



UNIVERSIDAD SEÑOR SIPÁN

ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**“ESTRATEGIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA
MEJORAR LA RESILIENCIA DE USUARIOS DE
ADICCIONES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIO CHICLAYO”**

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

Autora:

Bach. Yangua Jaramillo Rosa Nancy

<https://orcid.org/0000-0003-1891-046X>

Asesora:

Dra. Morales Huaman Carla Giovanna

<https://orcid.org/00000000-0001-8919-1322>

Línea de Investigación:

Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana

Pimentel – Perú

2023



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“ESTRATEGIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA MEJORAR LA
RESILIENCIA DE USUARIOS DE ADICCIONES DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO CHICLAYO”**

AUTORA :

Mg. YANGUA JARAMILLO ROSA NANCY

PIMENTEL – PERÚ

2023

**“ESTRATEGIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA MEJORAR LA RESILIENCIA DE
USUARIOS DE ADICCIONES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
CHICLAYO”**

APROBACIÓN DE LA TESIS



Dr. CALLEJAS TORRES JUAN CARLOS.

Presidente del jurado de tesis



Mg. Carmona Brenis Karina Paola

Secretaria del jurado de tesis



Dra. Morales Huaman Carla Giovanna

Vocal del jurado de tesis

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quien suscribe la **DECLARACIÓN JURADA**, soy **egresado (s)** 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 COGNITIVA CONDUCTUAL PARA MEJORAR LA RESILIENCIA
DE USUARIOS DE ADICCIONES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIO CHICLAYO”**

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

En virtud de lo antes mencionado, firman:

YANGUA JARAMILLO ROSA NANCY	DNI: 16781684	 Rosa Nancy Yangua Jaramillo PSICÓLOGA C.Ps.P. N° 40411
-----------------------------	---------------	---

Pimentel, 23 de abril de 2023.

Dedicatoria

A Dios padre por ser mi fortaleza durante mi vida, al inmenso amor y apoyo incondicional de mi familia por ser motivación para seguir superándome día con día y por los bellos momentos y adversidades que hemos ido superando en nuestras vidas.

Agradecimientos

*A Jesucristo y nuestra madre María.
Al amor de mis padres y por el constante apoyo
brindado por las personas involucradas en el
desarrollo de esta investigación.*

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo general aplicar una estrategia cognitivo conductual para mejorar la resiliencia de usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario Chiclayo, 2021. Para ello se trabajó mediante el enfoque mixto y el tipo de investigación aplicada. La muestra constó de 20 usuarios por adicciones y sus familiares, correspondientes también a 20 personas. Se hizo uso del cuestionario de resiliencia de Walding y Young y se diseñó una entrevista estructurada para medir la percepción de los familiares sobre la resiliencia de los usuarios por adicciones. Se recogieron los datos para luego aplicar las sesiones validadas y, finalmente, se midió el impacto de la estrategia cognitivo conductual. Los resultados fueron satisfactorios, pues mientras que en el pre test el 5% de los usuarios se ubicaba en el nivel alto de resiliencia, para el post test, dicho nivel fue representado por un 39%; por otro lado, en el pre test correspondiente a los familiares, el mayor porcentaje se ubicaba en el nivel medio con un 60%, mientras que, en el post test, dicho nivel fue representado por un 89% y, además, se alcanzó un 11% en el nivel alto.

Palabras Clave: resiliencia, adicciones, salud, estrategia.

ABSTRACT

The general objective of this research was to apply a cognitive behavioral strategy to improve the resilience of addiction users of the Chiclayo Community Mental Health Center, 2021. For this, a mixed approach and the type of applied research were used. The sample consists of 20 users due to addictions and their relatives, also corresponding to 20 people. One of the Walding and Young resilience questionnaire was made and a structured interview was proposed to measure the perception of family members about the resilience of users due to addictions. The data was collected to then apply the validated sessions and, finally, the impact of the cognitive behavioral strategy was measured. The results were satisfactory, since while in the pre-test 5% of the users were at the high level of resilience, for the post-test, this level was represented by 39%; On the other hand, in the pre-test corresponding to relatives, the highest percentage was located in the middle level with 60%, while in the post-test, said level was represented by 89% and, in addition, a 11% at the high level.

Key words: resilience, addictions, health, strategy.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	v
Agradecimientos	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	14
1.1. Realidad Problemática.	14
1.2. Trabajos previos.	18
1.3. Teorías relacionadas al tema.	21
1.3.1. Caracterización Epistemológica del Proceso Cognitivo Conductual y su Dinámica ...	21
1.3.2. Determinación de tendencias históricas del proceso cognitivo conductual.....	30
1.3.3 Programa cognitivo conductual	33
1.3.4 Marco Conceptual.	35
1.4. Formulación del Problema.	35
1.5. Justificación e importancia del estudio.	35
1.6. Hipótesis.	36
1.6.1. Hipótesis.	36
1.6.2 Variables, Operacionalización.	36
1.6.2.1. Variables	36
1.6.2.2. Operacionalización.....	36
1.7. Objetivos.	37
Objetivos General.	37
Objetivos Específicos.....	37
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	38
2.1. Tipo y Diseño de Investigación.	38
2.2. Población y muestra.	38
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.	40
2.3.1. Técnicas	40
2.3.2. Instrumento	40
2.3.3. Validez y confiabilidad	41

2.4. Procedimientos de análisis de datos.	42
2.5. Criterios éticos.	43
2.6. Criterios de Rigor científico.	43
III. RESULTADOS	44
3.1. Resultados	44
3.2. Discusión	50
3.3. Aporte práctico	52
3.4. Valoración y corroboración de los Resultados	66
IV. CONCLUSIONES	70
V. RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS	72
ANEXO	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Resumen de la evolución de la terapia de cognitiva conductual mediante indicadores</i>	32
Tabla 2. <i>Frecuencia y porcentaje de los participantes</i>	39
Tabla 3. <i>Juicio de Expertos de la escala de resiliencia de Walding y Young</i>	41
Tabla 4. <i>Coficiente de alfa de la escala de resiliencia</i>	40
Tabla 5. <i>Juicio de Expertos de la entrevista estructurada</i>	42
Tabla 6. <i>Nivel de resiliencia de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental</i>	44
Tabla 7. <i>Nivel de la dimensión ecuanimidad de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental</i>	44
Tabla 8. <i>Nivel de la dimensión sentirse bien solo de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental</i>	45
Tabla 9. <i>Nivel de la dimensión confianza en sí mismo de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental</i>	45
Tabla 10. <i>Nivel de la dimensión perseverancia de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental</i>	46
Tabla 11. <i>Nivel de la dimensión satisfacción personal de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental</i>	46
Tabla 12. <i>Nivel de resiliencia que perciben los familiares de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental</i>	46
Tabla 13. <i>Nivel de la dimensión ecuanimidad que perciben los familiares de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental</i>	47
Tabla 14. <i>Nivel de la dimensión sentirse bien solo que perciben los familiares de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental</i>	48
Tabla 15. <i>Nivel de la dimensión confianza en sí mismo que perciben los familiares de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental</i>	48
Tabla 16. <i>Nivel de la dimensión perseverancia que perciben los familiares de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental</i>	49
Tabla 17. <i>Nivel de la dimensión satisfacción personal que perciben los familiares de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental</i>	49
Tabla 18. <i>Nivel de resiliencia identificado en los usuarios con adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario y sus familiares.</i>	50
Tabla 19. <i>Resultados comparativos de resiliencia obtenidos en el pre y post test de acuerdo a los usuarios.</i>	68

Tabla 20. *Resultados comparativos de resiliencia obtenidos en el pre y post test de acuerdo a la percepción de los familiares.*68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Calificación del jurado.</i>	67
--	----

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

Las adicciones es uno de los problemas más preocupantes a nivel mundial, puesto que las consecuencias no solo son perjudiciales para quien tiene la conducta adictiva, sino también, para su familia y sociedad. Bien se sabe que, las conductas adictivas se relacionan a diversos problemas concomitantes, entre estos pueden estar la delincuencia, violencia, pandillaje, etc.

Cuando una persona padece trastornos de dependencia a sustancias ha generado en sí mismo sistemas de recompensa que generalmente imposibilita la recuperación y el abandono de ingerir drogas, acentuando así una poca capacidad para salir de dicho problema, el ser humano se angustia, se preocupa y no puede enfrentar el problema fácilmente, en dicha situación se ve comprometida su capacidad resiliente.

Saavedra (2018), señala que, la resiliencia es la capacidad que tienen los seres humanos para hacer frente a sus problemas del presente y pasado a fin de sobreponerse a ello y mejorar conductual y cognitivamente, dando paso a la sublimación de su ser.

Cuando las personas no desarrollan dicha capacidad les cuesta sobreponerse a los problemas y dificultades vitales e incluso simples, por ello, el problema complejo de las adicciones depende de los tratamientos y, también, de las capacidades de la persona, sin duda alguna la resiliencia es un atributo necesario para desligarse de la línea de las drogas y poder tomar otras alternativas conductuales, las cuales lleven a sobreponerse a la ingesta de sustancia psicoactivas (Becoña, 2007).

Cuando las personas carecen de resiliencia, no solo se les hace difícil salir del problema, sino también llegan a sumergirse en este y en sus consecuencias (Méndez & Bejarano, 2018), en tal sentido, una persona que consume drogas y tiene poca capacidad de resiliencia, no intentará sobreponerse a este problema, al contrario, tendrá necesidad de consumir, incrementará la cantidad de ingesta y será propenso a involucrarse en conductas disociales.

Se considera también que, el no formar, promover o incrementar la capacidad resiliente conlleva a la persona con conducta adictiva a arraigarse en sus síntomas y recurrir al consumo de estupefacientes para saciar su necesidad; el gran problema por consumo de drogas aparece en la dependencia y genera alteraciones sintomáticas graves a nivel orgánico y psicológico, para el primero se encuentran los síndromes físicos, temblores, taquicardias, alteraciones en el sistema

nervioso y respiratorio y, para el segundo, se encuentran las alteraciones a nivel mental y comportamental, se perciben alucinaciones, ilusiones, necesidad de consumo, agresividad, pobre control de impulsos, delirios, entre otros (Ibarra et al., 2019)

A nivel mundial, se sabe que 247 millones de personas consumieron drogas en el año 2014 y que dicha cantidad ha ido creciendo en un porcentaje de 6% (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC, 2016]). En cuanto al nivel de resiliencia, el estudio dado por Saavedra y Concha (2017), indicó que la capacidad resiliente se ve afectada incluso por el consumo de drogas y que entre los países de Colombia, Ecuador y Chile, este último se ve más afectado, pues las personas con conducta adictiva presentaron menores niveles de resiliencia y mayor afectación conductual y cognitiva. Asimismo, en Costa Rica, Méndez y Bejarano (2018), hallaron que los pacientes drogodependientes tienen bajos niveles de resiliencia y por ello les cuesta más sobreponerse a tan complejo problema, ello, independientemente de los sistemas de neurohabitación.

Dichas estadísticas y reportes sobre la resiliencia en el consumo de drogas no es muy diferente a lo presente en el Perú, pues Ramirez y Sernaqué (2018), encontraron que el nivel bajo de resiliencia se asociaba al riesgo de depender de sustancias psicoactivas, asimismo, en otro estudio dado en Puno, Lipa (2019), halló que, los sujetos que presentaban altos niveles de resiliencia no se involucraban en conductas disociales, por lo tanto, son menos propensos a involucrarse en el consumo de drogas.

Como bien se ha reportado, tanto a nivel internacional como en el Perú, se manifiesta que, entre menor sea el nivel de resiliencia, mayor será la tendencia a consumir drogas y formar conductas adictivas, siendo así perjudicial para la salud física y mental de la persona.

Anteriormente, se había señalado que la familia también se ve involucrada cuando un miembro de esta tiene una conducta adictiva, y dicho grupo puede ser una red de apoyo a fomentar su resiliencia o bien a no hacerlo, si la familia promueve conductas saludables y apoya positivamente al integrante que consume drogas, este tendrá mayor capacidad de resilir, mientras que sí, la familia es un grupo sin cohesión ni adaptabilidad, el integrante que consume drogas tendrá menor capacidad para sobreponerse a las dificultades (De Andrade & Da Cruz, 2011).

Los usuarios por adicciones que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario, tiene un diagnóstico de dependencia, intoxicación u otros asociados a las drogas, y muchos casos de estos son repetitivos, han tenido más de dos recaídas y, por lo tanto, no han podido sobreponerse a la ingesta de alcohol u otras drogas.

En tal sentido, mediante la observación y entrevista que se ha realizado durante este y los años anteriores, se han observado distintas **manifestaciones:**

- Síndromes de abstinencia
- Tolerancia a la cantidad de ingesta de alcohol u otras drogas
- Aislamiento social del usuario
- Involucramiento en conflictos sociales
- Pandillaje
- Problemas familiares
- Rasgos de personalidad ansiosa
- Anomalías físicas u orgánicas (dolencias musculares, cardiopatía, etc)
- Anomalías psicológicas (alucinaciones, delirios, etc.)
- Hipervigilancia, estado paranoide
- Patrones comportamentales asociados a la violencia

Dichos indicadores son consecuentes a la ingesta repetitiva de sustancias psicoactivas, en cuanto al aislamiento, este se produce en forma progresiva, el usuario primero empieza a distanciarse de sus familiares, pareja y seguidamente de sus amigos, incluso de él mismo, abandonando sus actividades, trabajo y cuidado personal; el pandillaje, no es común en todos, pero si aparece en algunos de estos, los rasgos ansiosos si son parte de todos los casos sin excepción, asimismo, las anomalías físicas y psicológicas son parte del mayor grupo de casos. Sin duda alguna, se evidencia una degradación significativa con la ingesta de sustancias psicotrópicas.

El análisis de la problemática, ha llevado a la formular el siguiente **problema científico:** Insuficiencias en el proceso cognitivo conductual limita la resiliencia de usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario Chiclayo, 2021.

Ahora bien, la resiliencia es un constructo importante a trabajar en personas con conductas adictivas, y se considera que, una de las terapias que se puede enfocar en el realce de esta conducta es la terapia cognitiva – conductual, sin embargo, no se han encontrado suficientes evidencias en este enfoque para trabajar con la variable problema. Por ello, el **diagnóstico causal** delimita lo siguiente:

- Escasa intervención en la praxis de una estrategia cognitiva conductual para accionar sobre la resiliencia de usuarios con adicciones, **en el desarrollo del proceso cognitivo conductual**
- Poca intervención de psicoeducación o contenido referente a una estrategia cognitiva conductual subsanar indicadores relacionados a la resiliencia, **en el desarrollo del proceso cognitivo conductual**
- Deficiencias en la guía u orientación para trabajar mediante una estrategia cognitiva conductual en patrones resilientes de usuarios con adicciones, **en el desarrollo del proceso cognitivo conductual**
- Pocas acciones organizacionales o de entidades sobre una estrategia cognitiva conductual que se encargue de promover el proceso resiliente en personas con adicciones, **en el desarrollo del proceso cognitivo conductual.**

Por tanto, el **objeto de la investigación** es: Proceso cognitivo conductual.

Para definir el **objeto de investigación** se ha tomado referencia de distintos autores, Beck (1978), describe a esta como un proceso en el cual se agrupa una serie de herramientas que movilizan recursos cognitivos del paciente para cambiar sus conductas a través de una reestructuración de pensamientos, ideas, creencias y esquemas.

Asimismo, Puerta y Padilla (2011), afirman que el proceso cognitivo – conductual es un conjunto de fases que empieza por la psicoeducación, de modo tal que el paciente entiende cognitivamente su problema para así, cambiar sus conductas.

Desde una perspectiva similar, Arcila y Naranjo (2019), definen al objeto de investigación como una serie de fases en el cual se movilizan recursos cognitivos de las personas para generar

algún cambio de conducta que ayude a vivir a esta en mejores condiciones, esta terapia incluso trabaja con alteraciones de alta gravedad.

A pesar de dichas definiciones, aún se consideran pocas las aportaciones prácticas de esta terapia en relación a la resiliencia, por ello, el **campo de acción** es la dinámica del proceso cognitivo conductual.

Todo lo mencionado conlleva al desarrollo de una problemática existente, que por un lado, refleja la presencia exacerbada de conductas adictivas, y por otro lado, la falta de acciones psicoterapéuticas basadas en la dinámica del proceso cognitivo conductual.

1.2. Trabajos previos.

La resiliencia es un constructo que ha tomado interés en las últimas décadas, sobre todo porque el mayor nivel de esta significa la revelación sobre las adversidades, en sus primeras conceptualizaciones de la variable, que fueron en inglés, hacían referencia a Bouncing back, que significaba pararse otra vez, que sin duda alguna, se asocia a la conceptualización actual, tomándose desde una perspectiva de reponerse de los hechos sucedidos (Gómez, 2019).

Este concepto ha sido bien estudiado y adoptado por la sociología, psicología, administración, neurociencias y antropología, así pues, ha pasado de ser solo un concepto como capacidad de salir adelante a ser un concepto como capacidad de sobreponerse a los problemas y optar por conductas sanas en circunstancias insanas (Vásquez, 2018).

Este concepto en la psicología tomo apogeo con las corrientes humanistas, pues en el reinado del psicoanálisis se hacía mención al inconsciente y la psicopatología, en la escuela conductista predominaba la observación y la conducta misma, no es sino en la escuela humanista que se hizo mención a los recursos humanos y sus atributos personales para la autorrealización, y entonces, se incentivó al uso del concepto resiliencia para designarle la capacidad a aquellas personas que podían sobreponerse a su problemas con facilidad o a aquellos que a pesar de la vida doliente que habían vivido se habrían sobrepuesto a ello para salir adelante (García & Dominguez, 2018).

Seguidamente, cuando ya se toma énfasis en el constructo, aparecen distintos modelos teóricos, el modelo de Walding y Young, que explica la resiliencia por cinco dimensiones, como la perseverancia, ecuanimidad, confianza en sí mismo, sentirse bien solo y tener satisfacción

personal; en modelo teórico de Wolin y Wolin, quienes afirman que, la resiliencia se mide por riesgo y desafío, es decir entre más riesgosa sea la situación, se podrá tener una visión del riesgo propiamente dicho o de un desafío hacia el evento (Prado & Aguila, 2022).

Al Perú llega el constructo con dichos modelos teóricos y con la visión de un concepto de sobrecompensación a los problemas, se elaboran diferentes estudios, pero la mayoría se hace en población adolescente, dejando de lado a poblaciones altamente preocupantes como lo puede ser la población con adicciones.

A **nivel internacional, nacional y local**, se han encontrado diferentes estudios que permiten conocer la presencia del constructo durante diferentes años.

Ponce y Tarazona (2020), realizaron un estudio con el fin de conocer si distintas estrategias de resiliencia afectaban directa y positivamente al nivel de drogodependencia, para ello, trabajó con 15 pacientes con dependencia a sustancias, antes de la ejecución de estrategias evaluaron el nivel de resiliencia y determinaron que un 60% de pacientes se ubicaba en el nivel medio, un 30% en nivel bajo y solo un 10% en nivel alto; por último, concluyó que las estrategias de resiliencia tienen efectos positivos en la prolongación del estado de abstinencia en pacientes consumidores de sustancias psicotrópicas.

En Ecuador, Galarza (2019), desarrolló un estudio con el objetivo de conocer la relación entre la resiliencia con el consumo de drogas y si de alguna forma uno de estos constructos podría minimizar o maximizar el riesgo del otro, para ello trabajó con una muestra de 665 personas de Cuenca a quienes les aplicó dos instrumentos para medir las variables, finalmente determinó que, si las personas muestran bajos niveles de resiliencia, estará más propenso a permanecer por largo tiempo en el consumo de sustancias tóxicas, así pues, mientras no se gestione la variable resiliencia, es probable que la dependencia incremente, finalmente, determinó que el nivel alto de resiliencia predominaba en la población (38.5%)

Méndez y Bejarano (2018), realizaron un estudio en Costa Rica con la finalidad de determinar los factores que se asocian al consumo de sustancias psicoactivas, así, trabajó con 243 jóvenes que asistían a una asociación y mediante encuestas y regresión logística identificó que, un nivel alto de resiliencia se asociaba a un estado más prolongado de abstinencia, por lo tanto, entre más se gestione esta variable, es probable que la persona con adicciones puede mantenerse

abstinente por mayor tiempo, por último, concluyó que el nivel bajo de resiliencia fue predominante en la población (41%), seguido del nivel medio (36%).

En otro estudio dado por Velásquez (2016) ejecutó un estudio sobre la asociación entre la resiliencia y el consumo de drogas: alcohol y tabaco, para ello trabajó con una muestra constituida por 320 personas de Venezuela a quienes les aplicó algunos cuestionarios referidos a la variable, después del análisis determinó que, la resiliencia puede ser un factor protector al consumo de drogas, pues entre mayor nivel se tenga de esta, menor será el riesgo de consumo; asimismo, determinó que el nivel moderado de resiliencia predominante (65%).

Becoña et al. (2013), realizaron un estudio en España con la finalidad de conocer la relación entre la resiliencia y el consumo de drogas, trabajó con 1706 personas a quienes entrevistaron y encuestaron, tras la evaluación y análisis determinaron que, la resiliencia es un factor protector hacia el consumo de drogas, es decir, entre se fomente más el nivel de resiliencia, se tendrá espacio para la superación del riesgo a la adicción, además, es importante reconocer que, mientras menos nivel de resiliencia se muestre, habrá mayor riesgo de consumo.

En otros hallazgos realizados en Perú, se reportan similares estadísticas, Cano y Neyra (2020), realizaron un estudio sobre el nivel de resiliencia en pacientes diagnosticados con adicción a sustancias psicotrópicas, uno de los objetivos fue medir el nivel de la variables, trabajaron con 43 pacientes de ambos sexos de 15 a 53 años; mediante el análisis determinaron que, un 37.21% presentaban un nivel bajo, 30.23 nivel medio y un 32.56% nivel alto, indicando que levemente predomina el nivel bajo de resiliencia.

Asimismo, Soria (2020), ejecutó un estudio con el objetivo de conocer el nivel de resiliencia en residentes por consumo de sustancias internados en una comunidad terapéutica, los participantes fueron 71 internos seleccionados por muestreo no probabilístico, ellos respondieron a un cuestionario. Los resultados indicaron que, el mayor porcentaje de internos (56.3%) se ubicaron en un nivel bajo de resiliencia, haciéndoles más difícil mantenerse en el estado de abstinencia, es así que, el autor determinó que, las personas con conducta adictiva manifiestan patrones bajos de resiliencia.

Ramírez (2018), desarrolló un estudio sobre la resiliencia y el riesgo al consumo de alcohol, el estudio fue dado en Lima y trabajó con 380 personas de un programa de atención, a quienes les

aplicó un instrumento para medir la variable resiliencia y otro para consumo de alcohol, así, determinó que, existe relación entre ambos constructos, entre menor sea el nivel de resiliencia, será mayor el riesgo a consumir alcohol, por otro lado, el nivel de resiliencia predominante fue el nivel alto (76%) seguido del nivel medio (24%).

Otro estudio en Lima, fue ejecutado por Soria y Vilela (2018), en el cual tuvieron el objetivo de conocer la relación entre la resiliencia y alcoholismo en personas de Villa el Salvador, así, trabajó con 737 participantes quienes respondieron a dos cuestionarios para medir las variables, después del análisis los investigadores determinaron que, existe relación entre dichos constructos, es decir entre mayor sea el nivel de resiliencia, habrá menor riesgo de padecer alcoholismo. A nivel descriptivo obtuvieron que, el nivel predominante de resiliencia fue el nivel medio (62.1%).

Santiesteban (2018), ejecutó un estudio en Chiclayo en el cual buscó conocer el nivel de resiliencia en internos de una comunidad terapéutica, para ello trabajó con 62 internos seleccionados por muestreo no probabilístico quienes resolvieron un cuestionario. Determinó como resultados que, el nivel de resiliencia se ve afectado en personas que consumen sustancias psicoactivas, por lo tanto, es muy complicado que dichas personas se mantengan en abstinencia, son tendientes a las recaídas y presentan un bajo nivel de habilidades de socialización, lo cual minimiza su capacidad para generar redes de apoyo.

1.3. Teorías relacionadas al tema.

1.3.1. Caracterización Epistemológica del Proceso Cognitivo Conductual y su Dinámica

La terapia cognitiva conductual es un modelo de intervención psicoterapéutico, que se basa en conocimientos comprobados, por consiguiente, propone métodos y principios que se encuentran relacionadas a la problemática y perspectivas de los pacientes. Es este modo se desarrolla la TCC, debido a la importancia de intervención terapéutica, que se evidencia en la conducta de los pacientes los cuales se centran en pensamientos disfuncionales o desviaciones cognitivas. Explicar la teoría cognitivo conductual conlleva estudiar diversos fundamentos teóricos que son extensos de plantear, pues necesita de distintas propuestas teóricas. Este capítulo evidencia los aspectos más relevantes de la investigación del proceso cognitivo conductual y sus derivaciones (Flores, 2021).

Enfoque Cognitivo Conductual

El enfoque Cognitivo Conductual en relación a lo manifestado por diversos autores establece una alternativa de método multidisciplinario debido a que ha manifestado validez y

efectividad en la intervención del tratamiento psicológico. Esta teoría reúne métodos, terapias y procesos variados que al llevarlos a la práctica son favorables en la calidad de vida del ser humano. En el aspecto terapéutico es eficaz debido a que se puede aplicar en el área clínica en relación a la psicología como ciencia, por otro lado, se identifica por representar una condición auto-evaluadora en el procedimiento de intervención, asimismo sus principios son aprobados de forma empírica (Céspedes, 2018).

Es de conocimiento que la teoría cognitiva conductual se manifiesta como consecuencia de estudios realizados en el área de la psicología cognitiva y conductual independientemente, para luego unirse y formar la terapia cognitiva conductual, quien además optó en determinar la cognición y el comportamiento humano como construcción psicológica de intervención, afiliándose de este modo, como enfoque terapéutico conductista la sistemática científica y las manifestaciones, aprobadas por medio del comportamiento (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2017)

Esta perspectiva o teoría da importancia al pensamiento y al conocimiento como herramienta esencial de la alteración psíquica (Torales & Cantero, 2017) sirviendo como soporte para la intervención conveniente, al mismo tiempo da mayor valor al termino relacional entre la razón y la conducta y de esa manera manifestar cómo actúa la salud mental de la persona. Asimismo, el enfoque se ajusta en el modelo de la alineación de los esquemas mentales entre la niñez y la adolescencia, busca localizar de qué manera se construyen los esquemas, las ideas, las cogniciones y determinar que método es el idóneo para intervenir y darle solución al problema (Quinto, 2002).

Es importante recordar que el enfoque se manifiesta en el presente no en el pasado y únicamente estudia los antecedentes de la problemática para evaluarlos y utilizarlos al momento de la intervención. La terapia cognitiva conductual, (Korman & Saizar, 2016) raudamente se desarrolla, como un procedimiento psicoterapéutico en el campo psicológico y psiquiátrico, por consiguiente, hoy en día los profesionales están muy enfocados en el desarrollo de la terapia cognitiva que incluye referencias importantes en la práctica de ejercicios didácticos, del mismo se incluye técnicas de terapia cognitiva conductual y por ese listado de estrategias es requerida.

Proceso de Desarrollo Cognitivo Conductual.

Este enfoque agrupa conocimientos de dos o más teorías, modelos que evidencian distintas conceptualizaciones y persevera por ilustrarlas, así como se estudia las diversas etapas por las que pasa una persona cuando es infante hasta adolescente. Así mismo, los autores Ellis y Beck evidenciaron una teoría relevante (Hernández & Sánchez, 2007), esta teoría le facilita al sujeto reestructurar su pensamiento por medio de la razón, su misma introspección, en esta teoría se manifiesta una relación acertada entre el terapeuta y el paciente, donde el paciente es el principal elemento dentro de la terapia, ya que estima sus ideas disfuncionales y las reforma.

La Teoría Cognitivo Conductual admite intuir los diversos casos con extensa complicación, de esa manera desglosarían los puntos más importantes en partes pequeñas. Es así que el paciente puede notar como sus distintas áreas están enlazadas y como lo afecta esto en su vida. Todo eso trae como consecuencia la aparición de ideas, emociones, sensaciones y conductas que perturban las otras áreas del ser humano. (Navarro, 2018).

Fundamentos Teóricos de la Intervención del Proceso Cognitivo Conductual.

La terapia de la conducta ha estudiado diferentes etapas como se evidencia desde el condicionamiento clásico de Pávlov y Watson, así como el condicionamiento operante en Skinner, del mismo modo el aprendizaje social de Bandura, los modelos cognitivos de Beck y la TRE de Ellis para evidenciarse como un tratamiento de relevancia. La psicoterapia cognitivo conductual es muy identificada y alcanzó gran relevación y notoriedad en distintos países (Mayorga, 2018).

Es por ello, que el modelo de intervención ha tenido gran relevancia en los últimos años, teniendo diversos alcances teóricos, y con notoriedad en importantes profesionales de la psicoterapia como es el caso de Albert Ellis con su terapia llamada Racional Emotiva, este mismo autor que se transforma en el fundador de las distintas estrategias de la terapia cognitiva y ha favorecido en el estudio y desarrollo de la Terapia cognitivo Conductual (Céspedes, 2018).

Terapia Cognitivo Conductual.

Esta terapia integra las teorías de conducta, manifestando que la conducta del ser humano es aprendida a través de tiempo, asimismo afirma que el aprendizaje no es solo un vínculo de asociación entre el estímulo y la respuesta, también hace referencia a la manera de formación de las distintas relaciones de enunciados personales, es decir estudia los modelos de cognición o reglas. Así mismo, destaca la cognición, afectividad y conducta, manifestando que se encuentran

en relación uno con otros, es por ello que ante una distorsión de uno de ellos, repercutirá en los demás elementos (Lega, Calvo & Sorribes, 2017).

La Terapia Cognitiva Conductual se encuentra relacionada a los pensamientos, las emociones y conductas, para su funcionalidad reúne ideas de diferentes enfoques psicológicos cognitivos y conductuales, asociando métodos y técnicas (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2017).

Tipos de Terapias Cognitivo Conductual.

Según Lega, Caballo, y Ellis (2009) manifiestan que la TCC maneja intervenciones tanto cognitivas y conductuales. Diversos autores piensan que las terapias conductuales cognitivas se parten en conjuntos como lo plantea el modelo de Mahoney y Arknoff, estas primordiales tipologías de Terapia Cognitiva Conductual están relacionadas a la TRE, reestructuración cognoscitiva, la teoría de habilidades de enfrentamiento y la terapia de solución de problemas.

Terapia Cognitivo de Aaron Beck.

La Terapia cognitiva es una teoría terapéutica donde se evidencia un esencial empeño por el empirismo científico, sus fundamentos los hallamos en las significaciones cognitivas de la psicopatología y en el procedimiento terapéutico que dirige a la mutabilidad. Así como lo manifiesta el autor la coyuntura del modelo cognoscitivo y su pertinente evaluación empírica son necesidades básicas para establecer su validez de construcción. El enfoque diseñado por Beck se desarrolla, en específico, en los pensamientos automáticos, por consiguiente, están en relación con las distorsiones cognitivas (García, 2020).

Es así que ante una situación de amenaza, las personas en la mayoría de casos no se manifiestan de manera automática, ante ello antes de proporcionar una objeción ya sea cognitiva o de conducta ejecutan unos métodos, es decir distinguen su ambiente o la situación, cuentan por medio de la experiencia, descifran vivencias, estudian el entorno y comienzan a determinar significados al estímulo relacionados a sus condiciones establecidas o los mencionados paradigmas cognitivos denominados también creencias. La idea principal de la terapia cognitiva se centra en que el ser humano se perturba por lo que interpreta ante cualquier experiencia y no por lo que realmente pasa. Se sabe que los procesos cognitivos son componentes que recopilan, almacenan y es donde se evidencia la información recaudada de las diversas estructuras de cognición, denominados esquemas (Escobar, 2018).

Estos esquemas, están simbolizados por un conjunto de vivencias anteriores que se manifiestan como modelos, ideas o ejemplos, los cuales dan dirección a la atención y establecen la interpretación que se brinda a los hechos y así se hace más fácil la evocación. Cuando se resuelve la idea, en algunas cuestiones pueden repercutir fallas en el pensamiento, para después producir alteración o distorsión en la interpretación y apreciación que se realiza de los acontecimientos, esto se le llama distorsiones cognitivas (Salamanca, González & Barreto, 2017).

Beck establece dos tipos de creencias, las creencias centrales o nucleares, que son aquellas que proporcionan sentido de identificación a la persona, se puede concluir que es la individualidad del individuo, por consiguiente, compone el rango cognoscitivo más profundo. Se puede manifestar que existen representaciones como propuestas imperiosas, al mismo tiempo que son de larga duración y generales, que ejercen sobre sí mismo y que en varias ocasiones son difíciles de modificar. Las otras son las ideas intermedias o periféricas que son aquellas afectadas por las nucleares, estas al mismo tiempo interceden en la manera como se percibe el ambiente, la manera de sentir, actuar y pensar, aquí se evidencian las conductas, normas y los supuestos (Mayorga, 2018).

Acorde al estudio se observa que las distorsiones cognitivas se ajustan en algunas sistematizaciones como, la abstracción selectiva, es decir se concentra solo en unas circunstancias en especial en las negativas; el pensamiento dicotómico, es el que se sitúa hacia los polos opuestos; la inferencia arbitraria, donde el individuo descifra erradamente; la sobre generalización, la magnificación y minimización, la personalización y despersonalización. (Mosqueda et al., 2017).

Otra definición que emplea Beck son los productos cognitivos, que son las ideas o representaciones y es la consecuencia de la interacción del título que proporcionan las experiencias que percibe el ser humano, así mismo se localizan las representaciones originadas, las ideas y las diferentes técnicas cognitivas que realiza. Por otro lado, cabe indicar que las representaciones de los procedimientos de cognición son mucho más factibles a la conciencia del individuo (Céspedes, 2018).

Enfoque Cognitivo Aplicado a la Ansiedad Social Según Beck.

Conforme al estudio realizado por Beck y colaboradores, definieron a la ansiedad como un proceso emocional que origina complejas manifestaciones que actúan como consecuencia en lo

biopsicosocial, además perturba la interacción de mecanismos de evolución, orgánicos, afectivos y de cognición, que se evidencia en un primer momento en la percepción o deducción e inmediatamente en la identificación de indicaciones desagradables o aversivas, donde el ser humano almacena la información de forma selectiva, para después descifrar los acontecimientos de manera centrada, individualizada y adversa; es más distingue el entorno como amenazador, asimismo muestra definidas capacidades propias para el afrontamiento concerniente, que lo conlleva inminentemente a manifestar de manera disfuncional desde el ámbito funcional, motor, de cognición y motivación (Malca, 2018).

En las dimensiones que se considera se encuentran:

Fisiológica, esta dimensión se impulsa de manera rápida como el resultado ante una amenaza de riesgo, originándose la aceleración de movimiento como, pestañeo, la inclinación inesperada de la cabeza hacia delante y una reacción de doblamiento que traspasa a partir del torso hacia las rodillas, temblores, permutaciones en la respiración, pulsaciones, sudoración, dificultad al momento de concentrarse, asimismo surge el bloqueo mental, en el que cada efecto puede distinguirse como de riesgo, aumentando de esa forma la ansiedad del mismo modo denominado como episodio de pánico (Roca, 2016).

Cognitivo, el proceso cognitivo se facilita a nivel trascendental y en nivel intenso, en esta dimensión es en el que los pensamientos automáticos, los modelos cognoscitivos que usualmente se evidencian caracterizados como creencias intermedias y centrales, del mismo modo los esquemas se transforman en método de procesar información que se gestionan de direccionar métodos como la percepción, la retención, la atención, entre otros (Redondo & Agudelo, 2018).

De este modo el funcionamiento sintético, se demuestran en las ideas relacionadas con agotamiento, percusión, pensamientos de sumisión, es así en el que se tornan agentes de crítica, evaluación, hipervigilancia, suponen que los miran detenidamente, tomando una idea errada y empezando a exigirse por cumplir expectativas de desempeño social (Clark & Beck, 2012)

De esto deducimos que intrínsecamente de las distorsiones cognitivas de la ansiedad social se hallan, obtener pronósticos nocivos sin evidencias convenientes, establecer y prevalecer lo perjudicial, desconociendo o descalificando lo positivo, por otro lado, se amplía o reduce los

acontecimientos, utilizando reflexiones emocionales, destacando en diversas ocasiones pensamientos extremos y etiquetar de forma negativa (Riso, 2006).

Emoción, se concentra en específico en las emociones desagradables y el aumento de la activación, administrados en zonas frontales que se encargan del control emocional que está relacionado a la región subcortical a nivel amigdalino hipocampal, aquellas emociones negativas se encuadran en sensaciones de congruencia y de encogimiento, acomodándose a las situaciones de la sociedad. De esa forma los estudios revelan esencialmente que la reprensión, la discrepancia y la sobreimplicación, componen los elementos de la emoción indicada (Espinoza, Fernández & Muela, 2016)

Conductual, explora seguridad en comportamientos automáticos de evitación que intentan ser minimizadas e intentan evitarlas y que sean observadas por el ambiente de su audiencia ya sea verdadera o figurada y que totalmente es sobreestimada, demás el pensamiento de perfeccionar, la retroalimentación social negativa que asiduamente indaga y la rumiación de conocimientos interpersonales, todos estas peculiaridades se certifican en tres distintos momentos: en el período de anticipo, en medio de la exhibición (Salamanca, González, & Barreto, 2017).

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis.

El enfoque de Albert Ellis se centraliza especialmente en las creencias irracionales y manifiesta que las dificultades psicopatológicas tienen su inicio a partir de sus tres fuentes: el pensamiento, la emoción y la conducta, asimismo recalca en la manera cómo los pensamientos pueden perturbar en las alteraciones psicológicas. Con esto Ellis estuvo persuadido que las personas son los responsables mayormente de sus sentimientos inquietantes y que varias ocasiones son creados de manera consciente e inconsciente. Es así que según la terapia racional emotiva la cognición es el definitiva en las emociones. Las creencias irracionales es la causa de la perturbación emocional y para modificar la emoción disfuncional se necesita mutar las ideas irracionales. Ellis y Dryden piensan que la complicación del comportamiento de inadaptación, se resalta en la totalidad de casos cuando se manifiestan las creencias esenciales que la mayoría de veces son irracionales, para posteriormente reemplazarlas por otras más adecuadas, es decir racionales (Mera & Ríos, 2018).

Es así que, Navarro (2018) manifiesta que dentro de la terapia racional emotiva conductual se identifica los siguientes componentes: la adversidad (A), creencias irracionales (B), luego las consecuencias emocionales y conductuales(C), el debate y el cuestionamiento de las creencias irracionales(D) y finalmente las nuevas creencias racionales. De acuerdo a la teoría TREC, se evidencia que comprende de las siguientes variables:

Pensamiento, creencias irracionales, creencias indiscutibles, creencias imperiosas y desastrosas, pensamientos distorsionados, pronósticos negativos, diálogo racional, pensamientos perturbadores, contradicción disfuncional, cambia la manera de interpretación, apreciación relativa y procura obtener esquemas racionales adaptativos.

Emoción; perturbaciones emocionales, alteraciones desagradables, molestia emocional, aprensión constante y reacción emocional negativa. Esta variante es resultado del pensamiento.

Conducta; comportamientos disfuncionales, falta de adaptación, estima comportamientos y es dinámico. Es así que de este enfoque se concluye que el rol del terapeuta reside en ir ajustando de manera gradual el procedimiento cognoscitivo desadaptado del sujeto y asimismo desarrollar diversas vivencias que transformen las cogniciones de afectividad, de conducta por medio de la cognición, haciendo uso del diálogo socrático y el sujeto tendrá en la intervención un papel importante.

Principales Fundamentos de un Programa.

La terapia cognitiva al asociarse con los enfoques o modelos conductuales, promovieron formas de intervenir basados en los pensamientos, creencias, estructuras cognitivas y modificación conductual, tras la unión de ambos modelos la TCC tiene como centro de atención la erradicación de ideas y comportamientos desadaptativos; dichos cambios deben llevarse en seguimiento puesto que cuando una persona presenta alteraciones comportamentales puede recaer. La terapia es directa y dinámica, las problemáticas del paciente son trabajadas mediante un modo cognitivo de enfrentarlos, esta terapia requiere de la construcción de la alianza terapéutica, busca la cooperación del consultante y su participación constante y activa. Por otro lado, también se fundamenta en un enfoque educativo, la terapia busca que el paciente conozca su problema y las formas de intervenir sobre esto, denominándose psicoeducación. Así también este enfoque busca llevar a la consciencia al paciente, de modo tal que, este se percate mejor de su situación y de la manera de hacerle frente.

Por otro lado, este enfoque a medida que se fue desarrollando fue adquiriendo modos de intervención como técnicas de afrontamiento, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de relajación (Hernández, 2018).

Etapas del Proceso de la Terapia Cognitivo Conductual.

Según Nezu, Nezu y Lombardo (2006), proponen períodos concretos, entre los que se encuentran; estimar, apreciar la identidad de la cultura y el nivel de aculturación del sujeto, realizar el estudio práctico del caso, contrastando el plan de trabajo del caso con el sistema de creencias del mismo paciente, acordar los objetivos y métodos con el sujeto, adaptados al proceso de intervención, tomando en cuenta algunas variables:

Variables distantes, que accede los elementos históricos o de progreso que sean la causa de la formación del motivo de consulta.

Variables de antecedentes, incluye los componentes que son la causa antecedente o discriminativo de la sintomatología angustiante.

Variables orgánsmicas, incorporan intermediarios de respuesta o moderadores de objección.

Variables de respuesta, asociadas a efectos finales del sujeto y a la sintomatología angustiante.

Variables consecuencias, en relación con el sujeto, así como con el contexto. Es esencial tomar en consideración los objetivos de la terapia.

El objetivo principal de la intervención es reducir el nivel elevado de aceleración, para eso las intervenciones adecuadas son, la terapia de exhibición, la inundación, el desahogo.

El objetivo del tratamiento a alcanzar es reducir las creencias disfuncionales, para ello las intervenciones se consideran a la reestructuración y la solución de conflictos.

Además, otro objetivo del tratamiento es optimizar las habilidades interpersonales, el tratamiento contiene el reforzamiento en habilidades sociales, actividad en el ambiente y terapia de grupo.

Técnicas Terapéuticas Cognitivos Conductuales.

Entre las estrategias más utilizadas en el área cognitiva conductual para el tratamiento de la ansiedad social se observan, el reforzamiento de las habilidades sociales, las técnicas de exposición, reestructuración cognitiva, la relajación, respiración y la psicoeducación (Acevedo, 2014).

1.3.2. Determinación de tendencias históricas del proceso cognitivo conductual

En este acápite se describen las distintas etapas por las que ha pasado el proceso cognitivo conductual, se toma en consideración los siguientes indicadores:

- Formación de la terapia y técnica
- Contextualización teórica
- Transcendencia del modelo
- Evaluación

Etapas I. Aparición y surgimiento de las teorías cognitivas conductuales (1900 - 1960)

Para fines de los años 50 se hallaron deficiencias relevantes en el modelo psicoanalítico y conductual, los cuales tuvieron gran apogeo en el tratamiento de su época, sin embargo, frente a la aparición de nuevos diagnósticos y a las constantes recaídas de los pacientes ante el tratamiento mediante psicoanálisis y conductual, los clínicos se vieron en la necesidad de incluir el modelo conductual a un modelo cognitivo, un nuevo tratamiento que se enfoque en la reestructuración de pensamientos y creencias (Díaz et al., 2012).

En las raíces epistemológicas del tratamiento cognitivo conductual, se reportan lo siguiente, Ruiz (2018):

- La reflexología de Ivan Pavlov: el enfoque promovió la idea de asociar reflejos aprendidos a los reflejos innatos, de modo tal que un estímulo en un primero momento neutro, pueda condicionarse a la emisión de alguna conducta.
- Conexionismo de Thordike con la ley del efecto: este modelo promovió la idea de la resolución de las situaciones aparece por ensayo y error, a medida que los seres humanos cometen errores, van conociendo lo que no deben hacer para luego optar por la conducta más razonable.
- Conductismo de Watson: en este enfoque se desarrollaron conceptos como el miedo, el aprendizaje y el inicio de la corriente conductista.
- Neoconductismo: en esta etapa se proponen nuevas técnicas conductistas, se describen la reducción de los impulsos y el modelo bifactorial del reforzamiento.

Es preciso resaltar que, para estos tiempos, las terapias principales fueron las propuestas por Skinner, Eysenck y Wolpe quien describe la desensibilización sistemática para trastornos fóbicos (Castanedo, 2008). Se sembraban las bases de la terapia cognitiva conductual y el tratamiento era eficaz para alteraciones graves, problemas como las fobias, ansiedad y depresión tenían resultados relevantes, había cambios de conductas y pensamientos.

Etapa 2. Desarrollo de la terapia cognitivo conductual (1960 - 1980)

Esta etapa enmarca aspectos que conllevaron a la reestructuración cognitiva, corre en torno a enfoques terapéuticos que forman parte de la terapia cognitiva-conductual propiamente dicha, modelos dados por Beck y Ellis como máximos representantes dan inicio a la reestructuración cognitiva, las técnicas de solución de problemas, habilidades sociales, compromiso y afrontamiento (Castanedo, 2008).

Por otro lado, aparecen aportes del aprendizaje vicario, por imitación u observación que describieron la conducta de las personas y además aportaron técnicas de modelado para la terapia; es así como la terapia cognitiva conductual tiene gran impacto sobre los tratamientos en diversas alteraciones de grave índole y es usada por encima del conductismo, psicoanálisis y humanismo.

El tratamiento para la reestructuración cognitiva es la principal herramienta en la terapia cognitiva conductual, esta busca modificar pensamientos, ideas y creencias estructuradas, dándoles ideas de confrontación cognitivas para mejorar la forma de visualizar el mundo, el futuro y la percepción sobre sí mismos; otras herramientas que surgen para tal reestructuración son: el diálogo socrático, la modelación, práctica de hábitos cognitivos, etc. (Ellis & Griegger, 2005; Castanedo, 2008).

La propuesta de Ellis, uno de los pioneros de la terapia cognitiva conductual, fue la TREC. En este enfoque sostuvo que la personas tienen distintas creencias irracionales que deben ser reestructuradas, el modelo plantea que una situación podrá generar malestares si esta es activante de una idea irracional, el cual a su vez generará conductas y emociones negativas, así también, en esta etapa aparece el modelo de Aaron Beck, quien propone el tratamiento para personas con depresión, el tratamiento de reestructuración cognitiva, Beck utiliza distintas técnicas para el abordaje cognitivo (Caballo et al., 2019).

Etapa 3. Una nueva perspectiva (1980 - Actualidad)

Después de la revolución manifiesta con la terapia racional emotiva y la terapia de reestructuración cognitiva aparecen nuevos modelos para la trascendencia del tratamiento cognitivo conductual, se centran nuevas bases y se mejoran otras, surge el tratamiento por objetividad y alianza terapéutica, en la cual el paciente toma el rol protagónico para la terapia y trabaja de forma activa (Navarro, 2020); asimismo, aparecen nuevos enfoques contextuales de la terapia, el enfoque funcional analítico, de aceptación y compromiso, y la terapia de conducta dialéctica, todo ello surgió por la evolución y el cambio del mismo contexto y sociedad.

Por otro lado, aparecen terapias que toman parte de las herramientas cognitivas, es el caso de la terapia de Esquemas de Young, la cual integra otros modelos psicológicos, entre estos el cognitivo-conductual, así también, aparece el enfoque cognitivo constructivista, el cual ha tenido excelentes resultados en la intervención grupal (González-Blanch & Ruiz-Torres, 2018); por último, cabe señalar que los enfoques actuales tienen gran impacto sobre los trastornos de personalidad, del estado del ánimo y ansiosos; asimismo, se ha mostrado efectividad leve en trastornos psicóticos.

Por todo lo planteado, en el siguiente cuadro se representa la evolución de la terapia cognitiva conductual:

Tabla 1

Resumen de la evolución de la terapia de cognitiva conductual mediante indicadores

	Etapa I. Aparición y surgimiento de las teorías cognitivas conductuales (1900 - 1960)	Etapa 2. Desarrollo de la terapia cognitivo conductual (1960 - 1980)	Etapa 3. Una nueva perspectiva (1980 - Actualidad)
Formación de la terapia y técnica	Surge a partir de los vacíos terapéuticos que se mostraban en aquella época con el conductismo y el psicoanálisis	Fusiona al conductismo con las teorías cognitivas, y aparece el modelo cognitivo – conductual en base a dos grandes aportes la	El modelo cognitivo conductual genera nuevos aportes dirigidos al trabajo terapéutico con alteraciones del Eje I y Eje II.

		TREC y el modelo de reestructuración	
Contextualización teórica	En primera instancia se centraba en lo observable, las conductas y comportamientos.	Se centra en la situación, conducta, pensamiento y reacción, el enfoque es amplio a partir del modelo de reestructuración y la TREC	La metodología es amplia, científica e integradora, centra el tratamiento en conductas, pensamientos y acciones, trabajando con nuevos modelos que van más allá de lo tradicional.
Transcendencia del modelo	La influencia sobre las fobias y depresión se apoderaron del circuito terapéutico lo cual generó la trascendencia del modelo	Se realizaron diversos estudios y tanto la TREC como el modelo de reestructuración cognitiva generaron gran influencia sobre los trastornos del Eje I y levemente sobre Eje II	Se desarrollaron nuevos enfoques de tratamiento dentro de la terapia cognitiva conductual abocados principalmente a trastornos de alta gravedad, enmarcados en el eje I y eje II.
Evaluación	Se evalúan las conductas como principal motivo de inicio al tratamiento	Evalúa los procesos psicológicos e ideas irracionales asociadas a ello.	Evalúa esquemas desadaptativos, aceptación y compromiso en la terapia, alianza terapéutica, dialéctica, lenguaje, etc.

Fuente: elaboración propia

A pesar de los múltiples aportes a este enfoque se cree necesario considerar que aún falta difundir estrategias en problemáticas como el bajo nivel de resiliencia.

1.3.3 Programa cognitivo conductual

No existe un patrón o rigidez que defina los pasos dentro de fases que debe cumplir la terapia cognitiva conductual, pero, si se debe tomar en consideración que a modo holístico se tiene

que cumplir con las etapas durante la recuperación del paciente, Reyes (2005) contextualiza lo siguiente:

Fase 1. Relación terapéutica: a pesar de ser la primera fase, es aquella que más se debe mantener durante el proceso de recuperación, el terapeuta inicia presentándose y recogiendo datos del paciente a quien deja que se exprese (pensamientos, emociones y conducta), pregunta el motivo de consulta y lo escucha mostrando interés y haciendo preguntas referentes a lo escuchado, se deben mostrar habilidades terapéuticas como: asertividad, empatía, escucha activa, etc.

Fase 2. Crear Alianza Terapéutica: se genera mayor confianza y se desarrolla un alto nivel de comprensión basado en el Rapport, asimismo, se lleva a entender al paciente, que él necesita hacerse cargo de la situación, que el terapeuta es un guía aliado a él, pero que no resolverá los problemas por el paciente. La alianza se construye en base a la búsqueda de soluciones cortas dadas mediante el diálogo socrático y confrontación empática.

Fase 3. Psicoeducación: en esta fase el terapeuta lleva al paciente a entender el porqué de su conducta, comportamiento y pensamientos, educa a este sobre lo que le pasa. Tratará de explicar cada situación estresante, la activación de sus esquemas y creencias basándose en un enfoque teórico del modelo.

Fase 4. Técnicas de relajación y visualización cognitiva: el terapeuta promueve técnicas de relajación, puede ser rápida o progresiva, enseña respiración profunda, percepción y sensaciones de imágenes mentales a fin de llegar a la relajación, asimismo, propone visualizar la situación problema, visualizar lugares de seguridad, visualizar personas y visualizar acciones a fin de trabajar mediante la imaginación para después llevar a cabo lo realizado.

Fase 5. Realizar psicoterapia: en esta fase existe una prolongación, la duración dependerá del paciente y su evolución, se enseñan técnicas de aceptación y compromiso, erradicación de creencias irracionales, modificación de esquemas y manejo de emociones por medio de las habilidades sociales y habilidades de solución de problemas. En esta fase se aplican estrategias correspondientes al diagnóstico que tiene el paciente, por ello esta etapa puede ser muy ambigua, sin embargo, es necesario que se apliquen estrategias y se estructuren planes de tratamiento a fin de reducir la sintomatología o indicadores asociados al problema.

Fase 6. Remisión al especialista: Si se requiere de algún otro especialista, el terapeuta evaluará la situación y derivará correspondientemente.

1.3.4 Marco Conceptual.

Adicción: se trata de una enfermedad crónica que altera el organismo y sistema nervioso el cual lleva al individuo a una búsqueda patológica del objeto adictivo (De Sola, 2014)

Cognitivo: hace referencias a las facultades del ser humano para conocer el mundo, es decir capacidades como la memoria, pensamiento, etc. (Martínez & Meleán, 2012).

Conductual: referido a conductas o conductismo, como una corriente psicológica que busca el estudio de las mismas a través de la observación (Aubrey, 1970).

Resiliencia: Capacidad para superar eventos o situaciones adversas que han marcado o han sido muy significativas para una persona (Uriarte, 2005).

Salud mental: estado de bienestar holístico y no solo la ausencia de enfermedad, esta es el más alto nivel de alivio de las facultades mentales (Rondón, 2006).

Sustancias psicoactivas: sustancias que, al ingerirlas generan cambios a nivel conductual, tienen alta capacidad para generar dependencia a nivel psicológico y físico (Organización de los Estados Americanos, 2004).

Terapia: conjunto de métodos que busca aliviar a una persona o un grupo de dolencias o malestares (Aubrey, 1970).

Tratamiento cognitivo conductual: conjuntos de fases y herramientas llevadas a cabo para generar un impacto en las facultades psicológicas de la persona y modificar su conducta (Aubrey, 1970).

1.4. Formulación del Problema.

Insuficiencias en el proceso cognitivo conductual limita la resiliencia de usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario Chiclayo, 2021

1.5. Justificación e importancia del estudio.

Este estudio guarda relevancia desde cuatro perspectivas, a nivel social, práctico, teórico y metodológico.

A nivel social, el haber realizado una investigación teniendo en consideración a una población con conducta adictiva fue relevante dado a que este es un problema de salud pública el cual debe ser intervenido, estudiado y modificado en tanto a lo que se puede llevar a cabo. Además, es un aporte social el dotar a la comunidad clínica de herramientas terapéuticas a fin de combatir esta problemática.

Asimismo, a nivel práctico, se aportó un programa constituido de fases y etapas con el fin de continuar con su aplicación, además, entidades, organizaciones, instituciones e investigadores pueden hacer uso del programa diseñado en el presente estudio y trabajar sobre poblaciones con conducta adictiva, en el presente estudio se aplicó este programa y se validó el mismo con la finalidad de extrapolar las sesiones o estrategias propuestas.

Es preciso señalar que la estrategia buscó promover el nivel de resiliencia mediante estrategias cognitivas – conductuales y su dinámica.

A nivel teórico, se aportó con nuevos métodos de intervención basados en la terapia cognitivo – conductual, y además se reportó el nivel de resiliencia en población con conducta adictiva, pudiendo ampliar hipótesis empíricas o teóricas antes halladas, o en su defecto, refinar las.

Por último, a nivel metodológico, se consideró relevante puesto que, se validó el cuestionario y la estrategia o propuesta, buscando así que estos sean servibles para futuros estudios similares y para su aplicación en la recolección de datos y en la intervención.

1.6. Hipótesis.

1.6.1. Hipótesis.

Si se aplica una estrategia cognitiva conductual que tenga en consideración la teoría y la praxis, entonces se podrá mejorar la resiliencia de los usuarios con adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario de Chiclayo, 2021

1.6.2 Variables, Operacionalización.

1.6.2.1. Variables

Variable independiente: Estrategia cognitiva conductual

Variable dependiente: Resiliencia

1.6.2.2. Operacionalización.

La variable independiente está estructurada por seis etapas, las cuales fueron propuestas a fin de accionar sobre la conducta resiliente en personas con conducta adictiva, estas etapas son:

fundamentación, diagnóstico, planteamiento del objetivo general, sistema de actividades, instrumentación y evaluación.

La variable dependiente fue medida con cuatro dimensiones: ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en si mismo, perseverancia y satisfacción personal.

1.7. Objetivos.

Objetivos General.

Aplicar una estrategia cognitivo conductual para mejorar la resiliencia de usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario Chiclayo, 2021

Objetivos Específicos

- Caracterizar epistemológicamente el proceso cognitivo conductual y su evolución histórica
- Diagnosticar el estado actual de la resiliencia en usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario Chiclayo, 2021
- Elaborar la estrategia cognitiva conductual para mejorar la resiliencia en usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario
- Validar los resultados de la investigación, mediante un pre experimento con una pre prueba y una post prueba

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de Investigación.

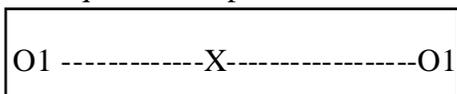
En concierne al objeto, este tipo de investigación fue aplicada, dado a que buscó estudiar y reportar hallazgos de un problema social con el fin de proponer estrategias o técnicas y aplicarlas en su totalidad para generar un cambio en la variable problema (Vargas, 2009).

Por otro lado, desde su enfoque, es un estudio mixto dado a que usó herramientas cualitativas y cuantitativas, con las primeras intenta profundizar mediante el análisis documental y, con las segundas, obtener resultados mediante la estadística, finalmente se propuso y aplicó estrategias a fin de generar un aporte a lo hallado (Hernández et al., 2014).

El nivel del estudio es explicativo, pues buscó caracterizar la variable por medio de un constructo que formula una explicación, es decir, el nivel alcanzado de una variable surge debido a una causa, en este caso, la estrategia (Hernández et al., 2014).

Por último, de acuerdo al periodo y grado de manipulación, se trata de un estudio transversal – preexperimental, pues buscó medir la variable dependiente en un único y solo momento ejerciendo manipulación sobre esta, midiéndola en su ambiente natural, tal y cual esta se presenta y ejecutando un programa para el cambio de la variable (Hernández et al., 2014).

El esquema se representa:



Dónde:

O1: Resiliencia

X: Aplicación de estrategia cognitivo conductual.

O1: Resiliencia

2.2. Población y muestra.

Población: la población estuvo constituida por dos grupos, el primero constó de 60 pacientes usuarios de adicciones de ambos sexos, pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario de Chiclayo y, el segundo grupo fue referente a 60 familiares, acompañantes o personas mayores a 18 años que tienen un vínculo con el paciente atendido.

En la siguiente tabla se evidencia la población por sexo, referente a los usuarios atendidos:

Tabla 2

Frecuencia y porcentaje de los participantes

Sexo	fi	%
Masculino	20	34%
Femenino	40	66%
Total	60	100%

Muestra: la muestra estuvo constituida por 20 usuarios a los cuales se tuvo acceso y quienes fueron voluntarios a participar en el presente estudio.

El muestreo para la selección de los participantes será el no probabilístico intencional, en el cual se recojan datos de participantes por conveniencia de la investigadora.

Asimismo, se trabajó también con 20 familiares, acompañantes o personas mayores a 18 años que tienen un vínculo con el paciente atendido

De dicha fue triangulada la información.

Por último, se tomaron en cuenta los siguientes criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión

- Usuarios mayores a 18 años de edad
- Usuarios que presente el diagnóstico por más de dos semanas
- Usuarios sin complicaciones a nivel cognitivo (psicosis inducida por sustancias, etc.) para resolver los cuestionarios

Criterios de exclusión

- Usuarios que no quieran participar en el presente estudio
- Usuarios que no sean de Chiclayo y se encuentren por visita temporal
- Usuarios que no estén acompañados y no se pueda triangular la información.

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

2.3.1. Técnicas

Encuesta: hace referencia a un conjunto de preguntas de orden sistemático que buscan medir una variable, de modo tal que los resultados de estos se puedan reportar de modo agrupado (Casas et al., 2002).

Entrevista: hace referencia a una técnica de recolección de datos por medio de un diálogo el cual sigue una estructura o no, todo ello correspondiente a preguntas abiertas o cerradas (Casas et al., 2002).

Análisis documental: hace referencia al proceso de revisión y selección de artículos o revistas por medio de la exploración, análisis, síntesis y eliminación (Cluso, 2003).

Juicio de expertos: es una técnica de validez de contenido, esta busca valorar ítems, reactivos o preguntas de un cuestionario a fin de reconocer su relevancia e importancia para la medida de una variable (Garrote & Rojas, 2015).

2.3.2. Instrumento

Escala de resiliencia de Walding y Young: este cuestionario fue creado en el 1993, pero ha tenido distintas adaptaciones o validaciones a lo largo de los años, actualmente se utiliza en múltiples investigaciones a nivel internacional y tiene como objetivo medir el nivel de resiliencia y sus dimensiones; esta escala cuenta con cinco dimensiones: ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia, satisfacción. El instrumento cuenta con 25 ítems en escala Likert (1-4).

En cuanto a su aplicación, está dirigida para adolescentes y adultos, se puede desarrollar de forma individual y colectiva en un tiempo aproximado de 25 minutos.

Para su calificación y corrección, es recomendable sumar todos los ítems para obtener el nivel de resiliencia y también se deben sumar los ítems correspondientes a cada dimensión de la escala a fin de obtener una categoría.

Entrevista estructurada: Esta entrevista está dirigida a los acompañantes de los usuarios tiene como fin triangular la información recolectada con el cuestionario de Waldign y Young, por lo tanto, las preguntas cerradas y medibles están diseñadas en base al cuestionario.

También miden las 5 dimensiones del instrumento anterior, siguen la misma línea de calificación, sin embargo, esta debe ser aplicada de forma individual.

2.3.3. Validez y confiabilidad

El instrumento cuenta con validez por análisis factorial, en el cual las cargas factoriales y de los reactivos fueron mayores a .30, mostrado para los 25 ítems y las 5 dimensiones, asimismo, el instrumento se evaluó por validez de contenido, en la cual 5 expertos denotaron la relevancia de los ítems para su construcción (Santiesteban , 2018).

En cuanto a la confiabilidad, en los estudios citados por Young, demostró un índice de .86 y .90, por otro lado, el estudio trabajado por Santiesteban (2018), demostró un índice de .84 para todo el instrumento, puntaje obtenido mediante el coeficiente de alfa.

Asimismo, el instrumento en el presente estudio fue evaluado por tres expertos para determinar su validez, representándose la siguiente tabla:

Tabla 3

Juicio de Expertos de la escala de resiliencia de Walding y Young

Expertos	Ítems de la Dimensión 1	Ítems de la Dimensión 2	Ítems de la Dimensión 3	Ítems de la Dimensión 4	Ítems de la Dimensión 5
Experto 1	De acuerdo				
Experto 2	De acuerdo				
Experto 3	De acuerdo				

Asimismo, la confiabilidad se obtuvo mediante el coeficiente de alfa, demostrando el siguiente índice:

Tabla 4

Coefficiente de alfa de la escala de resiliencia

Dominio	Alfa	Elementos
Escala de resiliencia	,863	25

En cuanto a la entrevista estructurada, la validez en el presente estudio también se obtuvo mediante el juicio de expertos, se evidencia en la siguiente tabla:

Tabla 5

Juicio de Expertos de la entrevista estructurada

Expertos	Ítems de la Dimensión 1	Ítems de la Dimensión 2	Ítems de la Dimensión 3	Ítems de la Dimensión 4	Ítems de la Dimensión 5
Experto 1	De acuerdo				
Experto 2	De acuerdo				
Experto 3	De acuerdo				

La confiabilidad de esta entrevista se muestra en la siguiente tabla:

Coefficiente de alfa de la escala de resiliencia y sus dimensiones.

Dominio	Alfa	Elementos
Escala general	,861	20

2.4. Procedimientos de análisis de datos.

Se procedió a solicitar los permisos convenientes al Centro de Salud Mental Comunitario a fin de coordinar la fecha de aplicación de instrumentos y recolección de datos, seguidamente se aplicaron los instrumentos a las muestras correspondientes siguiendo los criterios de elegibilidad establecidos en el apartado de muestra.

Una vez recolectado los datos se pasaron estos a una sábana de Microsoft Excel a fin de generar una matriz y proceder a la calificación y corrección de ítems. Seguidamente se pasaron los ítems al programa estadístico SPSS v25, se categorizaron las variables, se sumaron las mismas y se determinó el nivel de la resiliencia y sus dimensiones.

Finalmente, todo fue presentado por tablas dinámicas y gráficos siguiendo el modelo de citación APA.

Al obtener dichos resultados sobre el diagnóstico de la variable dependiente se procedió a crear o diseñar el programa y luego se validó el mismo para en consecuencia aplicarlo y obtener porcentajes comparativos entre el pre y post test.

2.5. Criterios éticos.

Para el presente estudio se tomaron en cuenta los principios éticos señalados en el informe Belmont, el cual fue dado por el National Institutes of Health (2003) a fin de proteger los derechos humanos en la investigación:

Respeto hacia las personas: se tomó a las personas como seres autónomos, libres de lo que decidan, pudiendo o no participar en el estudio por voluntad y no por obligación, la investigadora respetó la decisión de cada persona pensante e independiente.

Beneficencia: el estudio buscó el beneficio de la población, la no maleficencia, cada participante debe tener claro los parámetros y el procedimiento del desarrollo de la investigación; se buscó el bienestar de los participantes, no siendo contraproducente en el desarrollo.

Justicia: todos los seres humanos deben estar en las mismas condiciones para responder a la investigación, deben ser tratados de manera adecuada, sin discriminación ni algún tipo de rechazo.

2.6. Criterios de Rigor científico.

Noreña et al. (2012), propone distintos criterios de rigor científico:

Validez: referida a la interpretación correcta y fehaciente de los resultados obtenidos a través de cuestionarios válidos a través de métodos científicos.

Confiabilidad: hace referencia a la consistencia de los resultados en una persona pese a que el tiempo transcurra.

Credibilidad: hace referencia a la proximidad entre lo observado y lo hallado, es decir, que tanto se ajustan los resultados a la realidad.

Confirmabilidad: también se le ha denominado veracidad y objetividad, los resultados deben mostrar lo que se observa en los participantes, no se debe promover sesgos, ni alterar las estadísticas.

Relevancia: el estudio realizado es relevante pues se remarcan distintas estadísticas en cuanto a la presencia de la variable problema, por tanto, se reconoce el malestar que genera y las faltas de prácticas emitidas para su modificación.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados

En el presente acápite, a modo práctico, solo se mostrarán los resultados del pre test alcanzados de una muestra piloto. Se describirán tanto las frecuencias de los usuarios del Centro Comunitario de Salud Mental, así como las frecuencias alcanzadas por sus familiares.

Por otro lado, estos resultados estarían respondiendo al objetivo específico tres (3), Diagnosticar el estado actual de la resiliencia en usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario Chiclayo, 2021

3.1.1. Usuarios con adicciones que asisten al Centro de Salud Mental Comunitario

Tabla 6

Nivel de resiliencia de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental

Nivel	fi	%
Alto	1	5%
Medio	19	95%
Bajo	0	0%
Total	20	100%

En la tabla 6, se observa que, los usuarios con consumo de drogas que asisten al Centro Comunitario de Salud Mental muestran predominancia del nivel medio (95%) de resiliencia, lo cual indica que, el mayor porcentaje de la población piensa en enfrentar las dificultades, pero no pone en marcha dichos pensamientos, por lo tanto, aún se es necesario la ejecución de estrategias para mejorar la capacidad de sobreponerse a los problemas

Tabla 7

Nivel de la dimensión ecuanimidad de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental

Nivel	fi	%
Alto	5	25%
Medio	15	75%
Bajo	0	0%
Total	20	100%

En la tabla 7, se visualiza que un 25% de usuarios a alcanzado un nivel alto de ecuanimidad, sin embargo, el mayor porcentaje se centra en el nivel medio, con un 75%. Esto indica que, los usuarios aún se muestran inestables y con falta de equilibrio en sus decisiones y emociones.

Tabla 8

Nivel de la dimensión sentirse bien solo de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental

Nivel	fi	%
Alto	0	0%
Medio	20	100%
Bajo	0	0%
Total	20	100%

En la tabla 8 se observa que, el 100% de la población presenta un nivel medio en la dimensión sentirse bien solo, lo que deja en manifiesto que, los usuarios aún muestran dificultades para manejar sus emociones y pensamientos cuando se encuentran solos o viven situaciones solitarias.

Tabla 9

Nivel de la dimensión confianza en sí mismo de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental

Nivel	fi	%
Alto	0	0%
Medio	20	100%
Bajo	0	0%
Total	20	100%

En la tabla 9, se observa que un 100% de los usuarios con adicciones se ubica en el nivel medio de la dimensión confianza en sí mismo, lo cual indica que, en ciertas circunstancias, la persona puede confiar en sí mismo, no obstante, cuando estas circunstancias se cargan de estrés o conflicto, el usuario puede ser vulnerable a la situación.

Tabla 10

Nivel de la dimensión perseverancia de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental

Nivel	fi	%
Alto	8	40%
Medio	12	60%
Bajo	0	0%
Total	20	100%

En la tabla 10, se reconoce que, un 40% se los usuarios perseveran en su cambio, puesto que se ubicaron en el nivel alto, mientras que, un 60% tiene la intención de hacerlo, sin embargo, no desarrolla dicha intención, este último porcentaje se ubica en un nivel medio.

Tabla 11

Nivel de la dimensión satisfacción personal de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental

Nivel	fi	%
Alto	1	5%
Medio	19	95%
Bajo	0	0%
Total	20	0%

En la tabla 11, se observa que, el mayor porcentaje (95%) de usuarios se ubica en el nivel medio de la dimensión satisfacción personal, lo cual indica que, solo se encuentran satisfechos con algunos rasgos de su personalidad, mientras que rechazan otras características personales

3.1.2. Familiares de usuarios con adicciones que asisten al Centro de Salud Mental Comunitario

Tabla 12

Nivel de resiliencia que perciben los familiares de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental

Nivel	fi	%
-------	----	---

Alto	0	0%
Medio	12	60%
Bajo	8	40%
Total	20	100%

En la tabla 12, se observa que, los familiares de los usuarios por consumo de drogas, perciben que predominantemente la población muestra un nivel medio de resiliencia (60%), sin embargo, se observa también que, un porcentaje menor, pero significativo, percibe a los usuarios por consumo de sustancias psicoactivas en un nivel bajo (40%) de esta variable. A modo general, este resultado deja en manifiesto que, los familiares de estos pacientes aún notan déficits de resiliencia, es decir, los usuarios del centro comunitario de salud mental no han logrado sobreponerse a sus dificultades o problemas.

Tabla 13

Nivel de la dimensión ecuanimidad que perciben los familiares de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental

Nivel	fi	%
Alto	0	0%
Medio	8	40%
Bajo	12	60%
Total	20	100%

La tabla 13 demuestra que, un 60% de los familiares de los pacientes por consumo de drogas, perciben a los mismos con un bajo nivel de ecuanimidad, es decir, observan que los usuarios no tienen equilibrio ni estabilidad en sus emociones y decisiones, viéndose involucrados normalmente en problemáticas asociados a un bajo nivel de esta escala.

Tabla 14

Nivel de la dimensión sentirse bien solo que perciben los familiares de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental

Nivel	fi	%
Alto	0	0%
Medio	10	50%
Bajo	10	50%
Total	20	100%

La tabla 14 demuestra que, un 50% de los familiares de los usuarios por consumo de drogas, perciben a estos en un nivel bajo relacionado a la dimensión sentirse bien solo, mismo porcentaje que se ubica en el nivel medio. Lo cual deja en manifiesto que, los usuarios del Centro Comunitario de Salud Mental, no sienten comodidad cuando se encuentran solos, lo cual puede llevar a incrementar niveles de preocupación y ansiedad.

Tabla 15

Nivel de la dimensión confianza en sí mismo que perciben los familiares de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental

Nivel	fi	%
Alto	0	0%
Medio	17	85%
Bajo	3	15%
Total	20	100%

En la tabla 15, se visualiza que, los familiares de los usuarios por consumo de drogas, perciben a estos, predominantemente, en un nivel medio (85%) correspondiente a la dimensión confianza en sí mismo. Es decir, notan que el usuario puede sentir confianza en situaciones, sin embargo, cuando piensan que estas están fuera de su control, tienden a desconfiar de sus capacidades y destrezas.

Tabla 16

Nivel de la dimensión perseverancia que perciben los familiares de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental

Nivel	fi	%
Alto	0	0%
Medio	10	50%
Bajo	10	50%
Total	20	100%

La tabla 16 refleja que, un 50% de los familiares de los usuarios por consumo de drogas, perciben a estos en un nivel bajo relacionado a la dimensión perseverancia, mismo porcentaje que se ubica en el nivel medio. Lo cual indica que, los pacientes del Centro Comunitario de Salud Mental, presentan deficiencias asociadas a la consistencia de sobreponerse a situaciones dolorosas o dañinas.

Tabla 17

Nivel de la dimensión satisfacción personal que perciben los familiares de los usuarios con adicciones del Centro de Comunitario de Salud Mental

Nivel	fi	%
Alto	0	0%
Medio	6	30%
Bajo	14	70%
Total	20	0%

La tabla 17 demuestra que, un 70% de los familiares de los usuarios por consumo de drogas, predominantemente, perciben a los mismos en el nivel bajo de la dimensión satisfacción personal, indicando que, los usuarios no se sienten satisfechos con su personalidad o rasgos asociados a su forma de actuar.

3.1.3. Comparación de resultados generales

Tabla 18

Nivel de resiliencia identificado en los usuarios con adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario y sus familiares.

Nivel de resiliencia	Usuarios con adicciones		Familiares	
	fi	%	fi	%
Alto	1	5%	0	0%
Medio	19	95%	12	60%
Bajo	0	0%	8	40%
Total	20	100%	20	100%

En la tabla 18, se observa que, los familiares perciben con menor nivel de resiliencia a los usuarios con adicciones que se atienden en el Centro de Salud Mental Comunitario, pues el 40% de estos se ubicaron en el nivel bajo. Lo cual deja en manifiesto la tendencia de la persona con adicciones por la deseabilidad social y moral que asume para evitar críticas o que sean juzgados.

3.2. Discusión

En el presente acápite se discutirán los resultados obtenidos del pretest sobre el diagnóstico de la resiliencia de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario, a través de un cuestionario dirigido hacia los mismos y una entrevista estructurada dirigida hacia sus familiares.

En el resultado central del nivel de resiliencia se encontró que, un 95% de los usuarios se ubicaron en la categoría medio, indicando que, tienen ideas de sobreponerse a sus problemas y probablemente tienen la intención de hacerlo, sin embargo, no ponen en marcha dicho pensamiento; para contrastar la información con sus familiares, estos afirman que los usuarios por consumo de sustancias psicoactivas presentan un nivel medio (60%) y bajo (40%), indicando que existe también, una cantidad relevante de población que no intenta sobreponerse a sus dificultades.

Dicha diferencia que proyecta el grupo de usuarios y sus familiares sobre el nivel de resiliencia, refleja que, los usuarios tienen cierta tendencia a la deseabilidad social, tal y como lo menciona Saavedra (2018), las personas con adicciones pueden manipular información como respuesta a los ítems a fin de tener mayor reconocimiento moral.

Por otro lado, en cuanto a los estudios previos, el resultado proyectado por los familiares de los usuarios muestra similitud a lo presentado por Ponce y Tarazona (2020) quienes reportaron mayor predominio del nivel medio (60%) y bajo (30%), mencionando que aún existen deficiencias

en relación a la resiliencia alcanzada por las personas con consumo de drogas, a ello, se suma la investigación dada por Méndez y Bejarano (2018), quienes también reportaron predominancia del nivel medio (36%) y bajo (41%); asimismo, a nivel nacional también se reportan similitudes, el estudio de Cano y Neyra (2020), indicó predominancia en el nivel medio (30.23%) y bajo (37.21%) de resiliencia en personas con conducta adictiva.

Es preciso resaltar que, los usuarios por consumo de drogas también reportan encontrarse en el nivel medio, no obstante, no se ha encontrado algún porcentaje en el nivel bajo, situación que si han reportado los familiares y los distintos estudios citados en el párrafo anterior.

El nivel medio, no indica un cambio, indica una visión de cambio sin llegar a realizarlo y, el nivel bajo, indica deficiencias en el proceso de sobreponerse a los problemas, evidenciando que aún la persona que consume drogas tiene poca tolerancia y un bajo control de impulsos (Becoña, 2007).

Una persona con conducta adictiva y bajos niveles de resiliencia tiende a la recaída cuando cree haber controlado su adicción, porque la resiliencia permite que la persona se sobreponga a toda problemática que ocasione dolor temprano o futuro, por lo tanto, el gestionar la resiliencia permite evitar problemáticas asociadas al consumo de sustancias tóxicas, tal y como lo manifiestan Méndez y Bejarano (2018), cuando las personas carecen de resiliencia, no solo se les hace difícil salir del problema, sino también llegan a sumergirse en este y en sus consecuencias; en tal sentido, una persona que consume drogas y tiene poca capacidad de resiliencia, no intentará sobreponerse a este problema, al contrario, tendrá necesidad de consumir, incrementará la cantidad de ingesta y será propenso a involucrarse en conductas disociales.

Por ello, se considera importante aplicar un programa donde se gestione esta variable, dado a la relevancia que remarca, pues el no formar, promover o incrementar la capacidad resiliente conlleva a la persona con conducta adictiva a arraigarse en sus síntomas y recurrir al consumo de estupefacientes para saciar su necesidad; el gran problema por consumo de drogas aparece en la dependencia y genera alteraciones sintomáticas graves a nivel orgánico y psicológico, para el primero se encuentran los síndromes físicos, temblores, taquicardias, alteraciones en el sistema nervioso y respiratorio y, para el segundo, se encuentran las alteraciones a nivel mental y comportamental, se perciben alucinaciones, ilusiones, necesidad de consumo, agresividad, pobre control de impulsos, delirios, entre otros (Ibarra et al., 2019).

Finalmente, de los programas con mayor impacto a nivel psicológico se ha conocido que la terapia cognitiva conductual ha tenido mayor impacto sobre el problema de adicciones y la optimización de la resiliencia, Beck (1978) describe a esta terapia como un proceso en el cual se agrupa una serie de herramientas que movilizan recursos cognitivos del paciente para cambiar sus conductas a través de una reestructuración de pensamientos, ideas, creencias y esquemas, por ello, se considera que, la intervención sobre los pensamientos y estructuras cognitivas podrá modificar el nivel conductual de la persona.

En consideración a este análisis se cree conveniente aplicar un programa basado en el modelo antes citado y medir el impacto post programa.

3.3. Aporte práctico

En este apartado se describirán las fases de la estrategia llevado a cabo en la presente investigación, la aplicación y la corroboración de alcances obtenidos o transformaciones dadas mediante las sesiones.

El aporte ejecutado fue: Estrategia cognitiva conductual para mejorar la resiliencia de usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario Chiclayo.

Para el diseño de esta estrategia se tuvo en cuenta los resultados previos alcanzados por los usuarios de adicciones y los reportes de los familiares, todo ello, correspondiente a la resiliencia, es así que, cada sesión empleada tuvo como objetivo general, impulsar el nivel de resiliencia de la población de estudio a fin de prevenir recaídas.

3.3.1. Fundamentación de la estrategia cognitiva conductual para mejorar la resiliencia de usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario Chiclayo.

Las personas con adicciones tienen gran probabilidad de recaída, a pesar del tiempo de abstinencia lograda, es común saber que, retornan al consumo de drogas como escape de algún problema, evasión de la ansiedad o depresión o simplemente por el estado de craving que anteriormente se suscitó en el paciente. Una de las terapias de mayor impacto y con mejores resultados es la terapia cognitiva conductual, según Lega et al. (2009) manifiestan que la TCC maneja intervenciones tanto cognitivas y conductuales, en las cuales se encuentran inmersas las alteraciones por consumo de drogas.

El enfoque cognitivo conductual tiene un gran impacto sobre las creencias, actitudes y conductas de las personas, de modo tal que, genera adaptación social y erradicación de disfuncionalidades psicológicas, pues, de acuerdo con, Navarro (2018) la intervención en este enfoque conlleva a la ruptura de esquemas e ideas aprendidas, asimismo, regula los estados emocionales y modifica patrones de comportamiento. Se ha probado el efecto de esta terapia en cuadros graves, como ansiedad, depresión, dependencia a sustancia, etc., y ha logrado resultados satisfactorios en relación a otros enfoques de intervención psicológica.

Por todo ello, se considera que la terapia cognitiva conductual tiene resultados eficaces sobre esta población, pues sus técnicas permiten regular comportamiento y pensamientos impulsivos que suelen aparecer en el cuadro de dependencia a sustancias psicoactivas.

3.3.2. Construcción de la estrategia cognitivo conductual para mejorar la resiliencia de usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario Chiclayo.

Los niveles de resiliencia como de sus dimensiones, demostrados y reconocidos por los usuarios del Centro Comunitario, se ubican en el nivel medio, sin embargo, de acuerdo a la percepción de sus familiares, el nivel bajo fue predominante. Es por ello que, con base en esto se ha generado diversas etapas para la intervención en esta población.

Esta estrategia está basada en diversos modelos cognitivos conductuales, de los cuales se han tomado estrategias a fin de ser aplicadas en la población de estudio en 10 sesiones. El objetivo es incrementar el nivel de resiliencia para como modo consecuente, prevenir las recaídas.

La estrategia cognitivo conductual presente se llevó a cabo mediante 5 etapas:

- I. Etapa I. Diagnóstico
- II. Etapa II: Objetivo General
- III. Etapa III: Sistema de actividades
 - a. Fases estratégicas
 - b. Técnicas para la ejecución del programa
- IV. Etapa IV: Instrumentación
- V. Etapa V: Evaluación

Etapa I. Diagnóstico:

La estrategia está orientada a incrementar los niveles de resiliencia y actuar sobre sus dimensiones. Para ello, se observó la población, como principales manifestaciones se hallaron:

- Síndromes de abstinencia
- Tolerancia a la cantidad de ingesta de alcohol u otras drogas
- Aislamiento social del usuario
- Involucramiento en conflictos sociales
- Pandillaje
- Problemas familiares
- Rasgos de personalidad ansiosa
- Anomalías físicas u orgánicas (dolencias musculares, cardiopatía, etc)
- Anomalías psicológicas (alucinaciones, delirios, etc.)
- Hipervigilancia, estado paranoide
- Patrones comportamentales asociados a la violencia

Ya observadas las manifestaciones anteriores se pasó a seleccionar los instrumentos para evaluar el nivel de resiliencia de la población de estudio, pues bien se sabe que, tales indicadores son producto del reiterado consumo de drogas y, para evitar hacerlo o sobreponerse a esta problemática es requerido incrementar el nivel de resiliencia.

A fin de acceder al nivel de resiliencia se aplicaron dos instrumentos, un cuestionario dirigido a los usuarios del Centro Comunitario de Salud Mental y un cuestionario dirigido a sus familiares, para contrastar la información obtenida. A modo resumen, los usuarios visualizan su nivel de resiliencia en la categoría moderada o media y sus familiares la perciben en el nivel bajo o deficiente; desde luego, dichos puntajes y categorías están profundizados en el apartado de resultados. En tal sentido, se entiende que existen déficits en la resiliencia de los usuarios por adicciones que asisten al Centro Comunitario de Salud Mental.

En esta etapa se llevaron a cabo los siguientes objetivos:

- Caracterización el nivel de resiliencia en los usuarios por adicciones del Centro Comunitario de Salud Mental y la percepción de los familiares sobre dicha variable.
- Caracterización el nivel de las dimensiones de resiliencia en los usuarios por adicciones del Centro Comunitario de Salud Mental y la percepción de los familiares sobre dicha variable.

Etapa II. Objetivo General

Incrementar el nivel de resiliencia de los usuarios por adicciones del Centro Comunitario de Salud Mental mediante la aplicación de una estrategia cognitiva conductual.

Etapa III. Sistema de actividades

En el sistema de actividades se tuvo en cuenta diferentes fuentes en donde se describen algunas técnicas que corresponden al modelo cognitivo –conductual, cabe resaltar que las técnicas tomadas no fueron aportadas para incrementar la variable resiliencia, sin embargo, en la presente estrategia se acoplaron dichas técnicas a fin de que puedan ser funcionales y provechosas para el nivel de la variable estudiada.

a. Fases estratégicas

La distribución se realizó en 4 fases:

Fase 1. Psicoeducación: esta fase consta de dos sesiones en las cuales se buscará educar y promover el conocimiento del grupo acerca de la resiliencia y la relación con su psicopatología actual, el usuario debe conocer que conceptos se asocian a la resiliencia, reconocer aspectos relacionados a las drogas y recaídas que posiblemente interfieren en su capacidad de resilir.

Fase 2. Sesiones cognitivas: esta fase consta de tres sesiones se promueve el trabajo sobre los pensamientos, ideas, esquemas y creencias que el usuario tiene acerca de su capacidad de resilir, el consumo de sustancias y sus recaídas; el trabajo está basada en la reestructuración cognitiva, erradicación de ideas y trabajo socráticos sobre los pensamientos.

Fase 3. Sesiones conductuales: esta fase consta de tres sesiones, como anteriormente se trabajó sobre los esquemas y creencias, aquí se hace énfasis sobre las formas de actuar o sobre la conducta de la persona, se trabaja con contingencias y mecanismos reguladores de las conductas, la persona recrea comportamientos saludables relacionados a la resiliencia y a la prevención de recaídas.

Fase 4. Sesiones familiares y de apoyo: esta fase consta de dos sesiones, se invitan a los familiares del paciente a fin de que puedan servir de apoyo, de cooperación hacia el paciente, para que entiendan su problemática y generan disposición de trabajar con él y para la ayuda de este.

Es preciso resaltar que, en cada fase se hizo necesario el compromiso y voluntariedad de los familiares y los usuarios por adicciones del Centro Comunitario de Salud Mental, solo de esta

forma se pudo ejecutar la estrategia, pues existieron algunos usuarios que no accedieron al programa, decisión que fue respetada.

Las fases son secuenciales, no pueden darse saltos pues no se lograrían el objetivo principal, dado a que todo tiene un orden y está puesto de modo jerárquico.

Fase 1. Psicoeducación

Sesión 1. Resiliencia como camino eficiente

Objetivo. Dar a conocer conceptos relacionados a la problemática del usuario.

Actividad	Descripción
Inicio	<p>Durante esta sesión se explica la estrategia que se realizará, se encuadran el programa mismo y la sesión presente. Se responden a dudas y se coordina el tiempo, horarios y periodicidad de las sesiones.</p> <p>Seguidamente se da la bienvenida al grupo y se invita a participar de la presente sesión, mencionando su nombre, cualidad y hábito que le gusta realizar.</p> <p>Se conoce el nombre de todos y se le coloca con imperdible su nombre en cartulina pequeña en su camisa a fin de poder desde ese momento llamarnos por el nombre entre todos los integrantes del grupo (dicha insignia será traída durante todas las sesiones).</p> <p>El psicoterapeuta empieza solicitando que cada participante escriba en una hoja una situación en la cual se hayan sentido a punto de recaer y pudieron sobreponerse.</p> <p>Luego pedirá voluntarios y debatirán cada participación.</p>
Desarrollo	<p>Se explicarán contenidos referidos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las Drogas - Abstinencia y dependencia - Craving - La familia como apoyo - Personalidad y creencias - Resiliencia y sus factores

Final	<p>Como modo de retroalimentación se les pedirá a los participantes que escriban 3 creencias personales que facilitan la conducta compulsiva hacia el consumo de drogas. Dichos apuntes serán compartidos con todos los miembros del grupo y se debatirá el tema.</p> <p>Finalmente, se invitará a los participantes a la siguiente sesión.</p>
-------	---

Sesión 2. Drogas, nos vemos.

Objetivo. Reconocer aspectos importantes de la personalidad.

Actividad	Descripción
Inicio	<p>Se da la bienvenida y se encuadra la presente sesión.</p> <p>El psicoterapeuta empieza solicitando que cada participante piense en que tuvo un viaje hacia el futuro y que hay características de él que se han perpetuado, todas estas son positivas. Luego pedirá que escriban en su cuaderno de apuntes ¿Cuáles son esas características positivas?</p> <p>Pedirá la participación de los usuarios y se conversará dicho tema.</p>
Desarrollo	<p>El psicoterapeuta expondrá sobre los aspectos y características de la personalidad, llevando a mención que no todo en nosotros es negativo, existen aspectos que son importantes de resaltar, se tocarán puntos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asertividad - Compañerismos - Valores - Perseverancia - Talentos - Etc.
Final	<p>Se solicitará a los participantes que en una hoja escriban que características positivas tienen ahora y que características quieren tener en el futuro.</p> <p>Después de debatirán estas características y se dialogará sobre el cómo lograr dichas características.</p> <p>Finalmente, se invitará a los participantes a la siguiente sesión.</p>

Fase 2. Sesiones cognitivas

Sesión 3. Técnicas de relajación para controlar nuestros pensamientos

Objetivo. Enseñar a los usuarios a relajarse para controlar sus pensamientos

Actividad	Descripción
Inicio	Se da la bienvenida y se encuadra la presente sesión. El psicoterapeuta les describe brevemente sobre que trata una técnica de relajación.
Desarrollo	Poner en práctica de realización de la técnica. Siéntate o tumbate buscando tu máxima comodidad y confort. Cierra los ojos y concéntrate en tu brazo derecho Respira con normalidad durante todo el ejercicio. Repite mentalmente: “El brazo derecho está caliente”, “El brazo derecho caliente”, “El brazo derecho está cada vez más caliente”. Repite estas frases lentamente unas 6 veces. Cuando tengas la sensación de que tu brazo derecho está más caliente, repite mentalmente dos veces “Estoy completamente tranquilo/a”. Para finalizar: inspira profundamente, estira las extremidades, abre lentamente los ojos e incorpórate poco a poco.
Final	Retroalimentación del tema tratado Comparar los síntomas antes y después de la técnica Tarea: practicar la técnica cuando perciba el deseo de consumir y plasmar cómo se siente cuando lo hace. Se invita a los participantes a la siguiente sesión.

Sesión 4. Detención del pensamiento

Objetivo. Identificar los pensamientos que van en contra de mi resiliencia.

Actividad	Descripción
Inicio	Se da la bienvenida y se encuadra la presente sesión. El psicoterapeuta les describe brevemente sobre los pensamientos, creencias y como detener aquellas ideas automáticas.
Desarrollo	Técnica imaginaria. Se les pide a los usuarios que cierren los ojos y sigan la guía del psicoterapeuta: <i>Imagina una situación que te brinde seguridad, mírate, ve tu ropa, su cuerpo, mírate a ti a los ojos, ahora visualiza que caminas sobre las calles que normalmente vas. Piensa en que te encuentras a un riesgo de consumo y tienes que sobreponerte a este ¿Cómo harías? ¿Qué dirías? ¿Cómo actuarías? ¿Qué pensarías? (si le parece complicado</i>

	<p>al paciente, el terapeuta debe ayudarlo o hacer que este regrese al lugar de seguridad pensado en el inicio de la técnica).</p> <p>Finalmente se comparten las experiencias en guía con el terapeuta</p>
Final	<p>Se le solicita a cada participante escribir los pensamientos que llegaron a su mente y que hicieron que en la visualización rechace el consumo de alguna sustancia.</p> <p>Se comparten las experiencias y se invita a los participantes a la siguiente sesión.</p>

Sesión 5. Reestructurando pensamientos

Objetivo. Generar un cambio en la visión de los pensamientos del usuario.

Actividad	Descripción
Inicio	<p>Se da la bienvenida y se encuadra la presente sesión.</p> <p>El psicoterapeuta les describe brevemente sobre los pensamientos, creencias y como cambiar dichos pensamientos de riesgo por pensamientos saludables</p>
Desarrollo	<p>Se le hablará de los pensamientos irracionales.</p> <p>Se le presentará 14 pensamientos irracionales, y se le pedirá que opine sobre ellos de acuerdo a su vivencia.</p> <p>Se plasmará en un cuadro de Tríada cognitiva la cual consta de 3 puntos, Visión de uno mismo, del mundo y del futuro, en este, el usuario tendrá que reconocer sus ideas relacionados a estos tres aspectos (todo ello con la guía del psicoterapeuta).</p> <p>Finalmente, se discutirán dichas ideas.</p>
Final	<p>Se deja como tarea apuntar en una hoja los pensamientos de riesgo y cambiarlos por pensamientos saludables y resilientes.</p> <p>Se invita a los participantes a la siguiente sesión.</p>

Fase 3. Sesiones conductuales

Sesión 6. Detengo mi conducta

Objetivo. Aprender a hacer frente a situaciones y fomentar la conducta resiliente

Actividad	Descripción
Inicio	Se da la bienvenida y se encuadra la presente sesión. El psicoterapeuta les describe brevemente sobre las conductas, la impulsividad y como podemos reforzarnos positivamente para evitar recaídas y fomentar mejor nivel de resiliencia.
Desarrollo	Se le solicita al paciente crear una tarjeta, la cual pueda llevar consigo en sus billetera o cartera, en está escribirán 5 razones por las cuales deben sobreponerse a la necesidad de consumo. Estás acciones serán compartidas con el psicoterapeuta quien orientará en ello, se debe evitar las premisas que empiecen con NO en la tarjeta, por ejemplo “No lo hagas”, ello puede ser reemplazado con “mejor vete de aquí”. Asimismo, en la tarjeta puede agregar nombres de personas que fomente mayor capacidad de sobreponerse a la recaída Finalmente se comparte lo elaborado y se conversa entre todos.
Final	Se sortea los nombres de los participantes y se parten entre ellos, de modo tal que cada uno tenga el nombre de otro (no deben tener su nombre mismo), después de esto se les pedirá hacer un certificado para que se entreguen entre sí, en mérito a su logro, por haber llegado hasta esta etapa del programa. El certificado se debe decorar. Finalmente, se conversa sobre lo ocurrido y se les invita a la siguiente sesión.

Sesión 7. Las emociones como factor de resiliencia

Objetivo. Fomentar un mejor manejo emocional en los usuarios.

Actividad	Descripción
Inicio	Se da la bienvenida y se encuadra la presente sesión. El psicoterapeuta les describe brevemente sobre las emociones, la impulsividad y el manejo emocional.
Desarrollo	Se le brindará 2 tipos de estrategias: Estrategias de aceptación y de cambio. Se le pedirá que recuerde eventos emocionales positivos y negativos. Luego se le dará unos casos en las cuales él debe indicar cómo reaccionaría. <i>“Mario va a casa, ha tenido 2 años sin consumo, pero al llegar percibe una sensación de dolor en la boca del estómago al ver como su esposa coquetea con su mejor amigo, al ver ello...” ¿Cómo debería reacción?</i>

	<p>¿Qué es lo que hizo Mario? ¿Qué harías tú? ¿Deberías volver al consumo de drogas?</p> <p>Se debate el caso.</p>
Final	<p>Se trabajará un Role Play, en donde el terapeuta será un amigo incitador al consumo de sustancias y los pacientes harán lo que sea por librarse de dicho amigo.</p> <p>Se discute entre todos y se invita a la siguiente sesión.</p>

Sesión 8. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

Objetivo. Lograr un lenguaje interno positivo mediante el uso de autoinstrucciones para favorecer el nivel de resiliencia.

Actividad	Descripción
Inicio	<p>Se da la bienvenida y se encuadra la presente sesión.</p> <p>El psicoterapeuta les describe brevemente sobre el lenguaje interno, las autoinstrucciones y su impacto en la resiliencia.</p>
Desarrollo	<p>Aplicación de la técnica</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- El terapeuta hablará en voz alta, dándose instrucciones para su control de consumo, utilizando un lenguaje positivo, diciendo que lo hará muy bien, que, si podrá seguir sin consumir, que no pierdas las esperanzas, que solo yo puedo ayudarme, etc. 2.- Posteriormente el paciente será dará autoinstrucciones de cómo evitar el consumo, verbalizándolas en voz alta, siendo el terapeuta quien las dirija. 3.- Luego las dará en el solo en voz alta. 4.- El paciente se dará autoinstrucciones para su control de consumo en voz baja. 5.- Finalmente lo hará de forma interna. <p>Se compartirá lo trabajado en la sesión.</p>
Final	<p>Retroalimentación</p> <p>Se pregunta ¿Cómo se ha sentido?</p> <p>¿Qué aprendió en la sesión?</p> <p>Tarea: Listar las situaciones en las que utilizó la técnica de autoinstrucciones para evitar sentimientos de consumo.</p>

Fase 4. Sesiones familiares y de apoyo

Sesión 9. Psicoeducación familia

Objetivo. Concientizar e informar a la familia sobre el proceso de su enfermedad del paciente.

Actividad	Descripción
Inicio	<p>Se da la bienvenida y se encuadra la presente sesión. (Esta sesión se aplica a los familiares)</p> <p>Seguidamente se da la bienvenida al grupo y se invita a participar de la presente sesión, mencionando su nombre, cualidad y hábito que le gusta realizar.</p> <p>Se conoce el nombre de todos y se le coloca con imperdible su nombre en cartulina pequeña en su camisa a fin de poder desde ese momento llamarnos por el nombre entre todos los integrantes del grupo (dicha insignia será traída durante todas las sesiones).</p> <p>Se les pide que comenten una situación en la cual ayudaron a su familiar a sobreponerse al problema.</p> <p>Se dialogan las situaciones.</p>
Desarrollo	<p>El psicoterapeuta expondrá sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">- Información sobre el trastorno de consumo de sustancias.- Consecuencias- Rol de reforzador positivo.- Comprensión y familia- Recaídas.
Final	<p>Se les pide a los familiares que escriban tres creencias que tenían sobre el rol que cumplen con el usuario de adicciones y que hoy se ha borrado debido a lo que aprendió.</p> <p>Se comparten dichas situaciones.</p> <p>Se invita a los familiares a llegar la próxima sesión.</p>

Sesión 10. Unión familiar y trabajo en equipo

Objetivo. Fortalecer la relación entre familiar y usuario.

Actividad	Descripción
Inicio	<p>Se da la bienvenida y se encuadra la presente sesión.</p> <p>Se solicita que saquen una hoja y escriban las dos principales características que aprecia uno del otro, seguidamente se lo dirán participando de forma voluntaria.</p> <p>Se dialogará esta dinámica.</p>
Desarrollo	<p>El psicoterapeuta expone sobre el trabajo en equipo y la unión familiar.</p> <p>Solicita a cada uno de los involucrados que se escriban una carta de perdón y compromiso. En esta se tomarán aspectos importantes sobre perdón por el comportamiento, pensamientos y actitudes y el compromiso con el cambio y la regulación de conductas.</p> <p>Se compartirán las lecturas y se formará un ruedo para terminar con un abrazo y una canción de motivación https://www.youtube.com/watch?v=Nb1VOQRs-Vs</p>
Final	<p>Antes de concluir, se les pide a los participantes dar su opinión sobre lo llevado a cabo, todo ello mientras corre la siguiente canción https://www.youtube.com/watch?v=Nb1VOQRs-Vs</p> <p>Se despide y cierran las sesiones. Se plantean acciones de seguimiento.</p>

b. Estrategias llevadas a cabo

No existe un patrón o rigidez que defina los pasos dentro de fases que debe cumplir la terapia cognitiva conductual, pero, si se debe tomar en consideración que a modo holístico se tiene que cumplir con las etapas durante la recuperación del paciente, Reyes (2005) contextualiza lo siguiente:

Fase 1. Relación terapéutica: a pesar de ser la primera fase, es aquella que más se debe mantener durante el proceso de recuperación, el terapeuta inicia presentándose y recogiendo datos del paciente a quien deja que se exprese (pensamientos, emociones y conducta), pregunta el motivo de consulta y lo escucha mostrando interés y haciendo preguntas referentes a lo escuchado, se deben mostrar habilidades terapéuticas como: asertividad, empatía, escucha activa, etc.

Fase 2. Crear Alianza Terapéutica: se genera mayor confianza y se desarrolla un alto nivel de comprensión basado en el Rapport, asimismo, se lleva a entender al paciente, que él necesita hacerse cargo de la situación, que el terapeuta es un guía aliado a él, pero que no resolverá los problemas por el paciente. La alianza se construye en base a la búsqueda de soluciones cortadas mediante el diálogo socrático y confrontación empática.

Fase 3. Psicoeducación: en esta fase el terapeuta lleva al paciente a entender el porqué de su conducta, comportamiento y pensamientos, educa a este sobre lo que le pasa. Tratará de explicar cada situación estresante, la activación de sus esquemas y creencias basándose en un enfoque teórico del modelo.

Fase 4. Técnicas de relajación y visualización cognitiva: el terapeuta promueve técnicas de relajación, puede ser rápida o progresiva, enseña respiración profunda, percepción y sensaciones de imágenes mentales a fin de llegar a la relajación, asimismo, propone visualizar la situación problema, visualizar lugares de seguridad, visualizar personas y visualizar acciones a fin de trabajar mediante la imaginación para después llevar a cabo lo realizado.

Fase 5. Realizar psicoterapia: en esta fase existe una prolongación, la duración dependerá del paciente y su evolución, se enseñan técnicas de aceptación y compromiso, erradicación de creencias irracionales, modificación de esquemas y manejo de emociones por medio de las habilidades sociales y habilidades de solución de problemas. En esta fase se aplican estrategias correspondientes al diagnóstico que tiene el paciente, por ello esta etapa puede ser muy ambigua, sin embargo, es necesario que se apliquen estrategias y se estructuren planes de tratamiento a fin de reducir la sintomatología o indicadores asociados al problema.

Fase 6. Remisión al especialista: Si se requiere de algun otro especialista, el terapeuta evaluará la situación y derivará correspondientemente.

Etapa IV: Instrumentación

En el presente apartado se describe el procedimiento llevado a cabo

N°	Responsable	Actividad	Producto	Plazo a ejecutar
----	-------------	-----------	----------	------------------

1	Investigador	Diagnóstico sobre resiliencia en los usuarios del Centro Comunitario de Salud Mental	Aplicación de cuestionarios dirigidos a los usuarios y sus familiares	Febrero
		Diseño y aplicación de la estrategia cognitiva conductual dirigida a los usuarios de adicciones. Selección de grupo y aplicación de la estrategia.	Estrategia cognitiva conductual para incrementar la resiliencia. Acta de presentación de la estrategia.	Marzo
2	Investigador Psicoterapeuta	Puesta en marcha de la estrategia	Resolución de aplicación de la estrategia y resolución del consentimiento.	Marzo
3	Psicoterapeuta	Ejecución de psicoeducación	Manual TCC Guía de las sesiones elaboradas en la estrategia Pre test de resiliencia.	Marzo
4	Psicoterapeuta	Ejecución de sesiones cognitivas	Manual TCC Guía de las sesiones elaboradas en la estrategia	Marzo
5	Psicoterapeuta	Ejecución de sesiones conductuales	Manual TCC Guía de las sesiones elaboradas en la estrategia	Marzo
6	Psicoterapeuta	Ejecución de sesiones familiares y de apoyo	Manual TCC Guía de las sesiones elaboradas en la estrategia	Marzo

7	Investigador	Resultados del post test	Aplicación del cuestionario de resiliencia a usuarios y familiares.	Mayo
---	--------------	--------------------------	---	------

Etapa V: Evaluación del programa

La evaluación se realizó durante todo el procedimiento, se dejaron algunas tareas, se corroboró la asistencia, participaciones, puntualidad de cada usuario y de sus familiares.

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios para conocer el progreso:

- Puntualidad.
- Asistencia.
- Participación.
- Respuestas empleadas.
- Desarrollo de casos.
- Seguimiento de los resultados mediante comunicaciones telefónicas.

3.4. Valoración y corroboración de los Resultados

3.4.1 Valoración de los resultados

Se llevo a cabo la evaluación de tres expertos para la validez de la estrategia empleada, para la selección de cada especialista, se tomó en cuenta:

- Experiencia en el ámbito clínico.
- Grado de maestría.
- Intervención en psicoterapia

En cuanto a los criterios cuantitativos, los especialistas evaluaron según lo siguiente.

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

Figura 1

Calificación del jurado.

Indicador	Experto 1	Experto 2	Experto 3
Nº1: Novedad científica del aporte	5	5	5
Nº2: Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico	4	5	5
Nº3: Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico	4	5	4
Nº4: Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación	5	4	4
Nº5: Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto	4	4	4
Nº6: Posibilidad de aplicación del aporte práctico	5	5	5
Nº7: Concepción general de aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto.	4	4	4
Nº8: Significación práctica del aporte	5	5	5
Puntaje total	36	37	36

En la figura 1 se observa que, los puntajes oscilan entre 5 y 4 y alcanzan una calificación >35 lo cual indica que, el programa es válido y puede ser aplicado en la población de estudio, pues presenta novedad, argumentación, teoricismo, correspondencia y enmarca una finalidad por la cual fue aplicado.

3.4.2 Aplicación del aporte práctico

La estrategia fue aplicada en el mes de marzo del 2022, se desarrollaron las sesiones y se hallaron los resultados correspondientes al post test.

Las cuatro fases de la estrategia fueron ejecutadas de modo satisfactoria, sin embargo, cabe resaltar que dos usuarios de la población terminaron retirándose en la sesión número 4.

3.4.3 Corroboración estadística de las transformaciones logradas

Al culminar las sesiones aplicadas, se aplicaron las pruebas del post test y se compararon los resultados de la resiliencia en general, tanto en los usuarios como en la percepción que mostraron sus familiares.

Tabla 19

Resultados comparativos de resiliencia obtenidos en el pre y post test de acuerdo a los usuarios.

Nivel	Pre test		Post test	
	fi	%	fi	%
Alto	1	5%	7	39%
Medio	19	95%	11	61%
Bajo	0	0%	0	0%
Total	20	100%	18	100%

En la tabla 19 se observan cambios relevantes respecto al nivel de resiliencia después de la aplicación del programa, pues un 39% de los usuarios se situó en el nivel alto de esta variable, mientras que un 61% presencié un nivel medio, demostrando que la estrategia aplicada tiene un impacto sobre el constructo estudiado, dado a que antes de ello, el 95% se ubicaba en el nivel medio.

Tabla 20

Resultados comparativos de resiliencia obtenidos en el pre y post test de acuerdo a la percepción de los familiares.

Nivel	Pre test		Post test	
	fi	%	fi	%
Alto	0	0%	2	11%
Medio	12	60%	16	89%
Bajo	8	40%	0	0%
Total	20	100%	18	100%

Respecto a la percepción de los familiares, en la tabla 20 se observa que después de la ejecución de la estrategia, un 11% percibió al usuario cercano en el nivel alto de resiliencia, mientras que un 89% manifestaron que evidenciaban un nivel medio; con ello, se ha determinado una visión de mejora de los familiares, pues para el pre test, se observó que un 40% tomaba el nivel bajo como característica de los usuarios por adicciones.

IV. CONCLUSIONES

Se diseñó, validó y aplicó una estrategia cognitiva conductual para mejorar la resiliencia en usuarios de adicciones y a sus familiares del Centro de Salud Mental Comunitario de Chiclayo; los resultados fueron satisfactorios, pues mientras que en el pre test el 5% de los usuarios se ubicaba en el nivel alto de resiliencia, para el post test, dicho nivel fue representado por un 39%; por otro lado, en el pre test correspondiente a los familiares, el mayor porcentaje se ubicaba en el nivel medio con un 60%, mientras que, en el post test, dicho nivel fue representado por un 89% y, además, se alcanzó un 11% en el nivel alto.

La caracterización epistemológica de la terapia cognitiva conductual deja en manifiesto que, este tipo de terapia se basa en conocimientos comprobados, medibles y engloban dos enfoques teóricos, el conductismo o behaviorismo y el cognitivismo.

Las tendencias históricas del proceso cognitivo conductual indican su aparición desde los años 1900 principalmente con terapias conductuales, no es sino hasta 1960 que aparecen pioneros cognitivos y se establece el enfoque con la TREC y el modelo de reestructuración cognitiva, teniendo como principales representantes a Ellis y Beck.

El diagnóstico inicial indicó que, un 95% de los usuarios bajo su perspectiva se encuentra en el nivel medio de resiliencia, mientras que, bajo la perspectiva de sus familiares, un 40% se ubica en el nivel bajo y un 60% en el nivel medio.

Se elaboró una estrategia cognitiva conductual para incrementar los niveles de resiliencia en los usuarios por adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario, esta se basó en técnicas existentes dentro del modelo, se constituyó por cuatro fases, la psicoeducación, técnicas cognitivas, técnicas conductuales y técnicas grupales o con sus familiares.

La estrategia elaborada fue validada por tres expertos quienes tenían como características, ser psicólogos clínicos, tener el grado de maestría y tener experiencia en la intervención psicológica.

Se llevó a cabo la ejecución de la estrategia cognitiva conductual y se lograron resultados satisfactorios, pues en comparación con el pre test, mientras que el 95% de usuarios se visualizaba en nivel medio y 5% en el nivel alto, después de aplicar las sesiones, el 61% se ubicaba en nivel medio y el 39% en el nivel alto. Asimismo, los familiares visualizaron que después de aplicar la estrategia, un 11% alcanzó el nivel alto y un 89% el nivel medio.

V. RECOMENDACIONES

Se considera importante brindar seguimiento a los usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario de Chiclayo con la finalidad de conocer periódicamente el nivel de resiliencia y evitar futuras recaídas.

Es sugerente validar el programa en otros centros comunitarios y comunidades terapéuticas a fin de tener una herramienta de intervención en el ámbito clínico.

Se recomienda extender sesiones de seguimiento, en el cual se programen visitas domiciliarias, citas al centro comunitario y se lleven a cabo técnicas propias del modelo cognitivo conductual para los usuarios y sus familiares.

Se considera necesario investigar estudios correlacionales con la variable resiliencia en la población con adicciones, se puede tomar como sugerencia los constructos: recaída, impulsividad, etc.

REFERENCIAS

- Acevedo , A. (2014). Adaptación e implementación de un tratamiento cognitivo conductual para la fobia social.
- Arcila, I., & Naranjo, S. (2019). *Revisión sistemática sobre las técnicas cognitivas conductuales para el tratamiento en las personas con trastornos de personalidad que corresponden al grupo B según el DSM V*. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia. Obtenido de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/16184/1/2019_tecnicas_trastorno_personalidad.pdf
- Aubrey, Y. (1970). La Definición de Terapia Conductual. *Redalyc. Revista Latinoamericana de Psicología*, 113-121. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80502202.pdf>
- Beck, A. (1978). *Terapia para la depresión: Manual Clínico*. España: Descleé de Brower.
- Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Redalyc. Adicciones*, 89-101. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122034010.pdf>
- Becoña, E., López, A., & Fernández, E. (2013). Resiliencia y consumo de cannabis, drogas de síntesis y cocaína en jóvenes. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 59-72.
- Caballo, V., Salazar, I., & Hofmann, S. (2019). *Intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS)*. España: Retrieved from . Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Vicente_Caballo/publication/333161878_Una_nueva_Intervencion_multidimensional_para_la_ansiedad_social_el_programa_IMAS/links/5cde5910a6fdccc9ddb56344/Una-nueva-Intervencion-multidimensional-para-laansiedad-social-el-
- Cano, M., & Neyra, R. (2020). *Resiliencia e inteligencia emocional en pacientes hospitalizados y ambulatorios diagnosticados con adicción a sustancias psicoactivas*. Lima: Universidad Católica de Santa María. Obtenido de <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/9910/76.0413.PS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Casas, J., Repullo, J., & Donado, J. (2002). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Revista del Centro Nacional de Epistemología*, 527-562. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13047738>
- Castanedo, C. (2008). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. Mexico: El manual moderno.
- Céspedes Vásquez, L. (2018). *Aplicación de un programa de terapia cognitiva conductual en adolescentes y jóvenes con depresión provenientes de la universidad privada San Juan Bautista*. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Obtenido de http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2533/MAEST_TERAP_CO GNI_TRANS_PSI COL%c3%93_PSIQUIA_LIDIA%20CESPEDES%20VASUQUEZ.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Clauso, A. (2003). Análisis documental: el análisis formal. *Revista General de Información y Documentación*, 11-19.
- De Andrade, M., & Da Cruz, B. (2011). Resiliencia familiar: nuevas perspectivas en la promoción y prevención en salud. *Redalyc. Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 43-55. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/679/67922583004.pdf>
- De sola, J. (2014). ¿Qué es una adicción? Desde las adicciones de una sustancia hasta las adicciones comportamentales: evaluación e intervención terapéutica. *Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1-28. Obtenido de https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Adicciones._Evaluacion_e_intervencion_therapeutica.pdf
- Díaz, I. M., Ruiz, M. Á., & Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivos*. Bilbao: Desclee de Brouwer., 9-29. Obtenido de <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433029508.pdf>
- Díaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivos conductuales*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

- Ellis, A., & Griegger, R. (2005). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Escobar Soriano, Á. (2018). Los esquemas de aprendizaje: Kant y Piaget. Introducción filosófica-psicológica. *Revista Torreón Universitario*, 51. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/328152810_Los_esquemas_de_aprendizaje_Kant_y_Piaget_Introduccion_filosofica-psicologica
- Espinoza, L., García, L., & Muela, J. (2016). Avances en el campo de estudio del trastorno de Ansiedad Social en adolescentes. El papel de la Emoción expresada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 99-104. Obtenido de <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/8303/Flores%20Arroyo%20de%20Garay%20Raquel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Flores Arroyo de Garay, R. (2021). *Programa cognitivo conductual para la ansiedad social en adolescentes del nivel secundario en la ciudad de Chiclayo*. Pimentel: Universidad Señor de Sipán. Obtenido de <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/8303/Flores%20Arroyo%20de%20Garay%20Raquel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Galarza B. (2019). *Resiliencia y consumo de drogas en adolescentes*. Ecuador: Universidad del Azuay. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/8661/1/14322.pdf>
- García, M., & Dominguez, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 63-77. Obtenido de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20140710045502/art.MariaCristinaGarciaV..pdf>
- García Allen, J. (2020). La terapia cognitiva de Aaron Beck. *Psicología y mente*. Obtenido de <https://psicologiymente.com/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck>
- Garrote, P., & Rojas, M. (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija de Lingüística aplicada a la Enseñanza de las lenguas*, 18-24. Obtenido de https://www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo_55002aca89c37.pdf

- Gómez, D., Moreno, A., Cruz, L., & Ortiz, M. (2019). El concepto de resiliencia a través de la historia. *Revista de Sociología contemporánea*, 16-19. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/342244017_El_concepto_de_la_resiliencia_a_traves_de_la_historia_The_concept_of_resilience_throughout_history
- González - Blanch, C., & Ruiz - Torres, M. (2018). Terapia cognitivo-conductual trasdiagnóstica en atención primaria: Un contexto ideal. *Revista de psicoterapia*, 37-52.
- Hernández , N., & Sánchez , J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para. *Libros en red*. Obtenido de https://books.google.com.pe/books?id=EzlwZg_aH6AC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
- Hernández, A. (2018). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastorno de salud . *Libros en red*.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación (6ta ed)*. México: MCGrawHill Education.
- Ibarra, M., Bumbila, B., & Tarazona, K. (2019). Conducta y resiliencia en pacientes drogodependientes recaídos de las comunidades terapéuticas de Portoviejo durante el año 2019. *Dialnet. Recus*, 47-54.
- Korman , G., & Saizar , M. (2016). La orientalización de la psicoterapia: Afinidades (y discontinuidades) entre espiritualidad y terapia cognitiva conductual. *Anuario de Investigaciones*, 33-41. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696003.pdf>
- Lega , L., Caballo , V., & Ellis, A. (2009). Terapia y Practica de la Terapia Racional Emotivo. *SIGLO XXI*. Obtenido de <https://web.teaediciones.com/TEORIA-Y-PRACTICA-DE-LA-TERAPIA-RACIONAL-EMOTIVO-CONDUCTUAL.aspx>
- Lega , L., Calvo , M., & Sorribes , F. (2017). Terapia Racional Emotiva Conductual: Una versión teórico práctico y actualizado. *Grupo planeta*. Obtenido de <https://www.casadellibro.com/libro-terapia-racional-emotiva-conductual-una-version-teorico-practica-actualizada/9788449333422/5310793>

- Lipa , F. (2019). *Consumo de alcohol y resiliencia en adolescentes de la institución educativa secundaria María Auxiliadora - Puno - 2019*. Puno: Universidad Nacional Del Altiplano. Obtenido de http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/13441/Lipa_Tudela_Frida.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Malca Vicente , J. (2018). *Ansiedad social y pensamientos automáticos en estudiantes universitarios de una Institución Pública de Lima Metropolitana*. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal. Obtenido de <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2599>
- Martinez, A., & Meleán, R. (2012). Desarrollo cognitivo conceptual y características de aprendizaje de estudiantes universitarios. *Redalyc. Omnia*, 35-48. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/737/73725513006.pdf>
- Mayorga , M. (2018). *Escuelas de psicología: un breve recorrido por las teorías de la psicología*. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/326785632_Escuelas_de_Psicologia_un_breve_recorrido_por_las_teorias_de_la_personalidad
- Méndez, J., & Bejarano, J. (2018). Resiliencia y consumo de drogas. Un estudio en jóvenes costarricenses. *Redalyc. Revista de Ciencias Sociales*, 15-35. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/153/15358736008/15358736008.pdf>
- Mera, S., & Ríos, A. (2018). Propuesta de un programa Cognitivo Conductual en la autoestima en mujeres.
- Mosqueda Esparza , A. J., Méndez Sánchez, C., & Galindo Trejo , E. (2017). Distorsiones cognitivas y atribuciones de casualidad: Un taller de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 220- 238. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi1711.pdf>
- Navarro , M. (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso clínica*. Barranquilla: Universidad del norte. Obtenido de <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8271/133881.pdf?sequence=1>

- Navarro, N. (2020). *Psicodrama: creatividad e investigación: 34 Congreso de la Asociación*. España: Punto Rojo.
- Nezú, A., Nezú, C., & Lombardo, E. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo- conductuales. *Manual moderno*.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2016). *Informe mundial sobre las drogas*. UNODC. Obtenido de https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
- Organización de los Estados Americanos. (2004). *Neurociencias del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. España: Sede OPS - Catalogación en la fuente. Obtenido de https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf
- Ponce, J., & Tarazona, K. (2020). Estrategias resilientes en drogodependencia en pacientes del centro de rehabilitación nueva esperanza del Cantón Bolívar - Manabí. *Revista Científica Multidisciplinaria Arbitrada YACHASUN*, 344-360.
- Prado, D., & Aguila, D. (2002). Escala de Resiliencia. *SES*, 66-90.
- Puerta, J., & Padilla, D. (2011). *Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte*. Colombia: Redalyc. Universidad del Magdalena. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Quinto Barrera, S. K. (2002). El modelo cognitivo conductual. Obtenido de <http://www.apalweb.org/docs/manualtcc.pdf>
- Ramírez, L. (2018). *Nivel de resiliencia y riesgo al consumo de alcohol del adolescente en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, Independencia Lima - 2018*. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2994/TEISIS%20Sernaque%20Myalu%20-%20Ram%20C3%ADrez%20Lizbeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ramírez, L., & Sernaqué, M. (2018). *Nivel de resiliencia y riesgo de consumo de alcohol del adolescente en el centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, Independencia - Lima*. Lima: Universidad Norbert Wiener (Trabajo de pregrado). Obtenido de

- <http://repositorio.uwienner.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2994/TESIS%20Sernaque%20Myalu%20-%20Ram%C3%ADrez%20Lizbeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Redondo , C., & Agudelo , E. (2018). Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos en cutters. *Revista de Estudios e Investigaciones*, 34-59.
- Reyes, A. (2005). *Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad*. España: Retrieved from Obtenido de <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Riso , W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualizaciones del caso clínico*. Norma.
- Roca , E. (2016). Tratamiento de la fobia social. Obtenido de <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/fobiasocial3.pdf>
- Rondón, M. (2006). Salud Mental: Un problema de salud pública en el Perú. *Rev. Perú Med Exp. Salud Pública*, 237-238. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a01v23n4.pdf>
- Ruiz, M. (2018). *Aplicación de la terapia cognitiva - conductual en un paciente con rasgos del trastorno de personalidad límite y trastorno afectivo bipolar*. España: Retrieved from. Obtenido de <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8289/133807.pdf?sequence=1>
- Saavedra , I. (2018). *Esquemas desadaptativos tempranos y riesgo de recaída en internos de comunidades terapéuticas de Lambayeque, 2018*. Chiclayo: Universidad Juan Mejía Baca (Tesis de pregrado).
- Saavedra, E., & Concha, P. (2017). Resiliencia en jóvenes y adultos consumidores de drogas en Chile, Ecuador y Colombia: un estudio comparativo. *Scielo. Universidad Católica del Maule, Chile*, 1-25. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v17n1/v17n1_a01.pdf
- Salamaca , Y., Gonzáles , D., & Barreto , A. (2017). *Terapia Cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología*. .

- Salamanca , Y., G3nzales , D., & Barreto , A. (2017). Terapia Cognitiva: Antecedentes, teor3a y metodolog3a. *Revista Iberoamericana De Psicolog3a*, 99-107. Obtenido de <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.10211>
- Santiesteban , W. (2018). *Habilidades sociales y resiliencia en internos de un centro de rehabilitaci3n Chiclayo*. Chiclayo: Universidad Se3or de Sip3n. Obtenido de <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6610/Santiesteban%20Gonzales%20William%20Alexander.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Soria, C., & Vilela, S. (2018). *Resiliencia y alcoholismo en adolescentes de secundaria de la instituci3n educatva 6062 - Per3 - EEUU de Villa el Salvador, Lima 2018*. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2772/TESIS%20Soria%20Carmen%20-%20Vilela%20Sandy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Soria, V. (2020). *Resiliencia y satisfacci3n con la vida en residentes de la Comunidad Terap3utica Aprendamos a Vivir, Lima, 2020*. Lima: Universidad C3sar Vallejo. Obtenido de <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2082456>
- Torales , J., & Cantero , B. (2017). Fundamentos de psicoterapia. *Medicina Cl3nica y Social*, 157-183.
- Uriarte, J. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatolog3a del desarrollo. *Redalyc. Revista de Psicodid3ctica*, 61-79. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/175/17510206.pdf>
- Vargas, Z. (2009). La investigaci3n aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia cient3fica. *Redalyc: Revista Educaci3n*, 155-165. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/440/44015082010.pdf>
- V3squez, M. (2018). *Una revisi3n al constructo resiliencia. Historia y panorama actual*. Colombia: Universidad San Buenaventura Colombia. Obtenido de http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/5694/1/Revisi%C3%B3n_Constructo_Resiliencia_Rodríguez_2017.pdf

Velásquez, Y. (2016). *Resiliencia y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes de bioanálisis de la universidad de los Andes. Venezuela*. Venezuela: Universidad Autónoma de Madrid.

ANEXO

Anexo 01: Matriz de consistencia.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

<p>Manifestaciones del problema</p>	<p>En la población de estudio se han observado y reportado en las historias clínicas diversos indicadores:</p> <p>Síndromes de abstinencia Tolerancia a la cantidad de ingesta de alcohol u otras drogas Aislamiento social del usuario Involucramiento en conflictos sociales Pandillaje Problemas familiares Rasgos de personalidad ansiosa Anomalías físicas u orgánicas (dolencias musculares, cardiopatía, etc) Anomalías psicológicas (alucinaciones, delirios, etc.) Hipervigilancia, estado paranoide Patrones comportamentales asociados a la violencia</p>
<p>Problema</p>	<p>Insuficiencias en el proceso cognitivo conductual limita la resiliencia de usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario Chiclayo, 2021</p>
<p>Causas del problema</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Escasa intervención en la praxis de una estrategia cognitiva conductual para accionar sobre la resiliencia de usuarios con adicciones, en el desarrollo del proceso cognitivo conductual - Poca intervención de psicoeducación o contenido referente a una estrategia cognitiva conductual subsanar indicadores relacionados a la resiliencia, en el desarrollo del proceso cognitivo conductual - Deficiencias en la guía u orientación para trabajar mediante una estrategia cognitiva conductual en patrones resilientes de usuarios con adicciones, en el desarrollo del proceso cognitivo conductual - Pocas acciones organizacionales o de entidades sobre una estrategia cognitiva conductual que se encargue de promover el proceso resiliente en personas con adicciones, en el desarrollo del proceso cognitivo conductual.

Objeto de la investigación	-Proceso cognitivo conductual
Objetivo general de la investigación	Aplicar una estrategia cognitivo conductual para accionar sobre la resiliencia de usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario Chiclayo, 2021
Objetivos específicos de la investigación	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar epistemológicamente el proceso cognitivo conductual y su dinámica - Determinar las tendencias históricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica - Diagnosticar el estado actual de la resiliencia en usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario Chiclayo, 2021 - Elaborar una estrategia cognitiva conductual para accionar sobre la resiliencia en usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario - Validar la estrategia cognitiva conductual mediante juicio de expertos - Ejecutar la estrategia cognitiva conductual para accionar sobre la resiliencia de usuarios con adicciones. - Medir el impacto de la estrategia cognitiva conductual
Campo de investigación	Dinámica del proceso cognitivo conductual
Título de la investigación	Estrategia cognitiva conductual para accionar sobre la resiliencia de usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario Chiclayo
Hipótesis	Si se aplica una estrategia cognitiva conductual que tenga en consideración la teoría y la praxis, entonces se podrá mejorar la resiliencia de los usuarios con adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario de Chiclayo, 2021
Variables	Variable Independiente: Estrategia cognitiva Conductual Variable Dependiente: Resiliencia

Anexo 02: Operacionalización de las variables.

Variable: Estrategia cognitivo conductual

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN
Estrategia cognitivo conductual Arcila y Naranjo (2019), definen al objeto de investigación como una serie de fases en el cual se movilizan recursos cognitivos de las personas para generar algún cambio de conducta que ayude a vivir a esta en mejores condiciones, esta terapia incluso trabaja con alteraciones de alta gravedad.	Introducción-Fundamentación	Las personas con adicciones tienen gran probabilidad de recaída, a pesar del tiempo de abstinencia lograda, es común saber que, retornan al consumo de drogas como escape de algún problema, evasión de la ansiedad o depresión o simplemente por el estado de craving que anteriormente se suscitó en el paciente. Una de las terapias de mayor impacto y con mejores resultados es la terapia cognitiva conductual, según Lega et al. (2009) manifiestan que la TCC maneja intervenciones tanto cognitivas y conductuales, en las cuales se encuentran inmersas las alteraciones por consumo de drogas. El enfoque cognitivo conductual tiene un gran impacto sobre las creencias, actitudes y conductas de las personas, de modo tal que, genera adaptación social y erradicación de disfuncionalidades psicológicas, pues, de acuerdo con, Navarro (2018) la intervención en este enfoque conlleva a la ruptura de esquemas e ideas aprendidas, asimismo, regula los estados emocionales y modifica patrones de comportamiento. Se ha probado el efecto de esta terapia en cuadros graves, como ansiedad, depresión, dependencia a sustancia, etc., y ha logrado resultados satisfactorios en relación a otros enfoques de intervención psicológica. Por todo ello, se considera que la terapia cognitiva conductual tiene resultados eficaces sobre esta población, pues sus técnicas permiten regular comportamiento y pensamientos impulsivos que suelen aparecer en el cuadro de dependencia a sustancias psicoactivas.
	II. Diagnóstico	A fin de acceder al nivel de resiliencia se aplicaron dos instrumentos, un cuestionario dirigido a los usuarios del Centro Comunitario de Salud Mental y un cuestionario dirigido a sus familiares, para contrastar la información obtenida. A modo resumen, los usuarios visualizan su nivel de resiliencia en la categoría moderada o media y sus familiares la perciben en el nivel bajo o deficiente; desde luego, dichos puntajes y categorías están profundizados en el apartado de resultados. En tal sentido, se entiende que existen déficits en la resiliencia de los usuarios por adicciones que asisten al Centro Comunitario de Salud Mental.
	Planteamiento del objetivo general.	Incrementar el nivel de resiliencia de los usuarios por adicciones del Centro Comunitario de Salud Mental mediante la aplicación de una estrategia cognitiva conductual.
	Planeación estratégica	<ul style="list-style-type: none"> - Ecuanimidad - Confianza en sí mismo - Sentirse bien solo - Perseverancia - Satisfacción Personal

	Instrumentación	Se aplicó la estrategia de forma presencial siguiendo los protocolos de bioseguridad, se trabajó con herramientas tales como: computador, proyector y, materiales correspondientes a cada sesión. El tiempo de las sesiones fueron de 1:30 horas y la aplicación fue llevada a cabo por un psicoterapeuta cognitivo conductual. Finalmente, iniciaron 20 participantes y culminaron 18. Finalmente, se alcanzaron resultados satisfactorios.
--	-----------------	--

Variable: Resiliencia

Variable	Dimensiones	Indicadores	Técnicas / instrumentos	Fuentes de verificación
Resiliencia	Ecuanimidad	Perspectiva balanceada de su vida Percibe balanceadamente sus experiencias Modera sus actitudes ante la adversidad	Encuesta Análisis documental /	Usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario, Chiclayo.
	Sentirse bien solo	Tiene significado de libertad Se siente único Se siente importante	Escala de Resiliencia para Adolescentes y Adultos	Familiar acompañante de los Usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario, Chiclayo.
	Confianza en sí mismo	Cree en sí mismo Confía de sus habilidades		
	Perseverancia	Persistencia Confronta la adversidad Fuerte deseo de logro		
	Satisfacción personal	Comprende el significado de la vida Comprende como la vida contribuye a sí mismo		

Anexo 03: Instrumentos.

Escala de Resiliencia de Walding y Young

Dirigido: Usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario, Chiclayo.

Objetivo: diagnosticar el estado actual del nivel de resiliencia en los usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario, Chiclayo.

Propósito: determinar el nivel de resiliencia para crear y aplicar un programa cognitivo conductual basado en la dinámica del proceso dirigida a los usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario

Estimado usuario, a continuación, se le presentan 25 preguntas que buscan medir la resiliencia, sea usted sincero con sus respuestas y procure responder sin reflexionar mucho sobre estas. Este cuestionario permitirá identificar ciertas conductas que usted ha presentado ante los problemas presentes o pasados.

Marque con un Aspa (x) debajo de **MA, A, D, MD** de acuerdo a los siguientes criterios:

MA= Muy de acuerdo

A = De acuerdo

L = Ligeramente de acuerdo

D = Desacuerdo

MD= Muy desacuerdo

N°	FRASE DESCRIPTIVA	MA	A	L	D	MD
01	Cuando planeo algo lo llevo a cabo					
02	Por lo general consigo lo que deseo por uno u otra forma					
03	Me siento capaz					
04	Para mí, es más importante mantenerme interesado(a) en las cosas					
05	En caso de que sea necesario, puedo estar solo(a)					
06	Me siento orgulloso(a) de haber conseguido algunas cosas en mi					

	vida					
07	Tomo las cosas sin mucha importancia					
08	Soy mi mejor amigo					
09	Me siento capaz de sobrellevar varias cosas a la vez					
10	Soy decidido(a)					
11	Rara vez me pregunto de que se trata algo					
12	Tomo las cosas día por día					
13	Puedo superar tiempos difíciles, porque ya he experimentado lo que es la dificultad					
14	Tengo auto disciplina					
15	Me mantengo interesado(a) en las cosas					
16	Por lo general encuentro de que reírme					
17	Puedo sobrellevar el mal tiempo					
18	Las personas pueden confiar en mí en una situación de emergencia					
19	Puedo analizar una situación desde diferentes puntos de vista					
20	Algunas veces me obligo a hacer cosas, aunque no lo deseo					
21	Mi vida tiene un sentido					
22	No me lamento de cosas por las que no puedo hacer nada					
23	Puedo salir victorioso(a) de situaciones difíciles					
24	Cuento con la energía suficiente para llevar a cabo lo que tengo que hacer					
25	Acepto el que existan personas a las que no le agrado					

Entrevista estructurada dirigida a los acompañantes de los usuarios

I. Datos Generales.

Dirigido: Familiares de los usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario, Chiclayo.

Objetivo: diagnosticar el estado actual del nivel de resiliencia en los usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario, desde la perspectiva de su familiar.

Propósito: determinar el nivel de resiliencia para crear y aplicar un programa cognitivo conductual basado en la dinámica del proceso, dirigido a los usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario

II. Instrucción

Marque con un Aspa (x) debajo de **MA, A, D, MD** de acuerdo a los siguientes criterios:

MA= Muy de acuerdo

A = De acuerdo

L = Ligeramente de acuerdo

D = Desacuerdo

MD= Muy desacuerdo

III. Nominas

Dimensión	Ítems	MA	A	L	D	MD
Ecuanimidad	El paciente busca siempre cumplir lo que se propone					
	El paciente tiene decisión sobre lo que se propone					
	El paciente se compromete con sus metas					
	El paciente es racional y confiado en sus metas					
Sentirse bien solo	El paciente confía en sí mismo aún estando solo					
	El paciente se siente bien consigo mismo					

	El paciente puede estar solo sin sentirse ansioso o temeroso					
	El paciente puede llevar las pases consigo mismo					
Confianza en sí mismo	El paciente tiene confianza sobre lo que hace y dice					
	El paciente actúa con confianza ante cualquier situación					
	El paciente se impone ante alguna adversidad debido a su confianza en sí mismo.					
	El paciente puede salir victorioso en situaciones incluso complejas					
Perseverancia	A pesar del fracaso, el paciente es una persona que continúa					
	Por más compleja que esté la situación, el paciente emplea hasta su último recurso por superarse					
	El paciente persevera					
	Ha visto al paciente continuar en mejorar cada día					
Satisfacción personal	Nota al paciente satisfecho con su vida					
	El paciente acepta su vida a pesar de todo lo que le ha pasado					
	El paciente si pudiera desearía otra vida					
	El paciente cree que no sirve para muchas cosas					

Anexo 04: Validación del instrumento.

Validez del cuestionario.

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

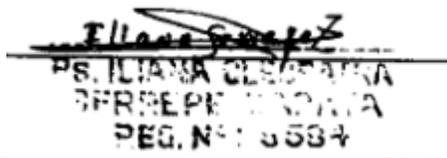
1. NOMBRE DEL JUEZ		Efrén Gabriel Castillo Hidalgo
2.	PROFESIÓN	Psicólogo
	ESPECIALIDAD	Investigación – Psicología forense
	GRADO ACADÉMICO	Doctor
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	10 años
	CARGO	Psicólogo de Medicina Legal
<p>TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ESTRATEGIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA ACCIONAR SOBRE LA RESILIENCIA DE USUARIOS DE ADICCIONES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CHICLAYO</p>		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Nancy Yangua Jaramillo
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		<p>1. Entrevista ()</p> <p>2. Cuestionario (X)</p> <p>3. Lista de Cotejo ()</p> <p>4. Diario de campo ()</p>
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		<p>GENERAL</p> <p>Diagnosticar el estado actual del nivel de resiliencia en los usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario, desde la perspectiva de su familiar.</p>
		<p>ESPECÍFICOS</p> <p>1. Diagnosticar el nivel de ecuanimidad en los usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario, desde la perspectiva de su familiar.</p> <p>2. Diagnosticar el sentirse solo en los usuarios de adicciones del</p>

	Escala de medición: Likert	SUGERENCIAS:
06	Me siento orgulloso(a) de haber conseguido algunas cosas en mi vida Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
07	Tomo las cosas sin mucha importancia Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
08	Soy mi mejor amigo Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
09	Me siento capaz de sobrellevar varias cosas a la vez Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
10	Soy decidido(a) Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
11	Rara vez me pregunto de que se trata algo Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
12	Tomo las cosas día por día Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
13	Puedo superar tiempos difíciles, porque ya he experimentado lo que es la dificultad Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
14	Tengo auto disciplina Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
15	Me mantengo interesado(a) en las cosas Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
16	Por lo general encuentro de que reírme Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
17	Puedo sobrellevar el mal tiempo Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
18	Las personas pueden confiar en mí en una situación de emergencia Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

1. NOMBRE DEL JUEZ		Iliana Cleopatra Serrepe Zapata
2.	PROFESIÓN	Psicóloga
	ESPECIALIDAD	Educativa – Docencia universitaria
	GRADO ACADÉMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	10 años
	CARGO	Docente universitario
<p>TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ESTRATEGIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA ACCIONAR SOBRE LA RESILIENCIA DE USUARIOS DE ADICCIONES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CHICLAYO</p>		
3. DATOS DEL TESISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Nancy Yangua Jaramillo
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		<p>5. Entrevista ()</p> <p>6. Cuestionario (X)</p> <p>7. Lista de Cotejo ()</p> <p>8. Diario de campo ()</p>
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		<p>GENERAL</p> <p>Diagnosticar el estado actual del nivel de resiliencia en los usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario, desde la perspectiva de su familiar.</p> <hr/> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>1. Diagnosticar el nivel de ecuanimidad en los usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario, desde la perspectiva de su familiar.</p> <p>2. Diagnosticar el sentirse solo en los usuarios de adicciones</p>

		SUGERENCIAS:
06	Me siento orgulloso(a) de haber conseguido algunas cosas en mi vida Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
07	Tomo las cosas sin mucha importancia Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
08	Soy mi mejor amigo Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
09	Me siento capaz de sobrellevar varias cosas a la vez Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
10	Soy decidido(a) Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
11	Rara vez me pregunto de que se trata algo Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
12	Tomo las cosas día por día Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
13	Puedo superar tiempos difíciles, porque ya he experimentado lo que es la dificultad Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
14	Tengo auto disciplina Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
15	Me mantengo interesado(a) en las cosas Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
16	Por lo general encuentro de que reírme Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
17	Puedo sobrellevar el mal tiempo Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
18	Las personas pueden confiar en mí en una situación de emergencia Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
19	Puedo analizar una situación desde diferentes puntos de vista Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:

20	Algunas veces me obligo a hacer cosas, aunque no lo deseo Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
21	Mi vida tiene un sentido Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
22	No me lamento de cosas por las que no puedo hacer nada Escala de medición: Likert	A(x) D () SUGERENCIAS:
23	Puedo salir victorioso(a) de situaciones difíciles Escala de medición: Likert	A(x) D () SUGERENCIAS:
24	Cuento con la energía suficiente para llevar a cabo lo que tengo que hacer Escala de medición: Likert	A(x) D () SUGERENCIAS:
25	Acepto el que existan personas a las que no le agrado Escala de medición: Likert	A(x) D () SUGERENCIAS:
PROMEDIO OBTENIDO:		A(x) D ():
6	COMENTARIOS GENERALES	VÁLIDO.
7	OBSERVACIONES	
 <p> Elia... PS. ELIANA CECILIA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA REG. N.º 5584 </p>		

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

1. NOMBRE DEL JUEZ		Cora Elizabeth Valle Temoche
2.	PROFESIÓN	Psicóloga
	ESPECIALIDAD	Clínica – Docente Universitaria
	GRADO ACADÉMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	10 años
	CARGO	Docente Universitaria
<p>TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ESTRATEGIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA ACCIONAR SOBRE LA RESILIENCIA DE USUARIOS DE ADICCIONES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CHICLAYO</p>		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Nancy Yangua Jaramillo
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		<p>9. Entrevista ()</p> <p>10. Cuestionario (X)</p> <p>11. Lista de Cotejo ()</p> <p>12. Diario de campo ()</p>
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		<p>GENERAL</p> <p>Diagnosticar el estado actual del nivel de resiliencia en los usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario, desde la perspectiva de su familiar.</p> <hr/> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>1. Diagnosticar el nivel de ecuanimidad en los usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario, desde la perspectiva de su familiar.</p> <p>2. Diagnosticar el sentirse solo en los usuarios de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario, desde la perspectiva de su familiar.</p> <p>3. Diagnosticar el nivel de conocimiento de sí mismo en los</p>

	Escala de medición: Likert	SUGERENCIAS:
07	Tomo las cosas sin mucha importancia Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
08	Soy mi mejor amigo Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
09	Me siento capaz de sobrellevar varias cosas a la vez Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
10	Soy decidido(a) Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
11	Rara vez me pregunto de que se trata algo Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
12	Tomo las cosas día por día Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
13	Puedo superar tiempos difíciles, porque ya he experimentado lo que es la dificultad Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
14	Tengo auto disciplina Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
15	Me mantengo interesado(a) en las cosas Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
16	Por lo general encuentro de que reírme Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
17	Puedo sobrellevar el mal tiempo Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
18	Las personas pueden confiar en mí en una situación de emergencia Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
19	Puedo analizar una situación desde diferentes puntos de vista Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:

20	Algunas veces me obligo a hacer cosas, aunque no lo deseo Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
21	Mi vida tiene un sentido Escala de medición: Likert	A (x) D () SUGERENCIAS:
22	No me lamento de cosas por las que no puedo hacer nada Escala de medición: Likert	A(x) D () SUGERENCIAS:
23	Puedo salir victorioso(a) de situaciones difíciles Escala de medición: Likert	A(x) D () SUGERENCIAS:
24	Cuento con la energía suficiente para llevar a cabo lo que tengo que hacer Escala de medición: Likert	A(x) D () SUGERENCIAS:
25	Acepto el que existan personas a las que no le agrado Escala de medición: Likert	A(x) D () SUGERENCIAS:
PROMEDIO OBTENIDO:		A(x) D ():
6	COMENTARIOS GENERALES	VÁLIDO.
7	OBSERVACIONES	

GENERALES
 S

 Psic. Con. En. Trab. y Edu. C. P. S. P. 1017#

ANEXOS N° 6 DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
UNIDAD EJECUTORA 400 SALUD LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD



Firmado digitalmente por GAITAN VELASQUEZ Luz Catherine FIR
40617420_hard
Unidad: GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Cargo: GERENTE REGIONAL DE SALUD - LAMBAYEQUE(e)
Fecha y hora de proceso:03/12/2021 - 14:03:33

Id seguridad: 5698096

Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia

Chiclayo 3 diciembre 2021

OFICIO N° 003706-2021-GR.LAMB/GERESA-L [4034060 - 1]

ROSA NANCY YANGUA JARAMILLO
ESTUDIANTE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN

ASUNTO: AUTORIZACION REALIZACION TRABAJO DE INVESTIGACION

REFERENCIA: SOLICITUD S/N 4034060-0

Mediante el presente me dirijo a usted y atendiendo a lo requerido mediante expediente de la referencia, comunicarle que esta Gerencia Regional de Salud Lambayeque le concede la autorización para realizar el proyecto de investigación denominado **“ESTRATEGIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA ACCIONAR SOBRE LA RESILIENCIA DE USUARIOS DE ADICCIONES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CHICLAYO.”**. Cuya fecha de inicio es del **06/12/2021 al 07/01/2022** del presente año.

Por lo expuesto se **AUTORIZA** la realización del presente trabajo de investigación en forma virtual

El resultado de dicha investigación deberá ser alcanzado en un ejemplar a la Oficina de Capacitación al email: **capacitacion.geresal@gmail.com**

Sin otro particular es propicia la oportunidad para manifestarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal

Atentamente.

Firmado digitalmente
LUZ CATHERINE GAITAN VELASQUEZ
GERENTE REGIONAL DE SALUD - LAMBAYEQUE(e)
Fecha y hora de proceso: 03/12/2021 - 14:03:33

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Gobierno Regional Lambayeque, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sisgedo3.regionlambayeque.gob.pe/verifica/>

VoBo electrónico de:
- OFICINA DE RECURSOS HUMANO
JOSE HECTOR LLUEN CUMPA
JEFE OFICINA DE RECURSOS HUMANOS
2021-12-03 13:18:43-05

ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

El (la) **DOCENTE** Dr. Juan Carlos Callejas Torres del curso de **Seminario de Tesis II**, asimismo

el (la) **Asesor (a) ESPECIALISTA** Dra Carla Giovanna Morales Huamán

APRUEBAN:

La Tesis: “ESTRATEGIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA MEJORAR LA RESILIENCIA DE USUARIOS EN ADICCIONES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CHICLAYO”

Presentado por: Lic. Yangua Jaramillo Rosa Nancy, de la Maestría en Psicología Clínica.

Chiclayo, 26 de Septiembre del 2022.

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

Dr. Juan Carlos Callejas Torres

Docente de Curso

Dra Carla Giovanna Morales Huamán

Asesor (ra) Especialista