsable:** Psicóloga

**Tabla 7***Cuadro resumen de las actividades del sistema de procedimiento*

<b>PRIMERA FASE</b>		<b>Dimensión malestar paterno</b>
<b>Objetivo:</b> Fomentar un clima de confianza y respeto entre con las madres de familia, así como dialogar sobre el estrés.		
<b>Sesión 1</b>	Hablemos sobre estrés	Identificar el concepto de estrés sus signos y síntomas.
<b>SEGUNDA FASE</b>		<b>Dimensión Interacción disfuncional madre – hijo</b>
<b>Objetivo:</b> Sistematizar el manejo de estrés en las madres de familia.		
<b>Sesión 2</b>	¿Cómo influye el estrés en nuestra vida diaria?	Conocer e identificar el estrés y su influencia en la vida diaria y cómo manejarlo.
<b>TERCERA FASE</b>		<b>Dimensión Niño difícil</b>
<b>Objetivo:</b> Practicar técnicas que promuevan el buen manejo de estrés con actividades saludables.		
<b>Sesión 3</b>	Actividades saludables para el manejo de estrés	Gestionar el manejo de estrés con actividades saludables
<b>CUARTA FASE</b>		<b>Dimensión estado afectivo</b>
<b>Objetivo:</b> Psico educar a las madres de familia sobre la depresión y su influencia en la vida diaria, así como promover técnicas de gestión y control emocional		
<b>Sesión 4</b>	La depresión y su influencia en la vida diaria	Psico educar en depresión y cómo manejarlo en la vida diaria.
<b>QUINTA FASE</b>		<b>Dimensión Trastornos Fisiológicos</b>

---

**Objetivo:** Identificar conductas negativas relacionadas a una depresión, así como estrategias para evitar las recaídas.

---

<b>Sesión 5</b>	La depresión y sus conductas negativas	Psico educar en temas de identificación de conductas negativas y cómo manejarlo para evitar recaídas.
-----------------	--	---

---

**SEXTA FASE** **Dimensión Psicomotores.**

---

**Objetivo:** Sistematizar el manejo de depresión en las madres de familia.

---

<b>Sesión 6</b>	Manejo de depresión	Psico educar en el manejo de depresión y su influencia para realizar las actividades diarias con estrategias.
-----------------	---------------------	---

---

**SEPTIMA FASE** **Dimensión Psíquicos.**

---

**Objetivo:** Identificar pensamientos distorsionados relacionados a una depresión.

---

<b>Sesión 7</b>	Pensamientos distorsionados y la depresión.	Psico educar en temas de pensamientos distorsionados y cómo prevenirlo, así como herramientas de estrategias de manejo a la depresión.
-----------------	---	--

---

**Tabla 8***Actividades de la sesión 1*

	<b>Momento</b>	<b>Metodología</b>	<b>Materiales y medios</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Hablemos sobre Estrés</b>	<i>Inicio</i>	<i>Presentación:</i> se iniciará sesión dando la bienvenida y la realización de la <b>dinámica “el globo estresado”</b> se entrega un globo a cada participante luego se les pide que inflen y amarren que estiren hacia el frente de ellas luego que miren al globo y cierren sus ojos y piensen en todas las cosas que les causan estrés luego aprietan el globo con sus manos hasta reventarlo.	<i>Humano</i> Madres de familia. Psicóloga.  <i>Materiales</i> Hojas Globos Sonido Proyector Diapositivas Videos	<i>1 hora</i>
	<i>Desarrollo</i>	<i>Explicación del tema:</i> se dará una introducción y se hablará de manera general sobre el estrés, se recogerá los conocimientos previos, luego se les explicará sobre ¿qué es el estrés ?, ¿Cuáles son los síntomas de estrés? ¿Qué tipos de estrés conocemos ?, ¿Qué puede provocar el estrés? Al final de la explicación se les solicita realizar sus preguntas o dudas para poder resolverlas.		
	<i>Cierre</i>	Se realiza una retroalimentación de lo que se habló.		

**Tabla 9***Actividades de la sesión 2*

	<b>Momento</b>	<b>Metodología</b>	<b>Materiales y medios</b>	<b>Tiempo</b>
<b>¿Cómo influye el estrés en nuestra vida diaria?</b>	<i>Inicio</i>	<i>Presentación:</i> saludo seguida de una dinámica de coordinación y liberación del estrés con un salto: se forma equipo en grupos, luego se les pide que formen círculo con abrazados se les indica que cuando se dice uno den un salto hacia adelante, luego con el dos hacia atrás.	<i>Humano</i> Estudiantes Psicóloga  <i>Materiales</i> Hojas Sonido Proyector Cartulina Plumones Diapositivas Videos	<i>1 hora</i>
	<i>Desarrollo</i>	<i>Explicación del tema:</i> Se da una introducción acerca del estrés y su influencia en las actividades diarias. ¿Cómo afecta el estrés en nuestra vida cotidiana ?, ¿Cómo afecta el estrés en la vida de las personas?, ¿Cómo afecta el estrés en la vida social ?, ¿Cómo afecta el estrés en el comportamiento humano?, ¿De qué manera podemos manejarlo ?, ¿Qué estrategias se emplearían?  Luego se pide una lluvia de ideas de lo entendido acerca del tema expuesto.		
	<i>Cierre</i>	Se finalizará la sesión con un video reflexivo. <a href="https://www.youtube.com/watch?v=0is459zM92U">https://www.youtube.com/watch?v=0is459zM92U</a>		

**Tabla 10**

*Actividades de la sesión 3*

	<b>Momento</b>	<b>Metodología</b>	<b>Materiales y medios</b>	<b>Tiempo</b>
Actividades saludables para el manejo de estrés	<i>Inicio</i>	<i>Presentación:</i> se inició la sesión con la dinámica Juego mentales (manejando el estrés), la cual consiste en seguir las instrucciones del ponente y actuar de acuerdo a la lista de palabras que el indica: aplaudan, cuenten hasta 10, cójanse la cabeza, cacareen como un pollo y luego se les pide que actúen de acuerdo al número de lista como el indico y si no recuerdan se les pide que repitan de nuevo.	<i>Humano</i> Madres de familia. Psicóloga	<i>1 hora</i>
	<i>Desarrollo</i>	<i>Explicación del tema:</i> Antes de empezar a realizar la introducción del tema propuesto hacemos lluvia de ideas del tema a trabajar. Empezamos a hablar sobre la promoción de actividades saludables y las técnicas de relajación para el manejo de estrés. ¿Qué actividades debería realizarse para el manejo de estrés?, ¿Qué hábitos o cosas positivas deberíamos hacer para reducir el estrés ?,¿Qué hacer para reducir el estrés?; desarrollamos la técnica de relajación muscular indicando las instrucciones sobre la técnica relación muscular progresiva con	<i>Materiales</i> Hojas Sonido Proyector Cartulina Plumones	

		<p>los siguientes pasos: 1.- Sentarse cómodamente o acostarse. Respirá lenta y profundamente.</p> <p>2.- Elegí un grupo de músculos. Empezar de abajo hacia arriba.</p> <p>3.- Tensa los músculos seleccionados tanto como puedas y mantenerlo así de 5 a 10 segundos.4.- Libera el grupo muscular progresivamente hasta su completa relajación. 5.- Hacer una pausa de 10 segundos y concéntrate en cómo se siente esa parte del cuerpo. 6.- Repetir los pasos 1 a 5 con el siguiente grupo de músculos.6.- Realizar los pasos 1 a 4 con cada grupo muscular que desees trabajar.</p>		
	<p><i>Cierre</i></p>	<p><i>Finalmente</i>, Se les recomienda practicar en casa diariamente este ejercicio ya que alivia síntomas de estrés.</p> <p>Despedida y próxima sesión</p>		

**Tabla 11***Actividades de la sesión 4*

	<b>Momento</b>	<b>Metodología</b>	<b>Materiales y medios</b>	<b>Tiempo</b>
La depresión y su influencia en la vida diaria	<i>Inicio</i>	<i>Presentación</i> se iniciará con lluvia de ideas del tema a tratar	<i>Humano</i> Madres participantes, Psicóloga  <i>Materiales</i> Hojas Sonido Proyector Cartulina Plumones Diapositivas	<i>1 hora</i>
	<i>Desarrollo</i>	<i>Explicación del tema a tratar</i> ¿Qué es la depresión y como afecta a la sociedad?, ¿Cómo influye la tristeza en la vida cotidiana ?,¿Cómo es la vida de una persona con depresión?, ¿Qué estrategias nos ayudan a controlar las emociones ?, ¿Cuáles son las estrategias de regulación emocional ?,¿Cuáles son las técnicas de autocontrol ?, <i>se realizaron ejercicios prácticos como <b>detección del pensamiento, regulación de pensamiento.</b></i>		
	<i>Cierre</i>	<i>Finalización</i> se realizó una retroalimentación del tema trabajado, así como la atención a dudas o preguntas de las madres participantes.		

**Tabla 12**

*Actividades de la sesión 5*

	<b>Momento</b>	<b>Metodología</b>	<b>Materiales y medios</b>	<b>Tiempo</b>
La depresión y sus conductas negativas	<i>Inicio</i>	<i>Presentación</i> se inicia la sesión con una dinámica <b>momentos felices</b> , seguido se les da las instrucciones de la dinámica se propone a las participantes tres situaciones positivas que le hayan sucedido durante un día y justifique como se ha sentido. ambos tendrán que escribir en una hoja.	<i>Humano</i> Madres participantes, Psicóloga  <i>Materiales</i> Hojas Sonido Proyector Cartulina Plumones Diapositivas	<i>1 hora</i>
	<i>Desarrollo</i>	<i>Explicación del tema</i> se presenta diapositivas sobre el tema a trabajar, se inicia hablando cada uno de ellos: ¿Qué conductas tiene una persona con depresión ?, ¿Qué efectos negativos ocasiona la depresión ?, ¿Cómo afecta la depresión en el comportamiento ?, ¿Como es la actitud de una persona depresiva?; algunas herramientas para manejar la depresión: habla y desahógate, no tomes decisiones precipitadas, piensa en positivo, no te encierres en ti mismo, muévete. técnicas : alternativas , no te rindas , porque yo no .		
	<i>Cierre</i>	<i>Finalización</i> se realizó un ejercicio práctico y dramatización con lo trabajado y las técnicas trabajadas para retroalimentar el contenido.		

**Tabla 13**

*Actividades de la sesión 6*

	<b>Momento</b>	<b>Metodología</b>	<b>Materiales y medios</b>	<b>Tiempo</b>
<i>Manejo de depresión</i>	<i>Inicio</i>	<i>Presentación</i> se iniciará con una retroalimentación de lluvias de ideas de la sesión anterior		<i>1 hora</i>
	<i>Desarrollo</i>	<i>Explicación del tema</i> se realizó la proyección de las diapositivas y material preparados para la explicación del tema ¿Cómo afecta la depresión en el día a día ?, ¿Cómo afecta la depresión en la vida cotidiana ?, ¿Qué actividades puede realizar una persona con depresión ?, ¿Cómo influye el estilo de vida en la depresión ?, asimismo se realizaron ejercicios prácticos y casos para la identificación y ejercicios para el autocontrol emocional como respiración, técnica del ensayo mental , esto mediante dramatización.	<i>Humano</i> Madres participantes, Psicóloga  <i>Materiales</i> Hojas Sonido Proyector Cartulina Plumones Diapositivas	
	<i>Cierre</i>	<i>Finalización</i> se realizó una retroalimentación del tema trabajado, así como la atención a dudas o preguntas de los participantes.		

**Tabla 14***Actividades de la sesión 7*

	<b>Momento</b>	<b>Metodología</b>	<b>Materiales y medios</b>	<b>Tiempo</b>
Pensamientos distorsionados y la depresión.	<i>Inicio</i>	<i>Presentación</i> se inicia la sesión con una retroalimentación del tema trabajado en la sesión anterior.	<i>Humano</i> Madres participantes, Psicóloga  <i>Materiales</i> Hojas Sonido Proyector Cartulina Plumones Diapositivas	<i>1 hora</i>
	<i>Desarrollo</i>	<i>Explicación del tema</i> en esta sesión se trabajará como corregir los pensamientos distorsionados, ¿Qué causa pensamientos distorsionados ?, ¿Qué es una mente distorsionada ?, ¿Cómo identificar pensamientos distorsionados ?,¿Cuáles son los pensamientos con depresión? Así mismo se realizará una retroalimentación de todo lo trabajado a través de preguntas prácticas y ejercicios.		
	<i>Cierre</i>	<i>Finalización</i> se finalizará con recomendaciones y sugerencias para prevención de pensamientos distorsionados.		

## Etapa V: Instrumentación

La Estrategias cognitivo conductual se elaboró y ejecutó teniendo en cuenta la problemática identificada, su finalidad es manejar el estrés y depresión en las madres de familia del comedor popular, realizando una planificación estratégica, para ello, se coordinó con la presidenta del comedor popular para obtener el permiso necesario, así como la colaboración de las madres de familia, quienes participaron activamente en cada sesión programada. Como resultado, se logró estructurar y llevar a cabo la estrategia cognitivo-conductual de manera exitosa.

**Tabla 15**

*Actividades realizadas en el Programa Estrategias cognitivo conductual*

<b>Nº</b>	<b>Responsable</b>	<b>Actividad</b>	<b>Producto</b>	<b>Periodo de ejecución</b>
<b>1</b>	investigadora	Presentar y expresar el proyecto de investigación y su finalidad a la presidenta del comedor popular a cargo de la Institución.	Conocimiento de la presidenta del comedor popular para el desarrollo del estudio	Marzo
<b>2</b>	Investigadora	Solicitar autorización a la presidenta del comedor popular a cargo de la Institución	Consentimiento informado y autorización para la evaluación	Marzo
<b>3</b>	Presidenta del comedor popular y psicóloga.	Informar a las madres de familia inscritas en dicha institución.	Realizar una reunión con las madres de familia para la explicación sobre la investigación y actividades a desarrollar, así como coordinar los	Marzo

			horarios de disponibilidad.	
4	Investigadora	Realizar la evaluación de estrés y depresión en las madres de familia del comedor popular.	obtener datos actuales sobre los niveles altos de estrés y depresión en las madres de familia del comedor popular.	Octubre
5	Investigadora	Establecer el diagnóstico	Analizar los resultados obtenidos mediante el pretest	Octubre
6	Investigadora	Realizar la construcción del aporte de intervención	Las Estrategias cognitivas conductuales para el manejo de estrés y depresión consta de 7 sesiones	Noviembre

**Tabla 16***Presupuesto del programa de Estrategia cognitivo conductual*

<b>Detalle</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor S/.</b>	<b>Total, S/.</b>
<b>BIENES</b>			
<b>Equipos y bienes duraderos:</b>			
<b>Laptop</b>	1	S/. 3000.00	S/. 3000.00
<b>Impresora</b>	1	S/. 1000.00	S/. 1000.00
<b>Mesa y silla</b>	1	S/. 200.00	S/. 200.00
<b>Tinta</b>	3	S/. 150.00	S/. 150.00
<b>USB</b>	1	S/. 30.00	S/. 30.00
<b>Materiales y útiles:</b>			
<b>Impresiones</b>	400	S/. 70 .00	S/. 70.00
<b>Lápices</b>	35	S/. 50.00	S/. 50.00
<b>Borrador</b>	35	S/. 30.00	S/. 15.00
<b>Lapiceros</b>	35	S/. 50.00	S/. 50.00
<b>papelotes</b>	20	S/. 10.00	S/. 10.00
<b>Cartulina</b>	10	S/. 10.00	S/. 10.00
<b>Plumones de papel</b>	Un paquete	S/. 18.00	S/. 18.00
<b>Papel bond</b>	Un millar	S/.20.0	S/.20.00
<b>Lista de madres de familia</b>	7	S/.3.00	S/30.00
<b>SERVICIOS</b>			
<b>Luz</b>	1	S/. 50.00	S/. 50.00
<b>Teléfono</b>	1	S/. 30.00	S/. 30.00
<b>Internet</b>	1	S/. 60.00	S/. 60.00
<b>Total</b>		<b>4,766.00</b>	<b>4,766.00</b>

## VII. VALORACION CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS

**Tabla 17**

*Nivel pretest y postest general Estrés parenteral*

Niveles	Pretest		Postest	
	N	%	N	%
Alto	29	82.90%		
Promedio	6	17.10%	6	17.10%
Bajo			29	82.90%

*Nota. Distribución según nivel general de estrés parenteral en las madres de familia antes y después de la aplicación del Programa al grupo experimental.*

En los datos presentados en la tabla, se muestra el nivel general de estrés aplicado al grupo experimental, observándose los resultados antes y después de la ejecución del programa. En el pretest, el 82.9% presentó un nivel alto de estrés y el 17.1% un nivel promedio; mientras que en el postest, el 82.9% reportó un nivel bajo de estrés y el 17.1% un nivel promedio en las madres de familia del comedor popular.

**Tabla 18**

*Nivel Descriptivo antes y después de la dimensión malestar Palermo*

	Pretest		Postest	
	N	%	N	%
Muy alto	12	34.30%		
Alto	23	65.70%	9	25.70%
Promedio			26	74.30%
Total	35	100.00%	35	100.00%

*Nota. Distribución del antes y después de la dimensión malestar Palermo de estrés parenteral en las madres de familia de la aplicación del Programa al grupo experimental.*

Se puede ver en los datos de la tabla, el nivel descriptivo de la dimensión malestar Palermo de estrés aplicado al grupo experimental, constatándose el antes y después de la ejecución del Programa los resultados son los siguientes: **nivel Pretest** 34.3% muy alto y 65.7% alto; **nivel Posttest** 25.7% alto y 74.3% promedio estrés en las madres de familia del comedor popular.

**Tabla 19**

*Nivel Descriptivo antes y después de la dimensión Interacción*

	Pretest		Posttest	
	N	%	N	%
Muy alto	23	65.70%		
Alto	11	31.40%	12	34.30%
Promedio	1	2.90%	22	62.90%
Bajo			1	2.90%
Total	35	100.00%	35	100.00%

*Nota. Distribución del antes y después de la dimensión Interacción de estrés parenteral en las madres de familia de la aplicación del Programa al grupo experimental.*

Se puede ver en los datos de la tabla, el nivel descriptivo de la dimensión Interacción de estrés aplicado al grupo experimental, constatándose el antes y después de la ejecución del Programa los resultados son los siguientes: **nivel Pretest** 65.7% muy alto, 31.4 % alto y 2.9% promedio; **nivel Posttest** 34.3 % alto, 62.9% promedio y 2.9 % bajo estrés en las madres de familia del comedor popular.

**Tabla 20***Nivel Descriptivo antes y después de la dimensión niño difícil*

Niveles	Pretest		Postest	
	N	%	N	%
Muy Alto	33	94.30%		
Alto	2	5.70%	10	28.6%
Promedio			25	71.4%
Total	35	100.00%	35	100.00%

*Nota. Distribución del antes y después de la dimensión niño difícil de estrés parenteral en las madres de familia de la aplicación del Programa al grupo experimental.*

Se puede ver en los datos de la tabla, el nivel descriptivo de la dimensión niño difícil de estrés aplicado al grupo experimental, constatándose el antes y después de la ejecución del Programa los resultados son los siguientes: **nivel Pretest** 94.3% muy alto y 5.7 % alto; **nivel Postest** 28.6 % alto y 71.4% promedio estrés en las madres de familia del comedor popular.

**Tabla 21***Nivel pretest y postest general Depresión*

Niveles	Pretest		Postest	
	N	%	N	%
D. Ambulatoria	1	2.90%	1	2.9%
D. Situacional	27	77.10%	1	2.9%
Desorden Emocional	7	20.00%	20	57.1%
No hay depresión			13	37.1%

*Nota. Distribución según nivel general de depresión en las madres de familia antes y después de la aplicación del Programa al grupo experimental.*

Se observa, en los datos de la tabla, el nivel general de depresión aplicado al grupo experimental, constatándose el antes y después de la ejecución del Programa los resultados son los siguientes: **nivel Pretest** 2.9% depresión ambulatoria, 77.1% depresión situacional y 20 % desorden emocional; **nivel Postest** 2.9% depresión ambulatoria, 2.9 % depresión situacional, 57.1% desorden emocional y 37.1% no hay depresión presente en las madres de familia del comedor popular.

**Tabla 22**

*Nivel Descriptivo antes y después de la dimensión afectivo*

Niveles	Pretest		Postest	
	N	%	N	%
Depresión Ambulatoria			2	5.7%
Depresión Situacional	15	42.9 %	7	20.0%
Desorden Emocional	17	48.6 %	13	37.1%
No hay depresión	3	8.6 %	13	37.1%

*Nota. Distribución del antes y después de la dimensión afectivo de depresión en las madres de familia de la aplicación del Programa al grupo experimental.*

Se observa, en los datos de la tabla, el nivel descriptivo de la dimensión afectivo de depresión aplicado al grupo experimental, constatándose el antes y después de la ejecución del Programa los resultados son los siguientes: **nivel Pretest** 42.9% depresión situacional , 48.6 % desorden emocional y 8.6% no hay depresión presente ; **nivel Postest** 5.7% depresión ambulatoria , 20.0 % depresión situacional , 37.1% desorden emocional y 37.1 % no hay depresión presente en las madres de familia del comedor popular.

**Tabla 23***Nivel Descriptivo antes y después de la dimensión fisiológico*

Niveles	Pretest		Postest	
	N	%	N	%
Depresión Ambulatoria	3	8.60%		
Depresión Situacional	25	71.40%	4	11.4%
Desorden Emocional	7	20%	13	37.1%
No hay depresión			18	51.4%

*Nota. Distribución del antes y después de la dimensión fisiológico de depresión en las madres de familia de la aplicación del Programa al grupo experimental.*

Se observa, en los datos de la tabla, el nivel descriptivo de la dimensión fisiológico de depresión aplicado al grupo experimental, constatándose el antes y después de la ejecución del Programa los resultados son los siguientes: **nivel Pretest:** 8.6 % depresión ambulatoria, 71.4 % depresión situacional y 20.0 % desorden emocional; **nivel Postest:** 11.4% depresión situacional, 37.1 % desorden emocional y 51.4 % no hay depresión presente en las madres de familia del comedor popular.

**Tabla 24***Nivel Descriptivo antes y después de la dimensión psicomotores*

Niveles	Pretest		Postest	
	N	%	N	%
Depresión Ambulatoria	5	14.30%	2	5.7%
Depresión Situacional	15	42.90%	5	14.3%
Desorden Emocional	10	28.60%	12	34.3%
No hay depresión	5	14.30%	16	45.7%

*Nota. Distribución del antes y después de la dimensión psicomotores de depresión en las madres de familia de la aplicación del Programa al grupo experimental.*

Se observa, en los datos de la tabla, el nivel descriptivo de la dimensión psicomotores de depresión aplicado al grupo experimental, constatándose el antes y después de la ejecución del Programa los resultados son los siguientes: **nivel Pretest:** 14.3 % depresión ambulatoria, 42.9 % depresión situacional , 28.6 % desorden emocional y 14.3% no hay depresión ; **nivel Postest:** 5.7% depresión ambulatoria , 14.3 % depresión situacional , 34.3 % desorden emocional % y 45.7 % no hay depresión presente en las madres de familia del comedor popular.

**Tabla 25**

*Nivel Descriptivo antes y después de la dimensión psíquicos*

Niveles	Pretest		Postest	
	N	%	N	%
Depresión Ambulatoria	5	14,3%		
Depresión Situacional	12	34,3%		
Desorden Emocional	17	48,6%	9	25.7%
No hay depresión presente	1	2.90%	26	74.3%

*Nota. Distribución del antes y después de la dimensión psíquicos de depresión en las madres de familia de la aplicación del Programa al grupo experimental.*

Se observa, en los datos de la tabla, el nivel descriptivo de la dimensión Psíquicos de depresión aplicado al grupo experimental, constatándose el antes y después de la ejecución del Programa los resultados son los siguientes: **nivel Pretest:** 14.3 % depresión ambulatoria, 34.3 % depresión situacional, 48.6 % desorden emocional y 2.9 % no hay depresión; **nivel**

**Postest:** 25.7 % desorden emocional y 74.3 % no hay depresión presente en las madres de familia del comedor popular.

**Tabla 26**

*Prueba de normalidad Estrés parenteral*

Se establecen las siguientes hipótesis:

Ho: Los Puntajes del Pre y Postest poseen distribución normal

Ha: Los Puntajes del Pre y Postest NO poseen distribución normal

*Pruebas de normalidad*

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
pretest general	0.458	35	0.000
postestgeneral	0.458	35	0.000

Se observa en la tabla los siguientes valores, en el pretest se ha obtenido un puntaje de 0.000 y en el Postest 0.00 siendo significativamente inferior a 0.05, mostrando que ambos valores no tienen una distribución normal, lo cual indica que se acepta la Ha y se rechaza la Ho, es decir que los puntajes obtenidos en el Pre y Postest no poseen distribución normal.

**Tabla 27**

*Prueba de normalidad general Depresión*

Se establecen las siguientes hipótesis:

Ho: Los Puntajes del Pre y Postest poseen distribución normal

Ha: Los Puntajes del Pre y Postest NO poseen distribución norma

*Pruebas de normalidad*

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
pretest general	0.543	35	0.000

postestgeneral	0.728	35	0.000
----------------	-------	----	-------

---

Se observa en la tabla los siguientes valores, en el pretest se ha obtenido un puntaje de 0.000 y en el Postest 0.00 siendo significativamente inferior a 0.05, mostrando que ambos valores no tienen una distribución normal, lo cual indica que se acepta la Ha y se rechaza la Ho, es decir que los puntajes obtenidos en el Pre y Postest no poseen distribución normal.

**Tabla 28**

*Prueba de normalidad por dimensiones Estrés*

Se establecen las siguientes hipótesis:

Ho: Los Puntajes del Pre y Postest poseen distribución normal

Ha: Los Puntajes del Pre y Postest NO poseen distribución normal

<i>Pruebas de normalidad</i>			
	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
pretest malestar paterno	0.601	35	0.000
pretest interacción	0.651	35	0.000
pretest niño difícil	0.250	35	0.000
post test malestar paterno	0.546	35	0.000
post test interacción	0.694	35	0.000
post test niño difícil	0.567	35	0.000

En la prueba de normalidad obtenida por dimensión se puede mencionar que, todas las dimensiones han registrado valores menores al 0.05 de significancia indicando que tanto los puntajes Pre y Postest de **Malestar paterno, Interacción y Niño difícil** no poseen distribución normal, por lo cual se acepta la Ha y se rechaza la Ho, es decir los puntajes del Pre y Postest de la dimensión no poseen distribución normal.

## Tabla 29

### *Prueba de normalidad por dimensiones Depresión*

Se establecen las siguientes hipótesis:

Ho: Los Puntajes del Pre y Postest poseen distribución normal

Ha: Los Puntajes del Pre y Postest NO poseen distribución normal

	<i>Pruebas de normalidad</i>		
		Shapiro-Wilk	
	Estadístico	gl	Sig.
pretest afectivo	0.764	35	0.000
pretest fisiológico	0.704	35	0.000
pretest Psíquicos	0.792	35	0.000
pretest psicomotores	0.875	35	0.000
post afectivo	0.838	35	0.000
post fisiológico	0.750	35	0.000
post psicomotores	0.798	35	0.000
post Psíquicos	0.546	35	0.000

En la prueba de normalidad obtenida por dimensión se puede mencionar que, todas las dimensiones han registrado valores menores al 0.05 de significancia indicando que tanto los puntajes Pre y Postest de **Afectivo, Fisiológico, Psíquicos y Psicomotores** no poseen distribución normal, por lo cual se acepta la Ha y se rechaza la Ho, es decir los puntajes del Pre y Postest de la dimensión no poseen distribución normal.

**Tabla 30***Prueba no paramétrica de Wilcoxon estrés*

Se plantean las siguientes hipótesis:

Ho: No hay diferencia significativa entre el pretest y el postest.

Ha: Si hay diferencia significativa entre el pretest y el postest.

<i>Estadísticos de prueba</i>	
	postestgeneral - pretest general
Z	-5,332 <sup>b</sup>
Sig. asin. (bilateral)	0.000

En los resultados obtenidos indican un nivel de significación menor a 0.05, por lo que se rechaza Ho y se acepta Ha, es decir el puntaje obtenido entre el Pre y Postest son significativamente diferentes, por lo que se concluye que el programa Estrategia cognitivo conductual es eficiente para el manejo de estrés.

**Tabla 31***Prueba de Wilcoxon para cada dimensión estrés*

Se plantean las siguientes hipótesis para cada dimensión:

Ho: No hay diferencia significativa entre el Pretest y el Postest.

Ha: Si hay diferencia significativa entre el Pretest y el Postest.

<i>Estadísticos de prueba</i>			
	malestar Paterno - malestar Paterno	interacción - interacción	niño difícil - niño difícil
Z	-5,023 <sup>b</sup>	-4,916 <sup>b</sup>	-5,332 <sup>b</sup>
Sig. asin. (bilateral)	0.000	0.000	0.000

Al realizar una correlación entre las dimensiones de estrés: malestar paterno, interacción y niño difícil en el Pretest y Postest, se observan valores inferiores a 0.05, lo que significa que se rechaza la hipótesis nula (Ho) y se acepta la hipótesis alternativa (Ha), indicando que existe una diferencia significativa entre los datos obtenidos en el Pretest y Postest de cada dimensión.

**Tabla 32**

*Prueba no paramétrica de Wilcoxon depresión*

Se plantean las siguientes hipótesis:

Ho: No hay diferencia significativa entre el pretest y el postest.

Ha: Si hay diferencia significativa entre el pretest y el postest.

*Estadísticos de prueba*

	pos-test general - pretest general
Z	-1,213 <sup>b</sup>
Sig. asin. (bilateral)	0.225

En los resultados obtenidos indican un nivel de significación menor a 0.05, por lo que se rechaza Ho y se acepta Ha, es decir el puntaje obtenido entre el Pre y Postest son significativamente diferentes, por lo que se concluye que el programa Estrategia cognitivo conductual es eficiente para el manejo de depresión.

### Tabla 33

#### *Prueba de Wilcoxon para cada dimensión depresión*

Se plantean las siguientes hipótesis para cada dimensión:

Ho: No hay diferencia significativa entre el Pretest y el Postest.

Ha: Si hay diferencia significativa entre el Pretest y el Postest.

#### *Estadísticos de prueba*

---

	afectivo	- fisiológico	- psicomotores	- psíquicos	-
	afectivo	fisiológico	psicomotores	psíquicos	
Z	-1,783 <sup>b</sup>	-4,628 <sup>b</sup>	-2,903 <sup>b</sup>	-5,033 <sup>b</sup>	
Sig. asin. (bilateral)	0.075	0.000	0.004	0.000	

---

Al realizar una correlación entre las dimensiones de depresión: afectivo, fisiológico, psicomotores y Psíquicos, en el Pre y Postest, se pueden encontrar valores inferiores al 0.05 de significando lo que indica que se rechaza la Ho y se acepta la Ha, es decir si existe diferencia significativa entre los datos obtenidos en el Pre y Postest de cada dimensión.

## VII.- CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos específicos planteados en este estudio, en el cual se desarrolló y aplicó una estrategia cognitivo-conductual para el manejo del estrés y la depresión en las madres de familia del comedor popular, se alcanzaron las siguientes conclusiones

- 1.- Se argumentó la fundamentación epistemológica del proceso cognitivo conductual, teniendo en cuenta a varios autores como Puerta y Padilla, Ruiz , et al, manifestando el propósito de TCC ayudar a solucionar problemas de conducta ; Igualmente se detalló su evolución histórica, considerando diversas fuentes de estudios y artículos científicos que facilitaron el análisis de las teorías, la caracterización del proceso y las técnicas de intervención, lo que permitió identificar la inconsistencia teórica de la investigación.
- 2.- Se llevó a cabo el diagnóstico del estado actual de la dinámica del proceso cognitivo-conductual, revelando deficiencias en el proceso de prevención y tratamiento de las variables de estrés (dimensión malestar paterno) y depresión (dimensiones afectiva y fisiológica).
- 3.- Se elaboró una estrategia cognitivo-conductual orientada al manejo del estrés y la depresión en las madres de familia del comedor popular, desarrollándose en 7 fases dividiéndose en 7 sesiones las cuales cada una contaba con un objetivo, actividades previas y su metodología.
- 4.- Se comprobó los resultados de la investigación se obtuvieron mediante la aplicación de un pre-experimento, utilizando un pretest y un posttest., donde se verificaron los antecedentes resultantes de 82.9% en estrés y 37.1 % depresión observándose cambios en mejora en los pensamientos y conducta de las madres de familia, así mismo se observó un cambio significativo en el manejo de estrés en la dimensión niño difícil y depresión en dimensión Psíquicos .

## **IX. RECOMENDACIONES**

Apoyándose en los datos obtenidos en la investigación se elabora las siguientes recomendaciones:

- Aplicar la estrategia cognitivo conductual a las madres de familia que pertenecen a las instituciones del distrito y evaluar el efecto del cambio obtenido.
- Se propone realizar actividades de seguimiento a las madres de familia evaluadas, con el fin de monitorear y que continúen aplicando en su vida diaria las estrategias y técnicas aprendidas; así mismo con el propósito de mantener una mejora constante en ellas.
- Promocionar de manera constante la importancia de la salud mental en las instituciones del distrito de Llama, a través de eventos donde se pueda concientizar y desarrollar temas relacionados a los problemas de la salud mental.

## REFERENCIAS

- Alcántara, R. (2023) *Programa cognitivo conductual para el afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia* [ Título para optar el grado académico de maestría en Psicología Clínica en la Universidad Señor de Sipán – Pimentel ]<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/11532/Alcantara%20Lopez%20Ruth%20Vanessa.pdf?sequence=12&isAllowed=y>
- Amay, A.A (2020) *Estrés y depresión en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa en tres barrios de Loja* [ Tesis para optar el Título de Médico General, Universidad Nacional de Loja – Ecuador].  
[https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/23316/3/AndreaAlexandra\\_AmayGuachizaca.pdf](https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/23316/3/AndreaAlexandra_AmayGuachizaca.pdf)
- Arias, R.D. (2022) *Propuesta de intervención cognitiva-conductual para reducir el estrés académico en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Puyo* [ Tesis para optar el grado de Maestra en Psicología Mención en Intervención, Universidad Privada del Norte]. <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/3529/1/77819.pdf>
- Arotoma, C. (2019). *Estrés parental en madres de niños usuarios del servicio” control de crecimiento y desarrollo” en el Centro de Salud Chilca-Huancayo* [Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología, Universidad Continental de Huancayo].[https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/7002/2/IV\\_FHU\\_501\\_TE\\_Arotoma\\_Vega\\_2019.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/7002/2/IV_FHU_501_TE_Arotoma_Vega_2019.pdf)
- Asmat, P y Dionicio, E (2017) *Programa de grafico - plásticas para disminuir el estrés en los niños y niñas de 5 años de la Institución Educativa de Acción Conjunta “Santa María de Guadalupe” Santa María 2017.* [ Tesis para optar el grado de Licenciada de Educación Inicial en Psicología, Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI].  
[https://repositorio.uct.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/421/0047263330\\_0071067472\\_T\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uct.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/421/0047263330_0071067472_T_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Ayesta, M y Pastor, P. (2021) *Propuesta de entrenamiento en solución de problemas basada en el modelo cognitivo conductual para disminuir el estrés académico en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo* [ Tesis para optar el grado de Licenciada, Universidad Privada de Trujillo].  
<https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/29368/Ayesta%20Ancajima%20Maria%20Alejandra%20%20Pastor%20Romero%20Paul%20Abel.pdf?sequence=1>
- Becerra, S (2013) *Rol de estrés percibido y su afrontamiento en las conductas de salud de estudiantes universitarios de Lima* [ Tesis para optar por el grado de Magister en Psicología Clínica de la Salud; Pontificia Universidad Católica del Perú].  
[https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5013/BECERRA\\_HERAUD\\_SILVIA\\_ROL\\_LIMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5013/BECERRA_HERAUD_SILVIA_ROL_LIMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Caballero, A.E. (2014) *Modelo de intervención en mujeres con depresión*. [ Tesis para optar el grado de Licenciada, Universidad Autónoma del estado de México].  
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/41198/TESIS%20Modelo%20de%20Intervencion%20en%20Mujeres%20con%20Depresion.pdf;sequence=1>
- Cabrejos, S. C. (2020) *Estrategia cognitivo conductual para mejorar la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de migraña del Hospital I Naylamp Es salud-Chiclayo* [ Tesis para optar el grado de Maestra en Psicología Clínica, Universidad Señor de Sipán].  
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6899/Cabrejos%20Soifer%20Sonia%20Del%20Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Canches, T. (2023). *Ansiedad y estrés académico en estudiantes de una universidad estatal de Lima Metropolitana en el contexto del COVID-19*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Escuela Profesional de Psicología].  
[https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/20583/Canches\\_h\\_t.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/20583/Canches_h_t.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Castañón, A.I. (2019) *Intervención cognitivo conductual de 10 sesiones, con el objetivo de evaluar la eficacia del modelo sobre síntomas de estrés, ansiedad, depresión experimentados durante el tratamiento de reproducción asistida* [ Tesis para optar el grado de Maestra en Psicología, Universidad Autónoma de la Ciudad de Juárez]. <http://erecursos.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/5370/Tesis%20Ana%20Indira%20Casta%20C3%B1%20C3%B3n.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Caycay, M. S. (2021) *Estrategias de afrontamiento en docentes relacionadas con el confinamiento y estrés desde la perspectiva cognitivo conductual* [ Tesis para optar el grado de Maestra en Psicología Clínica, Universidad Técnica de Machala-Ecuador]. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/16788/1/ECFCS-2021-PSC-DE00011.pdf>
- Cairo, J (2022) *Relación entre la Depresión y la Violencia de Pareja en las Mujeres del Centro Poblado de Quiulacocha del Departamento de Pasco, 2021*[ Tesis para optar el grado de Maestro en Psicología Clínica de la Salud, Universidad Ricardo Palma – Lima]. <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/5359/CAIRO%20RAMOS%20JHANN%20JHERSY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Carrillo, Y.A. (2022) *Intervención cognitivo-conductual para la disminución del estrés académico en estudiantes universitarios durante la cuarentena por la pandemia de SARS-CoV-2 en Ciudad Juárez* [ Tesis para optar el grado de Maestra en Psicología Clínica, Universidad Autónoma de la Ciudad de Juárez]. <http://erecursos.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/6195/Tesis%20Yahir%20Alexandra%20Carrillo%20Casillas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Corea, M (2021). *La depresión y su impacto en la salud pública* Revista Méd Hondur, 89 (1), 1-68 <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
- Chávez, S; Esparza, O y Riosvelasco, L. (2020) *Diseños preexperimentales y cuasi experimentales aplicados a las ciencias sociales y la educación*. Revista en enseñanza e investigación en psicología. 2(2), 167- 178. <file:///C:/Users/User/Downloads/104-Article%20Text-199-1-10-20200424.pdf>

- Duran, P.A. (2021) *Estrés y depresión en estudiantes de medicina de una universidad pública de Lima Metropolitana* [ Tesis para optar el grado de Licenciada, Universidad Mayor de San Marcos].  
[https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16964/Duran\\_fp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16964/Duran_fp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Esquivias, C.P. (2019) *Efectos de la aplicación del programa cognitivo conductual en el estrés laboral de los docentes del nivel primario del colegio Héroes del Cenepa* [ Tesis para optar el grado de Maestra en Terapia Cognitiva Conductual de los Trastornos Psicológico y Psiquiátrico en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega].  
[http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/5396/TESIS\\_ESQUIVIAS%00YEPEZ.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/5396/TESIS_ESQUIVIAS%00YEPEZ.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Erausquin C, Denegri A y Michele J. (2014). *Estrategias y modalidades de intervención psicoeducativa: historia y perspectivas en el análisis y construcción de prácticas y discursos*. Material Didáctico Sistematizado.  
<https://www.aacademica.org/cristina.erausquin/195>
- Flores, L; Cárdenas, G; Durán, X y De la Rosa, A. (2014). *Psicoterapia vía internet: aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con depresión*. Revista Redalyc 22(1).  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944229>
- Gastulo , L.C.D. (2020) *Estrategia psicoterapéutica cognitiva conductual para prevenir la depresión en adolescentes de una Institución Educativa de Chiclayo* [ Tesis para optar el grado de Maestra en Psicología Clínica, Universidad Señor de Sipán – Pimentel].<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7488/Gastulo%20Falen%20Lisbeth%20Carmen%20Delia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gavino, A. (2016). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual* [Archivo PDF].<https://idoc.pub/queue/guia-de-ayuda-al-terapeuta-cognitivo-conductual-aurora-gavino-lazaropdf-pnx1w8ze19lv>

- González, J. (2020). *Estrés y factores de riesgo psicosociales en amas de casa durante la pandemia COVID-19*. [Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Psicólogo Clínico. Carrera de Psicología Clínica, Universidad Central del Ecuador] <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/22654>
- Huamán, A. (2023). *Programa cognitivo conductual para disminuir la depresión en adultos mayores en un centro de salud mental comunitario intercultural*. [ Tesis para optar el grado de Maestra en Psicología Clínica, Universidad Señor de Sipán- Pimentel] <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/11370/Huaman%20S20Av%20i%20Silva.pdf?sequence=12&isAllowed=y>
- Huallpa, N; López C, A y Quico, M. (2022) *Resiliencia materna y el afrontamiento del estrés en madres con hijos de habilidades diferentes durante el Covid-19 en un CEBE de Arequipa, 2021*[ Tesis para optar el grado de Licenciada en Psicología, Universidad Continental]. [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12136/1/IV\\_FHU\\_501\\_TE\\_Huallpa\\_Lope\\_Quico\\_2022.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12136/1/IV_FHU_501_TE_Huallpa_Lope_Quico_2022.pdf)
- Iturregui, S y Tarrillo, A. (2023) *Estrés laboral y depresión en personal asistencial de un Hospital de Chota en tiempo de Covid-19 ,2021*[ Tesis para optar el grado de Licenciada en Psicología, Universidad Señor de Sipán]. <file:///C:/Users/sandr/OneDrive/Escritorio/Iturregui%20Uceda,%20Sami%20&%20Tarrillo%20Lopez,%20Andy.pdf>
- Julca, D.M. (2022) *Programa cognitivo conductual para disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores que asisten al Centro de Salud de Túcume,2020*. [ Tesis para optar el grado de Licenciada, Universidad Señor de Sipán]. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/10190/Julca%20Morales%20Dermina%20Maribel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Justiniano, I. (2022). *Prevalencia de niveles de depresión, ansiedad y estrés en mujeres amas de casa durante la pandemia Covid-19 en el Sector 2 Grupo 10 del distrito de Villa El Salvador en 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/>

Lecca, P y Zapata, C. (2021) *Programa Virtual: Manejo de Estrés en Padres de Estudiantes en Tiempo de Covid -19*. [ Tesis para optar el grado de Licenciada, Universidad Femenina del Sagrado Corazón].  
[file:///C:/Users/User/Downloads/LECCA%20FLORES%20PIERINA%20PENEL OPE%20y%20ZAPATA%20MERA%20CARMEN%20ROSA\\_2021%20\(1\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/LECCA%20FLORES%20PIERINA%20PENEL OPE%20y%20ZAPATA%20MERA%20CARMEN%20ROSA_2021%20(1)%20(1).pdf)

Lemos, D; Henao, M y López, D. (2018) *Estrés y Salud Mental en Estudiantes de Medicina: Relación con Afrontamiento y Actividades Extracurriculares*. Revista Dialnet 14(2) ,1698-9465. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6499267>

Maravi, A. (2016) *Aplicación de un Programa de Biodanza: Desarrollando un Nuevo Estilo de Vida para disminuir la depresión en los pacientes con hipertensión arterial que asisten al hospital Regional Cayetano Heredia Es salud de la ciudad de Piura – Castilla- 2015* [ Tesis para optar el grado de Maestro en Ciencias de la Educación con mención Docencia Superior e Investigación Educativa Universidad Pedro Ruiz Gallo Lambayeque].  
<https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/7279/BC-4262%20MARAVI%20ESCURRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Melgar, L.A. (2018) *Estrés cotidiano infantil y estrategias de afrontamiento* [ Tesis para optar el grado de Maestra en Psicología Clínica, Universidad Señor de Sipán].  
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6459/Melgar%20Damian%2c%20Lucio%20Armando.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Millones, P y Gonzales, A. (2021) *Depresión, ansiedad y estrés durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en jefes de hogar residentes en un Asentamiento Humano en Comas*. Revista de investigación científica *Ágora* .8(1):34-41.  
<https://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/146/126>
- Morales, C. (14 de octubre del 2020). *¿Cómo es una terapia cognitivo-conductual para el estrés? Beneficios de la terapia*, *Estrés Terapia Cognitivo Conductual*.  
<https://psicarlosmorales.com/2020/10/14/como-es-una-terapia-cognitivo-conductual-para-el-estres/>
- Muñoz, C.R. (2022) *Estrés y estrategias de afrontamiento en madres frente a la discapacidad intelectual de sus hijos de una institución educativa de la ciudad de Cajamarca* [ Tesis para optar el grado de Licenciada, Universidad Señor de Sipán].  
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/9640/Muñoz%20Valdivia%20Cyndi%20Rocío.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Oficina para la Salud de la Mujer. (17 de febrero del 2021). *El estrés y tu salud*. OAS  
<https://espanol.womenshealth.gov/mental-health/good-mental-health/stress-and-your-health>
- Ordóñez, R. E. (2021) *Estrategia Afrontamiento de Estrés y Depresión en adultos mayores que se atienden en el Puesto de salud Santa Ana del distrito de JLO, 2017* [ Tesis para optar el grado de Licenciada, Universidad Señor de Sipán].  
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/8860/Ordo%c3%bz%20De%20Los%20R%c3%ados%2c%20Rosa%20Elizabeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pacco, Maritza y Ochoa, Rosmery. (2020) *Depresión, ansiedad y estrés durante la pandemia por Coronavirus en personas que acuden a un establecimiento de salud del primer nivel de atención en San Martín de Porres, 2022* [ Tesis para obtener el título en licenciada en enfermería en universidad de ciencias y humanidades]  
<https://repositorio.uch.edu.pe/handle/20.500.12872/680>

- Puerta, J y Padilla, D. (2011). *Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte*. Revista Redalyc 8(2).  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>
- Piñera, L. (2007). *Auto escala de Zung para depresión como predictor de la respuesta sensorial y autonómica al dolor*. Revista Scielo 48 (4). [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0535-51332007000400007](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332007000400007)
- Quezada, L (2011) *Relación entre depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil* [ Tesis para optar el grado de Maestría en Ciencias con Orientación, Universidad Autónoma Nuevo León México].  
<http://eprints.uanl.mx/2699/1/1080224640.pdf>
- Rodríguez, A y Pérez, A. (2017) *Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento*. Revista Escuela de Administración de Negocios .82(1), 1-26.  
<https://www.redalyc.org/pdf/206/20652069006.pdf>
- Ruíz, A.; Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual*: Desclée de Brouwer.  
[https://www.academia.edu/34206200/Manual\\_de\\_T%C3%A9cnicas\\_de\\_Intervenci%C3%B3n\\_Cognitivo\\_Conductuales\\_Ma\\_%C3%81NGELES\\_RuIZ\\_FERN%C3%81NDEZ\\_MARTA\\_ISABEL\\_D%C3%ADAZ\\_GARC%C3%ADA\\_ARABELLA\\_VILLALOBOS\\_CRESPO](https://www.academia.edu/34206200/Manual_de_T%C3%A9cnicas_de_Intervenci%C3%B3n_Cognitivo_Conductuales_Ma_%C3%81NGELES_RuIZ_FERN%C3%81NDEZ_MARTA_ISABEL_D%C3%ADAZ_GARC%C3%ADA_ARABELLA_VILLALOBOS_CRESPO)
- Sagastiga , H. R. (2020) *Factores psicosociales, y como estos influyen en el grado de depresión de las madres adolescentes atendidas en el centro de Salud Pachacútec Cajamarca – 2019* [ Tesis para optar el grado de Licenciada, Universidad Nacional deCajamarca].<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/3976/tesis%20HEYDI%20SAGASTIGA-.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sánchez, G.M. (2021) *Impacto de la pandemia COVID-19 en el nivel de ansiedad, depresión y estrés de los obstetras del Hospital José Cadenillas Soto – Chota* [ Tesis para optar el grado de Licenciada, Universidad Nacional de Cajamarca] <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4305/TESIS%20DE%20GIANA%20SANCHEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sánchez, C y Cabrera, R (2022) *Nivel de estrés en el contexto de la COVID-19 en adultos mayores del distrito de Chota, 2022*[ Tesis para optar el grado de Licenciada de Enfermería, Universidad Autónoma de Chota] [https://repositorio.unach.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14142/376/Sánchez\\_Heredia\\_CE%20%26%20Cabrera\\_Sánchez\\_RY.pdf?sequence=1&isAllowed=](https://repositorio.unach.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14142/376/Sánchez_Heredia_CE%20%26%20Cabrera_Sánchez_RY.pdf?sequence=1&isAllowed=)

Secundino, G; Veytia, M; Guadarrama, R y Meguez, C. (2021). *Síntomas depresivos pensamientos automáticos negativos como predictores de la ideación suicida en adolescentes mexicanos*. Revista Salud Mental. 44(1), 3-10.

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252021000100003&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252021000100003&script=sci_abstract)

Trujillo, C. (2023), *Programa Cognitivo Conductual para el manejo adecuado de emociones en los niños del Centro Poblado Santa Isabel*. [ Tesis para optar el grado académico de maestría en psicología Clínica en la Universidad Señor de Sipán – Pimentel] <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/11322/Trujillo%20Hurtado%20Clesy%20Modesta.pdf?sequence=12&isAllowed=y>

Ulin, P; Robinson, E y Tolley, E. (2006). *Investigación aplicada en salud métodos cualitativos* <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/729/9275316147.pdf? s>

Universidad internacional de Valencia (17 agosto 2018). *Ciencias de la Salud ¿En qué consiste el modelo cognitivo conductual?*

<https://www.universidadviu.com/int/actualidad/nuestros-expertos/en-que-consiste-el-modelo-cognitivo-conductual>.

Vásquez, L. (2020) *Ansiedad, depresión y estrés en trabajadores del Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID 19 durante el año 2020* [ Tesis para obtener el grado de: Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud en la Universidad Cesar -Piura

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/49971/Vasquez\\_ELE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/49971/Vasquez_ELE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## **ANEXOS:**

Anexo 01: Operacionalización de las variables

Anexo 02: Matriz de consistencia

Anexo 03: Instrumentos

Anexo 04: Validación de instrumentos por juicio de expertos

Anexo 05: Validación del aporte práctico de la investigación

Anexo 06: Carta de Autorización

Anexo 07: Fotografías del proceso de planificación y ejecución del programa.

Anexo 08: Acta de originalidad de informe de tesis

Anexo 09: Aprobación del Informe final

## ANEXOS

### Anexo 1: Operacionalización de las variables (Enfoque cuantitativo)

<b>Variables de estudio</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>
Estrategia Cognitivo Conductual	Existen varias estrategias relacionadas con el desarrollo de comportamientos adaptativos y emociones deseadas, incluido el entrenamiento en habilidades sociales. comportamiento; aprendizaje compensatorio, donde los sujetos aprenden nuevos comportamientos a través de la observación de modelos y técnicas de retroalimentación	procedimiento psicoterapéutico con una secuencia de acciones proyectadas basadas en un modelo cognitivo-conductual para alcanzar metas planificadas.	Reestructuración  Entrenamiento de solución de problemas.  Técnicas de relajación  Activación conductual   Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.	Intervención Directa  Intervención Interna  Finalidad Grupal  Reactiva	Ordinal

	<p>interpersonal. El refuerzo aquí debe ser incidental.</p> <p>Después de la salida conductual placentera, la terapeuta recompensa al sujeto por sí o no. (Bandura, 1987 como se citó por Díaz, 2018).</p>		<p>Manejo del tiempo y del estrés.</p> <p>Mindfulness (atención plena)</p>		
Estrés	<p>Eventos que actúan como estímulos, interactúan cognitiva y emocionalmente con los individuos y provocan respuestas físicas, biológicas (Morrison y Bennett, 2008). Prepara al organismo para afrontar</p>	<p>Para Abidin y Solis (1991), el estrés parental “como un proceso en el cual la persona al ingresar en la etapa de la paternidad evalúa las exigencias de su rol de padre o madre como</p>	<p>Malestar Paterno</p> <p>Interacción disfuncional padre-hijo</p> <p>Niño difícil</p>	<p>Estilos de crianza.</p> <p>Sentida de competencia de su rol.</p> <p>Aplazamiento de otras actividades.</p> <p>Relación conflictiva</p> <p>Expectativa del padre</p> <p>Percepción de la relación</p> <p>Comportamientos inadecuados</p>	Ordinal

	<p>estos eventos con todos sus recursos y en definitiva para afrontar diferentes situaciones (Amigo, 2014).</p>	<p>algo que excede sus recursos para manejarlo. Este proceso está constituido por tres factores que permiten interpretar el estrés parental, donde los dominios serían las características de los padres, interacción entre padres e hijos, y características de los niños”.</p>		<p>Características del niño Adaptabilidad</p>	
<p>Depresión</p>	<p>Zung (1965) La depresión es una condición emocional grave que causa inestabilidad emocional, afecta las relaciones familiares, sociales y profesionales, y</p>	<p>Manifestada por William Zung en 1965 con un nivel empírico con parámetro de síntomas y adaptado por Luis Astocondor en Perú. Se trata de una escala auto administrada de 20</p>	<p>Afectivo Fisiológico Psicomotores</p> <p>Psíquico</p>	<p>Por las mañanas es cuando me siento mejor. Tengo acceso de llanto o ganas de llorar. Duerme mal. Tengo tanto apetito como antes. Aun me atraen las personas del sexo opuesto.</p>	

	<p>es un factor de riesgo para una variedad de enfermedades físicas o mentales.</p>	<p>ítems para la depresión, mitad positiva y negativa.</p>		<p>Noto que estoy perdiendo peso.  Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.  Me late el corazón más a prisa que de costumbre.  Me canso sin motivo.  Hago las cosas con la misma facilidad que antes.  Me siento nervioso (a) y no puede estar quieto.  Tengo la mente tan clara como antes.  Tengo esperanza en el futuro.  Estoy más irritable que antes.  Me es fácil tomar decisiones.  Me siento útil y necesario.  Me satisface mi vida actual.  Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.  Disfruto de las mismas</p>	
--	---	--	--	---	--

**Anexo 2: Matriz de consistencia (Enfoque mixto)**

**Título: Estrategia Cognitivo Conductual para el manejo de Estrés y Depresión en Madres de Familia de un Comedor Popular del Distrito – Llama.**

<b>Formulación del Problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas e Instrumentos</b>
<p>Insuficiencia en el <b>proceso cognitivo conductual</b> limita el manejo del estrés y depresión en las madres de familia del comedor popular.</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Aplicar una estrategia cognitivo conductual para el manejo de estrés y depresión a las madres de familia del comedor popular del distrito – Llama.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Argumentar científicamente el <b>proceso cognitivo conductual</b>, su evolución histórica y su dinámica.</li> <li>- Diagnosticar el estado actual la dinámica del <b>proceso cognitivo conductual</b> con relación al manejo del estrés y depresión en las madres de familia del comedor popular.</li> <li>- Elaborar la estrategia <b>cognitivo conductual</b> para el manejo de estrés y depresión en las madres del comedor popular.</li> <li>- Comparar los datos iniciales pre y post para la evaluación de significación de los cambios en el manejo de estrés y depresión en las madres del comedor popular.</li> </ul>	<p><b>Técnicas:</b></p> <p>Observación Encuesta</p> <hr/> <p><b>Instrumentos:</b></p> <p>Cuestionario de Estrés Parenteral versión peruana. Escala de Auto aplicación de Depresión de Zung (EAMD).</p>

	<b>Hipótesis</b>			
	Si se aplica la estrategia cognitivo conductual, teniendo la consideración de la intención de intervenir y manejar el estrés y la depresión en las madres de familia de un comedor popular, por lo tanto, ayudará a disminuir los problemas emocionales.			
<b>Enfoque, Tipo y diseño de la Investigación</b>	<b>Población y muestra</b>		<b>Variables y dimensiones</b>	
<b>Enfoque</b> mixto, <b>Tipo</b> Aplicada, proyectiva, con <b>diseño</b> preexperimental con <b>alcance</b> descriptivo.	<b>Población:</b>	<b>Muestra</b>	<b>Variable independiente</b>	<b>Dimensiones</b>
	35 madres de familia inscritas en el comedor popular.	35 madres de familia inscritas en el comedor popular	Estrategia Cognitiva Conductual	Auto instrucciones Entrenamiento en solución de problemas Economía de fichas Manejo de contingencias Técnicas aversivas Modelamiento

			<b>Variable dependiente</b>	<b>Dimensiones</b>
			Estrés	Malestar paterno Interacción disfuncional madre – hijo Niño difícil
			<b>Variable dependiente</b>	<b>Dimensiones</b>
			Depresión	Estado afectivo persistente Trastornos Fisiológicos Trastornos Psicomotores Trastornos Psíquicos

### Anexo 03: Instrumentos

#### Cuestionario de Estrés Parental PSI-SF

Parenting Stress Index- PSI-4SF  
R. Abidin, 1995 / Abidin y Solís, 2010

NOMBRES: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lea cuidadosamente cada declaración. En cada declaración, favor de concéntrese en el hijo(a), que mayormente le preocupa; y encierre en un círculo la respuesta que más refleja su opinión. **Responda a todas las preguntas sobre el mismo hijo.**

Teniendo en cuenta las opciones respuesta

MA=MUY DE ACUERDO	A= DE ACUERDO	IN =INSEGURO(A)	D=EN DESACUERDO	MD=MUY EN DESACUERDO
-------------------	---------------	--------------------	--------------------	-------------------------

1	A menudo tengo la sensación de que no puedo controlar mis emociones ante situaciones complicadas.	MA	A	IN	DS	MD
2	Siento que dejo más cosas de mi vida de lo que nunca imaginé para satisfacer las necesidades de mi(s) hijo(s).	MA	A	IN	DS	MD
3	Me siento atrapado por mis responsabilidades como madre/padre	MA	A	IN	DS	MD
4	Desde que he tenido este hijo(a), no he sido capaz de hacer cosas nuevas y diferentes	MA	A	IN	DS	MD
5	Desde que he tenido este hijo(a), siento que casi nunca soy capaz de hacer las cosas que me gustan	MA	A	IN	DS	MD
6	No me siento contento(a) con la ropa que me compré la última vez	MA	A	IN	DS	MD
7	Hay muchas cosas de mi vida que me molestan	MA	A	IN	DS	MD
8	Tener un hijo(a) me ha causado más problemas de los que esperaba en mi relación de pareja.	MA	A	IN	DS	MD
9	Me siento solo y sin amigos	MA	A	IN	DS	MD
10	Generalmente, cuando voy a una fiesta no espero divertirme	MA	A	IN	DS	MD
11	No me interesa relacionarme con los demás como antes	MA	A	IN	DS	MD
12	No disfruto de las cosas como antes	MA	A	IN	DS	MD
13	Mi hijo(a) casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien	MA	A	IN	DS	MD
14	Casi siempre siento que no le gusto a mi hijo(a) ni quiere estar cerca de mí	MA	A	IN	DS	MD
15	Mi hijo(a) me sonríe mucho menos de lo que yo esperaba	MA	A	IN	DS	MD

16	Cuando le hago cosas a mi hijo(a), tengo la sensación de que mis esfuerzos no son valorados.	MA	A	IN	DS	MD
17	Cuando juega, mi hijo(a) no se ríe con frecuencia	MA	A	IN	DS	MD
18	Me parece que mi hijo(a) no aprende tan rápido como la mayoría de los niños	MA	A	IN	DS	MD
19	Me parece que mi hijo(a) no sonrío tanto como los otros niños	MA	A	IN	DS	MD
20	Mi hijo(a) hace menos cosas de las que yo esperaba	MA	A	IN	DS	MD
21	A mi hijo(a) le resulta difícil adaptarse a situaciones nuevas	MA	A	IN	DS	MD
22	Marque una sola opción Siento que soy: 1. Malo(a) como padre/madre 2. Una persona que tiene problemas para ser padre/madre 3. Un(a) padre/madre normal 4. Un(a) padre/madre mejor que el promedio Muy buen(a) padre/madre	MA	A	IN	DS	MD
23	Tenía la expectativa de tener mayor vinculación afectiva con mi hijo(a) de los que tengo	MA	A	IN	DS	MD
24	Mi hijo(a) hace cosas que me molestan sólo por el hecho de hacerlas	MA	A	IN	DS	MD
25	Mi hijo(a) parece llorar más frecuente que la mayoría de los niños	MA	A	IN	DS	MD
26	Mi hijo(a) se despierta de mal humor	MA	A	IN	DS	MD
27	Siento que mi hijo(a) se enoja con facilidad	MA	A	IN	DS	MD
28	Mi hijo(a) hace cosas que me molestan mucho	MA	A	IN	DS	MD
29	Mi hijo(a) reacciona mal cuando sucede algo que le desagrada	MA	A	IN	DS	MD
30	Mi hijo(a) se molesta fácilmente por las cosas más insignificantes	MA	A	IN	DS	MD
31	Establecer los horarios para atender las necesidades de mi hijo(a) fue más difícil de lo que yo esperaba	MA	A	IN	DS	MD
32	Marque una sola opción He observado que lograr que mi hijo(a) me obedezca es: 1. Mucho más difícil de lo que me imaginaba 2. Algo más difícil de lo que esperaba 3. Como esperaba 4. Algo menos difícil de lo que esperaba 5. Mucho más fácil de lo que esperaba	MA	A	IN	DS	MD
33	Detenidamente piense y cuente el número de cosas que hace su hijo que a usted le molestan. Por ejemplo, pierde el tiempo, se niega a escuchar, es hiperactivo, llora, pelea, es quejumbroso, etc. (elija una de las siguientes respuestas) 1. 1-2 2. 4-5	MA	A	IN	DS	MD

	3.6-7 4.8-9 5.10+					
34	Las cosas que hace mi hijo(a) me fastidian mucho	MA	A	IN	DS	MD
35	Mi hijo(a) se ha convertido en un problema mayor de lo que yo esperaba	MA	A	IN	DS	MD
36	Mi hijo(a) demanda mayor atención más de lo que exigen la mayoría de los niños	MA	A	IN	DS	MD

**ESCALA DE AUTOVALORACIÓN DE DEPRESION  
POR W. W. K. ZUNG**

NOMBRES: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lea atentamente cada ítem y marque con una (X) en la columna que según usted sintió durante la última semana.

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo tanto apetito como antes.					
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.					
14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
<b>TOTAL, DE PUNTOS</b>						

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

### FICHA DE VALIDACIÓN

#### I. INFORMACION GENERAL

- 1.1. Nombres y apellidos del validador: Dra. Carmen Cecilia García Díaz  
 1.2. Cargo e institución donde labora: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses  
 1.3. Años de experiencia: 21  
 1.4. Autor del instrumento: R. Abidin, 1995 / Abidin y Solis, 2010  
 e

#### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems de la estrategia y marcar con una cruz dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

1. Deficiente (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)  
 2. Regular (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)  
 3. Buena (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Criterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	El instrumento posibilita recoger lo previsto en los objetivos de investigación.			X	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• CONGRUENCIA	Las dimensiones e indicadores son congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.			X	
• SUFICIENCIA	Los ítems son suficientes en cantidad para medir la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• OBJETIVIDAD	La aplicación de los instrumentos se realizó de manera objetiva y teniendo en consideración las variables de estudio.			X	
• CONSISTENCIA	La elaboración de los instrumentos se ha formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.			X	
• ORGANIZACIÓN	La elaboración de los instrumentos ha sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.			X	
• CLARIDAD	El cuestionario de preguntas ha sido redactado en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)			X	
• FORMATO	Cada una de las partes del informe que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).			X	
• ESTRUCTURA	El desarrollo del informe cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.			X	
<b>CONTEO TOTAL</b>				X	
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	<b>Total</b>

Coefficiente de validez:

$$\frac{A + B + C}{30}$$

30/3

#### III. CALIFICACIÓN GLOBAL

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

1.00 Muy bueno



Dra. Carmen Cecilia García Díaz

Dra. Carmen Cecilia García Díaz  
 DNI: 41212509  
 CPSP N 11339

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena

**FICHA DE VALIDACIÓN**

**I. INFORMACION GENERAL**

- 1.1. Nombres y apellidos del validador: **Dr. Efrén Gabriel Castillo Hidalgo**
- 1.2. Cargo e institución donde labora: **Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses**
- 1.3. Años de experiencia: **22**
- 1.4. Nombre del Instrumento; **Cuestionario de Estrés Parental, versión abreviada (PSI-SF)**
- 1.5. Autor del instrumento: **R. Abidin, 1995 / Abidin y Solis, 2010**

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Revisar cada uno de los ítems de la estrategia y marcar con una cruz dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

- 1. **Deficiente** (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
- 2. **Regular** (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
- 3. **Buena** (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Criterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	El instrumento posibilita recoger lo previsto en los objetivos de investigación.			X	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• CONGRUENCIA	Las dimensiones e indicadores son congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.			X	
• SUFICIENCIA	Los ítems son suficientes en cantidad para medir la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• OBJETIVIDAD	La aplicación de los instrumentos se realizó de manera objetiva y teniendo en consideración las variables de estudio.			X	
• CONSISTENCIA	La elaboración de los instrumentos se ha formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.			X	
• ORGANIZACIÓN	La elaboración de los instrumentos ha sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.			X	
• CLARIDAD	El cuestionario de preguntas ha sido redactado en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)			X	
• FORMATO	Cada una de las partes del informe que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).			X	
• ESTRUCTURA	El desarrollo del informe cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.			X	
<b>CONTEO TOTAL</b>				X	
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		<b>C</b>	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>Total</b>

Coefficiente de validez:

$$\frac{A + B + C}{30} = 30/30$$

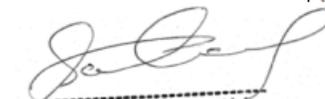
Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0 – 0.89	Validez buena
0 – 1.00	Validez muy buena

**III. CALIFICACIÓN GLOBAL**

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el

1.00 Muy bueno

resultado.

  
 Dr. Efrén Gabriel Castillo Hidalgo  
 Psicólogo  
 C.Ps.P. 9264

Dr. Efrén Gabriel Castillo Hidalgo  
 DNI: 00328631  
 CPSP N 9264

**FICHA DE VALIDACIÓN**

**I. INFORMACION GENERAL**

- 1.1. Nombres y apellidos del validador: **Dr. Rony Edinson Prada Chapoñán**
- 1.2. Cargo e institución donde labora: **Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo**
- 1.3. Años de experiencia: **13**
- 1.4. Nombre del Instrumento; **Cuestionario de Estrés Parental, versión abreviada (PSI-SF)**
- 1.5. Autor del instrumento: **R. Abidin, 1995 / Abidin y Solis, 2010**

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Revisar cada uno de los ítems de la estrategia y marcar con una cruz dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

- 1. **Deficiente** (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
- 2. **Regular** (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
- 3. **Buena** (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Crterios	Indicadores	D	R	B	
• <b>PERTINENCIA</b>	El instrumento posibilita recoger lo previsto en los objetivos de investigación.			X	
• <b>COHERENCIA</b>	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• <b>CONGRUENCIA</b>	Las dimensiones e indicadores son congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.			X	
• <b>SUFICIENCIA</b>	Los ítems son suficientes en cantidad para medir la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• <b>OBJETIVIDAD</b>	La aplicación de los instrumentos se realizó de manera objetiva y teniendo en consideración las variables de estudio.			X	
• <b>CONSISTENCIA</b>	La elaboración de los instrumentos se ha formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.			X	
• <b>ORGANIZACIÓN</b>	La elaboración de los instrumentos ha sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.			X	
• <b>CLARIDAD</b>	El cuestionario de preguntas ha sido redactado en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)			X	
• <b>FORMATO</b>	Cada una de las partes del informe que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).			X	
• <b>ESTRUCTURA</b>	El desarrollo del informe cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.			X	
<b>CONTEO TOTAL</b>				X	
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		<b>C</b>	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>Total</b>

Coefficiente de validez:

$$\frac{A + B + C}{30}$$

30/3

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena

**III. CALIFICACIÓN GLOBAL**

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

1.00 Muy bueno



Dr. Rony Edinson Prada Chapoñán  
DNI: 44363387  
CPsP N 11339

**FICHA DE VALIDACIÓN**

**I. INFORMACION GENERAL**

- 1.1. **Nombres y apellidos del validador:** Dra. Carmen Cecilia García Díaz
- 1.2. **Cargo e institución donde labora:** Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses
- 1.3. **Años de experiencia:** 21
- 1.4. **Nombre del instrumento:** Escala de autovaloración de depresión de Zung
- 1.5. **Autor del instrumento:** William Zung y Zung

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Revisar cada uno de los ítems de la estrategia y marcar con una cruz dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

- 1. **Deficiente** (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
- 2. **Regular** (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
- 3. **Buena** (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Criterios	Indicadores	D	R	B	
• <b>PERTINENCIA</b>	El instrumento posibilita recoger lo previsto en los objetivos de investigación.			X	
• <b>COHERENCIA</b>	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• <b>CONGRUENCIA</b>	Las dimensiones e indicadores son congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.			X	
• <b>SUFICIENCIA</b>	Los ítems son suficientes en cantidad para medir la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• <b>OBJETIVIDAD</b>	La aplicación de los instrumentos se realizó de manera objetiva y teniendo en consideración las variables de estudio.			X	
• <b>CONSISTENCIA</b>	La elaboración de los instrumentos se ha formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.			X	
• <b>ORGANIZACIÓN</b>	La elaboración de los instrumentos ha sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.			X	
• <b>CLARIDAD</b>	El cuestionario de preguntas ha sido redactado en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)			X	
• <b>FORMATO</b>	Cada una de las partes del informe que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).			X	
• <b>ESTRUCTURA</b>	El desarrollo del informe cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.			X	
<b>CONTEO TOTAL</b>				X	
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	Total

**Coefficiente de validez:**

$\frac{A + B + C}{30}$	30/3
------------------------	------

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
90 – 1.00	Validez muy buena

**III. CALIFICACIÓN GLOBAL**

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

1.00 Muy bueno
----------------

  
**Ps. Cecilia García Díaz**  
Psicóloga de Psicología  
CPsP 11339

Dra. Carmen Cecilia García Díaz  
 DNI: 41212509  
 CPsP N 11339

**FICHA DE VALIDACIÓN**

**I. INFORMACION GENERAL**

- 1.1. **Nombres y apellidos del validador:** Dr. Efrén Gabriel Castillo Hidalgo
- 1.2. **Cargo e institución donde labora:** Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses
- 1.3. **Años de experiencia:** 22
- 1.4. **Nombre del Instrumento:** Escala de autovaloración de depresión de Zung
- 1.5. **Autor del instrumento:** William Zung y Zung

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Revisar cada uno de los ítems de la estrategia y marcar con una cruz dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

- 1. **Deficiente** (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
- 2. **Regular** (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
- 3. **Buena** (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Criterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	El instrumento posibilita recoger lo previsto en los objetivos de investigación.			X	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• CONGRUENCIA	Las dimensiones e indicadores son congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.			X	
• SUFICIENCIA	Los ítems son suficientes en cantidad para medir la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• OBJETIVIDAD	La aplicación de los instrumentos se realizó de manera objetiva y teniendo en consideración las variables de estudio.			X	
• CONSISTENCIA	La elaboración de los instrumentos se ha formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.			X	
• ORGANIZACIÓN	La elaboración de los instrumentos ha sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.			X	
• CLARIDAD	El cuestionario de preguntas ha sido redactado en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)			X	
• FORMATO	Cada una de las partes del informe que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).			X	
• ESTRUCTURA	El desarrollo del informe cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.			X	
<b>CONTEO TOTAL</b>				X	
<b>(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)</b>		<b>C</b>	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>Total</b>

**Coefficiente de validez:**  $\frac{A+B+C}{30}$       30/30

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena

**III. CALIFICACIÓN GLOBAL**

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el

1.00 Muy bueno

  
 Dr. Efrén Gabriel Castillo Hidalgo  
 Psicólogo  
 C.Ps.P. 9264

resultado.

Dr. Efrén Gabriel Castillo Hidalgo  
 DNI: 00328631  
 CPsP N 9264

**FICHA DE VALIDACIÓN**

**I. INFORMACION GENERAL**

- 1.1. Nombres y apellidos del validador: **Dr. Rony Edinson Prada Chapoñan**
- 1.2. Cargo e institución donde labora: **Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo**
- 1.3. Años de experiencia: **13**
- 1.4. Nombre del instrumento: **Escala de autovaloración de depresión de Zung**
- 1.5. Autor del instrumento: **William Zung y Zung**

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Revisar cada uno de los ítems de la estrategia y marcar con una cruz dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

- 1. **Deficiente** (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
- 2. **Regular** (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
- 3. **Buena** (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Crterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	El instrumento posibilita recoger lo previsto en los objetivos de investigación.			X	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• CONGRUENCIA	Las dimensiones e indicadores son congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.			X	
• SUFICIENCIA	Los ítems son suficientes en cantidad para medir la variable, sus dimensiones e indicadores.			X	
• OBJETIVIDAD	La aplicación de los instrumentos se realizó de manera objetiva y teniendo en consideración las variables de estudio.			X	
• CONSISTENCIA	La elaboración de los instrumentos se ha formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.			X	
• ORGANIZACIÓN	La elaboración de los instrumentos ha sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.			X	
• CLARIDAD	El cuestionario de preguntas ha sido redactado en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)			X	
• FORMATO	Cada una de las partes del informe que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).			X	
• ESTRUCTURA	El desarrollo del informe cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.			X	
<b>CONTEO TOTAL</b>				X	
<b>(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)</b>		<b>C</b>	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>Total</b>

Coefficiente de validez:

$$\frac{A + B + C}{30}$$

30/3

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena

**III. CALIFICACIÓN GLOBAL**

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

1.00 Muy bueno



Dr. Rony Edinson Prada Chapoñan  
DNI: 44363387  
CPsP N 11339

**Anexo 06:**

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Institución : Universidad Señor de Sipán Investigador:

Título : Estrategias Cognitivas Conductuales para el manejo de estrés y depresión en madres de familia de un comedor popular del distrito Llama.

Yo, Flor Monteza Vásquez, identificado con DNI N° 16762079, DECLARO:

Haber sido informado de forma clara, precisa y suficiente sobre los fines y objetivos que busca la presente investigación de Estrategias cognitivas conductuales para el manejo de estrés y depresión en madres de familia de un comedor popular del distrito – Llama, 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 Entrevista/Encuesta que permita contribuir con los objetivos de la investigación.

Chiclayo, 04 de marzo del 2023.

COMEDOR POPULAR  
Sr. De La + Milagros  
*Flor Monteza Vásquez*  
CARNICHE BAJO  
PRESIDENCIA  
16762079

**Anexo 07: Fotografías**





## Anexo 08: Acta de originalidad de informe de tesis



### ACTA DE REVISIÓN DE SIMILITUD DE LA INVESTIGACIÓN

Yo Mg. PÉREZ MARTINTO PEDRO CARLOS, docente del curso de SEMINARIO DE TESIS II del Programa de Estudios de MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA y revisor de la investigación del estudiante, Bach. DÍAZ PAJARES SANDRA EVELYNE, titulada:

#### ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE ESTRES Y DEPRESION EN MADRES DE FAMILIA DE UN COMEDOR POPULAR - LLAMA

Se deja constancia que la investigación antes indicada tiene un índice de similitud del 16%, 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 y de investigación en la Universidad Señor de Sipán S.A.C., aprobada mediante Resolución de Directorio N° 145-2022/PD-USS.

En virtud de lo antes mencionado, firmo:

Mg. PÉREZ MARTINTO PEDRO CARLOS	001194553	
------------------------------------	-----------	--

Pimentel, 6 de marzo de 2024.

## Anexo 09: Aprobación del Informe final



### ACTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El DOCENTE Mg. PÉREZ MARTINTO PEDRO CARLOS del curso de SEMINARIO DE TESIS II, asimismo el Asesor Dr. CALLEJAS TORRES JUAN CARLOS

#### APRUEBAN:

El Trabajo de Investigación: “ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE ESTRES Y DEPRESION EN MADRES DE FAMILIA DE UN COMEDOR POPULAR - LLAMA”

Presentado por: Bach. DÍAZ PAJARES SANDRA EVELYNE de la MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA.

Chiclayo, de 2 de marzo de 2024.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'p.m.p.c.' in a cursive style.

---

**Mg. PÉREZ MARTINTO  
PEDRO CARLOS**  
  
Docente de Curso

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J.C.T.' in a cursive style.

---

**Dr. CALLEJAS TORRES  
JUAN CARLOS**  
  
Asesor