



ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL
AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN CUIDADORES
DE USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA**

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

Autora:

**Bach. Alcantara Lopez Ruth Vanessa
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2836-0329>**

Asesora:

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

Línea de Investigación:

Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana

Pimentel – Perú

2023



ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL
AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN CUIDADORES DE USUARIOS
CON ESQUIZOFRENIA**

AUTORA

BACH. RUTH VANESSA ALCANTARA LOPEZ

PIMENTEL – PERÚ

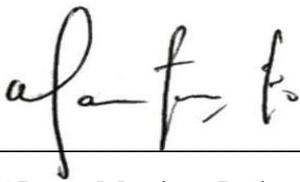
2023

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL AFRONTAMIENTO AL
ESTRÉS EN CUIDADORES DE USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA**

APROBACIÓN DE LA TESIS



Dr. Callejas Torres Juan Carlos
Presidente del jurado de tesis



Mg. Perez Martinto Pedro Carlos
Secretario del jurado de tesis



Mg. Carmona Brenis Karina Paola
Vocal del jurado de tesis



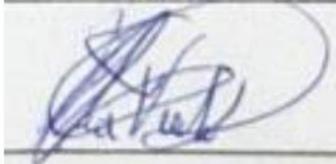
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

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:

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN CUIDADORES DE USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA

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:

RUTH VANESSA ALCANTARA LOPEZ	DNI: 47636220	
---------------------------------	---------------	---

Pimentel, 04 de Septiembre de 2023.

* Porcentaje de similitud turnitin: 11%

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO
INFORME DE TESIS (WORD).docx

<p>RECuento DE PALABRAS 16341 Words</p> <p>RECuento DE PÁGINAS 69 Pages</p> <p>FECHA DE ENTREGA Sep 8, 2023 11:50 AM GMT-5</p>	<p>RECuento DE CARACTERES 91573 Characters</p> <p>TAMAÑO DEL ARCHIVO 281.3KB</p> <p>FECHA DEL INFORME Sep 8, 2023 11:51 AM GMT-5</p>
---	---

● 11% de similitud general
El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)
- Material citado

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLA	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
DEDICATORIA.....	viii
AGRADECIMIENTO.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT	xi
1.1. Realidad problemática	12
1.2. Formulación del Problema.....	16
1.3. Justificación e importancia del estudio	16
1.4. Objetivos.....	16
1.4.1. Objetivo general	16
1.4.2. Objetivos específicos.....	17
1.5. Hipótesis	17
II. MARCO TEÓRICO	18
2.1. Trabajos previos	18
2.2. Teorías relacionadas al tema.....	21
2.3. Marco Conceptual.....	29
III. MÉTODO.....	31
3.1. Tipo y Diseño de Investigación	31
3.2. Variables, Operacionalización	31
3.3. Población, muestreo y muestra	31
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.	32
3.5. Procedimientos de análisis de datos.....	33
3.6. Criterios éticos	33
IV. RESULTADOS.....	35
4.1. Resultados de pre y pos test.....	35
4.2. Contraste de hipótesis.....	40
V. DISCUSIÓN.....	42
VI. APORTE PRÁCTICO.....	47
6.1. Fundamentación del aporte práctico.....	48
6.2. Construcción del aporte práctico	49
VII. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	71
7.2. Corroboración de los resultados	72
VIII. CONCLUSIONES	74
IX. RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS	76
ANEXOS.....	81

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1	Resumen de la evolución de las terapias	25
Tabla 2	Análisis descriptivo de los resultados del pre test en afrontamiento del estrés	34
Tabla 3	Análisis descriptivo de los resultados del pre test en las dimensiones de afrontamiento del estrés	35
Tabla 4	Análisis descriptivo de los resultados del pos test en afrontamiento del estrés	37
Tabla 5	Análisis descriptivo de los resultados del pos test en las dimensiones de afrontamiento del estrés	38
Tabla 6	Análisis comparativo de la aplicación del pre test y pos test	71

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Análisis descriptivo de los resultados del pre test en afrontamiento del estrés	34
Figura 2 Análisis descriptivo de los resultados del pre test de los cuidadores, en las dimensiones de afrontamiento del estrés	35
Figura 3 Análisis descriptivo de los resultados del pre test del personal del CSMC, en las dimensiones de afrontamiento del estrés	36
Figura 4 Análisis descriptivo de los resultados del pos test en afrontamiento del estrés	37
Figura 5 Análisis descriptivo de los resultados del pos test de los cuidadores, en las dimensiones de afrontamiento del estrés	38
Figura 6 Análisis descriptivo de los resultados del pos test del personal del CSMC, en las dimensiones de afrontamiento del estrés	39
Figura 7 Gráfico de los procesos del programa cognitivo conductual	69
Figura 8 Análisis comparativo de la aplicación del pre test y pos test	71

DEDICATORIA

A mis padres por su acompañamiento en este proceso que con su amor incondicional me animaron a continuar, a mis hermanos Juan Carlos, Milagros y Edita que en cada desafío tienen una palabra de aliento, a mis sobrinos que son una motivación en mi vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la fortaleza para seguir cumpliendo cada objetivo propuesto, a mi asesor, por su paciencia, enseñanza y motivación para hacer realidad esta meta.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general aplicar un programa cognitivo conductual para el afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia de un Centro de Salud Mental Comunitario, Lambayeque, en función a su objetivo fue aplicada, de acuerdo a la profundización en el objeto se establece como explicativa, según el tipo de datos empleados es un estudio mixto, respecto al grado de manipulación de las variables fue pre-experimental y según el tipo de inferencia, es hipotético-deductivo. Contó con una muestra de 20 participantes y para cumplir con la triangulación de la información se consideró a 4 profesionales de dicha institución, a quienes se aplicó un instrumento de afrontamiento al estrés el cual fue validado a través de criterio de expertos. Los resultados del pre test arrojaron valores predominantes del nivel bajo tanto en afrontamiento al estrés como en sus dimensiones, estos indicadores fueron utilizados como punto de partida para diseñar los objetivos del programa, el mismo que logró aplicarse en su totalidad reflejando eficiencia al identificar porcentajes favorables en el pos test.

Palabras clave: afrontamiento al estrés, programa preventivo, cuidador

ABSTRACT

The present investigation had as general objective to apply a cognitive behavioral program for coping with stress in caregivers of users with schizophrenia of a Community Mental Health Center, Lambayeque, according to its objective it was applied, according to the deepening in the object established as explanatory, according to the type of data used it is a mixed study, regarding the degree of manipulation of the variables it was pre-experimental and according to the type of inference, it is hypothetical-deductive. It had a sample of 20 participants and to comply with the triangulation of information, 4 professionals from said institution were considered, to whom an instrument for coping with stress was applied, which was validated through expert criteria. The results of the pre-test showed predominant values of the low level both in coping with stress and in its dimensions, these indicators were used as a starting point to design the objectives of the program, which managed to be applied in its entirety, reflecting efficiency by identifying favorable percentages. in the post test.

Keywords: coping with stress, preventive program, caregiver

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

El estrés se considera como una de las expresiones más reconocidas de la vida actual y una de los principales factores que determinan el agotamiento en el ser humano, indistintamente de la edad, género o profesión, teniendo influencia y provocando distintos trastornos (Valero et al., 2020). En los últimos años, los aspectos que predisponen la aparición del estrés han incrementado a causa de las demandas sociales existentes; este fenómeno no solamente es atribuido al campo laboral, puesto que tiene origen en tareas llevadas a cabo en el día a día, ya sea en casa, en instituciones o en la sociedad Pozos et al., (2022).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) señala que el estrés es un conjunto de consecuencias a nivel fisiológico que tiende a preparar al organismo para realizar una actividad. De manera global hace referencia a un sistema complejo de alamar biológica que se necesita para sobrevivir. Sea cual sea la modificación o circunstancia distinta que se manifieste puede ocasionar estrés dependiendo, también, del estado en que se encuentre la persona a nivel físico y psicológico de cada ser humano (Chen, 2020).

Los cuidadores familiares son personas que se encargan de las atenciones principales, tienen a cargo el cuidado básico de alguna persona con dificultades para desarrollar sus actividades por sí mismo, estas labores son realizadas sin percibir ganancias económicas (Bello et al., 2019), algunas personas que conviven con los pacientes se consideran como cuidadores vitales, en función al nivel de actividades que realizan, las cuales implican responsabilidades mayores, por tanto se puede indicar que son personas cuyo rol es asistir y cuidar a parientes que se encuentran afectados por diferentes formas de discapacidades que compliquen o impidan su normal desarrollo de las tareas esenciales (Iniesta et al., 2018).

Por lo general la salud mental se presenta como uno de los principales aspectos que más afectados se encuentran en los cuidadores, su bienestar sintiendo que no son capaces de hacer frente a estas funciones, luego se menciona en el área de medicina con la etiqueta de "paciente oculto" o también llamado "desconocido", que requiere de atención, evaluación y diagnóstico, además de abordajes inmediatos, con la finalidad de poner en evidencia las dificultades del cuidador que pasa por momentos de agobio a causa de la exigencia, desencadenando en diferentes síntomas estresores (Ríos, 2018).

En relación a la cantidad de cuidadores en Europa, de acuerdo con lo identificado por el Panel de Hogares de la Unión Europea, el 5,5% de las personas cuidan sin recibir

alguna remuneración económica a personas adultas o con algún trastorno mental. De acuerdo a las investigaciones del “Instituto de Mayores y Servicios Sociales” (IMSERSO), una cuarta parte de adultos en el país europeo contribuye a que se realicen las tareas diarias a algún pariente con el que vive, además, el 47.3% de las personas con discapacidad reciben algún tipo de asistencia individual (Lemus et al., 2018)

Las actividades que realizan los cuidadores familiares principales, implican un mayor nivel de responsabilidad y demanda de recursos, capacidades y habilidades lo que, al mismo tiempo, representará una fuente múltiple de factores estresantes que propician la aparición de malestar a nivel afectivo por parte no solo del cuidador principal sino también de las otras personas que integran la familia; lo que abre una puerta a la aparición de repercusiones mayores en la salud tanto a nivel físico como psicológico, dentro de ellas el estrés y los trastornos psicósomáticos (Logroño y Cercas, 2018), lo que, añadido a los requerimientos de recursos financieros, al núcleo familiar e individual, a problemas, a debates, y a funciones acumuladas, entre otros, puede ocasionar carga excesiva. (Martínez, 2020).

Por lo que, luego de haber sido descrito e identificado en la práctica lo que experimentan los cuidadores familiares principales de los usuarios con esquizofrenia, algunos síntomas de sobrecarga y estrés que son complicados de resolver, puesto que al ser parientes cercanos quienes necesitarán ayuda en gran número de las situaciones, evidenciando dependencia en la realización de sus actividades. Específicamente, con respecto a las manifestaciones halladas en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario en el distrito de Lambayeque, lugar donde se desarrolla la investigación, se ha identificado los siguientes aspectos:

- Falta de energía o agotamiento
- Dolores físicos: Contracturas en el cuello y dolor de cabeza
- Irritabilidad
- Diarrea o estreñimiento
- Preocupación frecuente
- Problemas de concentración y memoria
- Tristeza
- Incertidumbre
- Pensamientos irracionales que se presentan en situaciones que para ellos son estresantes.
- Poca tolerancia a la frustración ante posibles eventos estresantes.

- Restricción en su vida personal y social
- Desesperanza
- Sobreprotección hacia su usuario
- Creencias místicas

Las manifestaciones psicológicas generadas por el estrés, repercuten en una serie de aspectos emocionales negativos, pues implica la presencia de preocupación y atención por situaciones complejas, que va a incidir desde el pensamiento hasta las acciones.

Luego de analizar a profundidad la problemática identificada lleva a formular el siguiente **problema científico**: Insuficiencias en el proceso Cognitivo Conductual, limita el afrontamiento al estrés.

A raíz de lo mencionado y con la aplicación de técnicas e instrumentos de investigación mediante la encuesta y observación se aprecian las posibles causas que dan origen al tema en cuestión son:

- Falta de estrategias cognitivas conductuales de afrontamiento que ayuden a disminuir el estrés en los cuidadores de usuarios diagnosticados con esquizofrenia
- Insuficiente manejo de intervenciones terapéuticas de inteligencia emocional que limita el manejo adecuado de sus emociones.
- Inadecuada información de la enfermedad, en el desarrollo del proceso cognitivo conductual.
- Poca psicoeducación recibida, que deberían de tener en cuenta en el cuidado con el usuario.
- Escasa psicoeducación recibida en el autocuidado.
- Falta de soporte emocional, en el proceso cognitivo conductual.
- Poca sensibilidad y concientización por la familia y comunidad, de los usuarios con diagnóstico de esquizofrenia que vulnera sus derechos y limitan a su reinserción social.

De ahí que el **objeto de la investigación** sea: el proceso cognitivo conductual, respecto a ello, Kosovsky (2018) indica que se trata de un concepto en constante evolución, pudiendo identificar una primera generación de este enfoque tomó como base el desarrollo comportamental y un vasto conocimiento y estudios en relación al aprendizaje, siendo Bandura uno de los autores más conocidos que realizó contribuciones en el comienzo de los abordajes de la terapia cognitivo conductual con la difusión en sus estudios sobre el aprendizaje.

Por otro lado, Suárez et al., (2020), sostiene que hoy en día es una de las mejores terapias de intervención, principalmente por su cuantiosa producción de estudios a nivel de psicoterapia y desarrollo de programas, en los cuales, ha demostrado ser eficaz comparándolos con otros enfoques, no obstante, se han identificado situaciones donde la respuesta de los pacientes no es la esperada, por tanto, el nivel de eficacia de cualquier intervención en TCC tendrá que ver de manera muy estrecha con el diagnóstico oportuno del evaluador para realizar un acercamiento gradual con el paciente (Guardiola y Sanz, 2021).

La terapia cognitivo conductual intenta comprender los procesos habituales a nivel cognitivos que suceden dentro de la modificación de conductas, partiendo de las leyes de aprendizaje se trata a las creencias, pensamientos, esquemas y otros factores (García et al., 2018), por otro lado, facilita el cambio de pensamientos y por ende el cambio de conductas que tienen la posibilidad de contribuir a sentirse mejor; diferenciándola de otras terapias, puesto que está centrada en dificultades actuales, lejos de enfocarse en las causas que le generan los síntomas, intenta encontrar optimizar el estado de ánimo presente (Portaceli, 2019).

El modelo cognitivo conductual plantea que los pensamientos disfuncionales influyen en el estado anímico y la forma en que el paciente piensa, situación que es habitual en todos los trastornos, por tanto, la terapia cognitivo conductual en el área clínica refleja que la persona siente y se comporta en función a la interpretación que hace de alguna situación específica, entendiendo que el proceso cognitivo conlleva a la persona a realizar una evaluación constante de lo sucedido con significados propios que desencadenan pensamientos automáticos (Wright, 2018).

De lo analizado por estos autores se aprecia que aún son insuficientes los referentes prácticos en cuanto a la dinámica del proceso para su sistematización y apropiación, de esta forma se tiene que la dinámica del proceso cognitivo conductual tiene la posibilidad de intervenir a este nivel, reduciendo aquellas manifestaciones que limitan el afrontamiento del estrés brindando herramientas para que la persona logre un estado emocional estable, pese a ello, existe poca investigación en este aspecto orientadas de manera específica a disminuir los niveles de estrés (Cuevas et al., 2019).

El **campo de acción** la dinámica del proceso cognitivo conductual.

1.2. Formulación del Problema

Insuficiencias en las acciones cognitivo conductuales, limita el afrontamiento al estrés.

1.3. Justificación e importancia del estudio

Esta investigación titulada Programa cognitivo conductual para el afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia, surge a raíz de observación de conducta en los cuidadores, caracterizados por la sobrecarga de goce en las actividades que son complejas, hasta llegar a influir de forma negativa en su desenvolvimiento como soporte emocional y físico de los pacientes con esquizofrenia, a la par de su desenvolvimiento personal y social, sumado al contexto que vivimos el cual no favorece en la mejora de esta problemática, por el contrario, es un factor que agrava la situación.

Se asume a la terapia cognitivo conductual como enfoque para realizar la estrategia, debido a que tiene por característica mermar el malestar psicológico y generar un aumento en el manejo de situaciones estresantes, brindando herramientas y técnicas las cuales serán incorporadas mediante la modificación de los procesos cognitivos que tienen génesis en el aspecto emocional. Para esto, se requiere a los cuidadores trabajar de manera activa en el abordaje cognitivo conductual, teniendo como respaldo las evidencias respecto a los cambios que causa en los esquemas cognitivos, así mismo, se contribuye con los participantes al contar con técnicas aplicables a la vida diaria, indispensables para sostener los resultados de la intervención y así evitar la aparición de síntomas de estrés en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia de un centro de salud mental comunitario, Lambayeque.

El aporte metodológico se evidencia en el instrumento validado a través del criterio de jueces, que corrobora la pertinencia, claridad y coherencia de cada reactivo según los indicadores y las dimensiones, haciendo posible su utilización para posteriores investigaciones de características afines ya sea en la temática o población; por otra parte, se presenta un programa para optimizar las estrategias de afrontamiento antes situaciones de estrés.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Aplicar un programa cognitivo conductual para el afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia de un Centro de Salud Mental Comunitario, Lambayeque.

1.4.2. Objetivos específicos

- Fundamentar teóricamente el proceso cognitivo conductual, sus tendencias históricas y su dinámica.
- Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual para el afrontamiento al estrés en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia de un Centro de Salud Mental Comunitario, Lambayeque.
- Elaborar un programa que ayuden al afrontamiento del estrés en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia de un Centro de Salud Mental Comunitario, Lambayeque.
- Validar los resultados de la investigación, mediante un pre experimento.

1.5.Hipótesis

Si se aplica un programa cognitivo conductual, que tenga en cuenta la relación entre la dimensión contextual responsable y la dimensión sistematizadora integral, entonces se contribuye al afrontamiento al estrés en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia de un Centro de Salud Mental Comunitario, Lambayeque este disminuirá.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Trabajos previos

El estrés es un aspecto que puede encontrarse en todos los niveles de nuestra sociedad, como consecuencia del vertiginoso ritmo que se vive y que propicia la aparición de presión bajo cualquier contexto, incrementando de forma notoria y llamativa la cantidad de estresores psicológicos en el ámbito laboral y familiar (Garí, 2019), como sociedad estamos ante la presencia de expresiones en distintas realidades, una de ellas es el contexto de la salud, corroborado en varias investigaciones que han logrado identificar que una de las actividades que genera mayor estrés es la atención a pacientes que requieren cuidados especiales.

A nivel internacional, Palma (2021), analizó la incidencia entre estrategias de afrontamiento y estrés en un grupo de cuidadores de adultos mayores, de enfoque cuantitativo, de alcance correlacional, tipo transversal, en una muestra de 31 participantes que acudían a un establecimiento de salud en Colombia, respondiendo dos escalas, primero de Sobrecarga del Cuidador (ZARIT) y Estrategias de Coping (EEC-M), producto de ello se identificó que no existe relación significativa entre las variables, se estableció que predomina en la totalidad de participantes el nivel bajo.

Zapata (2021) investigó la relación entre sobrecarga del cuidador y estrategias de afrontamiento al estrés en padres y madres de niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista, en 35 personas, que dieron respuesta a la escala de Zarit y la escala de afrontamiento, encontrando que no existe predominio de niveles elevados de sobrecarga en los cuidadores, sin embargo, existe relación significativa directa con estrategias de afrontamiento desadaptativas, hallando entre las más habituales la más usada por quienes reflejaron sobrecarga, la estrategia repositiva.

Chen (2020), desarrolló un estudio con el objetivo de conocer las estrategias de afrontamiento del estrés en cuidadores de adultos mayores de algunas casas hogar pertenecientes a la Ciudad de Panamá, siguiendo metodología descriptiva y diseño no experimental en una muestra de 18 colaboradores encontrando que un 55.6% utiliza más la focalización en solución de problemas, la estrategia menos utilizada es expresión emocional abierta representada por un 7.8%, por tanto se concluye que los cuidadores tienen como primera opción y más habitual de utilizar al centrarse en la búsqueda de soluciones para mitigar la situación.

Racchumí y Cortez (2020) identificaron los estilos de afrontamiento al estrés en cuidadores primarios de niños con autismo, así como según el género; y las herramientas más usadas por ellos, de tipo descriptivo, diseño no experimental en una muestra de 100 colaboradores encontrando que existen dos estilos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores el primero es enfocado en la emoción y el segundo es enfocado en el problema, además de eso las estrategias más usadas son: la aceptación y la reinterpretación positiva (crecimiento). Concluyendo que los cuidadores, en determinadas situaciones, se enfocan en las emociones y en el problema como tal, pocas veces lo hacen utilizando otras estrategias.

Sánchez (2019), identificó la relación entre la sobrecarga y el afrontamiento al estrés de cuidadores de pacientes diagnosticados con demencia, identificando que un 66,7% reflejan ausencia de estrés y el 33.3% evidencian sobrecarga intensa, en tanto a las estrategias se identificó vínculo con el nivel de sobrecarga encontrado, por tanto, se concluye que existe relación significativa entre las variables.

Almaguer et al., (2019), identificaron la asociación entre estrés y el afrontamiento en cuidadores de pacientes enfermos esquizofrénicos, en una muestra de 35 sujetos, identificando que la mayoría de personas evidenció nivel medio y alto de estrés, y como estrategias más utilizadas se obtuvo la expresión emocional y resolución de conflictos, respecto a la relación se encontró un valor $r = -0.581$; $p < 0.05$, con lo cual se define que mientras menor capacidad para poner en práctica una estrategia de afrontamiento, el nivel de estrés incrementaría.

Grandi et al. (2019) examinó la eficacia de un programa para reducir el estrés basado en mindfulness (MBSR) aplicado a cuidadores familiares de pacientes con demencia, pues suelen presentar niveles elevados de síntomas ansiosos, depresivos y de estrés, en un total de 309 participantes, identificando que el programa MBSR disminuye los síntomas ansiosos, depresivos, al igual que los niveles de estrés y sobrecarga.

Guzmán y Toapanta (2018), en Ecuador, desarrollaron un estudio con el objetivo de identificar cómo influyen las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga de cuidadores de niños con discapacidad cognitiva en un total de 50 participantes, hallando significancia de valor > 0.05 , concluyendo que las variables son independientes, por tanto, no existe relación significativa, sin embargo, logró hallarse asociación entre la sobrecarga y las estrategias de afrontamiento del cuidador, por otra parte, el 43% tiene preferencia hacia la estrategia resolución de problemas, el 17% reestructuración cognitiva, además el 40% evidencian sobrecarga intensa y el 28% sobrecarga leve.

Martínez et al., (2017), en Cuba, llevaron a cabo un estudio con la finalidad de identificar las estrategias de afrontamiento presentes en pacientes que pasan por un proceso de hemodiálisis, en un total de 48 participantes, encontrando que focalizarse en la solución del problema y reevaluar positivamente, son las estrategias de afrontamiento más habituales de observar en los cuidadores, además, se logró evidenciar una correlación débil entre la edad y las estrategias de afrontamiento al estrés con un valor = 0.419 y significancia $p < 0.05$, concluyendo que a mayor edad las estrategias de afrontamiento ante el estrés son menos adaptativas.

A nivel nacional, Flores (2021), en su estudio identificó las estrategias de afrontamiento que predominan en situaciones estresantes en cuidadores de adultos mayores que asisten a un centro de Salud, contando con 28 participantes a quienes se aplicó el instrumento COPE 28, encontrando un 85% (24) que hacen uso de la estrategia de afrontamiento conductual, por otro lado, el 11% (3) hacen uso del afrontamiento emocional y el 4% (1) utilizan el afrontamiento evitativo, concluyendo que la mayoría de cuidadores hacen uso de estrategias de afrontamiento conductuales.

Montalvan et al. (2020), buscó analizar la sobrecarga y calidad de vida del cuidador informal de pacientes con hemiplejía atendidos en un Instituto especializado. Metodológicamente fue descriptivo, de diseño observacional y corte transversal en una muestra de 162 cuidadores obteniendo como resultados que el 63% evidenció niveles altos de sobrecarga; en lo que concierne a la calidad de vida el 30,3% manifestó un nivel malo, siendo salud mental, salud general y vitalidad las dimensiones más afectadas.

Jáuregui (2020) describió el comportamiento de la sobrecarga y su repercusión en los cuidadores de adultos mayores diagnosticados con Alzheimer, encontrando que un alto porcentaje de los participantes manifiesta niveles altos de sobrecarga, mencionando que su rol como cuidador les demanda la realización de muchas acciones, además de no contar con información necesaria para abordar la patología y sienten la ausencia de involucramiento en el cuidado por parte de otros familiares.

Castro (2019) en su estudio determinó la prevalencia de sobrecarga en los cuidadores de adultos mayores con dependencia de III grado que acude a un establecimiento de salud en Lima, bajo el tipo descriptivo, bajo un enfoque cuantitativo y de corte transversal, en una muestra de 57 familiares cuidadores, hallando como resultado que en la dimensión impacto del cuidado nivel intenso en un 73.7%, un 14% en nivel ligero y 12.3% con ausencia. Por otra parte, la dimensión relaciones interpersonales un 66.7% nivel intenso, 15.8% nivel ligero y 17.5% ausencia de sobrecarga.

Guerrero et al., (2018) identificó la asociación entre la sobrecarga y estrategias de afrontamiento en los cuidadores de pacientes con cáncer en fase terminal de un Hospital en Lima, contando con 80 participantes, a quienes se aplicó la escala de valoración de sobrecarga del cuidador y un cuestionario sobre estrategias de afrontamiento, encontrando que el 60% presentó niveles altos de sobrecarga, por otro lado, el 30% señaló que la estrategia de afrontamiento más habitual es centrarse en el problema.

A nivel local, Bravo y Zuloaga (2019), desarrolló una investigación con la finalidad de mostrar el nivel de sobrecarga y las estrategias de afrontamiento al estrés que hicieron uso los cuidadores, de tipo descriptivo y diseño no experimental, en una muestra de 70 participantes, de ambos géneros con edades comprendidas entre 19 y 74, identificando como resultados predominio de nivel intenso de sobrecarga en un 67.14% del total de participantes, por otro lado, el uso de la religión fue la estrategia de afrontamiento más utilizada con un 10.29% del total.

Tapia (2018) halló la relación entre sobrecarga y las estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de niños con discapacidad atendidos en un centro de estimulación, de enfoque cuantitativo, tipo correlacional en una muestra de 70 participantes identificando que la estrategia de afrontamiento que más utilizan es la reevaluación positiva, encontrando un nivel alto en dicha estrategia, además se llegó a la conclusión que existe relación entre sobrecarga y algunas estrategias de afrontamiento al estrés.

2.2. Teorías relacionadas al tema

La Teoría Cognitivo Conductual hace posible la comprensión de los diferentes casos que se presentan como complejos, al punto que los disgrega en partes mínimas para su recuperación, Navarro (2018) concluye que “de esta forma el paciente consigue descubrir haciendo uso de sus recursos, la manera en que las partes de un todo se concatenan de manera recíproca y de qué manera repercuten en ella, mediante el desencadenamiento de pensamientos, expresiones emocionales, sensaciones a nivel físico y comportamientos con incidencia en otros ámbitos personales”.

2.2.1. Caracterización del proceso cognitivo conductual y dinámica

Se conoce como un modelo de intervención de corte psicoterapéutico, que toma como base los conocimientos científicos, (Fernandez y Fernandez, 2017), debido a ello, realiza la proposición de lineamientos, estrategias que den respuesta a lo esperado y los diversos problemas que los pacientes traen a consulta (Riso, 2006). Su nacimiento obedece a la

necesidad de una intervención terapéutica, ya que tiene acción en el aspecto conductual de los pacientes, los cuales están enfocados en una forma de pensar disfuncional y rodeados de distorsiones a nivel cognitivo.

La Terapia Cognitivo Conductual en la actualidad se define como la aplicación de la psicología como ciencia al ámbito clínico sostenida en fundamentos y procesos comprobados de manera empírica (Garzón et al., 2018). Desde hace más de 60 años, la terapia conductual encontraba cercanía con teorías de aprendizaje, consiguiendo evolucionar hasta incrementar su alcance teórico del condicionamiento para incluir explicaciones comportamentales a partir de factores y esquemas procedentes de distintos ámbitos psicológicos.

El profesional en salud mental que pretenda hacer uso del enfoque cognitivo conductual, debe considerar los siguientes aspectos para una adecuada intervención:

Generar un clima cómodo, positivo, de confianza en la relación entre el terapeuta y el cliente; llevar a cabo la exploración y evaluación de las dificultades que manifiesta el paciente; concretar la identificación de complicaciones puntuales o específicas hacia donde apuntará, de manera disgregada, la labor terapéutica; establecer objetivos coherentes, factibles, que guarden relación directa con el tenor de la problemática, para ello, se requiere de capacidades de abordaje en el psicoterapeuta (Aviles et al., 2022).

Explicar la teoría que sustenta y el enfoque que asume la Terapia cognitiva conductual, específicamente describiendo la definición de los pensamientos que generan las conductas y la manera en que se interconectan; además, llevar a cabo la clarificación de las expectativas en relación al planteamiento y características de la terapia, a fin de generar el establecimiento de un contacto bidireccional; evaluación, la cual consiste en realizar una examinación detallada del caso mediante el uso de la entrevista, la observación psicológica, el registro anecdótico, pruebas psicológicas estandarizadas, que al integrarse generan la formulación de una hipótesis referente a los problemas que expresa el paciente y se proponen objetivos para la elaboración del tratamiento.

Intervención: Para esta parte se intenta emplear una serie de técnicas terapéuticas destinadas a lograr objetivos propuestos, tal como se describe a continuación: en cada una de las sesiones se tiene un objetivo vinculado al problema especificado del cliente, para de manera gradual, brindarle asesoramiento a fin que pueda potenciar las habilidades, descubriendo y cambiando pensamientos no funcionales sin la ayuda de terceros; el seguimiento se realiza la evaluación de cuán eficiente es el programa a mediano y largo plazo, de esta manera se puede llevar a cabo los ajustes requeridos para sostener los cambios

logrados; además de realizar una definición de la teoría cognitivo conductual, conlleva a realizar un abordaje en distintos principios de teorías amplias para su estudio, pues recibe conceptos de distintos planteamientos (Puerta y Padilla, 2021).

2.2.1.1. Enfoque cognitivo conductual

De acuerdo con lo descrito por otros autores, el enfoque cognitivo conductual se presenta como una opción dentro de un conjunto de intervenciones multidisciplinarias tras haber demostrado que es eficaz y eficiente en diversos tratamientos de corte psicológico (Infocop, 2018). Este modelo utiliza una serie de técnicas articuladas, diferentes terapias y otros procesos que enmarcados en práctica favorecen el mejoramiento en calidad de vida de las personas. Como terapia, Urbano (2019) concluye que “resulta eficiente al aplicarse de manera clínica, y además por tener como una de sus características ser auto evaluador a lo largo del abordaje y encontrar fundamento teórico válido”.

2.2.1.2. Fundamentos teóricos de la intervención del proceso cognitivo conductual

Tiene por inicio la primera generación con sitio en Inglaterra y Estados Unidos, que abarca los años comprendidos de 1950 a 1970, esto guarda coincidencia con el nacimiento de la terapia conductual y se llevan a cabo de forma paralela. Durante este tiempo, existió una gran fuerza abanderada por la teoría del aprendizaje cuyos experimentos se realizaban en laboratorio. Profesionales de la psicología británica realizaban abordaje de desórdenes a causa de la ansiedad mediante la teoría de Pavlov denominada condicionamiento clásico, haciendo sus experimentos con animales, para luego ser reconocido (hasta la actualidad) como el más grande representante en la terapia conductual (Del Monaco, 2019).

Luego de identificar que el modelo en mención no propiciaba soluciones a desórdenes psicológicos de mayor complicación y características diferentes, nace la segunda generación, en la década de 1960 de la mano de Ellis y Beck, quienes fueron los responsables del diagnóstico de que muchos problemas psicológicos vistos hasta ese entonces, tenía comienzo a nivel de procesamientos cognitivos defectuosos (Rojas et al., 2019).

Ante esto, sugieren la solución, la cual consistía en corregir las disfuncionales cognitivas, cambiándolas por otras más idóneas y fáciles de adaptarse. Este enfoque nuevo alimentó las estrategias terapéuticas, posteriormente, nace la tercera generación en la década de 1980 que, junto con la eficacia en el tratamiento del trastorno por pánico, se logra establecer el nexo del condicionamiento clásico operante y la parte cognitiva, se desarrolla al 100% la terapia cognitiva conductual, la cual está en vigencia hasta nuestros tiempos. Por

tanto, las terapias de tercera generación se caracterizan por una visión de contextualismo funcional necesario para intervenir en trastornos psicológicos, sumado a su contribución en la investigación sobre eventos tales como interacciones entre persona y contexto, las cuales se entienden en función a su historia y sucesos cotidianos (Celis y Roca, 2018).

2.2.1.3. Principales fundamentos de un programa

Los programas cognitivo-conductuales tienen como base los principios expresados por Beck (2018) quien menciona “se trata de una terapia dinámica que plantea de forma cognitiva los problemas de paciente, a través de un nexo fortalecido con el encargado del programa, se intenta enfatizar que el paciente colabore y participe de manera activa”, se encuentra orientado a objetivos y problemas puntuales, por otra parte se enfoca en la realidad del momento, tiene dirección educativa, muestra preocupación por realizar su trabajo en plazos determinados, así mismo las sesiones suelen tener una estructura.

Etapas del proceso de la terapia cognitivo conductual

Nezu et al., (2019) consideran que “la terapia cognitivo conductual puede conformarse por etapas específicas” de las que podemos identificar la evaluación, la valoración de aspectos culturales y el nivel de adaptación de pacientes, esta última etapa incluye los problemas, las causas aparentes y sus principios), llevar a cabo el análisis funcional del paciente, haciendo una comparación del planteamiento con la perspectiva, así mismo se fijan objetivos de manera conjunta con el paciente, finalmente encontramos la recopilación de datos, dirigidos al avance del tratamiento, prever el tiempo y logros de lo que tiene como expectativa.

2.2.1.4. Tendencias históricas y antecedentes del proceso cognitivo conductual.

Para llegar a la teoría cognitivo – conductual como la conocemos se acercaron diferentes conceptos y teorías, dentro de ellas encontramos a la reflexología, el condicionamiento clásico y sus leyes, el conexionismo de Thorndike, el conductismo de Watson, la contribución de Skinner y el análisis experimental de la conducta.

Primera etapa

Respecto a la historia y los estudios previos del proceso cognitivo conductual, se perfilan tres etapas esenciales que se tienen en cuenta, la primera es la denominada Surgimiento de las teorías cognitivas conductuales que se da entre los años 1900 y 1960, en el campo de la psicología y específicamente en la psicoterapia, aquí destacan autores como Skinner y Eysenck representando a la terapia conductual sumado al aporte del proceso de

sensibilización sistemática desarrollado por Wolpe (Castanedo, 2018). La psicoterapia propuesta por dichos autores en esta generación tuvo eficacia, influencia y alcance, Castanedo (2018), menciona que “entre sus rasgos más característicos resaltan la intervención en salud, la utilización de técnicas específicas de duración breve, el método experimental que utiliza y lo trascendente pasa por el logro de cambios conductuales, en el pensamiento y por ende la disminución de respuestas desadaptativas”.

Segunda etapa

La segunda etapa se denomina: “Desarrollo de la terapia cognitivo conductual” ubicada de 1960 a 2000, se le conoce como reestructuración cognitiva, Castanedo (2008), refiere que “se encuentra caracterizado por la trascendencia de las variables cognitivas en enfoques comportamentales añadiendo técnicas y herramientas de reestructuración cognitiva, las cuales sirven para optimizar el manejo de eventos complejos y resolver problemas específicos”, sin embargo, se agrega la teoría de Bandura denominada aprendizaje social, incluyendo conceptos tales como autoeficacia, autocontrol, aprendizaje vicario, es así que se plantea un acercamiento terapéutico que les realiza un cambio en el plano de intervención, aumentando la expectativa en relación al nivel de eficacia y eficiencia, viéndolos como procedimientos utilizados en diferentes áreas como en la clínica, medicina, organizaciones y sociedad.

Tercera etapa

La tercera y última etapa, se denomina: “Una nueva perspectiva”, que ocurre desde el año 2000 en adelante, aquí nace la terapia cognitivo constructivista, al igual que otras contemporáneas que se están encargando de demostrar un mayor beneficio al abordar distintos trastornos y que realmente ante casos complejos, presentan resultados óptimos, así como la teoría denominada cognitivo conductual trasdiagnóstica, González y Ruiz (2018) concluyen que este modelo surge de la terapia cognitivo conductual reflejando una perspectiva más general dirigida hacia trastornos de la personalidad, pero que va más allá abarcando concepciones transdiagnósticas.

Tabla 1*Resumen de la evolución de las terapias*

	Etapa 1 Surgimiento de las teorías conductuales y cognitivas tradicionales (1900 – 1960)	Etapa 2 Una nueva era Desarrollo de la terapia cognitivo-conductual (1960 – 2000)	Etapa 3 Una perspectiva nueva de constante evolución (2000 – Actualidad)
Formación de la psicoterapia	Surge como una necesidad en psicoterapia, como respuesta al enfoque del psicoanálisis, siendo la prioridad evaluar la conducta.	La teoría cognitiva conductual aparece como efecto de los resultados del enfoque cognitivo y el enfoque conductual mediante su combinación surge lo que hoy se denomina terapia cognitiva conductual	Surge del modelo de la terapia cognitiva-conductual, pero reflejando una perspectiva que se orienta al área de los trastornos de la personalidad y se dirige hacia definiciones transdiagnósticas.
Concepción teórica	Se encuentra enfocado en la conducta observable ya que se aprende y tiene la facultad de modificar a través de principios de aprendizaje.	Caracterizado por la trascendencia de las variables de tipo cognitivo en los enfoques comportamentales añadiendo técnicas de reestructuración cognitiva, así como estrategias que contribuyen al manejo de situaciones complejas y resolución de problemas.	Aplica el método científico, con perspectiva pragmática señalando su eficacia y eficiencia mediante la aplicación de terapias situacionales cuyos enfoques son funcionales y analíticos.
Trascendencia del enfoque	La psicoterapia tiene eficacia, influencia y extensión. Se caracteriza la intervención en salud, la incorporación de técnicas específicas de tiempo limitado, utiliza el método experimental, orientando a modificaciones	Propone una proximidad terapéutica que permita convertirla en el foco del abordaje incrementando el interés por ser más eficaces y eficientes en los procesos que utilizan en distintas áreas como la medicina, en el campo organizacional y comunitario.	Se lleva a cabo la terapia cognitivo constructivista, partiendo de ella las otras terapias cognitivas constructivistas y situacionales están señalando basta utilidad en la intervención de trastornos complejos.

	conductuales y de pensamientos.		
Evaluación del enfoque	Se encarga de evaluar las modificaciones conductuales, pensamientos y reacciones desadaptativas	Se encarga de evaluar los procesos cognitivos que han sido desadaptados y lleva a cabo experiencias que modifican las cogniciones emocionales y los razonamientos.	Se encarga de evaluar la aceptación y compromiso, además de una terapia conductual dialéctica que se basa en su interés por investigar el aprendizaje del ser humano, utilizando el lenguaje y considerando el contexto.
Indicador 1	Evaluación de los eventos suscitados	Modificación de pensamientos	Conductas enfocadas en dar solución a un evento suscitado.
Indicador 2	Observación del problema ocurrido	Relación entre pensamientos y terceras personas	Resignarse y culparse así mismo del problema ocurrido.
Indicador 3	Evaluación conductual de lo ocurrido	Identificar aspectos del evento suscitado	Valorar aspectos positivos del evento suscitado.
Indicador 4	Identificación de manifestaciones emocionales	Pensamientos aversivos referentes a otra persona.	Desahogo emocional caracterizado por agresiones, insultos a un tercero.
Indicador 5	Evaluación de conductas evasivas	Ideas para distraerse del problema actual.	Comportamientos que se realizan con objetivo de evadir el problema.
Indicador 6	Reconocimiento de conductas no aceptadas por otros.	Cambios en la manera de pensar para sentirse valorado.	Pedir consejos a su grupo de pares para ser estimado.
Indicador 7	Realización de actividades espirituales observadas.	Pensamientos mágicos – religiosos orientados a encontrar un alivio emocional.	Conductas religiosas como acudir a la iglesia a rezar.

Nota: Si bien las evidencias de los autores indican que la evolución teórica sobre el proceso cognitivo conductual ha tenido diversos escenarios, estas resultan insuficientes a nivel teórico y práctico en relación al diagnóstico situacional integral, el sustento teórico, la esquematización, el desarrollo de técnicas, herramientas y abordajes, su integración y generalización en dirección de la dinámica de proceso.

2.2.1.5. Programa cognitivo conductual

Los programas cognitivo – conductuales unifican conocimientos de diferentes teorías, lineamientos que posibilitan distintas definiciones e intenta realizar una explicación de la manera en que se incorporan ciertas conductas a lo largo del desarrollo humano.

De acuerdo con Lagos et al., (2020), existió un método creado de manera conjunta entre Beck y Ellis el cual permite a la persona hacer una reestructuración de su pensamiento a través del raciocinio, su perspectiva, en donde existe un vínculo cercano de colaboración entre terapeuta y paciente siendo el quien cumple el rol de mayor actividad y de evaluación sobre sus pensamientos disfuncionales para llevar a cabo la reestructuración.

En este tipo de programas se desarrollan actividades terapéuticas de tipo psicológico siguiendo principios relacionados a la psicología del aprendizaje en sus inicios, luego fueron acoplando fundamentos de la psicología científica, que hoy en día, busca ser el punto de referencia de mayor fuerza, se caracteriza por hacer uso de técnicas y procedimientos que se sustentan en lo experimental, así como en procesos usados cuyo origen se da en la experiencia a nivel clínico como técnicas paradójicas, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, entre otras (Márquez et al., 2020). Otra de las particularidades es que tiene como objeto del tratamiento a la conducta de manera conjunta con los procesos que le subyacen como cognitivo, emocional y fisiológico, considerándola como una actividad que puede medirse y evaluarse así sea de manera indirecta, proponiendo como objetivo principal el cambio en cada proceso mencionado, cambiando y suprimiendo los comportamientos desadaptados y enseñando conductas adaptadas en caso no sean generadas.

Dentro de las técnicas que utiliza encontramos las cognitivas, las cuales permiten que los pacientes tengan la posibilidad de realizar la reorganización de su estructura a este nivel, consiguiéndolo a través de la identificación hecha respecto de pensamientos ilógicos, además de comprender las normas que se plantean para la organización de la realidad que mantienen dichas cogniciones (Beck, 1983, citado en Lagos et al., 2020).

Encontramos técnicas conductuales, de acuerdo con García, et al. (2018), gran parte de las técnicas están enmarcadas en el conjunto cotidiano de la terapia conductual, aun cuando el objetivo final que se intenta alcanzar con estas tareas es diferente. Mientras que para las técnicas conductuales el cambio debe darse en la conducta entendida como tal, para las técnicas cognitivas son un nexo para lograr la modificación en los pensamientos del paciente, esto es el objetivo esencial de la terapia cognitiva.

Las técnicas emotivas también tienen lugar en este tipo de programas, según Ruiz et al. (2013), las cuales son utilizadas en el inicio de las sesiones, en este punto se realiza el entrenamiento del paciente para que las desarrolle o ejecute en su entorno habitual, al sentir que la emoción desborda sus posibilidades y requiere ejercer un control sobre ella, evitando así las manifestaciones conductuales, cognitivas y fisiológicas.

2.3.Marco Conceptual

Afrontamiento

Es el conjunto de esfuerzos a nivel cognitivo y conductual que se llevan a cabo para el manejo de situaciones las cuales se valoran como una amenaza o estrés.

Cognitivo Conductual

Es un término que hace referencia a la convergencia de procesos involucrados a la manera de pensar (cognitivo) y la forma de actuar (conductual), entendiéndolo como una combinación permanente.

Conducta

Se llama conducta a cada concepto desarrollado por autores como Ellis y Beck, denominándolo una manera del pensamiento, de tipo irracional, automático y repetitivo (Ontoria, 2018), está influenciada por un conjunto de supuestos y creencias, facilitadores de la aparición de patrones y equivocaciones en la manera de procesar la información.

Cuidador

Se denomina de esta forma a la persona encargada de atender los requerimientos físicos y afectivos de un paciente, con el cual suele tener un parentesco.

Dinámica

La dinámica comprende las diferentes situaciones que están presentes en cualquier constructo y la forma en que se lleva a cabo, qué puntos se vinculan y qué forma para alcanzar determinado resultado.

Estrategia

La estrategia es la identificación de metas y objetivos planteados bajo un modelo específico compuesta por actividades cuyos efectos son a corto y largo plazo, de igual forma se contemplan las acciones que se realizarán, los recursos empleados.

Estrés

Es un cúmulo de acciones que surgen como respuesta a nivel fisiológico para preparar al organismo a realizar actividades, las cuales se necesitan para sobrevivir.

Proceso

Se llama proceso a una serie de tareas organizadas que requiere la participación de una determinada cantidad de personas, que harán uso de ciertos recursos disponibles, para lograr un objetivo específico.

Proceso Cognitivo Conductual

Se denomina proceso cognitivo-conductual a las acciones diseñadas para obtener un fin, siguiendo los principios basados en el pensamiento y la conducta.

Programa Cognitivo Conductual

Es una técnica usada en psicoterapia compuesta por actividades estructuradas de manera progresiva y concatenada, tomando como base conceptos de la teoría cognitivo-conductual cuyo objetivo es modificar conductas a partir del cambio de pensamientos.

III. MÉTODO

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

Por su objetivo: Se considera como una investigación de tipo aplicada, pues buscó generar solución a un determinado problema a través de la ejecución de actividades o estrategias de manera directa en un grupo de personas (Hernández et al., 2014).

El diseño de investigación se consideró de acuerdo:

Por profundización en el objeto: Es explicativa debido a que tiene relación causal, pues no sólo intentó realizar una descripción o aproximación del problema, sino encontrar cuáles son las causas del mismo (Hernández et al., 2014).

Por el tipo de datos empleados: Se consideró mixta, debido a que en su proceso recolectó, analizó y facilitó datos cuantitativos y cualitativos (Hernández et al., 2014), obteniendo mayor precisión en los resultados.

Por el grado de manipulación de las variables: Es pre experimental ya que se centró en la identificación del nexo o relación que existe entre la variable independiente que en este caso es el programa cognitivo-conductual respecto de la variable dependiente que es el afrontamiento del estrés, partiendo de un pre test para identificar la magnitud de la variable y un post test que permitió corroborar la eficacia del programa cognitivo conductual (Hernández et al., 2014).

Por el tipo de inferencia: Es hipotética-deductiva, ya que a raíz de una problemática identificada se asumió una hipótesis o planteamiento respecto a los resultados obtenidos (Hernández y Mendoza, 2018).

Por el periodo en que se realizó: Está enmarcada dentro del tipo de investigación transversal, pues identificó los niveles de una determinada problemática de una muestra en un tiempo específico (Hernandez y Mendoza, 2018).

3.2. Variables, Operacionalización

Variable independiente: Programa cognitivo conductual.

Variable dependiente: Afrontamiento del estrés.

La tabla de operacionalización se detalla en el Anexo 01.

3.3. Población, muestreo y muestra

Población: La población estuvo conformada por los cuidadores de usuarios con esquizofrenia del centro de salud mental comunitario NAYLAMP de Lambayeque, con un

total de 20 participantes mayores de 18 años, de ambos géneros, además de 4 profesionales de la salud mental que forman parte del establecimiento.

Muestra: Estuvo compuesta por los cuidadores de usuarios del centro de salud mental comunitario NAYLAMP de Lambayeque seleccionados mediante el muestreo de tipo no probabilístico, el cual de acuerdo a Hernández et al (2018) “se caracteriza por que el investigador hace la selección de participantes tomando como referencia criterios subjetivos en vez de realizar una selección aleatoria o al azar”, para este caso se consideraron los criterios descritos a continuación:

Criterios de Inclusión:

- Cuidadores de usuarios con esquizofrenia que acudieron al centro de salud mental comunitario NAYLAMP en el periodo enero – julio de 2022.

Criterios de Exclusión:

- Cuidadores que no desearon participar de manera voluntaria del estudio.
- Cuidadores que no respondieron adecuadamente el instrumento de evaluación.

Finalmente, se contó con una muestra total de 20 usuarios y 4 profesionales del centro de salud mental comunitario NAYLAMP.

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

Se tuvo en consideración la encuesta para recopilar la información de la muestra en relación a la variable dependiente, el análisis documental para analizar, sistematizar y describir la información encontrada en diferentes contextos tanto internacional, nacional y local, la entrevista utilizada en el diálogo que se tuvo con cada uno de los participantes, el juicio de expertos para validar el programa cognitivo conductual y también la evaluación psicométrica (Orellana, 2006).

Métodos teóricos

- Análisis – síntesis: Se emplea en las teorías relacionadas al tema para llevar a cabo la descripción del proceso cognitivo conductual.
- Abstracto - concreto: Se entiende como la reducción del contexto de cada uno de los aspectos teórico que conforman el proceso cognitivo conductual.
- Histórico-lógico: Usado para realizar la determinación de tendencias históricas de la teoría estudiada, para este caso, el proceso cognitivo conductual y su dinámica.

Métodos empíricos

Observación directa: Este método es el que da inicio a todo el proceso de investigación, desde la detección hasta el momento de la interacción con los cuidadores que integran la muestra de estudio.

Instrumento: Se logró aplicar el instrumento con la finalidad de identificar la caracterización del proceso cognitivo conductual, en este caso, se hizo uso del “Inventario de Afrontamiento al Estrés” de Brief, cuyo autor es Carver (1997) y fue adaptado en Perú en el año 2018, tiene por objetivo evaluar el uso de estrategias de afrontamiento al estrés en adultos, su procedencia es de Estados Unidos, puede aplicarse de manera individual o colectiva, con una duración aproximada de 15 a 20 minutos para su desarrollo.

Contiene tres dimensiones, cada una de las preguntas tiene el tipo de respuesta Likert: Nunca lo hago (0 puntos), hago esto un poco (1 punto), A veces hago esto (2 puntos), hago bastante esto (3 puntos) y siempre lo hago (4 puntos).

Respecto a la validez del instrumento de medición, se tuvo en cuenta el criterio de jueces, el cual permitió determinar la validez del contenido del instrumento y cada uno de los ítems de acuerdo al objetivo de la investigación.

3.5.Procedimientos de análisis de datos

En primer lugar, se llevó cabo la aplicación del instrumento en los participantes, se ubicaron los puntajes marcados en un archivo de Excel, el cual tuvo la configuración necesaria para obtener puntajes por dimensiones siguiendo estrictamente las normas de calificación del test, luego se elaboraron las tablas y figuras que comprendían los resultados, los cuales permitieron contrastar la hipótesis planteada.

Para todo este proceso se hizo uso de dos programas por computadora, el primero es Microsoft Excel 2016 y el otro es el paquete estadístico SPSS, en su versión 25 en español.

3.6.Criterios éticos

En el año 1979 se suscribe el informe Belmont en donde se describen y unifican aspectos éticos de distintos informes emitidos por la Comisión Nacional y los diferentes ajustes que conforman sus sugerencias (Informe Belmont, 2003).

De este informe se desprenden tres aspectos esenciales, concernientes a la ética, para el uso de personas en cualquier investigación, los cuales son:

- El respeto por las personas, evidenciado mediante la protección de cada participante, tratándolos cortésmente, respetándolos en todo momento, además de haberles informado todo lo vinculado con la investigación mediante el consentimiento informado.
- Beneficencia, aumentando el número de aspectos favorables para la realización del proyecto y al mismo tiempo percatándose de evitar la aparición de riesgos para cada integrante.
- Justicia, al utilizar procesos que se ajustan a la lógica y razón, buscando de manera eficiente que existan consecuencias positivas a lo largo del proceso investigativo.

3.7. Criterios de Rigor científico

Este estudio sigue los lineamientos y aspectos de rigor científico descritos por Lincoln y Guba (1985), que resaltan la importancia de la confiabilidad de toda investigación, de esta forma tenga un valor relevante, eso incluye determinar:

Credibilidad: Hace referencia a la forma en que los hallazgos del estudio son reales tanto para los participantes.

Transferibilidad: Denominado también aplicabilidad, hace referencia a la posibilidad de hacer una extensión de los hallazgos a otros contextos con muestras de características similares.

Confiabilidad: Se refiere al nivel de seguridad o también confianza con que los resultados encontrados en la investigación se aceptan, para lo cual se basa en procesos objetivos para la ejecución de cada fase.

Confirmabilidad: Se le denomina también auditabilidad, que implica el registro y documentación total de lo que el investigador ha utilizado a lo largo de su estudio para llegar a los resultados finales, de forma que se pueda identificar el camino recorrido (Suarez, 2006).

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados de pre y pos test

Se determinó el diagnóstico del estado actual de afrontamiento al estrés en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia de un Centro de Salud Mental Comunitario, Lambayeque a través del inventario de afrontamiento al estrés aplicado a 20 participantes y a fines de triangular la información se solicitó la colaboración de 4 profesionales de la salud mental para dar respuesta en relación con lo observado en la muestra.

Tabla 2

Análisis descriptivo de los resultados del pre test en afrontamiento del estrés

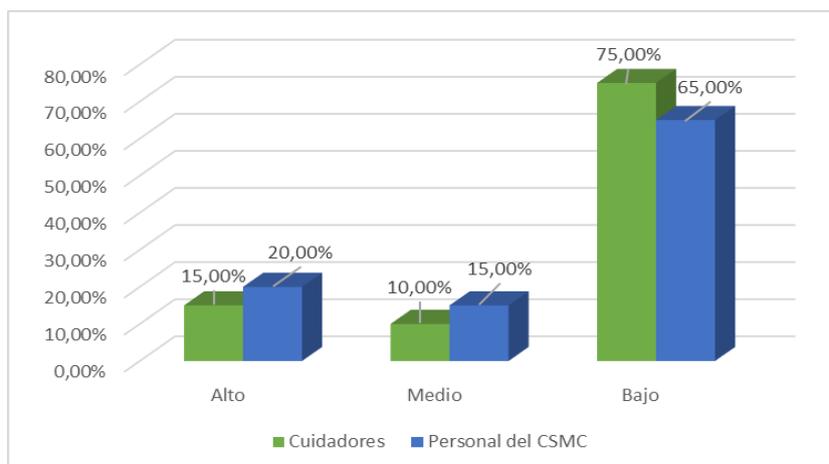
	Cuidadores		Personal del CSMC	
	N	%	N	%
Alto	3	15.0	4	20.0
Medio	2	10.0	3	15.0
Bajo	15	75.0	13	65.0
Total	20	100.00%	20	100.00%

Nota: Información obtenida del cuestionario de afrontamiento del estrés

En la Tabla 2 se aprecian los resultados de la evaluación de afrontamiento al estrés, encontrando que el 75% de cuidadores refleja nivel bajo de afrontamiento, el 10% nivel medio y el 15% nivel alto. Además, en cuanto a los datos recabados en el personal de salud sobre los cuidadores, se ubica a un 65% en nivel bajo, 15% en nivel medio y 20% en nivel alto.

Figura 1

Análisis descriptivo de los resultados del pre test en afrontamiento del estrés



Nota: Información obtenida del cuestionario de afrontamiento del estrés

Tabla 3

Análisis descriptivo de los resultados del pre test en las dimensiones de afrontamiento del estrés

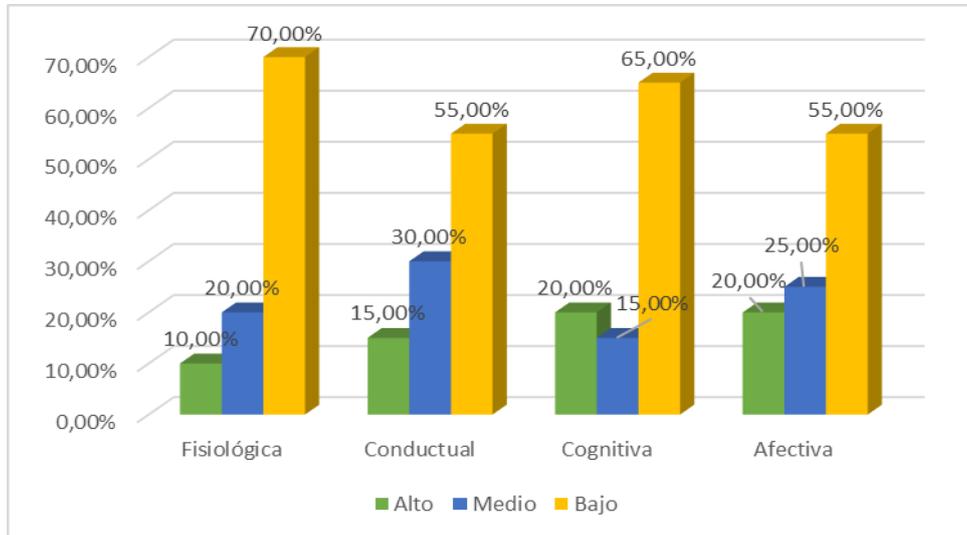
Dimensiones	Cuidadores						Personal del CSMC					
	Alto		Medio		Bajo		Alto		Medio		Bajo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fisiológica	2	10%	4	20%	14	70%	3	15%	3	15%	14	70%
Conductual	3	15%	6	30%	11	55%	2	10%	5	25%	13	65%
Cognitiva	4	20%	3	15%	13	65%	3	15%	6	30%	11	55%
Afectiva	4	20%	5	25%	11	55%	2	10%	7	35%	11	55%

Nota: Información obtenida del cuestionario de afrontamiento del estrés

En la Tabla 3 se aprecian los resultados de la evaluación de las dimensiones de afrontamiento al estrés, de los cuidadores se encuentran en nivel bajo el 70% en la dimensión fisiológica, el 55% en la dimensión, el 65% en la dimensión cognitiva y 55% en la dimensión afectiva; respecto a lo observado por el personal del CSMC se encuentran en nivel bajo, el 70% en la dimensión fisiológica, 65% en la dimensión conductual, 55% en la dimensión cognitiva y 55% en la dimensión afectiva.

Figura 2

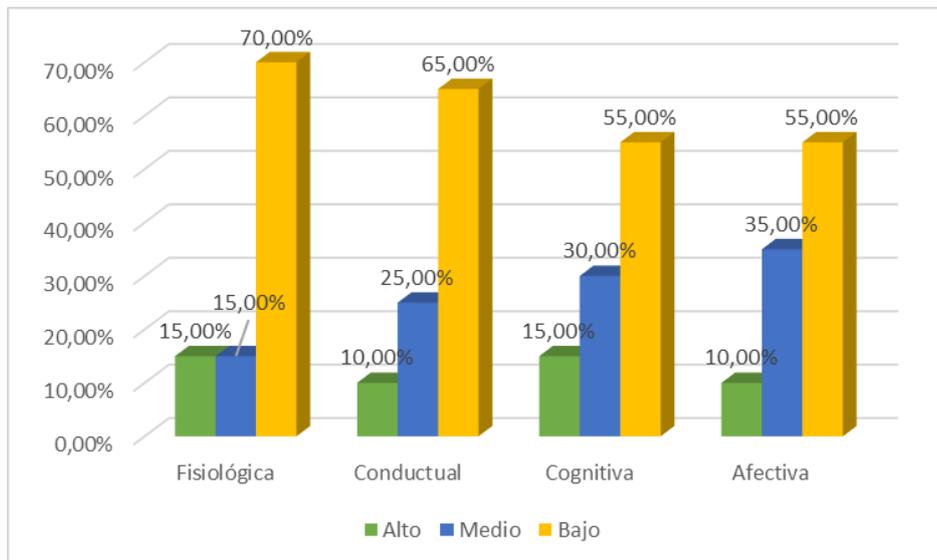
Análisis descriptivo de los resultados del pre test de los cuidadores, en las dimensiones de afrontamiento del estrés



Nota: Información obtenida del cuestionario de afrontamiento del estrés

Figura 3

Análisis descriptivo de los resultados del pre test del personal del CSMC, en las dimensiones de afrontamiento del estrés



Nota: Información obtenida del cuestionario de afrontamiento del estrés

Tabla 4

Análisis descriptivo de los resultados del pos test en afrontamiento del estrés

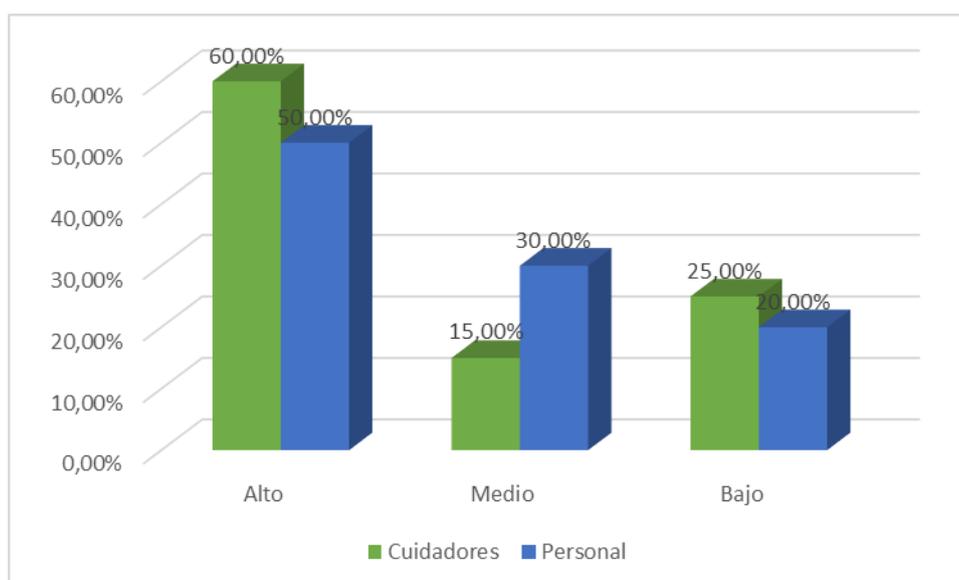
	Cuidadores		Personal del CSMC	
	N	%	N	%
Alto	12	60.00%	10	50.00%
Medio	3	15.00%	6	30.00%
Bajo	5	25.00%	4	20.00%
Total	20	100.00%	20	100.00%

Nota: Información obtenida del cuestionario de afrontamiento del estrés

En la Tabla 4 se aprecian los resultados de la evaluación de afrontamiento al estrés, encontrando que 60% de cuidadores refleja nivel alto de afrontamiento, 25% nivel bajo y 15% nivel medio. Además, en cuanto a los datos recabados en el personal de salud sobre los cuidadores, refieren a un 50% en nivel alto, 30% en nivel medio y 20% en nivel bajo.

Figura 4

Análisis descriptivo de los resultados del pos test en afrontamiento del estrés



Nota: Información obtenida del cuestionario de afrontamiento del estrés

Tabla 5

Análisis descriptivo de los resultados del pos test en las dimensiones de afrontamiento del estrés

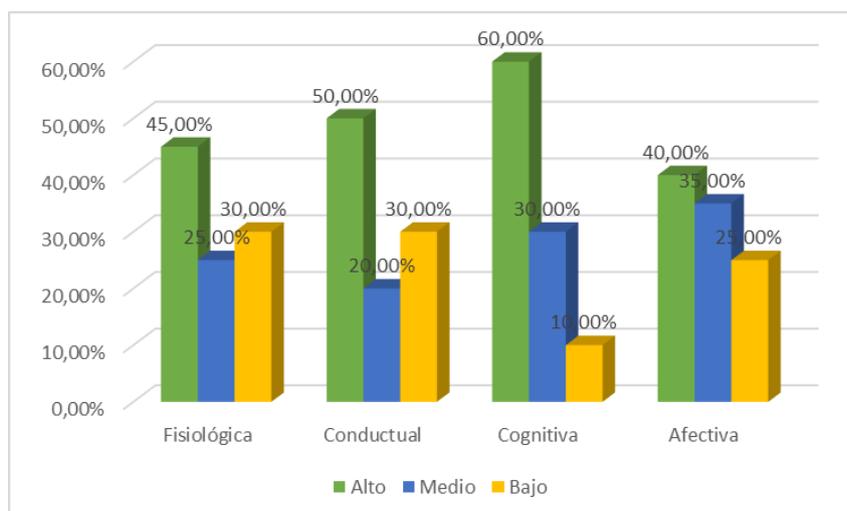
Dimensiones	Cuidadores						Personal del CSMC					
	Alto		Medio		Bajo		Alto		Medio		Bajo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fisiológica	9	45,0	5	25,0	6	30,0	9	45,0	7	35,0	4	20,0
Conductual	10	50,0	4	20,0	6	30,0	14	70,0	4	20,0	2	10,0
Cognitiva	12	60,0	6	30,0	2	10,0	11	55,0	6	30,0	3	15,0
Afectiva	8	40,0	7	35,0	5	25,0	10	50,0	6	30,0	4	20,0

Nota: Información obtenida del cuestionario de afrontamiento del estrés

En la Tabla 5 se aprecian los resultados de la evaluación de las dimensiones de afrontamiento al estrés, de los cuidadores se encuentran en nivel alto el 45% en la dimensión fisiológica, el 50% en la dimensión conductual, el 60% en la dimensión cognitiva y 40% en la dimensión afectiva; respecto a lo observado por el personal del CSMC se encuentran en nivel alto, el 45% en la dimensión fisiológica, 70% en la dimensión conductual, 55% en la dimensión cognitiva y 50% en la dimensión afectiva.

Figura 5

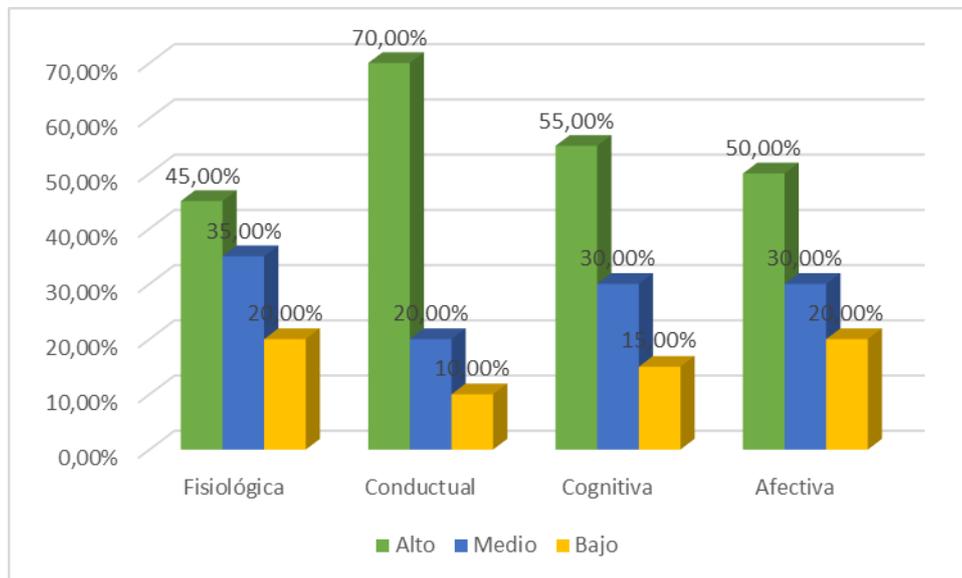
Análisis descriptivo de los resultados del pos test de los cuidadores, en las dimensiones de afrontamiento del estrés



Nota: Información obtenida del cuestionario de afrontamiento del estrés

Figura 6

Análisis descriptivo de los resultados del pos test del personal del CSMC, en las dimensiones de afrontamiento del estrés



Nota: Información obtenida del cuestionario de afrontamiento del estrés

4.2. Contraste de hipótesis

Hipótesis: Si se aplica un programa cognitivo conductual, que tenga en cuenta la relación entre la dimensión contextual responsable y la dimensión sistematizadora integral, entonces se contribuye al afrontamiento al estrés en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia de un Centro de Salud Mental Comunitario, Lambayeque este disminuirá.

Para seleccionar el estadístico a utilizar se realizó la prueba de normalidad a fin de identificar la distribución de los datos.

Tabla 7.*Prueba de normalidad*

	Shapiro - Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Afrontamiento al estrés (pre test)	,794	20	,003
Afrontamiento al estrés (pos test)	,823	20	,004

Fuente: Información obtenida del cuestionario de afrontamiento del estrés

El valor de significancia es menor a ,05 tanto para los datos del pre test (,003) como del pos test (,004), por tanto, se concluye que los datos no presentan una distribución normal, debido a este resultado se determina el uso de la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas.

Tabla 8.*Prueba de hipótesis con Wilcoxon*

Hipótesis	Prueba	Sig.	Decisión
La mediana de las diferencias entre los valores del pre y pos test es igual a 0	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	,001	Se acepta la hipótesis

Fuente: Información obtenida del cuestionario de afrontamiento del estrés

De acuerdo a lo encontrado con la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas, se acepta la hipótesis, dado que es evidente la diferencia entre los datos previos y posteriores a la aplicación del programa, lo que confirma la eficiencia de la propuesta.

V. DISCUSIÓN

Luego de realizar el análisis estadístico se identificó que existen 15 cuidadores en nivel bajo que representan al 75% del total, así mismo se ubica a 2 personas en nivel medio que representan al 10% del total y 3 cuidadores en nivel alto que equivale al 15%, esto quiere decir que la mayoría de participantes no hace uso de estrategias cognitivo-conductuales de afrontamiento, por lo tanto, la presencia de estrés es mayor, ocasionada por deficiente psicoeducación recibida en torno a los cuidados en este tipo de pacientes, así como un insuficiente manejo de herramientas para poder sobrellevar situaciones emergentes que signifiquen un inconveniente en el momento, que lejos de convertirse en un reto para hallar los recursos necesarios y superarlo, pasan a ser factores de riesgo de síntomas estresantes.

Al hallar estos valores, se identifica que suelen experimentar sensación de desesperanza frente a la enfermedad de su paciente, pueden sentirse abrumados por la complejidad del contexto, la falta de control sobre los síntomas, así como del curso de la enfermedad, pudiendo llevar a que disminuya su capacidad para encontrar soluciones prácticas y efectivas al hacer frente a los desafíos diarios asociados con el cuidado del paciente, este panorama resulta complicado para los usuarios, pues debido a las condiciones y características de los pacientes que tienen bajo su cuidado, limita la posibilidad de poner en práctica respuestas adecuadas frente a situaciones nuevas que representen una exigencia mayor en su desempeño y estabilidad emocional al no conocer de estrategias favorables y útiles que contribuyan en su afrontamiento al estrés, por tanto, impide que incorporen aprendizajes significativos de cada situación, por el contrario, sería un cúmulo de cosas que se van a convertir en un factor de riesgo (Logroño y Cercas, 2018).

Tal como refiere Ríos (2018), la salud mental se manifiesta como uno de los aspectos esenciales que afectan a los cuidadores, suelen sentir que no tienen la capacidad de hacer frente a estas funciones, esto generó el término "paciente oculto" o "desconocido" que requiere de atención, evaluación y diagnóstico, además de abordajes inmediatos, con la finalidad de poner en evidencia las dificultades del cuidador que pasa por momentos de agobio a causa de la exigencia, desencadenando en diferentes síntomas estresores. Al estar emocionalmente agotados la salud mental se ve afectada, es más probable que experimenten dificultades para brindar el apoyo y el cuidado necesario al paciente, por otro lado, cuando se encuentran más estables, pueden desempeñar un papel más efectivo y positivo en la vida del paciente, promoviendo su bienestar y mejorando la calidad de los cuidados que reciben.

Estos datos son similares a los vertidos por los profesionales de la salud al momento de triangular la información, indicando que el 65% presenta un nivel bajo, 15% nivel medio y 20% nivel alto, en concordancia con lo hallado por Palma (2021) cuyo estudio tuvo por objetivo realizar un análisis sobre cuánto incide las estrategias de afrontamiento en el estrés en cuidadores de adultos mayores, contando con un total de 31 participantes de un establecimiento de salud en Colombia, a quienes se aplicó la Escala de Sobrecarga del Cuidador (ZARIT) y la Escala Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M), encontrando que el 100% de participantes evidenciaron nivel bajo en estrategias de afrontamiento, es decir, que no presentaron los recursos necesarios para enfrentar situaciones adversas en el cumplimiento de sus funciones como cuidadores.

Por otra parte, los resultados difieren de lo hallado por Chen (2020) en su investigación cuyo objetivo fue conocer las estrategias de afrontamiento del estrés en cuidadores de adultos mayores de algunas casas hogar pertenecientes a la Ciudad de Panamá, encontrando que el 55.6% hace uso de la solución de problemas y centrarse en la búsqueda de soluciones como estrategias habituales, siendo las más adecuadas cuando se dan situaciones emergentes, pues contribuyen a un mejor desenvolvimiento. También se contrapone a lo encontrado por Guzmán y Toapanta (2018) quien desarrolló una investigación en Ecuador con la finalidad de encontrar la manera en que influyen las estrategias de afrontamiento y sobrecarga en cuidadores de pacientes con discapacidad cognitiva, contando con un total de 50 participantes de los cuales el 43% se inclina por la utilización de estrategias orientadas a resolver el problema.

Estos datos presentados en el diagnóstico generaron la identificación de indicadores deficientes que se convirtieron en una oportunidad para analizarlos a fondo en base a las teorías seleccionadas, contribuyendo en la elaboración de un programa para mejorar el afrontamiento al estrés, el mismo que mostró eficiencia al evidenciar diferencias significativas entre los porcentajes hallados en el pre test, como en el pos test, tanto en los cuidadores como en los profesionales del CSMC, este hallazgo coincide con lo encontrado por Grandi et al., (2019), quien pudo aplicar una estrategia basada en mindfulness orientada a la disminución de indicadores de estrés, en una muestra de cuidados de pacientes con demencia, demostrando la eficiencia de la propuesta. De acuerdo con Navarro (2018) la Teoría Cognitivo Conductual hace posible la comprensión de los diferentes casos que se presentan como complejos, al punto que los disgrega en partes mínimas para su recuperación.

Considerando las características y la forma en cómo se manifiesta el afrontamiento al estrés, la ejecución de un programa bajo el enfoque cognitivo-conductual es favorable pues desarrolla actividades terapéuticas de tipo psicológico siguiendo principios relacionados a la psicología del aprendizaje y la psicología científica, buscando ser el punto de referencia de mayor fuerza, cuya característica principal es hacer uso de técnicas y procedimientos que se sustentan en lo experimental, así como en procesos usados cuyo origen se da en la experiencia a nivel clínico como técnicas paradójicas, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, entre otras (Márquez et al., 2020). Otra de las particularidades es que tiene como objeto del tratamiento a la conducta de manera conjunta con los procesos que le subyacen como cognitivo, emocional y fisiológico, considerándola como una actividad que puede medirse y evaluarse así sea de manera indirecta, proponiendo como objetivo principal el cambio en cada proceso mencionado, cambiando y suprimiendo los comportamientos desadaptados y enseñando conductas adaptadas en caso no sean generadas (Lagos, 2020).

Tal como sugiere Urbano (2018), el enfoque cognitivo conductual se presenta como una opción dentro de un conjunto de intervenciones multidisciplinarias tras haber demostrado que es eficaz y eficiente en diversos tratamientos de corte psicológico, este modelo hace uso de una serie de técnicas articuladas, diferentes terapias y otros procesos que enmarcados en práctica favorecen el mejoramiento en calidad de vida de las personas, teniendo como base los principios expresados por Beck (2018) quien menciona se trata de un enfoque dinámico que plantea de forma cognitiva los problemas de paciente, a través de un nexo fortalecido con el encargado del programa, se intenta enfatizar que el paciente colabore y participe de manera activa, se encuentra orientado a objetivos y problemas puntuales, por otra parte se enfoca en la realidad del momento, tiene dirección educativa, muestra preocupación por realizar su trabajo en plazos determinados, así mismo las sesiones suelen tener una estructura.

El estrés alto en los cuidadores puede tener implicaciones en su vida social y sus relaciones personales. La dedicación constante al cuidado de la persona con esquizofrenia puede resultar en aislamiento social, ya que los cuidadores pueden tener menos tiempo y energía para participar en actividades sociales y mantener conexiones con amigos y familiares. Esto puede provocar sentimientos de soledad y aislamiento, lo que a su vez agrava el estrés y la carga emocional que experimentan. Otra consecuencia del estrés elevado en los cuidadores de personas con esquizofrenia es el riesgo de agotamiento o "burnout". El

agotamiento se caracteriza por la sensación de estar abrumado, emocionalmente agotado y despersonalizado. Los cuidadores pueden sentir que han perdido su propia identidad y que su vida se ha centrado exclusivamente en el cuidado de la persona con esquizofrenia. Esto puede llevar a un declive en la calidad del cuidado que brindan y afectar negativamente su bienestar general.

Estos cuidadores se enfrentan a desafíos constantes debido a las demandas emocionales, físicas y sociales asociadas con el cuidado de un ser querido con esta enfermedad mental. El impacto del estrés en los cuidadores puede manifestarse de diversas formas y afectar tanto su bienestar emocional como su salud física. Una de las consecuencias del estrés elevado en los cuidadores de personas con esquizofrenia es el deterioro de la salud mental. El constante desgaste emocional, la preocupación constante por el bienestar del ser querido y la sobrecarga de responsabilidades pueden dar lugar a síntomas de ansiedad y depresión. Estos cuidadores pueden experimentar altos niveles de preocupación, irritabilidad, tristeza y agotamiento emocional, lo que puede afectar su calidad de vida y su capacidad para desempeñar su rol de manera efectiva.

Es importante resaltar que los valores obtenidos están en relación a las actividades que llevan a cabo los cuidadores familiares dado que exige un nivel más alto de responsabilidad, utilización de recursos, habilidades que a su vez van a representar un conjunto de factores estresantes generadores de malestares manifestados a nivel fisiológico, psicológico y físico, no solamente en los cuidadores principales sino también en quienes están vinculados de alguna u otra manera con el paciente, tal como señala Miranda (2017), hay otros factores que también intervienen como el económico, la dinámica familiar, la fortaleza intrapersonal, la posibilidad de actuar bajo presión y tolerar excesivas cargas en cortos periodos.

Como parte de la búsqueda de soluciones, se elaboró un programa cognitivo-conductual a partir de fundamentos como la redefinición de los pensamientos que generan las conductas y la manera en que se interconectan; además, llevar a cabo la clarificación de las expectativas en relación al planteamiento y características del programa, a fin de generar el establecimiento de un contacto bidireccional; la evaluación, que consiste en realizar una examinación detallada del caso mediante el uso de la entrevista, la observación psicológica, el registro anecdótico, pruebas psicológicas estandarizadas, que al integrarse generan la formulación de una hipótesis referente a los problemas que expresan los participantes, todo esto conllevó a la intervención mediante la aplicación del programa en su totalidad (Puerta y Padilla, 2021).

La relevancia de un programa cognitivo-conductual para mejorar el manejo del estrés es indiscutible, este enfoque terapéutico es respaldado por numerosos estudios científicos, se centra en la conexión entre los pensamientos, las emociones y los comportamientos, y brinda herramientas eficaces para abordar y superar el estrés de manera efectiva, al adaptar los patrones de pensamiento negativos y las respuestas conductuales inadecuadas, las personas pueden fortalecer sus habilidades de afrontamiento y mejorar su calidad de vida. En primer lugar, el programa cognitivo-conductual ayuda a las personas a identificar y cuestionar sus pensamientos automáticos negativos relacionados con el estrés, los que pueden generar una respuesta emocional exagerada y agravar el estrés percibido. Una vez que logran aprender a reconocer y desafiar estos patrones de pensamiento negativos, los individuos pueden modificar su perspectiva y adoptar una actitud más realista y positiva hacia las situaciones estresantes.

Dicha aplicación consideró determinados aspectos que el profesional de salud mental debe tener en cuenta al hacer uso de este tipo de enfoques, como generar un clima cómodo, positivo, de confianza en la relación entre el terapeuta y el cliente; llevar a cabo la exploración y evaluación de las dificultades que manifiesta el paciente; concretar la identificación de complicaciones puntuales o específicas hacia donde apuntará, de manera disgregada, la labor terapéutica; establecer objetivos coherentes, factibles, que guarden relación directa con el tenor de la problemática, para ello, se requiere de capacidades de abordaje en el psicoterapeuta (Aviles et al., 2022).

Frente a esta realidad, es importante destacar la importancia de la salud mental y el aporte que se genera a partir de un diagnóstico situacional adecuado que conlleva a la elaboración de estrategias fundamentadas teóricamente que sean una herramienta para favorecer a la mejora de cualquier problemática identificada en una población, implementándola de acuerdo a las condiciones y posibilidades de las personas, pero sin perder la esencia de los objetivos principales, de esta forma, se pueda replicar resultados positivos en otros contextos.

VI. APOORTE PRÁCTICO

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL AFRONTAMIENTO AL ESTRES EN CUIDADORES DE USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA

La presente aplicación del programa cognitivo conductual resulta importante para incrementar el afrontamiento al estrés, lo cual se ha identificado como limitado en la muestra hallada descrita mediante características tales como falta de energía o agotamiento, dolores físicos como contracturas en el cuello y dolor de cabeza; irritabilidad; diarrea o estreñimiento; preocupación frecuente; problemas de concentración y memoria; tristeza; incertidumbre; pensamientos irracionales que se presentan en situaciones que para ellos son estresantes y poca tolerancia a la frustración ante posibles eventos estresantes; por tanto, la contribución de este programa es significativo para mejorar su bienestar integral media el cambio a nivel cognitivo, emocional y conductual.

La terapia cognitivo conductual intenta comprender los procesos habituales a nivel cognitivos que suceden dentro de la modificación de conductas, partiendo de las leyes de aprendizaje se trata a las creencias, pensamientos, esquemas y otros factores (González, 2010), por otro lado, facilita el cambio de pensamientos y por ende el cambio de conductas que tienen la posibilidad de contribuir a sentirse mejor; diferenciándola de otras terapias, puesto que está centrada en dificultades actuales, lejos de enfocarse en las causas que le generan los síntomas, intenta encontrar optimizar el estado de ánimo presente (Zelada, 2016).

Hoy en día es una de las mejores terapias de intervención, principalmente por su cuantiosa producción de estudios a nivel de psicoterapia y desarrollo de programas, en los cuales, ha demostrado ser eficaz comparándolos con otros enfoques, no obstante, se han identificado situaciones donde la respuesta de los pacientes no es la esperada, por tanto, el nivel de eficacia de cualquier intervención en TCC tendrá que ver de manera muy estrecha con el diagnóstico oportuno del evaluador para realizar un acercamiento gradual con el paciente (Paredes-Rivera, 2016).

Tras lo expuesto y la identificación insuficientes programas en nuestra realidad, de orientación práctica, didáctica y metodológica en el proceso cognitivo conductual que generan un inadecuado afrontamiento al estrés, representa una contribución metodológica para otros establecimientos que tengan interés por realizar intervenciones con cuidadores para potenciar o mejorar. Por último, se presentan técnicas que se desprenden del enfoque cognitivo conductual, cuya eficiencia ha sido corroborada en investigaciones similares realizadas a nivel nacional e internacional.

6.1. Fundamentación del aporte práctico

El estrés es un aspecto que puede encontrarse en todos los niveles de nuestra sociedad, como consecuencia del vertiginoso ritmo que se vive y que propicia la aparición de presión bajo cualquier contexto, incrementando de forma notoria y llamativa la cantidad de estresores psicológicos en el ámbito laboral y familiar (Orgambidez et al, 2015), como sociedad estamos ante la presencia de expresiones en distintas realidades, una de ellas es el contexto de la salud, corroborado en varias investigaciones que han logrado identificar que una de las actividades que genera mayor estrés es la atención a pacientes que requieren cuidados especiales.

La Teoría Cognitivo Conductual hace posible la comprensión de los diferentes casos que se presentan como complejos, al punto que los disgrega en partes mínimas para su recuperación, Navarro (2018) concluye que “de esta forma el paciente consigue descubrir haciendo uso de sus recursos, la manera en que las partes de un todo se concatenan de manera recíproca y de qué manera repercuten en ella, mediante el desencadenamiento de pensamientos, expresiones emocionales, sensaciones a nivel físico y comportamientos con incidencia en otros ámbitos personales”.

De acuerdo con lo descrito por otros autores, el enfoque cognitivo conductual se presenta como una opción dentro de un conjunto de intervenciones multidisciplinarias tras haber demostrado que es eficaz y eficiente en diversos tratamientos de corte psicológico (Infocop, 2017). Este modelo utiliza una serie de técnicas articuladas, diferentes terapias y otros procesos que enmarcados en práctica favorecen el mejoramiento en calidad de vida de las personas. Como terapia, Urbano (2019) concluye que “resulta eficiente al aplicarse de manera clínica, y además por tener como una de sus características ser auto evaluador a lo largo del abordaje y encontrar fundamento teórico válido”.

En este tipo de programas se desarrollan actividades terapéuticas de tipo psicológico siguiendo principios relacionados a la psicología del aprendizaje en sus inicios, luego fueron acoplado fundamentos de la psicología científica, que hoy en día, busca ser el punto de referencia de mayor fuerza, se caracteriza por hacer uso de técnicas y procedimientos que se sustentan en lo experimental, así como en procesos usados cuyo origen se da en la experiencia a nivel clínico como técnicas paradójicas, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, entre otras. Otra de las particularidades es que tiene como objeto del tratamiento a la conducta de manera conjunta con los procesos que le subyacen como cognitivo, emocional y fisiológico, considerándola como una actividad que puede medirse y

evaluarse así sea de manera indirecta, proponiendo como objetivo principal el cambio en cada proceso mencionado, cambiando y suprimiendo los comportamientos desadaptados y enseñando conductas adaptadas en caso no sean generadas.

6.2. Construcción del aporte práctico

Al identificarse niveles bajos de afrontamiento al estrés y sus dimensiones en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia, así como de los colaboradores del Centro de Salud Mental Comunitario Naylamp-Lambayeque, se propuso el diseño de un programa cognitivo conductual que permita mejorar los indicadores asociados al ámbito fisiológico, cognitivo, conductual y afectivo, estructurándose de la siguiente manera:

Primera etapa diagnóstica

Segunda etapa, planteamiento de objetivo general

Tercera etapa, planeamiento estratégico

- Fases estratégicas

Cuarta etapa enfocada a la instrumentación

Quinta etapa, evaluativa.

Etapa I. Diagnóstico

- El programa cognitivo-conductual para optimizar el afrontamiento al estrés nace a raíz de una valoración diagnóstica realizada a partir de resultados empíricos encontrados a través de la aplicación de cuestionarios, tanto cuidadores como profesionales del CSMC, que contribuyeron a corroborar criterios deficientes relacionados al afrontamiento al estrés.

- El trabajo de investigación utilizó la información de 20 cuidadores de usuarios con esquizofrenia, a quienes se aplicó el cuestionario de afrontamiento al estrés con la finalidad de determinar la magnitud real del problema, no solo en la variable global sino en sus dimensiones, realizando la justificación del problema, indicando el estado actual del objeto, al que el presente programa intentará dar solución.

- Los profesionales del CSMC respondieron a una entrevista estructurada donde se conoció las expresiones observadas que reflejan escaso afrontamiento ante situaciones estresantes propias de su labor.

- El propósito es obtener información precisa para procesarla, dado que las actividades se orientan a conocer, prevenir y abordar de forma correcta las situaciones estresantes.

Dimensión 1: Fisiológica

- ✓ Deficiente análisis de las causas de los problemas para hacerle frente.
- ✓ Dificultades para solucionar un problema siguiendo un proceso.
- ✓ No establecen ningún plan de actuación, mucho menos lo ejecutan.
- ✓ Hacen frente al problema con escasos recursos y posibles soluciones.

Dimensión 2: Conductual

- ✓ Suelen pensar que las cosas pueden suceder peor.
- ✓ No intentan sacar algo positivo de las situaciones.
- ✓ No se centran en aspectos positivos del problema.
- ✓ Se conforman con lo que les ocurre.

Dimensión 3: Cognitiva

- ✓ No comentan con familiares ni amigos lo que sienten.
- ✓ No piden sugerencias sobre un problema que estén atravesando.
- ✓ Se enfocan en soluciones mágico-religiosas

Dimensión 4: Afectiva

- ✓ Suelen irritarse con otras personas cuando están pasando por un hecho estresante.
- ✓ Presentan comportamientos hostiles hacia los demás.
- ✓ No expresan lo que sienten.
- ✓ No pueden verbalizar las emociones causadas por los agentes estresores.

Etapa II: Objetivo General

Se determina el objetivo general del programa cognitivo conductual:

Sistematizar el proceso cognitivo conductual, a través del diagnóstico de síntomas fisiológicos, conductuales, cognitivos y afectivos para optimizar el afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Naylamp – Lambayeque.

Etapa III. Planeamiento estratégico

Atendiendo a los hallazgos encontrados en el diagnóstico, se integran las fases y actividades descritas a continuación:

Fases estratégicas

Responsable: Lic. Ps. Vanessa Alcántara López

Etapa 1: Contextualización del afrontamiento al estrés.

Objetivo general: Contextualizar el afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con Esquizofrenia.

Acciones:

Determinar las características del afrontamiento al estrés.

Determinar la manifestación de problemas a causa del afrontamiento al estrés.

Definir los indicadores del afrontamiento al estrés.

Primera fase: Cómo afrontar el estrés

Mencionar

Objetivo:

- Dar a conocer a las características del estrés y sus diferentes manifestaciones.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION
<p>Sesión 1</p> <p>Señalar los conceptos básicos del estrés y las diferentes situaciones en las que aparece.</p>	<p>Presentación:</p> <p>- Se lleva a cabo el encuadre, dando a conocer la presentación del programa y las características de las sesiones.</p> <p>Dinámica entrada (12 minutos)</p> <p>- Se dará a cada uno de los participantes una botella de plástico rota por la parte inferior, tendrán un espacio de dos minutos para pensar cómo utilizarla para que pueda volver a depositarse agua en su interior. Se pedirá voluntarios para que den sus ideas, de tal forma que se genere una lluvia de ideas, los demás tendrán la posibilidad de reforzar sus propuestas. Al finalizar, la facilitadora mencionará que ante una situación difícil que parece difícil se pudo encontrar diversas</p>

	<p>soluciones.</p> <p>* Pretest (8 minutos)</p> <p>- Se explica que dentro de las actividades del programa una de las principales es aplicar el pre –test.</p> <p>Marco teórico (10 minutos)</p> <p>Lluvia de ideas:</p> <p><i>¿Qué entendemos por estrés?, ¿Cómo se manifiesta el estrés?, ¿Qué ocurre en nosotros cuando aparece el estrés? ¿Es bueno el estrés?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición de estrés. - Características del estrés. - Tipos de estrés. - Funciones y consecuencias del estrés. <p>Actividad central (30 minutos)</p> <p>- La facilitado desarrollará algunas interrogantes a los cuidadores para conocer si ha pasado por algún suceso tenso en los últimos días o semanas: ¿Cómo está su paciente?; ¿Han existido momentos donde se le ha dificultado cuidarlo? Ante cada respuesta, brindará una ampliación correspondiente.</p> <p>- Los demás participantes que están escuchando pueden brindar sugerencias y entre todos dar una reflexión final de la situación, apoyados en lo que la facilitadora pueda indicar y moldear los comentarios de los demás.</p> <p>La facilitadora hará una lista general de las situaciones más comunes y las posibles soluciones seleccionadas a manera de consenso.</p> <p>Cierre (8 minutos)</p> <p>- Cada participante escribirá un compromiso para utilizar alguna de las soluciones identificadas en caso se encontrara en cualquier situación descrita dentro de la sesión y lo traerán consigo en cada sesión.</p>
--	---

Objetivo:

- Fortalecer capacidades básicas que hagan posible identificar las emociones y sus características, en los cuidadores.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION
<p>Sesión 2: Identificar la dinámica de las emociones</p>	<p>Presentación (5 minutos)</p> <p>Se saluda a cada participante agradeciendo por su participación, se indican algunas apreciaciones sobre la sesión anterior y se dan algunas indicaciones para la sesión en curso.</p> <p>Dinámica Entrada (12 minutos)</p> <p>- “El ovillo”</p> <p>Todos los participantes se ubican en el centro del salón formando un círculo, la facilitadora dará la siguiente consigna: <i>Quien tenga el ovillo de lana mencionará su nombre, edad y lo que más le gusta hacer, tendrán que tomar una parte de la lana y lanzar el ovillo de tal manera que se forme una especie de telaraña.</i></p> <p>Una vez terminada la dinámica, la facilitadora preguntará cómo se sintieron, qué les pareció.</p> <p>Desarrollo</p> <p>* Marco teórico (10 minutos)</p> <p>Lluvia de ideas:</p> <p><i>¿A qué llamamos emoción?, ¿Todos sentimos emociones?, ¿Las emociones están en nuestra vida siempre?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición de emoción. - Tipos de emociones. - Características de las emociones. <p>* Actividad central (20 minutos)</p> <p>- Se mostrará a cada participante una imagen con dos expresiones de emociones, se les pedirá que observen bien que expresiones reflejan en los rostros de las personas. Luego se pedirá que entre ellos busquen y se agrupen de acuerdo a la similitud de sus imágenes, formándose 3 grupos:</p>

	<p><i>Imágenes con expresiones alegres, imágenes con expresiones tristes, imágenes con ambas expresiones.</i></p> <p>- Se pedirá que entre ellos compartan y conversen sobre las expresiones que ven, respondiendo a las siguientes preguntas: <i>¿Qué pueden estar experimentando esas personas?, ¿Cuánto tiempo puede durar esas emociones?, ¿Puede contagiarse su emoción a las personas que están cerca?</i></p> <p>- Se solicitarán las respuestas por grupo, donde cada persona aportará algún comentario.</p> <p>- La facilitadora realizará un fortalecimiento a sus respuestas, brindando opiniones, sugerencias, contando algún caso y generando interacción ante la situación que pueda plantear.</p> <p>Cierre (5 minutos)</p> <p>- Se realiza una retroalimentación de la sesión, recordando la importancia de su compromiso con la participación, su asistencia y agradeciendo por la interacción expresada a lo largo de las actividades.</p>
--	---

Segunda fase: Conociendo el estrés

Objetivo:

- Señalar como pueden ocurrir las situaciones generadoras de estrés

ACTIVIDAD	DESCRIPCION
<p>Sesión 3</p> <p>Señalar como pueden ocurrir las situaciones generadoras de estrés</p>	<p>Dinámica entrada (12 minutos)</p> <p>La facilitadora realiza el saludo a cada participante y los invita a llevar a cabo la dinámica denominada: “Aprendiendo a Asociar”</p> <p>Se consiguen algunas frases o definiciones claves que son reconocidos por determinados grupos, pueden ser pensamientos, dificultades, carácter, entre otras.</p> <p>Se solicita que cada cuidador le encuentre asociación con otros términos similares; cada uno tendrá la posibilidad de manifestar en orden sus respuestas.</p>

	<p>Ejemplo:</p> <p>Si se elige la palabra: SENSACION</p> <p>Las palabras asociadas podrían ser: AGRADABLE, TEMIDA, ETC.</p> <p>La facilitadora anotará las asociaciones realizadas, y se debatirá grupalmente la posibilidad de incorporar otra palabra.</p> <p>Marco teórico (10 minutos)</p> <p>El profesional iniciará con la entrega de información sintetizada respecto a:</p> <p>¿Qué Es La Técnica ABC?</p> <p>COMPONENTES (A B C):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acontecimiento activador: 2. Creencias: 3. Consecuencias: <p>Actividad central (30 minutos)</p> <p>La facilitadora guiará un ejercicio donde se le indicará que debe pensar en un acontecimiento reciente que le haya generado estrés con su paciente, haciendo hincapié en que debe mencionar y reflexionar sobre la forma en que se sintió y lo que hizo.</p> <p>Lo central está en que orienten e identifiquen su pensamiento en un nivel de mayor análisis, diferente a lo visto en las sesiones anteriores donde solo se describieron las conductas y/o pensamientos más no acciones.</p> <p>Finalmente, se les hace entrega de dos formatos de autorregistro, el primero con el esquema ABC y el otro con el esquema ABCD.</p> <p>Cierre (8 minutos)</p> <p>Se realiza una retroalimentación de lo expuesto en la sesión, indicando las ventajas de la actividad realizada</p>
--	---

Sesión 04: Aprendiendo a evaluar y tomar decisiones

Objetivo:

- Reconocer la forma correcta de tomar decisiones ante un hecho estresante.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION
<p>Sesión 4</p> <p>Reconocer la forma correcta de tomar decisiones ante un hecho estresante.</p>	<p>Dinámica entrada (15 minutos)</p> <p>Se logra organizar a los participantes en grupos de 4 o 5 integrantes; luego se proyectará el video mostrado en este link https://www.youtube.com/watch?v=4sPD11PbjRk, en los mismos grupos que se ubicaron se resolverá la situación mostrada, además se procederá a evaluar el proceso para alcanzar esa decisión.</p> <p>Marco teórico</p> <p><i>¿Qué es la toma de decisiones?</i></p> <p><i>¿Cuál es el proceso?</i></p> <p><i>¿Qué tipo de decisiones solemos tomar?</i></p> <p><i>¿Qué características presenta la toma de decisiones?</i></p> <p>Actividad central (40 minutos)</p> <p>La facilitadora va a enseñar 8 afiches que contienen ciertas palabras (Recogida de información, Predefinición, Definir problema, Análisis de información, Alternativas para solución, Criterios de valoración, , Decisión, Valorar las alternativas); cada grupo recibirá alguna de ellas, de tal forma que den un concepto de cada una de ellas.</p> <p>Luego, la facilitadora dará la definición más cercana y correcta, señalando de forma práctica la implicancia de cada una de ellas; posteriormente ubicará en un lugar visible por todos cuál es la secuencia correcta del proceso para lograr una buena decisión; también se indicará a cada uno como se puede poner en práctica en escenarios reales.</p> <p>La facilitadora va a pedir a cada grupo que compartan un problema habitual en el cuidado de sus familiares, teniendo en cuenta los 8</p>

	<p>pasos descritos sobre la toma de decisiones. Luego, se debatirá si es lo correcto e indicará que otras opciones pueden evaluarse.</p> <p>Cierre (5 minutos)</p> <p>Se le indica que cada una exprese qué puntaje le da a su estado de ánimo actual y al estado de ánimo con el que llegaron antes de la sesión.</p> <p>Se agradece por su participación y se invita a continuar acudiendo a las posteriores.</p>
--	--

Etapa 2. Actuando ante el estrés

Objetivos: Reconocer las manifestaciones del estrés y el desempeño personal en ellas.

Acciones:

Determinar la forma en que ocurren las situaciones estresantes.

Determinar la toma de decisiones frente a situaciones estresantes.

Determinar la manera de modificar pensamientos emergentes ante el estrés.

Tercera fase: Asumiendo responsabilidades

Sesión 05: “Soy mi mayor responsabilidad”

Objetivo:

- Identificar y cuestionar pensamientos que contribuyen a asumir toda la responsabilidad del paciente

ACTIVIDAD	DESCRIPCION
<p>Sesión 5</p> <p>Identificar y cuestionar pensamientos que contribuyen a asumir toda la</p>	<p>Dinámica entrada (12 minutos)</p> <p>La facilitado comienza la sesión saludando y preguntando a los cuidadores en referencia a su labora con su paciente.</p> <p>1.- ¿Pide ayuda?</p> <p>2.- ¿Deja que alguien le brinde ayuda?</p> <p>Dicho esto, cada participante tiene la posibilidad de reflexionar sobre sus propias respuestas y la de los demás</p>

<p>responsabilidad del paciente</p>	<p>Se pedirá agruparse de a 4 personas, con la finalidad de hablar sobre sus propias experiencias a partir de esta pregunta: ¿Cómo es repartido el cuidado de su paciente?</p> <p>Marco teórico (10 minutos)</p> <p>Pedimos una lluvia de ideas</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es la responsabilidad? - ¿Qué sentimos cuando somos los únicos responsables de algo o alguien? - Ser responsable consigo mismo <p>Actividad central (30 minutos)</p> <p>La facilitadora entregará un anexo con preguntas, cada uno tendrá alrededor de 5 minutos para responder, luego se agruparán y compartirán/compararán lo que han descrito en el Pastel del cuidado. Se presentarán algunas ideas habituales, las cuales serán criticados de manera objetiva, con fundamento y posibles soluciones.</p> <p>Cierre (8 minutos)</p> <p>Se hace un resumen de la sesión y se colocará el audio del siguiente enlace: https://www.youtube.com/watch?v=Dfbb_x4RUYg</p> <p>Se pedirá a los participantes que cierren los ojos y se imagen estar en un campo, rodeados de naturaleza.</p> <p>La duración debe estar entre 3 y 4 minutos, luego puede realizar preguntas como: ¿qué sintieron? ¿imaginaron a alguien con ustedes?</p>
-------------------------------------	---

Sesión 06: “Me apoyo en las emociones”

Objetivo:

- Promover la importancia del apoyo emocional

ACTIVIDAD	DESCRIPCION
<p>Sesión 6</p> <p>Promover la importancia del apoyo emocional</p>	<p>Dinámica entrada (15 minutos)</p> <p>La facilitadora indicará la realización de la dinámica denominada LA MANTA EMOCIONAL</p> <ol style="list-style-type: none">1. Se extenderá en el piso donde cada participante va a colocar las notas escritas.2. La consigna es que imaginen que esa manta es el lugar donde van a colocar sus experiencias positivas que se vincule a una manta, la información que deberán incluir puede ser: ¿Dónde estabas?; ¿con quién?; ¿en qué tiempo?, etc.4. Posteriormente escribirán un resumen de la experiencia.5. Se elegirá al azar un papel y compartirá lo que está escrito, preguntando: ¿Por qué creen que escribió esto? ¿Qué les parece? ¿Alguien pasó algo similar? <p>Marco teórico (10 minutos)</p> <p>Lluvia de ideas:</p> <ul style="list-style-type: none">- ¿Qué es apoyo emocional?- Tipos de apoyo emocional- Porque es importantes el apoyo emocional <p>Actividad central (30 minutos)</p> <p>La facilitadora hará uso de la actividad llamada: “Pensando en lo positivo”</p> <ol style="list-style-type: none">1. Se solicita a los cuidadores ubicar en una posición relajada, sin tensiones y cómodos.

	<p>2. Deberán pensar en la ausencia de algo agradable para ellos, como algún familiar, alguna actividad.</p> <p>3. Se indicará que compartan lo que imaginaron ante dicha ausencia.</p> <p>4. Se reflexiona sobre la importancia y trascendencia de las cosas simples de la vida pero que no siempre las destacamos.</p> <p>Cierre (5 minutos)</p> <p>Se le indica que cada una exprese qué puntaje le da a su pensamiento inicial y con el pensamiento que sale de la sesión</p> <p>Se agradece por su participación y se invita a continuar acudiendo a las posteriores.</p>
--	---

Cuarta fase: Me preparo ante el estrés

Objetivo: Incorporar herramientas intrapersonales e interpersonales para consolidar una estructura emocional en el uso de herramientas para afrontar el estrés.

Sesión 07: “Subo mi autoestima”

Objetivo: Implementar estrategias necesarias para mejorar la autoestima.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION
<p>Sesión 7</p> <p>Implementar estrategias necesarias para mejorar la autoestima.</p>	<p>Dinámica entrada (15 minutos)</p> <p>Se ubicarán en círculo, la facilitadora luego de saludar a los participantes dará inicio a la dinámica “Usemos el Tacho”.</p> <p>1. Se mostrará un tacho de basura entregando a cada participante, un lapicero y varias hojas para que anoten.</p> <p>2. Les pedirá que describan diferentes circunstancias, noticias, emociones, etc., que pudieron generar perturbación en su bienestar, solamente de los últimos 10 días.</p> <p>3. Se ubica en una pizarra y se habla de cada una de ellas, al final se hace un gesto de despedida y se inserta imaginariamente en el tacho.</p> <p>Marco teórico (10 minutos)</p> <p>Lluvia de ideas:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es la autoestima? - ¿Qué niveles de autoestima existen? - ¿Cómo afecta la autoestima en mi vida? - ¿Necesito realmente la autoestima? <p>Actividad central (30 minutos)</p> <p>Se conversa con los cuidadores sobre sus sentimientos con las funciones que cumple y si en alguna ocasión ha tenido influencia en la manera de valorarse. Averiguar respecto de los contextos que ocasionan repercusiones en su apreciación.</p> <p>Hacerle preguntas sobre las actividades que realiza de mejor manera o en aquellas que destaca.</p> <p>Luego se trabaja con el anexo “Mejorando la autoestima”.</p> <p>Cierre (5 minutos)</p> <p>Se agradece por su participación y se invita a continuar acudiendo a las posteriores.</p> <p>Se sintetiza lo conseguido en la sesión, mediante la rueda de preguntas a los participantes si tienen algún comentario o sugerencia que dar.</p>
--	--

Sesión 08: “Aprendo a prevenir”

Objetivo: Revisar algunos escenarios y simular manifestaciones preventivas ante factores estresantes.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION
<p>Sesión 8</p> <p>Revisar algunos escenarios y simular manifestaciones preventivas ante</p>	<p>Dinámica entrada (15 minutos)</p> <p>La facilitadora mostrará imágenes de situaciones peligrosos que pueden ocurrir en el hogar, en el trabajo o en la calle. Cada cuidador tendrá que seleccionar la imagen de uno o dos objetos que se encontrarán en “la caja preventiva”.</p> <p>Conforme seleccionen los dibujos y los presenten, tendrán que describir su uso.</p>

factores estresantes.	<p>Marco teórico (10 minutos)</p> <p>Lluvia de ideas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo puedo evitar pensamientos irracionales? - ¿De qué forma puedo evitar situaciones estresantes? <p>Actividad central (30 minutos)</p> <p>La facilitadora formará grupos de 5 personas, los cuales se juntarán y tendrán que generar las situaciones de estrés propuestas, cada grupo indicará la mayor cantidad de opciones que pudieron realizarse para evitar tal suceso.</p> <p>Luego, cada grupo escogerá una forma de evitación para representarla mediante una puesta en escena.</p> <p>Al final, cada grupo manifestará las sensaciones experimentadas en su actuación.</p> <p>Cierre (5 minutos)</p> <p>Se agradece por su participación y se invita a continuar acudiendo a las posteriores.</p> <p>Se resume lo logrado en la sesión, preguntándole los participantes si tienen alguna opinión o retroalimentación que dar.</p>
-----------------------	---

Quinta fase: Afrontando asertivamente

Objetivo: Dar a conocer estrategias asertivas para comunicar y tomar mejores decisiones.

Sesión 09: “¿Qué decisión tomar?”

Objetivo:

- Reconocer la existencia de pensamientos dubitativos en situaciones estresantes

ACTIVIDAD	DESCRIPCION
<p>Sesión 9</p> <p>Reconocer la existencia de pensamientos dubitativos en</p>	<p>Dinámica entrada (12 minutos)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La facilitadora mostrará el siguiente video: https://www.youtube.com/watch?v=YCoZDQX5ynw 2. Se divide en grupos con la finalidad de hacer una reflexión y análisis sobre la forma de pensar de cada personaje.

<p>situaciones estresantes</p>	<p>3. Preguntar si alguien se identifica con alguna actitud mostrada.</p> <p>Marco teórico (10 minutos)</p> <p>Pedimos una lluvia de ideas</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué pensamiento nos provoca el estrés? - ¿Cómo evitar los pensamientos estresantes? <p>Actividad central (30 minutos)</p> <p>La facilitadora mostrará un dibujo de una lápida.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cada grupo elegirá algunos pensamientos o creencias compartidos por la facilitadora y otras que ellos crean convenientes. 2. La facilitadora brindará una cantidad de papeles y colores para que puedan identificar las ideas que prevalecen pese al tiempo. 3. Identificar cuáles de esas situaciones son llevadas a cabo aún por ellos. <p>Cierre (8 minutos)</p> <p>Se agradece por su participación y se invita a continuar acudiendo a las posteriores.</p> <p>Se resume lo logrado en la sesión, preguntándole los participantes si tienen alguna opinión o retroalimentación que dar.</p>
--------------------------------	--

Sesión 10: “Acierto con asertividad”

Objetivo:

- Realizar una práctica guiada de asertividad con el cuidador

ACTIVIDAD	DESCRIPCION
<p>Sesión 10</p> <p>Realizar una práctica guiada de asertividad con el cuidador</p>	<p>Dinámica entrada (15 minutos)</p> <p>La facilitadora llevará a cabo la dinámica “Te gusta reventar el globo”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se entrega a cada participante un palito de diente y un globo. 2. Se pedirá que inflen y lo amarren. 3. Cada participante tendrá que reventar los globos de los demás, los cuidadores tendrán que proteger su globo en el lapso de un minuto.

4. Se reflexionará sobre las actitudes que tomaron para evitar que desinflen su globo.

Marco teórico (10 minutos)

Lluvia de ideas:

- ¿Qué es la asertividad? Dar ejemplos
- ¿Cuál es la actitud asertiva?
- ¿Se puede ser asertivo sin herir?

Actividad central (30 minutos)

La facilitadora indicará el uso del anexo D.E.P.A.

“Describir, Expresar, Pedir y Agradecer”.

Realizar el ejercicio de forma guiada con el cuidador, indicándole lo siguiente:

Primero, describir de manera clara la situación que le desagrada o desea cambiar (p.ej. “cuando estamos comiendo y nuestro paciente dice que no le gusta lo que he cocinado...”)

Segundo, expresar los sentimientos personales en primera persona, evitando acusar al otro (p.ej. “me siento humillada(o)”)

Tercero, pedir un cambio concreto de conducta (“me gustaría que dejaras de hacer esos comentarios”) Cuarto, agradecer la atención del otro a nuestra petición (“me alegro de que me hayas escuchado, gracias”).

Se solicita a los participantes que se formen en grupos, de manera tal que cada grupo pueda generar tres ejemplos nuevos con esta estructura:

DEPA: Describir, Expresar, Pedir y Agradecer

Cada grupo compartirá lo realizado de forma breve.

Cierre (5 minutos)

Se agradece por su participación y se invita a continuar acudiendo a las posteriores.

	Se resume lo logrado en la sesión, preguntándole los participantes si tienen alguna opinión o retroalimentación que dar.
--	--

IV. Etapa: Instrumentación

A continuación, se describen las estrategias llevadas a cabo:

Planeación estratégica	Fases	Producto	Plazo	Responsable	Participantes
Fase I Cómo afrontar el estrés	<p>Sesión 01</p> <p>Señalar los conceptos básicos del estrés y las diferentes situaciones en las que aparece</p> <p>Sesión 2:</p> <p>Identificar la dinámica de las emociones</p>	<p>Se presentan las características del programa se realiza el encuadre, se aplica el pre test. Se cumple con los objetivos de las sesiones.</p>	Octubre	Psicóloga	Cuidadores
Fase II	<p>Sesión 3</p> <p>Señalar como pueden ocurrir las situaciones generadoras de estrés.</p> <p>Sesión 4</p> <p>Reconocer la forma correcta de tomar decisiones ante un</p>	<p>Se cumple con los objetivos de las sesiones mediante la participación activa de los cuidadores.</p> <p>Recursos materiales:</p> <p>Diapositivas</p> <p>Papel bond</p> <p>Plumones</p> <p>Fichas</p>	y Noviembre	Psicóloga	Cuidadores

		Lapiceros Anexos		
Fase III	<p>Sesión 5 Identificar y cuestionar pensamientos que contribuyen a asumir toda la responsabilidad del paciente</p> <p>Sesión 6 Promover la importancia del apoyo emocional</p>	<p>Se cumple con los objetivos de las sesiones mediante la participación activa de los cuidadores.</p> <p>Recursos materiales:</p> <p>Diapositivas Papel bond Plumones Fichas Lapiceros Anexos</p>		Psicóloga Cuidadores
Fase IV	<p>Sesión 7 Implementar estrategias necesarias para mejorar la autoestima.</p>	<p>Se cumple con los objetivos de las sesiones mediante la participación activa de los cuidadores.</p> <p>Recursos materiales:</p> <p>Diapositivas</p>		Psicóloga Cuidadores

	<p align="center">Sesión 8</p> <p>Revisar algunos escenarios y simular manifestaciones preventivas ante factores estresantes.</p>	<p>Papel bond</p> <p>Plumones</p> <p>Fichas</p> <p>Lapiceros</p> <p>Anexos</p>			
Fase V	<p align="center">Sesión 9</p> <p>Reconocer la existencia de pensamientos dubitativos en situaciones estresantes</p> <p align="center">Sesión 10</p> <p>Realizar una práctica guiada de asertividad con el cuidador</p>	<p>Se cumple con los objetivos de las sesiones mediante la participación activa de los cuidadores.</p> <p>Recursos materiales:</p> <p>Diapositivas</p> <p>Papel bond</p> <p>Plumones</p> <p>Fichas</p> <p>Lapiceros</p> <p>Anexos</p>		Psicóloga	Cuidadores

Se requiere seguir las siguientes pautas para llevar a cabo la estrategia:

- Autorización por parte del jefe o encargado del establecimiento de salud para poder utilizar la muestra de usuarios y así mismo, contar con las instalaciones para desarrollar cada una de las sesiones y actividades.
- Participación, predisposición y compromiso de los cuidadores y profesionales de la salud en la realización de actividades que van a cambiar y optimizar el adecuado afrontamiento al estrés.
- Se realiza la preparación adecuada para llevar a cabo determinadas dinámicas.
- Preparación metodológica de los cuidadores sobre las actividades a desarrollar en la ejecución de la estrategia.

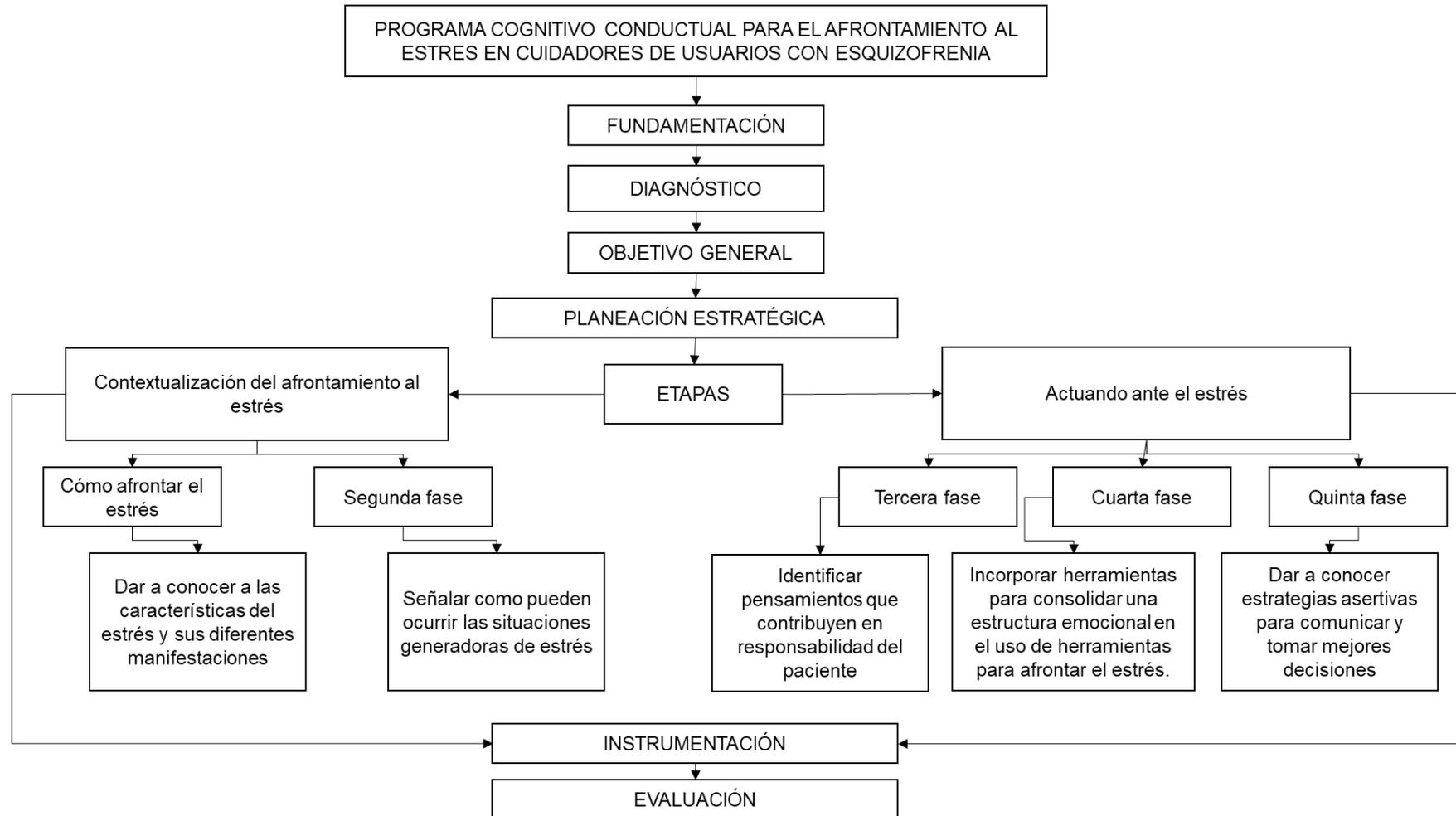
V.- Etapa. Evaluación:

La evaluación se realizó durante todo el procedimiento de la aplicación de la estrategia, evidenciando las asistencias, participaciones, trabajo e intervención y práctica de cada cuidador, pudiendo identificar lo siguiente:

- ✓ El 75% evidenció bajo afrontamiento al estrés.
- ✓ El 70% reflejó bajo nivel de respuesta fisiológica para afrontar al estrés.
- ✓ El 55% reflejó bajo nivel de respuesta cognitiva para afrontar al estrés.
- ✓ El 65% manifestó bajo nivel de respuesta conductual para afrontar al estrés.
- ✓ El 55% manifestó bajo nivel de respuesta afectiva para afrontar al estrés.

Figura 7

Gráfico de los procesos del programa cognitivo conductual



Nota: Información elaborada en base a la estructura del programa cognitivo conductual

VII. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS

VII.1. Valoración de los resultados

La aplicación total del programa planteado se ejecutó en el mes de octubre y noviembre cada sesión tuvo un tiempo aproximado de 45 a 60 minutos, las cinco fases fueron distribuidas por semana cada una de ellas cuenta con una o dos sesiones de acuerdo a su objetivo y el diagnóstico según las dimensiones, se llevaron a cabo de manera presencial sin ninguna dificultad en la aplicación, desarrollando actividades orientadas a:

- ✓ Contextualizar el afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con Esquizofrenia.
- ✓ Identificar la dinámica de las emociones
- ✓ Señalar como pueden ocurrir las situaciones generadoras de estrés
- ✓ Reconocer la forma correcta de tomar decisiones ante un hecho estresante.
- ✓ Identificar y cuestionar pensamientos que contribuyen a asumir toda la responsabilidad del paciente
- ✓ Promover la importancia del apoyo emocional
- ✓ Implementar estrategias necesarias para mejorar la autoestima.
- ✓ Revisar algunos escenarios y simular manifestaciones preventivas ante factores estresantes.
- ✓ Reconocer la existencia de pensamientos dubitativos en situaciones estresantes
- ✓ Realizar una práctica guiada de asertividad con el cuidador

7.2. Corroboración de los resultados

Tabla 9.

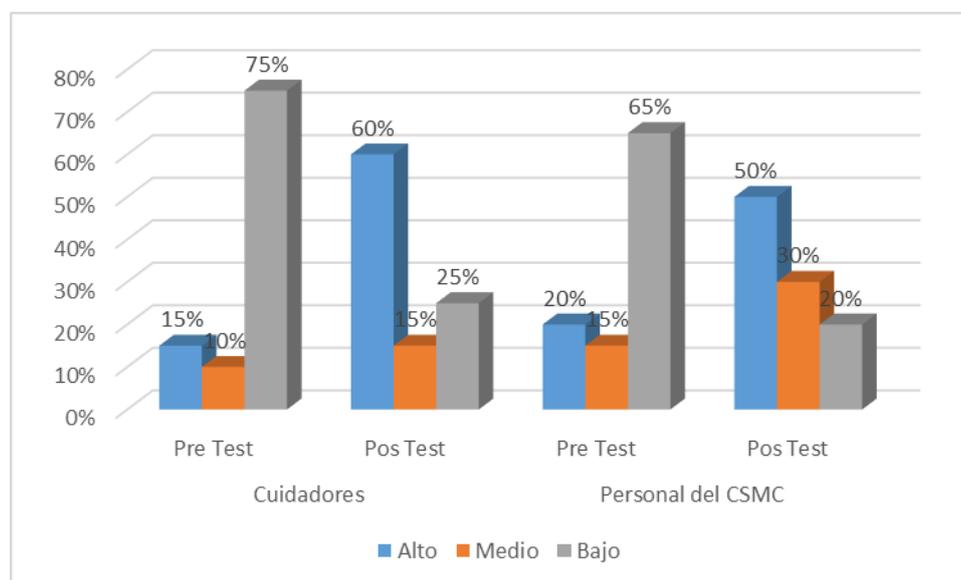
Análisis comparativo de la aplicación del pre test y pos test

	Cuidadores				Personal del CSMC			
	Pre test		Pos test		Pre test		Pos test	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	3	15	12	60	4	20	10	50
Medio	2	10	3	15	3	15	6	30
Bajo	15	75	5	25	13	65	4	20
Total	20	100	20	100	20	100	20	100

Nota. Datos alcanzados en el proceso de evaluación

Figura 8

Análisis comparativo de la aplicación del pre test y pos test



Nota. Datos alcanzados en el proceso de evaluación

Se observa en la corroboración de resultados un significativo crecimiento porcentual comparando los valores de afrontamiento al estrés antes y después de aplicar el programa, demostrando la eficiencia de este.

VIII. CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos planteados se concluye que:

Se aplicó un programa cognitivo conductual para el afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia de un Centro de Salud Mental Comunitario, Lambayeque, el cual permitió incorporar contenido y mejorar algunos aspectos deficientes en los participantes en torno al uso de recursos y herramientas necesarias ante situaciones que se tornan adversas.

Se fundamentó teóricamente el proceso cognitivo conductual y su dinámica, identificando que es uno de los enfoques psicológicos de mayor aplicación y eficiencia en el ámbito clínico, el cual requiere de determinadas condiciones del espacio físico y la preparación del psicólogo.

Se determinó las tendencias históricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica, encontrando que vivió tres etapas desde el surgimiento, su desarrollo y la actualidad donde se vienen realizando aportes innovadores y significativos en su práctica, integrándose a otros enfoques y disciplinas incrementando su alcance y eficiencia.

Se diagnosticó el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual para el afrontamiento al estrés en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia de un Centro de Salud Mental Comunitario, Lambayeque, hallando que predomina el nivel bajo en un 75% de los participantes, lo cual representa una complicación en los usuarios.

Se elaboró un programa que ayude al afrontamiento del estrés en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia de un Centro de Salud Mental Comunitario, Lambayeque, el cual consta de 10 sesiones distribuidas en cinco fases, bajo el enfoque cognitivo conductual, elaborado a partir de los resultados identificados como problema en la muestra de estudio.

Se validó los resultados de la investigación, mediante un pre experimento, en función de los puntajes alcanzados en el pre test y pos test a través del estadístico Wilcoxon, hallando diferencias significativas, lo que permitió corroborar la eficacia del programa.

IX. RECOMENDACIONES

Continuar con la realización de programas de distintas características en cuanto a fundamento, duración y estrategias para sostener la mejora de los cuidadores a lo largo del tiempo, de esta forma, se disminuyen las posibilidades de que existan recaídas.

Profundizar revisiones teóricas respecto a las características y beneficios que brindan otros enfoques como opciones de abordaje en problemáticas relacionadas al afrontamiento del estrés, con la finalidad de ver desde otras perspectivas de mejora.

Corroborar las tendencias sobre el proceso cognitivo conductual para conocer hacia qué dirección se orienta, con qué otras disciplinas, podría integrarse para potenciar su eficacia.

Elaborar un seguimiento adecuado mediante el cual puedan tenerse nuevos indicadores para identificar la necesidad de sostener o mejorar determinados aspectos en los cuidadores, de esta manera, se conserven o mejoren los resultados obtenidos tras la aplicación del programa.

Ampliar las investigaciones sobre atributos relacionados al estrés y las habilidades para afrontar escenarios que representen un reto o amenaza para los cuidadores en el cumplimiento de sus funciones, a fin de incrementar las posibilidades de abordaje que signifiquen un aporte a la comunidad investigativa.

Desarrollar estrategias que permitan potenciar el afrontamiento al estrés en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia, ampliando las herramientas validadas que se encarguen de mejorar deficiencias y factores de riesgo en su salud mental y condiciones psicológicas.

REFERENCIAS

- Asencios, R., y Pereyra, H. (2019). Carga de trabajo del cuidador según el nivel de funcionalidad de la persona con discapacidad en un distrito de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(4), 451-456. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i4.16441>
- Avilés, R., Ortiz, M., Sanchez, J., y Guzman, J. (2022). Efecto de un programa de psicoterapia breve cognitiva-conductual a distancia para pacientes con sintomatología depresiva. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(4), 602-617. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.2606
- Bello, L., León, G., y Covená, M. (2019). Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. *Universidad y Sociedad*, 11(5), 385-395. <http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus>
- Celis, A., y Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8(1), 21-33. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030765002>
- Chen, R. (2020). Estrategias de afrontamiento del estrés en cuidadores de adultos mayores de casas hogar de la ciudad de Panamá. *Conducta Científica*, 3(2), 20-39. <https://revistas.ulatina.edu.pa/index.php/conductacientifica/article/view/146>
- Consejo General de la Psicología de España. (30 de enero de 2019). *Infocoponline*. Obtenido de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7689
- Corbridge, C., Brummer, L., y Coid, P. (2018). *Development of Cognitive Analytic Therapy*. En C. Corbridge, L. Brummer, y P. Coid (Eds.), *Cognitive Analytic Therapy* (pp. 3-5). Nueva York, USA: Routledge. https://books.google.com.pe/books?id=sxHDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Cuevas, J., Moreno, N., Jiménez, M., Padilla, N., Pérez, I., y Flores, L. (2019). Efecto de la psicoeducación en el afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 16(4), 390-401. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.585>
- Del Monaco, R., (2019). Colorear racionalmente el mundo: nociones de creencia implicadas en las terapias cognitivas conductuales en Buenos Aires, Argentina. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 81(5), 137-150. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6987043>

- Garay, C., y Korman, G. (2018). Terapias cognitivo-conductuales y prácticas orientales: ciencia y espiritualidad en la psicoterapia contemporánea. En G. Guralnik (Ed.). *Intersecciones psicológicas*, 3(2), 7-10. http://www.intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_num_29.pdf
- García, I., Zapata, R., Rivas, V. y Quevedo, E. (2018). Efectos de la terapia cognitivo-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores. *Horizonte sanitario*. 17(2), 131-140. <https://10.19136/hs.a17n2.2039>
- Garí, M. (2020). *Efectividad de la aplicación de psicoterapias cognitivas en pacientes con Enfermedad de Alzheimer*. [Tesis de pregrado, Universitat de les Illes Balears]. DSPACE. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/149802/Gari_Barcelo_Margarid_a.pdf
- Garzón, M., Pascual, Y., y Collazo, E. (2018). Malestar psicológico en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(3). <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1052/373>
- Guardiola, R., y Sanz, J. (2021). Intervención psicológica en los cuidadores de los pacientes oncológicos menores de edad: revisión sistemática. *Hospital a Domicilio*, 5(1), 43-61. <https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v5i1.126>
- Guzmán, B. y Toapanta, L. (2017). *Estrategias de afrontamiento y sobrecarga en el cuidador de niños con discapacidad intelectual*. [Tesis de Licenciatura, Universidad técnica de Ambato]. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/26006>
- Iniesta, B., Martínez, M., Becerra, A., y Gómez, A. (2018). Estrés en cuidadores primarios informales de pacientes geriátricos: un estudio descriptivo. *Revista Latinoamericana De Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 69–76. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/67379>
- Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas. (22 de enero de 2018). *Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas*. https://www.imim.es/media/upload/pdf//np_castellano_ansietat_editora_17_609_1.pdf
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. (2012). *Informe Estadístico del Tercer Bimestre: Indicadores hospitalarios*. <http://www.insm.gob.pe/oficinas/estadistica/archivos/informesestadisticos/IE2012-III.pdf>

- Kosovsky, R. (2018). El abordaje de las terapias cognitivas en niños, adolescentes y familias. *Intersecciones psicológicas*, 4(2), 12-13. http://intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_num_27.pdf
- Lagos, D., Huete, L., Landero, N., y Solís, F. (2020). Eficacia de un programa cognitivo-conductual en el tratamiento del estrés laboral, en pre internos de Medicina del Hospital Escuela San Juan de Dios Estelí. *Revista Científica De FAREM-Estelí*, (34), 107–125. <https://doi.org/10.5377/farem.v0i34.10011>
- Lemus, N., Linares, L., y Linares, L. (2018). Nivel de sobrecarga de cuidadores de adultos mayores frágiles. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 22(5), 34-45. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000500008&lng=es&tlng=es.
- Leon, M., Slachevsky, A., y Miranda, C. (2018). Afrontamiento, apoyo social y depresión en cuidadores informales y su relación con necesidades no cubiertas de personas con demencia. *Ansiedad y estrés*, 24(2), 73-80. <https://10.1016/j.anyes.2018.04.001>
- Logroño, E., y Cercas, A. (2018). Estudio de la motivación del cuidador principal de la persona dependiente. *Revista Ene*, 12(1), 78-85. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000100008&lng=es&tlng=es.
- Martínez, L., Grau, Y. y Rodríguez, R. (2017). Estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*, 20(2): 139-148. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-288420170000200007>
- Martínez, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(1), 97-100. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013&lng=es&tlng=es.
- Mera, C. (2015). *Los trabajos más relevantes de la historia de la psicología en el siglo XXI*. [Tesis de maestría no publicada, Universidad de Cádiz], Puerto Real, España
- Ministerio de Salud del Perú. (2018). *Lineamientos de política sectorial en salud mental Perú 2018*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
- Ministerio de Salud. (02 de Julio de 2020). *Ley de salud mental*. El Peruano.
- Naciones Unidas. (3 de Julio de 2020). Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2019/06/1457551>

- Núñez, I. y Crismán, R. (2016). La ansiedad como variable predictora de la autoestima en adolescentes y su influencia en el proceso educativo y en la comunicación. *Revista Iberoamericana de Educación*, 71(1), 109-127. <https://doi.org/10.35362/rie71219>
- Obando, L., y Parrado, F. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. *Revista iberoamericana de psicología*, 8(1), 51-61. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5295907>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*, 2018. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49578>
- Palma, C. (2021). *Estrategias de afrontamiento y estrés en cuidadores formales de adultos mayores de Pereira*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Pereira]. <http://hdl.handle.net/10785/8276>
- Paredes, A. (2016). La urgencia de la evidencia en psicoterapia. *Interacciones*, 2(1), 53-63. <https://10.24016/2016.v2n1.21>
- Portaceli, R. (2019). *Terapia Cognitivo-Conductual para mejorar la sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia, desde una perspectiva de género*. [Tesis de posgrado, Universidad Miguel Hernández]. DSPACE. <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/6144/1/ROCIO%20PORTACELI.pdf>
- Pozos, B., Preciado, M., Plascencia, A., Acosta, M., y Aguilera, M. (2022). Estrategias de afrontamiento ante el estrés de estudiantes de medicina de una universidad pública en México. *Investigación en educación médica*, 11(41), 18-25. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2022.41.21379>
- Puerta, J., y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>
- Rivera, G. (2015). Entrenamiento cognitivo autoinstruccional para reducir el estilo cognitivo impulsivo en niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 13(1), 27-46. <https://doi.10.14204/ejrep.35.13051>
- Rojas, L., Flórez, S., González, Y., y Espíndola, L. (2011). La génesis social de los procesos cognitivos desde los planteamientos de Jerome Bruner. Prevalencia del de terminismo y resurgimiento de la cultura. *Tesis Psicológica*, (6), 215-235. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139022629014>

- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1).
<https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Suarez, A., Moreno, M., y Montoya, S. (2021). Terapia de rehabilitación cognitiva, calidad de vida de pacientes con enfermedad de Parkinson y cuidadores. *Alerta, Revista científica Del Instituto Nacional De Salud*, 4(3), 143–150.
<https://doi.org/10.5377/alerta.v4i3.10291>
- Valero, N., Vélez, M., Duran, Á., y Torres, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga*, 5(3), 63–70.
<https://doi.org/10.31243/ei.uta.v5i3.913.2020>
- Vernon A., y Doyle, K. (2017). *Cognitive Behavior Therapies: a guidebook for practitioners*. New York, USA: Amer Counseling Assn.
- Zapata, F. (2021). *Sobrecarga del cuidador y estrategias de afrontamiento al estrés en padres y madres de niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista*. [Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica Argentina].
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/13183>

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de las variables

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Variable independiente: Programa Cognitivo Conductual	Conjunto de acciones diseñadas para obtener un fin, siguiendo los principios basados en el pensamiento y la conducta.	Se desarrolla mediante 5 etapas, divididas en 10 sesiones.	Fundamentación	Sistematización del proceso cognitivo conductual	Ordinal
			Diagnóstico	Pre test	
			Planeamiento estratégico	Sesiones	
			Instrumentación	Fases	
			Evaluación	Pos test	
Variable dependiente: Afrontamiento al estrés	Es el conjunto de esfuerzos a nivel cognitivo y conductual que se llevan a cabo para el manejo de situaciones las cuales se valoran como una amenaza o estrés.	Se mide a través del cuestionario sobre afrontamiento al estrés conformado por 42 ítems	Fisiológica	Focalizado para solución del problema	Ordinal
				Autofocalización negativa	
			Conductual	Reevaluación positiva	
				Evitación	
			Cognitiva	Búsqueda de apoyo social	
				Religión	
			Afectiva	Expresión emocional abierta	

Anexo 2: Matriz de consistencia

Título: Programa Cognitivo Conductual para el afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con Esquizofrenia.

Formulación del Problema	Objetivos		Técnicas e Instrumentos	
Insuficiencias en el programa cognitivo conductual, limita el afrontamiento al estrés.	<p>Objetivo general: Aplicar un programa cognitivo conductual para el afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia de un Centro de Salud Mental Comunitario, Lambayeque.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fundamentar teóricamente el proceso cognitivo conductual y su dinámica. - Determinar las tendencias históricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica - Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual para el afrontamiento al estrés en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia de un Centro de Salud Mental Comunitario, Lambayeque. - Elaborar estrategias que ayuden al afrontamiento del estrés en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia de un Centro de Salud Mental Comunitario, Lambayeque. - Validar los resultados de la investigación, mediante un pre experimento. 		<p>Técnicas: La encuesta, el análisis documental, la entrevista, el juicio de expertos, la evaluación psicométrica.</p>	
	Hipótesis		<p>Instrumentos: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés</p>	
	<p>Si se aplica un programa cognitivo conductual, que tenga en cuenta la relación entre la dimensión contextual responsable y la dimensión sistematizadora integral, entonces se contribuye al afrontamiento al estrés en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia de un Centro de Salud Mental Comunitario, Lambayeque este disminuirá.</p>			
Tipo y diseño de la Investigación	Población y muestra		Variables y dimensiones	
<p>Tipo: Mixta, explicativa Diseño: Preexperimental</p>	Población:	Muestra	Variable independiente	Dimensiones
	Cuidadores de usuarios con esquizofrenia y profesionales del centro de salud mental comunitario de Lambayeque	20 cuidadores y 4 profesionales del Centro de Salud mental Comunitario	Programa Cognitivo Conductual	Fundamentación, diagnostico, planeamiento estratégico, instrumentación, evaluación
			Variable dependiente	Dimensiones
		Afrontamiento al estrés	Fisiológica, Conductual, Cognitiva, Afectiva.	

Anexo 03: Instrumentos

CUESTIONARIO SOBRE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

INSTRUCCIONES

El presente cuestionario tiene como objetivo central reconocer las características de afrontamiento al estrés que presenten los cuidadores de usuarios con esquizofrenia, dirigido a dicha población de ambos géneros mayores de edad, con la finalidad de diagnosticar el estado actual de la dinámica el proceso cognitivo conductual que tiene como propósito obtener información aspectos relacionados al afrontamiento al estrés.

La sinceridad con que respondan a los cuestionarios será de gran utilidad para la investigación, así mismo, la información que se proporcione será totalmente confidencial y solo se manejarán resultados globales.

Por tanto, se solicita responder a cada una de las interrogantes considerando su postura ante una situación de estrés, considerando la escala de calificación es la siguiente:

0: Nunca

1. Pocas veces

2. A veces

3. Frecuentemente

4: Casi Siempre

N	Pregunta	N	PV	AV	F	CS
Dimensión 1: Fisiológica						
<i>Indicador 1: Focalizado en la solución del problema</i>						
1	Trato de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.	0	1	2	3	4
2	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.	0	1	2	3	4
3	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo.	0	1	2	3	4
4	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.	0	1	2	3	4
5	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.	0	1	2	3	4
6	Hablo con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.	0	1	2	3	4
<i>Indicador 2: Autofocalización negativa</i>						
7	Haga lo que haga las cosas siempre saldrán mal.	0	1	2	3	4
8	Comprendo que soy el principal causante del problema.	0	1	2	3	4

9	Me siento indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.	0	1	2	3	4
10	Me doy cuenta de que por mí mismo no puedo hacer nada para resolver el problema.	0	1	2	3	4
11	Me resigno a aceptar las cosas como son	0	1	2	3	4
12	No hago nada concreto puesto que las cosas por lo general no son favorables.	0	1	2	3	4
Dimensión 2: Conductual						
<i>Indicador 1: Reevaluación positiva</i>						
13	Después de todo, las cosas pueden ocurrir peor	0	1	2	3	4
14	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.	0	1	2	3	4
15	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
16	Intento sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
17	Intento centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
18	Experimento personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”	0	1	2	3	4
<i>Indicador 2: Evitación</i>						
19	Intento distraerme para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20	Intento olvidarme de las cosas malas que pasan.	0	1	2	3	4
21	Procuró no pensar en el problema	0	1	2	3	4
22	Cuando me viene a la cabeza el problema, trato de hacer otras cosas.	0	1	2	3	4
23	Practico algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
24	Me vuelco en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
Dimensión 3: Cognitiva						
<i>Indicador 1: Búsqueda de apoyo social</i>						
25	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	0	1	2	3	4
26	Procuró que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
27	Hablo con amigos o familiares para que me tranquilicen cuando me encuentro mal	0	1	2	3	4
28	Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir.	0	1	2	3	4
29	Pido consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
30	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
<i>Indicador 2: Religión</i>						
31	Acudo a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
32	Acudo a la Iglesia para poner velas o rezar.	0	1	2	3	4
33	Tengo fe en que Dios remediará la situación	0	1	2	3	4
34	Asisto a la Iglesia regularmente.	0	1	2	3	4

35	Pido ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
36	Hago oraciones o rezos	0	1	2	3	4
Dimensión 4: Afectiva						
<i>Indicador 1: Expresión emocional abierta</i>						
37	Me irrito con la gente	0	1	2	3	4
38	Insulto a ciertas personas	0	1	2	3	4
39	Me comporto de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
40	Descargo mi mal humor haciendo alguna actividad	0	1	2	3	4
41	Me desahogo expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
42	Comunico cómo me estoy sintiendo	0	1	2	3	4

Entrevista estructurada para personal de salud del CSMC de Lambayeque respecto a cuidadores de usuarios con esquizofrenia.

INSTRUCCIONES

El presente cuestionario tiene como objetivo central reconocer las características de afrontamiento al estrés que presenten los cuidadores de usuarios con esquizofrenia, dirigido al personal de salud de ambos géneros mayores de edad, con la finalidad de diagnosticar el estado actual de la dinámica el proceso cognitivo conductual que tiene como propósito obtener información aspectos relacionados al afrontamiento al estrés en la muestra de investigación.

La sinceridad con que respondan a los cuestionarios será de gran utilidad para la investigación, así mismo, la información que se proporcione será totalmente confidencial y solo se manejarán resultados globales.

Por tanto, se solicita responder a cada una de las interrogantes considerando la postura observada en los cuidadores ante una situación de estrés, considerando la escala de calificación es la siguiente:

- 0: Nunca
- 1. Pocas veces
- 2. A veces
- 3. Frecuentemente
- 4: Casi Siempre

N	Pregunta	N	PV	AV	F	CS
Dimensión 1: Fisiológica						
<i>Indicador 1: Focalizado en la solución del problema</i>						
1	Tratan de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.	0	1	2	3	4
2	Tratan de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.	0	1	2	3	4
3	Establecen un plan de actuación y procuran llevarlo a cabo.	0	1	2	3	4
4	Piensen detenidamente los pasos a seguir para enfrentarse al problema.	0	1	2	3	4
5	Hacen frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.	0	1	2	3	4
6	Hablan con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.	0	1	2	3	4

Indicador 2: Autofocalización negativa						
7	Piensan que hagan lo que hagan las cosas siempre saldrán mal.	0	1	2	3	4
8	Comprenden que son el principal causante del problema.	0	1	2	3	4
9	Se sienten indefensos/as e incapaces de hacer algo positivo para cambiar la situación.	0	1	2	3	4
10	Se dan cuenta de que por sí mismos no pueden hacer nada para resolver el problema.	0	1	2	3	4
11	Se resignan a aceptar las cosas como son	0	1	2	3	4
12	No hacen nada concreto puesto que las cosas suelen percibir las como malas.	0	1	2	3	4
Dimensión 2: Conductual						
Indicador 1: Reevaluación positiva						
13	Piensan que después de todo, las cosas pueden ocurrir peor	0	1	2	3	4
14	Reconocen que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.	0	1	2	3	4
15	Comprenden que otras cosas, diferentes del problema, son para ellos más importantes	0	1	2	3	4
16	Intentan sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
17	Intentan centrarse en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
18	Experimentan personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”	0	1	2	3	4
Indicador 2: Evitación						
19	Intentan distraerse para olvidarse del problema	0	1	2	3	4
20	Intentan olvidarse de todo	0	1	2	3	4
21	Procuran no pensar en el problema	0	1	2	3	4
22	Cuando les viene a la cabeza el problema, tratan de hacer otras cosas.	0	1	2	3	4
23	Practican algún deporte para olvidarse del problema	0	1	2	3	4
24	Se vuelcan en el trabajo o en otra actividad para olvidarse del problema	0	1	2	3	4
Dimensión 3: Cognitiva						
Indicador 1: Búsqueda de apoyo social						
25	Le cuentan a familiares o amigos cómo se sienten	0	1	2	3	4
26	Procuran que algún familiar o amigo los escuche cuando necesitan manifestar sus sentimientos	0	1	2	3	4
27	Hablan con amigos o familiares para que se tranquilicen cuando se encuentran mal	0	1	2	3	4
28	Piden a algún amigo o familiar que les indique cuál sería el mejor camino a seguir.	0	1	2	3	4
29	Piden consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
30	Piden a parientes o amigos que los ayuden a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
Indicador 2: Religión						

31	Acuden a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
32	Acuden a la Iglesia para poner velas o rezar.	0	1	2	3	4
33	Tienen fe en que Dios remediará la situación	0	1	2	3	4
34	Asisten a la Iglesia.	0	1	2	3	4
35	Piden ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
36	Hacen oraciones o rezos	0	1	2	3	4
Dimensión 4: Afectiva						
<i>Indicador 1: Expresión emocional abierta</i>						
37	Se irritan con alguna gente	0	1	2	3	4
38	Insultan a ciertas personas	0	1	2	3	4
39	Se comportan de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
40	Descargan su mal humor haciendo alguna actividad	0	1	2	3	4
41	Se desahogan expresando sus sentimientos	0	1	2	3	4
42	Comunican cómo se están sintiendo	0	1	2	3	4

Anexo 05: Validación y confiabilidad de instrumentos

1. Nombre del Juez		Javier Niño Alcántara
2	Profesión	Psicólogo
	Especialidad	Clínica
	Grado Académico	Doctor
	Experiencia Profesional (años)	15 Años
	Cargo	Responsable De La Unidad De Adicciones Del CESMC-CH
Título de la investigación: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN CUIDADORES DE USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA		
3. Datos del Tesista		
3.1.	Nombres y Apellidos	Alcántara López Ruth Vanessa
3.2.	Programa de Postgrado	Maestría en Psicología Clínica
4. Instrumento evaluado		1. Entrevista () 2. Cuestionario (X) 3. Lista de Cojeto () 4. Diario de campo ()
5. Objetivo del Instrumento		<p>Objetivo general</p> <p>Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual para el afrontamiento al estrés en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia.</p> <p>Objetivo específicos</p> <p>Medir el afrontamiento al estrés focalizado en la solución del problema en cuidadores de usuarios con esquizofrenia.</p> <p>Medir la autofocalización negativa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia.</p> <p>Medir la reevaluación negativa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia.</p> <p>Medir la expresión emocional abierta como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia.</p> <p>Medir la evitación como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia.</p> <p>Medir la búsqueda de apoyo social como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia.</p> <p>Medir la postura religiosa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia.</p>
<p>A continuación se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que usted los evalúe marcando con un aspa (x) en "A" si está de</p>		

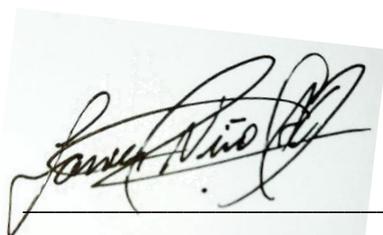
acuerdo o en “D” si está en Desacuerdo, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.		
N	Detalle del Instrumento	
1	<p>Trato de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
2	<p>Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
3	<p>Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
4	<p>Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
5	<p>Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
6	<p>Hablo con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
7	<p>Haga lo que haga las cosas siempre saldrán mal.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
8	<p>Comprendo que soy el principal causante del problema.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
9	<p>Me siento indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>

10	Me doy cuenta de que por mí mismo no puedo hacer nada para resolver el problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
11	Me resigno a aceptar las cosas como son. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
12	No hago nada concreto puesto que las cosas por lo general no son favorables. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
13	Después de todo, las cosas pueden ocurrir peor. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
14	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
15	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
16	Intento sacar algo positivo del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
17	Intento centrarme en los aspectos positivos del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
18	Experimento personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
19	Me irrito con la gente. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:

20	Insulto a ciertas personas. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
21	Me comporto de forma hostil con los demás. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
22	Descargo mi mal humor haciendo alguna actividad. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
23	Me desahogo expresando mis sentimientos. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
24	Comunico cómo me estoy sintiendo. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
25	Intento distraerme para olvidarme del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
26	Intento olvidarme de las cosas malas que pasan. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
27	Procuro no pensar en el problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
28	Cuando me viene a la cabeza el problema, trato de hacer otras cosas. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:

	Escala de medición: Likert	
29	Practico algún deporte para olvidarme del problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
30	Me vuelco en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
31	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
32	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
33	Hablo con amigos o familiares para que me tranquilicen cuando me encuentro mal. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
34	Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
35	Pido consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
36	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
37	Acudo a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
38	Acudo a la Iglesia para poner velas o rezar.	A (X) D () Sugerencias:

	Escala de medición: Likert	
39	Tengo fe en que Dios remediará la situación Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
40	Asisto a la Iglesia regularmente. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
41	Pido ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.) Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
42	Hago oraciones o rezos Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
Promedio obtenido		A () D ()
Comentarios generales: El instrumento se ajusta para ser aplicado a la población de estudio.		
Observaciones:		



Dr. Niño Alcántara, Javier

C.Ps.P. N° 11997

1. Nombre del Juez		Javier Niño Alcántara
2	Profesión	Psicólogo
	Especialidad	Clínica
	Grado Académico	Doctor
	Experiencia Profesional (años)	15 años
	Cargo	Responsable De La Unidad De Adicciones Del CESMC-CH
Título de la investigación: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL AFRONTAMIENTO AL ESTRES EN CUIDADORES DE USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA		
3. Datos del Tesista		
3.1.	Nombres y Apellidos	Alcántara López Ruth Vanessa
3.2.	Programa de Postgrado	Maestría en Psicología Clínica
4. Instrumento evaluado		1. Entrevista () 2. Cuestionario (X) 3. Lista de Cojeto () 4. Diario de campo ()
5. Objetivo del Instrumento		Objetivo general Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual para el afrontamiento al estrés en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Objetivo específicos Medir el afrontamiento al estrés focalizado en la solución del problema en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la autofocalización negativa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la reevaluación negativa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la expresión emocional abierta como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la evitación como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la búsqueda de apoyo social como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la postura religiosa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia.
A continuación se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que usted los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de acuerdo o en “D” si está en Desacuerdo, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.		
N	Detalle del Instrumento	

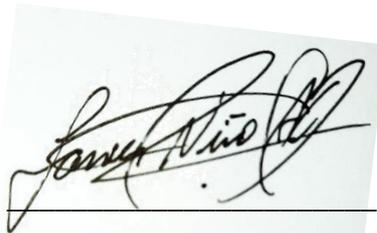
1	Tratan de analizar las causas del problema para poder hacerle frente. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
2	Tratan de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
3	Establecen un plan de actuación y procuran llevarlo a cabo. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
4	Piensen detenidamente los pasos a seguir para enfrentarse al problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
5	Hacen frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
6	Hablan con las personas implicadas para encontrar una solución al problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
7	Piensen que hagan lo que hagan las cosas siempre saldrán mal Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
8	Comprenden que son el principal causante del problema.. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
9	Se sienten indefensos/as e incapaces de hacer algo positivo para cambiar la situación. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
10	Se dan cuenta de que por sí mismos no pueden hacer nada para resolver el problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:

11	Se resignan a aceptar las cosas como son. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
12	No hacen nada concreto puesto que las cosas suelen percibir las como malas. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
13	Piensan que después de todo, las cosas pueden ocurrir peor. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
14	Reconocen que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
15	Comprenden que otras cosas, diferentes del problema, son para ellos más importantes. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
16	Intentan sacar algo positivo del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
17	Intentan centrarse en los aspectos positivos del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
18	Experimentan personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga” Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
19	Se irritan con alguna gente. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
20	Insultan a ciertas personas. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
21	Se comportan de forma hostil con los demás. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:

	Escala de medición: Likert	
22	Descargan su mal humor haciendo alguna actividad Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
23	Se desahogan expresando sus sentimientos. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
24	Comunican cómo se están sintiendo Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
25	Intentan distraerse para olvidarse del problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
26	Intentan olvidarse de todo Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
27	Procuran no pensar en el problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
28	Cuando les viene a la cabeza el problema, tratan de hacer otras cosas. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
29	Practican algún deporte para olvidarse del problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
30	Se vuelcan en el trabajo o en otra actividad para olvidarse del problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:

31	Le cuentan a familiares o amigos cómo se sienten Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
32	Procuran que algún familiar o amigo los escuche cuando necesitan manifestar sus sentimientos. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
33	Hablan con amigos o familiares para que se tranquilicen cuando se encuentran mal Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
34	Piden a algún amigo o familiar que les indique cuál sería el mejor camino a seguir. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
35	Piden consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
36	Piden a parientes o amigos que los ayuden a pensar acerca del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
37	Acuden a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
38	Acuden a la Iglesia para poner velas o rezar. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
39	Tienen fe en que Dios remediará la situación Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
40	Asisten a la Iglesia. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:

41	Piden ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.) Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
42	Hacen oraciones o rezos Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
Promedio obtenido		A (X) D ()
Comentarios generales: El instrumento se ajusta para ser aplicado a la población de estudio.		
Observaciones:		



Dr. Niño Alcántara, Javier

C.Ps.P. N° 11997

1. Nombre del Juez		Cindy Fiorella Soto Chavesta
2	Profesión	Psicóloga
	Especialidad	Terapia Familiar e Intervención Sistémica con Mención en Violencia y Adicciones (Egresada 2022)
	Grado Académico	Magister
	Experiencia Profesional (años)	6 años
	Cargo	
Título de la investigación: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL AFRONTAMIENTO AL ESTRES EN CUIDADORES DE USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA		
3. Datos del Tesista		
3.1.	Nombres y Apellidos	Alcántara López Ruth Vanessa
3.2.	Programa de Postgrado	Maestría en Psicología Clínica
4. Instrumento evaluado		1. Entrevista () 2. Cuestionario (X) 3. Lista de Cojeto () 4. Diario de campo ()
5. Objetivo del Instrumento		<p>Objetivo general Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual para el afrontamiento al estrés en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia.</p> <p>Objetivo específicos Medir el afrontamiento al estrés focalizado en la solución del problema en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la autofocalización negativa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la reevaluación negativa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la expresión emocional abierta como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la evitación como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la búsqueda de apoyo social como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la postura religiosa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia.</p>
<p>A continuación se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que usted los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de acuerdo o en “D” si está en Desacuerdo, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.</p>		

N	Detalle del Instrumento	
1	<p>Trato de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
2	<p>Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
3	<p>Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
4	<p>Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
5	<p>Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
6	<p>Hablo con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
7	<p>Haga lo que haga las cosas siempre saldrán mal.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
8	<p>Comprendo que soy el principal causante del problema.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
9	<p>Me siento indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>

10	Me doy cuenta de que por mí mismo no puedo hacer nada para resolver el problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
11	Me resigno a aceptar las cosas como son. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
12	No hago nada concreto puesto que las cosas por lo general no son favorables. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
13	Después de todo, las cosas pueden ocurrir peor. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
14	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
15	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
16	Intento sacar algo positivo del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
17	Intento centrarme en los aspectos positivos del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
18	Experimento personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
19	Me irrito con la gente. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:

20	Insulto a ciertas personas. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
21	Me comporto de forma hostil con los demás. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
22	Descargo mi mal humor haciendo alguna actividad. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
23	Me desahogo expresando mis sentimientos. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
24	Comunico cómo me estoy sintiendo. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
25	Intento distraerme para olvidarme del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
26	Intento olvidarme de las cosas malas que pasan. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
27	Procuro no pensar en el problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
28	Cuando me viene a la cabeza el problema, trato de hacer otras cosas.	A (X) D () Sugerencias:

	Escala de medición: Likert	
29	Practico algún deporte para olvidarme del problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
30	Me vuelco en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
31	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
32	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
33	Hablo con amigos o familiares para que me tranquilicen cuando me encuentro mal. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
34	Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
35	Pido consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
36	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
37	Acudo a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
38	Acudo a la Iglesia para poner velas o rezar.	A (X) D () Sugerencias:

	Escala de medición: Likert	
39	Tengo fe en que Dios remediará la situación Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
40	Asisto a la Iglesia regularmente. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
41	Pido ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.) Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
42	Hago oraciones o rezos Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
Promedio obtenido		A (X) D ()
Comentarios generales:		
Observaciones:		



Mag., Soto Chavesta Cindy Fiorella

C.Ps.P.28499

1. Nombre del Juez		Cindy Fiorella Soto Chavesta
2	Profesión	Psicóloga
	Especialidad	Terapia Familiar e Intervención Sistémica con Mención en Violencia y Adicciones (Egresada 2022)
	Grado Académico	Magister
	Experiencia Profesional (años)	6 años
	Cargo	
Título de la investigación: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL AFRONTAMIENTO AL ESTRES EN CUIDADORES DE USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA		
3. Datos del Tesista		
3.1.	Nombres y Apellidos	Alcántara López Ruth Vanessa
3.2.	Programa de Postgrado	Maestría en Psicología Clínica
4. Instrumento evaluado		1. Entrevista () 2. Cuestionario (X) 3. Lista de Cojeto () 4. Diario de campo ()
5. Objetivo del Instrumento		Objetivo general Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual para el afrontamiento al estrés en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Objetivo específicos Medir el afrontamiento al estrés focalizado en la solución del problema en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la autofocalización negativa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la reevaluación negativa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la expresión emocional abierta como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la evitación como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la búsqueda de apoyo social como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la postura religiosa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia.
A continuación se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que usted los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de acuerdo o en “D” si está en Desacuerdo, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.		

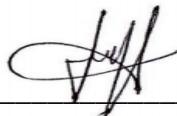
N	Detalle del Instrumento	
1	<p>Tratan de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
2	<p>Tratan de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
3	<p>Establecen un plan de actuación y procuran llevarlo a cabo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
4	<p>Piensen detenidamente los pasos a seguir para enfrentarse al problema.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
5	<p>Hacen frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
6	<p>Hablan con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
7	<p>Piensen que hagan lo que hagan las cosas siempre saldrán mal</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
8	<p>Comprenden que son el principal causante del problema..</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
9	<p>Se sienten indefensos/as e incapaces de hacer algo positivo para cambiar la situación.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>

10	Se dan cuenta de que por sí mismos no pueden hacer nada para resolver el problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
11	Se resignan a aceptar las cosas como son. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
12	No hacen nada concreto puesto que las cosas suelen percibir las como malas. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
13	Piensan que después de todo, las cosas pueden ocurrir peor. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
14	Reconocen que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
15	Comprenden que otras cosas, diferentes del problema, son para ellos más importantes. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
16	Intentan sacar algo positivo del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
17	Intentan centrarse en los aspectos positivos del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
18	Experimentan personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga” Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
19	Se irritan con alguna gente. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:

20	Insultan a ciertas personas. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
21	Se comportan de forma hostil con los demás. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
22	Descargan su mal humor haciendo alguna actividad Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
23	Se desahogan expresando sus sentimientos. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
24	Comunican cómo se están sintiendo Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
25	Intentan distraerse para olvidarse del problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
26	Intentan olvidarse de todo Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
27	Procuran no pensar en el problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
28	Cuando les viene a la cabeza el problema, tratan de hacer otras cosas. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
29	Practican algún deporte para olvidarse del problema	A (X) D () Sugerencias:

	Escala de medición: Likert	
30	Se vuelcan en el trabajo o en otra actividad para olvidarse del problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
31	Le cuentan a familiares o amigos cómo se sienten Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
32	Procuran que algún familiar o amigo los escuche cuando necesitan manifestar sus sentimientos. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
33	Hablan con amigos o familiares para que se tranquilicen cuando se encuentran mal Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
34	Piden a algún amigo o familiar que les indique cuál sería el mejor camino a seguir. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
35	Piden consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
36	Piden a parientes o amigos que los ayuden a pensar acerca del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
37	Acuden a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
38	Acuden a la Iglesia para poner velas o rezar. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
39	Tienen fe en que Dios remediará la situación	A (X) D () Sugerencias:

	Escala de medición: Likert	
40	Asisten a la Iglesia. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
41	Piden ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.) Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
42	Hacen oraciones o rezos Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
Promedio obtenido		A (X) D ()
Comentarios generales:		
Observaciones:		



Mag., Soto Chavesta Cindy Fiorella

C.Ps.P.28499

1. Nombre del Juez		Esmeralda Suclupe Bances
2	Profesión	Psicología
	Especialidad	Psicóloga Clínica
	Grado Académico	Magister
	Experiencia Profesional (años)	15 años
	Cargo	Psicóloga Responsable de unidad adulto del CESMC- CHICLAYO
Título de la investigación: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN CUIDADORES DE USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA		
3. Datos del Tesista		
3.1.	Nombres y Apellidos	Alcántara López Ruth Vanessa
3.2.	Programa de Postgrado	Maestría en Psicología Clínica
4. Instrumento evaluado		1. Entrevista () 2. Cuestionario (X) 3. Lista de Cojeto () 4. Diario de campo ()
5. Objetivo del Instrumento		<p>Objetivo general Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual para el afrontamiento al estrés en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia.</p> <p>Objetivo específicos Medir el afrontamiento al estrés focalizado en la solución del problema en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la autofocalización negativa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la reevaluación negativa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la expresión emocional abierta como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la evitación como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la búsqueda de apoyo social como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la postura religiosa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia.</p>
A continuación se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que usted los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de acuerdo o en “D” si está en Desacuerdo, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.		
N	Detalle del Instrumento	

1	<p>Trato de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
2	<p>Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
3	<p>Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
4	<p>Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
5	<p>Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
6	<p>Hablo con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
7	<p>Hago lo que haga las cosas siempre saldrán mal.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
8	<p>Comprendo que soy el principal causante del problema.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>
9	<p>Me siento indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A (X) D ()</p> <p>Sugerencias:</p>

10	Me doy cuenta de que por mí mismo no puedo hacer nada para resolver el problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
11	Me resigno a aceptar las cosas como son. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
12	No hago nada concreto puesto que las cosas por lo general no son favorables. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
13	Después de todo, las cosas pueden ocurrir peor. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
14	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
15	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
16	Intento sacar algo positivo del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
17	Intento centrarme en los aspectos positivos del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
18	Experimento personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
19	Me irrito con la gente. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:

20	Insulto a ciertas personas. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
21	Me comporto de forma hostil con los demás. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
22	Descargo mi mal humor haciendo alguna actividad. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
23	Me desahogo expresando mis sentimientos. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
24	Comunico cómo me estoy sintiendo. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
25	Intento distraerme para olvidarme del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
26	Intento olvidarme de las cosas malas que pasan. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
27	Procuro no pensar en el problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
28	Cuando me viene a la cabeza el problema, trato de hacer otras cosas. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:

	Escala de medición: Likert	
29	Practico algún deporte para olvidarme del problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
30	Me vuelco en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
31	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
32	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
33	Hablo con amigos o familiares para que me tranquilicen cuando me encuentro mal. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
34	Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
35	Pido consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
36	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
37	Acudo a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
38	Acudo a la Iglesia para poner velas o rezar.	A (X) D () Sugerencias:

	Escala de medición: Likert	
39	Tengo fe en que Dios remediará la situación Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
40	Asisto a la Iglesia regularmente. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
41	Pido ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.) Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
42	Hago oraciones o rezos Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
Promedio obtenido		A () D ()
Comentarios generales: APLICAR DESPUES DE LEVANTAR CORRECCIONES		
Observaciones:		

Esmeralda Suclupe Bances
PSICÓLOGA
C.P.S.P. 13305

Mag. Esmeralda Suclupe Bances

Grado, Apellido y Nombres

Colegiatura13305

1. Nombre del Juez		Esmeralda Suclupe Bances
2	Profesión	Psicología
	Especialidad	Psicóloga Clínica
	Grado Académico	Magister
	Experiencia Profesional (años)	15 años
	Cargo	Psicóloga Responsable de unidad adulto del CESMC- CHICLAYO
Título de la investigación: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN CUIDADORES DE USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA		
3. Datos del Tesista		
3.1.	Nombres y Apellidos	Alcántara López Ruth Vanessa
3.2.	Programa de Postgrado	Maestría en Psicología Clínica
4. Instrumento evaluado		1. Entrevista () 2. Cuestionario (X) 3. Lista de Cojeto () 4. Diario de campo ()
5. Objetivo del Instrumento		Objetivo general Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual para el afrontamiento al estrés en los cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Objetivo específicos Medir el afrontamiento al estrés focalizado en la solución del problema en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la autofocalización negativa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la reevaluación negativa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la expresión emocional abierta como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la evitación como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la búsqueda de apoyo social como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia. Medir la postura religiosa como afrontamiento al estrés en cuidadores de usuarios con esquizofrenia.
A continuación se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que usted los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de acuerdo o en “D” si está en Desacuerdo, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.		
N	Detalle del Instrumento	

1	Tratan de analizar las causas del problema para poder hacerle frente. Escala de medición: Likert	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) Sugerencias:
2	Tratan de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados. Escala de medición: Likert	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) Sugerencias: PASOS BIEN ANALIZADOS
3	Establecen un plan de actuación y procuran llevarlo a cabo. Escala de medición: Likert	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) Sugerencias:
4	Piensen detenidamente los pasos a seguir para enfrentarse al problema. Escala de medición: Likert	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) Sugerencias:
5	Hacen frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas Escala de medición: Likert	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) Sugerencias:
6	Hablan con las personas implicadas para encontrar una solución al problema. Escala de medición: Likert	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) Sugerencias:
7	Piensen que hagan lo que hagan las cosas siempre saldrán mal Escala de medición: Likert	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) Sugerencias:
8	Comprenden que son el principal causante del problema.. Escala de medición: Likert	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) Sugerencias:
9	Se sienten indefensos/as e incapaces de hacer algo positivo para cambiar la situación. Escala de medición: Likert	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) Sugerencias:
10	Se dan cuenta de que por sí mismos no pueden hacer nada para resolver el problema. Escala de medición: Likert	A (<input checked="" type="checkbox"/>) D (<input type="checkbox"/>) Sugerencias:

11	Se resignan a aceptar las cosas como son. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
12	No hacen nada concreto puesto que las cosas suelen percibir las como malas. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
13	Piensan que después de todo, las cosas pueden ocurrir peor. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
14	Reconocen que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
15	Comprenden que otras cosas, diferentes del problema, son para ellos más importantes. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
16	Intentan sacar algo positivo del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
17	Intentan centrarse en los aspectos positivos del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
18	Experimentan personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga” Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
19	Se irritan con alguna gente. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
20	Insultan a ciertas personas. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
21	Se comportan de forma hostil con los demás. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:

	Escala de medición: Likert	
22	Descargan su mal humor haciendo alguna actividad Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
23	Se desahogan expresando sus sentimientos. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
24	Comunican cómo se están sintiendo Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
25	Intentan distraerse para olvidarse del problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
26	Intentan olvidarse de todo Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
27	Procuran no pensar en el problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
28	Cuando les viene a la cabeza el problema, tratan de hacer otras cosas. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
29	Practican algún deporte para olvidarse del problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
30	Se vuelcan en el trabajo o en otra actividad para olvidarse del problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:

31	Le cuentan a familiares o amigos cómo se sienten Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
32	Procuran que algún familiar o amigo los escuche cuando necesitan manifestar sus sentimientos. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
33	Hablan con amigos o familiares para que se tranquilicen cuando se encuentran mal Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
34	Piden a algún amigo o familiar que les indique cuál sería el mejor camino a seguir. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
35	Piden consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
36	Piden a parientes o amigos que los ayuden a pensar acerca del problema. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
37	Acuden a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
38	Acuden a la Iglesia para poner velas o rezar. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
39	Tienen fe en que Dios remediará la situación Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
40	Asisten a la Iglesia. Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:

41	Piden ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.) Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
42	Hacen oraciones o rezos Escala de medición: Likert	A (X) D () Sugerencias:
Promedio obtenido		A () D ()
Comentarios generales:		
LEVANTAR CORRECCIONES		
Observaciones:		

Mag. Esmeralda Suclupe Bances

Grado, Apellido y Nombres

Colegiatura13305

Anexo 06: Carta de autorización



Institución: Centro de Salud Mental Comunitario "Naylamp" Lambayeque.

Investigadora: Ruth Vanessa Alcántara López.

Título: **“PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL AFRONTAMIENTO AL ESTRES EN CUIDADORES DE USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA”.**

Yo, Dra. Paola María Manayalle Polar, identificado con DNI N° 46078533, jefa del Centro de Salud Mental Comunitario "Naylamp" Lambayeque, AUTORIZO a la Psicóloga Ruth Vanessa Alcántara López, para que proceda con la aplicación de instrumentos a los cuidadores de usuarios con Esquizofrenia que acuden al servicio y al personal que labora en la Institución, así como a la revisión de casos que accedan de manera voluntaria para ser participantes de la investigación: **“PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL AFRONTAMIENTO AL ESTRES EN CUIDADORES DE USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA”**

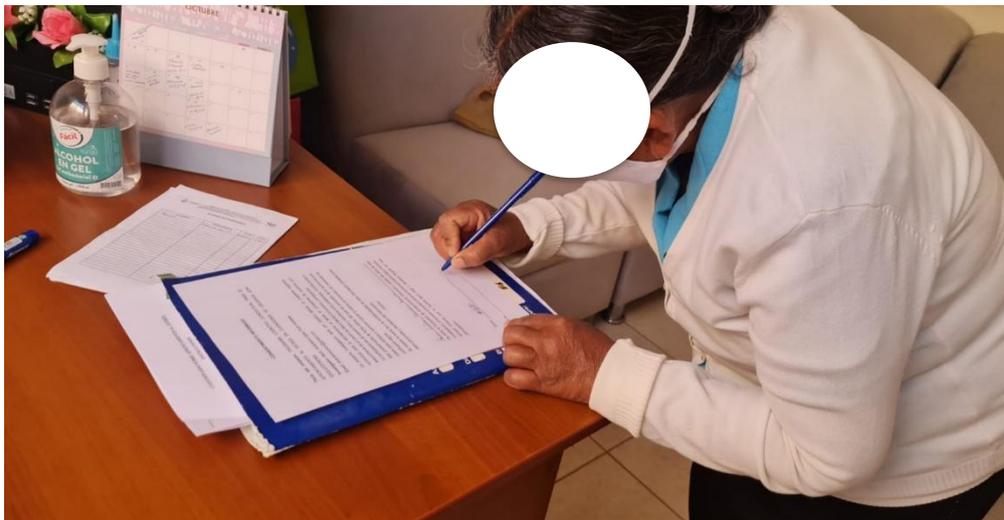
Chiclayo, 10 de junio de 2022



Dra. Paola María Manayalle Polar
DNI: 46078533

Anexo 07: Evidencias de la aplicación de investigación

Aplicación de pre test

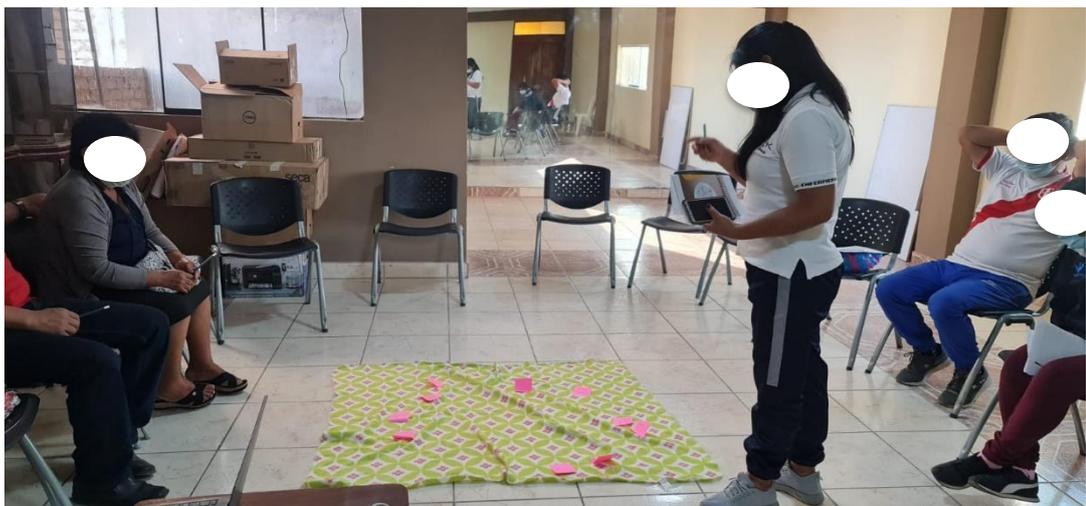


Desarrollo de sesiones











Aplicación de pos test

