

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en
pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en
un centro de salud mental comunitario Huancayo 2021**

Richard Antony Inche Campos
Erika Georgina Paucar Arauco

Para optar el Título Profesional de
Licenciado en Psicología

Huancayo, 2022

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por guiar y cuidar nuestro camino.

A la Universidad Continental, por habernos acogido en sus aulas.

A nuestro asesor, Ps. Jorge Antonio Salcedo Chuquimantari, por su apoyo incondicional y ser un excelente guía y mentor.

A la Ps. Daisy Vidalón Salazar, por brindarnos su apoyo, enseñanza y paciencia para con esta investigación.

A la Ps. Katherine Castro Flor, por su paciencia y apoyo fundamental a esta investigación.

A todos nuestros docentes, que durante nuestros años de estudio nos compartieron sus conocimientos, especialmente a nuestros supervisores de internado que contribuyeron enormemente en nuestro desarrollo personal y profesional.

A nuestros familiares, por el importante apoyo, afectivo y monetario durante nuestros años de estudio.

A nuestros amigos y amigas, que hicieron grata la vida universitaria y, sobre todo, que nos permitieron aprender de ellos con un cariño incondicional.

DEDICATORIA

A mis amados padres Wido y Dominica, todo se lo debo a ellos.

A mis hermanos Daisy y Christian, por su paciencia y enseñanza.

A mis abuelitos, por su gran amor y comprensión.

Richard Inche

A mis padres Rocío y Saúl, por su amor incondicional, su comprensión y dedicación.

A mis hermanas Fiorella y Adriana, por su compañía y palabras de apoyo siempre.

A mi abuelita Ica, por sus consejos de toda la vida

A mi abuelito Francisco, a quien extraño mucho, pero sé que me cuida desde el cielo.

Erika Paucar

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	ii
DEDICATORIA	iii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I	16
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	16
1.1. Planteamiento y formulación del problema.....	16
1.1.1. Planteamiento del problema.....	16
1.1.2. Formulación del problema	18
1.2. Objetivos	19
1.2.1. Objetivo general.....	19
1.2.2. Objetivos específicos	19
1.3. Justificación e importancia.....	20
1.4. Hipótesis y descripción de variables	21
1.4.1. Hipótesis	21
1.4.2. Descripción de variables.....	22
1.4.3. Operacionalización de variables	22
CAPITULO II:	26
MARCO TEÓRICO.....	26
2.1. Antecedentes.....	26
2.1.1. Internacionales	26
2.1.2. Nacionales.....	30
2.2. Bases teóricas.....	31
2.2.1. Distorsiones cognitivas	31
2.2.2. Adherencia terapéutica.....	40
2.2.3. Ansiedad.....	48
2.2.4. Depresión	50
2.2.5. Trastorno mixto.....	52

2.3. Definición de términos básicos	52
CAPÍTULO III:	54
DISEÑO METODOLÓGICO	54
3.1. Tipo de investigación.....	54
3.2. Diseño de investigación	54
3.3. Población y muestra.....	55
3.3.1. Población.....	55
3.3.2. Muestra.....	56
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	57
3.4.1. Técnicas	57
3.4.2. Descripción de los instrumentos	58
3.5. Análisis de datos	61
3.6. Aspectos éticos.....	62
CAPÍTULO IV:.....	63
RESULTADOS	63
DISCUSIÓN	86
CONCLUSIONES	90
RECOMENDACIONES	91
REFERENCIAS	92
ANEXOS	99

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Resumen de procesamiento de casos IPA	58
Tabla 2 Confiabilidad del Inventario de Pensamientos Automáticos	58
Tabla 3 Confiabilidad de las dimensiones del Inventario de Pensamientos Automáticos	58
Tabla 4 Resumen de procesamiento de casos EAT	60
Tabla 5 Confiabilidad del cuestionario de adherencia terapéutica.....	65
Tabla 6 Confiabilidad de las dimensiones del cuestionario de adherencia terapéutica	60
Tabla 7 Medidas de tendencia central para edad	62
Tabla 8 Porcentajes por modalidad de encuesta y género.....	62
Tabla 9 Porcentajes por estado civil.....	63
Tabla 10 Porcentajes por diagnóstico	64
Tabla 11 Porcentajes por tiempo de tratamiento.....	65
Tabla 12 Distorsiones cognitivas	66
Tabla 13 Dimensiones de distorsión cognitiva – I.....	67
Tabla 14 Dimensiones de distorsión cognitiva – II.....	69
Tabla 15 Dimensiones de distorsión cognitiva – III	70
Tabla 16 Dimensiones de distorsión cognitiva – IV	71
Tabla 17 Dimensiones de distorsión cognitiva – V	72
Tabla 18 Adherencia terapéutica.....	73
Tabla 19 Dimensiones de adherencia terapéutica	74
Tabla 20 Prueba de normalidad.....	75
Tabla 21 Interpretación de Rho de Spearman.....	76
Tabla 22 Tamaño de efecto J. Cohen.....	76

Tabla 23 distorsión y adherencia	78
Tabla 24 Dimensiones de distorsiones cognitivas y control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	79
Tabla 25 Dimensiones de distorsiones cognitivas y seguimiento médico conductual	81
Tabla 26 Dimensiones de distorsiones cognitivas y autoeficacia.....	82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Porcentaje por modalidad de encuesta y género.....	64
Figura 2 Porcentajes por estado civil.....	65
Figura 3 Porcentajes por diagnóstico.....	66
Figura 4 Porcentajes por tiempo de tratamiento.....	67
Figura 5 Distorsiones cognitivas.....	69
Figura 6 Dimensiones de distorsión cognitiva – I.....	70
Figura 7 Dimensiones de distorsión cognitiva – II.....	71
Figura 8 Dimensiones de distorsión cognitiva – III.....	72
Figura 9 Dimensiones de distorsión cognitiva – IV.....	74
Figura 10 Dimensiones de distorsión cognitiva – V.....	75
Figura 11 Adherencia terapéutica.....	76
Figura 12 Dimensiones de adherencia terapéutica.....	77
Figura 13 Adherencia terapéutica.....	77
Figura 14 Distorsión cognitiva.....	77
Figura 15 Dispersión de distorsión y adherencia.....	77

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo primordial determinar la relación entre las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un centro de salud mental comunitario de Huancayo, 2021. La metodología fue de tipo básica, no experimental de corte transversal de nivel descriptivo correlacional. La muestra estuvo conformada por 51 usuarios de la unidad de adulto y adulto mayor que hayan sido diagnosticados con ansiedad y/o depresión. Se aplicó el Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan (IPA) y la Escala de adherencia terapéutica (EAT). Los resultados mostraron que no existe relación significativa entre distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica (-0.168; $p=.273$). Sin embargo, se observó que existe una correlación inversa significativa entre la dimensión sobregeneralización (-0.272; $p=.054$), interpretación del pensamiento (-0.368; $p=.008$), visión catastrófica (-0.284; $p=.044$), personalización (-0.386; $p=.005$) y etiquetas globales (-0.344; $p=.014$) con el grado de adherencia terapéutica. Se concluyó que, a mayor nivel de estas distorsiones cognitivas, menor será el grado de adherencia terapéutica en los usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión.

Palabras clave: distorsiones cognitivas, adherencia terapéutica, centro de salud mental comunitario, pensamientos automáticos, ansiedad y depresión.

ABSTRACT

The study entitled cognitive distortions and therapeutic adherence in patients with a diagnosis of anxiety and/or depression in a Huancayo Community Mental Health Center, 2021, had the primary objective of determining the relationship between cognitive distortions and the degree of therapeutic adherence in these users. The methodology was basic, non-experimental, cross-sectional, descriptive and correlational. The sample consisted of 51 users of the adult and elderly unit who had been diagnosed with anxiety and/or depression. The Ruiz and Lujan Inventory of Automatic Thoughts (IPA) and the Therapeutic Adherence Scale (EAT) were applied. The results showed that there is no significant relationship between cognitive distortions and therapeutic adherence (-0.168 ; $p=.273$). However, it was observed that there is a significant inverse correlation between the overgeneralization dimension (-0.272 ; $p=.054$), thought interpretation (-0.368 ; $p=.008$), catastrophic view (-0.284 ; $p=.044$), personalization (-0.386 ; $p=.005$) and global labels (-0.344 ; $p=.014$) with the degree of therapeutic adherence. It was concluded that the higher the level of these cognitive distortions, the lower the degree of therapeutic adherence in users with a diagnosis of anxiety and/or depression.

Key words: cognitive distortions, therapeutic adherence, community mental health center, automatic thoughts, anxiety and depression.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio declara el tema de las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión, conceptualizando el primero como la estructura cognitiva con carencia de evidencia que va a influir sobre nuestro estado de ánimo y conducta (Beck, 2000) y el segundo como el grado de adhesión o aceptación del tratamiento que se establece con base en un diagnóstico; en esta adhesión influyen características internas y externas (Reyes et al., 2016).

Actualmente, la ansiedad y la depresión son algunas de las enfermedades mentales que más aquejan a las personas en el mundo; estas especialmente tuvieron un incremento en la población producto de la pandemia por el covid-19. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) reveló que cerca de mil millones de personas padecen de algún tipo de trastorno mental. Asimismo, las atenciones sobre casos de ansiedad y depresión en la Dirección Regional de Salud (Diresa) en Junín se incrementaron en un 25% en comparación con el año 2019 (“Junín en 25% se incrementó ansiedad, depresión y estrés”, 2020). Por otra parte, la adherencia al tratamiento es un tema de gran interés por los profesionales de la salud; según la OMS (2020), lograr y mantener una adhesión del usuario a su tratamiento es fundamental para lograr eficacia en la intervención de estos padecimientos.

Los centros de salud mental comunitarios no son ajenos a la búsqueda de una adhesión idónea del paciente con el paquete de atención que se le brinda. Sin embargo, se evidencia abandono de los usuarios al tratamiento que vienen recibiendo y esto agrava la problemática de los padecimientos. Por ello, la principal motivación para ejecutar esta investigación sobre distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica es

aportar una visión de relación entre estas dos variables en un *centro de salud mental comunitario* que atiende mayormente estos padecimientos.

Por este motivo, se focaliza esta investigación en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en la ciudad de Huancayo, específicamente en la unidad de adulto y adulto mayor, dirigida a usuarios que bajo una previa evaluación del profesional a cargo de la unidad hayan sido diagnosticados con ansiedad y/o depresión. En consideración, la presente investigación tiene como objetivo general determinar la relación que existe entre las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca, Huancayo, 2021.

Entre los principales antecedentes se puede mencionar a Lalangui (2019), quien en su investigación *Pensamientos automáticos y adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con insuficiencia renal crónica que realizan hemodiálisis* se planteó como objetivo describir los pensamientos automáticos prevalentes y el grado de adhesión al tratamiento en estos usuarios. Burbano y Restrepo (2012), en su tesis *Distorsiones cognitivas asociadas a la no adherencia al tratamiento en adolescentes internos en la Comunidad Terapéutica Éxodo de Popayán* tuvieron como objetivo analizar qué distorsiones cognitivas muestran relación con la no adherencia al tratamiento. Por su parte, Urbina (2017), en su investigación *Depresión como factor asociado a la no adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en un hospital público en Perú*, tuvo como objetivo establecer si la depresión era un factor asociado a los niveles de adherencia al tratamiento en estos pacientes.

La presente tesis se fundamenta en la teoría cognitivo conductual de Aron Beck, que permite reconocer las distorsiones cognitivas de los usuarios mediante los

pensamientos automáticos que estos mantienen. Además, se considera el postulado de Soria et al. (2009) respecto al grado de adherencia que permite reconocer la adhesión de los usuarios sobre la base de sus conductas, percepciones y componentes internos.

La estructura del presente estudio se reseña a continuación.

En el Capítulo I, se expone el planteamiento del estudio y formulación del problema, objetivos, justificación e importancia, hipótesis y descripción de variables.

En el Capítulo II, se mencionan los antecedentes nacionales e internacionales, el marco teórico y la definición de los términos empleados en la investigación.

En el Capítulo III, se establece la metodología, tipo y diseño de investigación, población, muestra, instrumentos de medición, análisis y procesamiento de datos, y los aspectos éticos en la investigación.

En el Capítulo IV, se señalan los resultados descriptivos y correlacionales mediante tablas y figuras.

Finalmente, se desarrollan las discusiones de la investigación, conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Planteamiento y formulación del problema

1.1.1. Planteamiento del problema

A nivel internacional, cerca de 1000 millones de personas experimentan un trastorno mental y en un aproximado de cuarenta segundos un ser humano llega a suicidarse, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020). Por otro lado, se comprende que una carga de mortalidad del 10% está representada por el consumo de sustancias psicoactivas, los trastornos mentales y los neurológicos, además de representar el 30% de afecciones no mortales (“No hay salud sin salud mental”, 2020). También, se considera que uno de los agravantes para el incremento de usuarios que experimentan una afectación sobre su salud mental o que perciban un empeoramiento es producto del contexto de pandemia por el covid-19. La directora de la OPS indicó que las enfermedades mentales son como una epidemia discreta que va afectando a las Américas mucho tiempo antes que lo originado por el COVID-19, además de enfatizar en la depresión y ansiedad como pilares que originan esta discapacidad (“No hay salud sin salud mental”, 2020).

A nivel nacional, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) precisó que en un 20,7% de ciudadanos peruanos mayores de doce años experimentan un tipo de alteración mental, según estudios de epidemiología sobre salud mental (INSM, 2019). De acuerdo con la OPS (2018), los trastornos depresivos son considerados como el quinto estado más discapacitante en el Perú, que representa un 8,6% de carga. Asimismo, las enfermedades neuropsiquiátricas simbolizan un total de 17,5% de carga, que conlleva a una pérdida de 33 años por cada mil habitantes (Ministerio de Salud [Minsa], 2020). Según la información proporcionada por el Hospital Hermilio Valdizán

(HHV), durante el mes de abril del 2020, de un total de 2842 casos atendidos por teleconsulta, los casos por trastornos de ansiedad ocuparon el segundo nivel de demanda con 392 atenciones y los casos por episodios depresivos ocuparon el tercer lugar de mayor frecuencia con 190 atenciones (HHV, 2020).

Por otro lado, un aproximado de 20% de ciudadanos peruanos adultos experimentan un tipo de trastorno mental, con mayor incidencia en casos de depresión, ansiedad y consumo de sustancias psicoactivas (INSM, 2019). La Dirección Regional de Salud Junín precisó que durante el año 2020 se ha registrado un incremento del 25% en las atenciones en comparación con el año 2019; asimismo, entre los meses de enero a agosto, de un total de 3554 casos reportados por los centros de salud mental comunitarios, los más frecuentes fueron depresión, violencia intrafamiliar, trastorno de estrés postraumático y ansiedad.

La Organización Mundial de la Salud recalcó la importancia de promover una adecuada adherencia a la terapia o tratamiento en los usuarios que reciben las diversas atenciones en el sector salud. Además, indicó que este componente fundamental sufre la incidencia de diversas variables como la edad, economía, conocimiento del padecimiento, sexo, grado de instrucción y actividad física. Por lo tanto, el profesional de salud debe promover y motivar el cumplimiento de las diversas metas terapéuticas que conllevan su padecimiento (OMS, 2020).

De esta forma, en el Centro de Salud Mental de Chilca se ha observado una gran afluencia de pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión que no cumplen con todo el proceso que requiere su tratamiento, cuya consecuencia es una afectación en su salud física y psicológica, desencadenando pensamientos negativos que marcan un retroceso en el avance que pudieron haber tenido mientras mantenían una adherencia al tratamiento farmacológico y/o psicológico.

Según lo expuesto y considerando el aumento de los casos de ansiedad y depresión durante los últimos años, es importante investigar esta temática con el objetivo de conocer la correlación entre las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca de la ciudad de Huancayo en el año 2021. Además, facilitar y contribuir a la postulación de estrategias que permitan fortalecer el grado adherencia percibido en los usuarios.

1.1.2. Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021?

Problemas específicos

¿Cuáles serán las distorsiones cognitivas presentes en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021?

¿Cuál será el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021?

¿Cuál es la relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y el control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021?

¿Cuál es la relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y el seguimiento médico conductual en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021?

¿Cuál es la relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y la autoeficacia en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021?

1.2.Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Establecer la relación que existe entre las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

1.2.2. Objetivos específicos

Identificar las distorsiones cognitivas presentes en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

Identificar el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

Determinar la relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y el control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

Determinar la relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y el seguimiento médico conductual en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

Determinar la relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y la autoeficacia en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

1.3. Justificación e importancia

A nivel teórico, esta investigación contribuirá con datos científicos que permitan revalidar teorías o producir nuevas respecto a las variables adherencia terapéutica y distorsiones cognitivas en usuarios con diagnóstico de ansiedad o depresión en un centro de salud mental, además de contribuir como antecedente teórico para futuras investigaciones, ya que existe poca evidencia de investigaciones que relacionen ambos constructos.

A nivel práctico, contribuirá a reconocer los tipos de distorsiones cognitivas que mantienen incidencia en un idóneo proceso de cumplimiento terapéutico ante los tratamientos médicos y/o psicológicos que reciben los usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión. Además, podrá elaborar programas para intervenir con el fin de buscar el incremento de una adherencia terapéutica y reducir la incidencia de las diversas distorsiones cognitivas.

A nivel metodológico, los resultados logrados en esta investigación y las teorías utilizadas podrán ser de utilidad en las futuras investigaciones y podrán ampliar los temas de distorsiones cognitivas y la adherencia terapéutica; así mismo, se podrán desarrollar programas terapéuticos que ayuden a minimizar la ansiedad y la depresión.

1.4.Hipótesis y descripción de variables

1.4.1. Hipótesis

Hipótesis general

Existe relación significativa entre las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en la ciudad de Huancayo, en el año 2021.

Hipótesis específicas

- 1.** Las distorsiones cognitivas serán de nivel moderado en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.
- 2.** El grado de adherencia terapéutica será de nivel alto en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.
- 3.** Existe relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y el control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.
- 4.** Existe relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y el seguimiento médico conductual en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.
- 5.** Existe relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y la autoeficacia en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

1.4.2. Descripción de variables

Variable 1: Distorsiones cognitivas. Esta variable es de tipo cuantitativo, la cual se evaluó mediante los puntajes del IPA de Ruiz y Lujan. Según Beck (1983), las distorsiones cognitivas serán representaciones mentales que conllevan a una interpretación errónea o irreal que influye sobre el procesamiento de la información que va a determinar la percepción y conceptualización de un hecho, que a su vez influirá sobre los pensamientos del usuario.

Variable 2: Grado de adherencia terapéutica. Esta variable es de tipo cuantitativo, la cual se evaluó mediante los puntajes de la EAT de Soria et al. (2009), para quienes la adherencia será el conjunto de comportamientos relacionados con el cumplimiento de las indicaciones del profesional tratante, además de las modificaciones cognitivas que van a permitir la adhesión a la ingesta de medicamentos y alimentos, autoeficacia y contemplación de la creencia sobre su mejoría.

1.4.3. Operacionalización de variables

Título preliminar: Distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un centro de salud mental comunitario de Huancayo 2021.			
Variable del estudio: Distorsiones cognitivas			
Conceptualización de la variable: Son representaciones mentales con base en nuestra experticia, y esta a su vez se manifiesta en forma de interpretación que se fundamenta en supuestos erróneos que parten de los esquemas que intervienen y determinan cómo las personas perciben y conceptualizan las ideas (Beck et al., 1983).			
Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Filtraje	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	1	Escala tipo Likert

	Es horrible que me pase esto	16	Nunca pienso en eso (0) Algunas veces lo pienso (1) Bastantes veces lo pienso (2) Con mucha frecuencia lo pienso (3)
	Es insoportable, no puedo aguantar más	31	
Pensamiento polarizado	Solamente me pasan cosas malas	2	
	Mi vida es un continuo fracaso	17	
	Soy incompetente e inútil	32	
Sobregeneralización	Todo lo que hago me sale mal.	3	
	Siempre tendré este problema	18	
	Nunca podré salir de esta situación	33	
Interpretación del pensamiento	Sé que piensan mal de mí	4	
	Sé que me están mintiendo y engañando	19	
	Quieren hacerme daño	34	
Visión catastrófica	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	5	
	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	20	
	¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	25	
Personalización	Soy inferior a la gente en casi todo	6	
	Soy superior a la gente en casi todo	21	
	La gente hace las cosas mejor que yo	36	
Falacia de control	Si otros cambiaran su actitud, yo me sentiría mejor	7	
	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	22	
	Soy una víctima de mis circunstancias	37	
Falacia de justicia	No hay derecho a que me traten así	8	
	Si me quisieran de verdad no me tratarían así.	23	
	No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	38	
	Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.	9	

Razonamiento emocional	Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	24
	Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	39
Falacia de cambio	Mis problemas dependen de los que me rodean	10
	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	25
	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	40
Etiquetas globales	Soy un desastre como persona	11
	Alguien que conozco es un imbécil	26
	Soy una persona inestable emocionalmente	41
Culpabilidad	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	12
	Otros tienen la culpa de lo que me pasa	27
	Lo que me pasa es un castigo que merezco	42
Los debería	Debería estar bien y no tener estos problemas	13
	No debería cometer estos errores	28
	Debería recibir más atención y cariño de otros	43
Falacia de razón	Sé que tengo la razón y no me entienden	14
	No quiere reconocer que estoy en lo cierto	29
	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	44
Falacia de recompensa divina	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	15
	Ya vendrán mejores tiempos	30
	Tarde o temprano me irán las cosas mejor	45

Título preliminar: Distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un Centro de Salud Mental Comunitario de Huancayo 2021.

Variable del estudio: Adherencia terapéutica			
Conceptualización de la variable: Es un conjunto de comportamientos relacionados con el cumplimiento de las indicaciones médicas sobre la intervención de la enfermedad. Es decir, se contempla el cumplimiento del usuario sobre la ingesta de medicamentos, si sus conductas contribuyen a la mejoría de su salud y si su creencia sobre lo que realiza será eficiente para manejar su padecimiento (Lago, 2015).			
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	Si me recetan medicamentos los tomaría de manera puntual.	1	Escala tipo Likert Nunca (1) Pocas veces (2) Frecuentemente (3) Muy frecuentemente (4) Siempre (5)
	No importa que el tratamiento sea largo, tengo la disposición de cumplirlo.	2	
	Si tengo que seguir un hábito o dieta rigurosa, lo respeto.	3	
	Estoy dispuesto a dejar algo placentero como, por ejemplo, dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas si el especialista me lo ordena.	4	
	Si el especialista me recomienda una actividad específica la cumpliría.	5	
	Si el especialista me genera confianza sigo el tratamiento.	6	
	Si el especialista me recomienda realizar algunas actividades como caminar o hacer ejercicio lo haría.	7	
Seguimiento médico conductual	Si el especialista me informa que llamará para evaluar mi estado de salud, estoy al pendiente de la llamada.	8	
	Asisto a mis sesiones de manera puntual.	9	
	Registro las situaciones que afecten mi salud y se las comunico al especialista.	10	
	Después de haber culminado mi tratamiento, regreso a consulta si el especialista me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	11	
	Si siento que mi malestar no es importante, pongo poca atención al tratamiento	12	
	Sigo las indicaciones del especialista, aunque no sienta malestar o dificultad.	13	
	Siento confianza cuando el especialista demuestra conocer sobre mi malestar.	14	

Autoeficacia	Cuando el especialista me explica sobre mi diagnóstico, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	15	
	Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida cumplir las tareas que me indicó el especialista.	16	
	Cuando siento que los síntomas desaparecen dejo el tratamiento, aunque no esté concluido.	17	
	Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.	18	
	Para que yo siga el tratamiento siento que es necesario el apoyo de otros.	19	
	Si se me indica que mi tratamiento será largo, hago todo lo posible para aliviarme.	20	
	Aunque sienta que el tratamiento sea complicado, lo sigo.	21	

CAPITULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Londoño et al. (2005) desarrollaron una investigación titulada “Distorsiones cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad generalizada” con el objetivo de

identificar qué distorsiones se muestran asociadas a este trastorno. Trabajaron con 147 usuarios diagnosticados bajo una metodología analítico transversal. Utilizaron el cuestionario de ansiedad generalizada y el inventario de pensamientos automáticos. Sus resultados evidencian que los pensamientos de falacia de justicia, los debería, visión catastrófica, falacia de cambio, falacia de control, abstracción y sobregeneralización muestran influencia sobre las personas con trastornos de ansiedad. Concluyeron que existe diferencia significativa entre la mayoría de distorsiones cognitivas a diferencia del pensamiento polarizado y personalización.

Krebs et al. (2012), en su investigación “Adherencia a psicoterapia en pacientes con trastorno de ansiedad”, se plantearon como objetivo identificar factores de riesgo en la adhesión al tratamiento. Se trabajó con 188 usuarios con diagnóstico de trastorno de ansiedad en un centro de salud mental de Chile. Se utilizó una ficha clínica, escala de Hamilton y *parental bonding instrument*. Sus resultados muestran que el 85% con a. leve, el 39% con a. moderada y el 16% con a. grave son adherentes a su tratamiento. Además, los usuarios que abandonan el tratamiento presentan mayor ansiedad que los que se adhieren. Concluyeron que existe asociación entre la adhesión al tratamiento y la sintomatología ansiosa debido a la dimensión clínica.

Lalangui (2019), en su investigación *Pensamientos automáticos y adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con insuficiencia renal crónica que se realizan hemodiálisis*, buscó describir los pensamientos automáticos y el grado de adherencia al tratamiento. Utilizó la metodología de tipo cuantitativo, descriptivo y no experimental; para la recolección de datos usó el Inventario de pensamiento automáticos de Ruiz y Lujan y la Escala de adherencia terapéutica de Trujado y Vera. Los resultados muestran que en el 57% mantiene adherencia media y las distorsiones cognitivas predominantes fueron falacia de recompensa divina, falacia de razón, filtraje

y sobregeneralización. Se concluyó que existe incidencia de los pensamientos automáticos y las variables sociodemográficas sobre los grados de adhesión al tratamiento.

Silva (2016), en su estudio *Distorsiones cognitivas como posible factor influyente sobre los niveles de ansiedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten a la Unidad Metropolitana de Salud Norte de la ciudad de Quito*, se propuso como objetivo determinar la relación entre estas variables. Trabajó bajo un método correlacional no experimental transversal, con una muestra de 50 pacientes. Se utilizaron como instrumentos de recolección de datos el inventario de pensamientos automáticos y el test de ansiedad de Hamilton. Se obtuvo como resultado que en el género femenino los pensamientos prevalentes fueron filtraje con 3,95% y falacia de recompensa divina con 3,75%; respecto a la ansiedad, el género femenino tuvo la mayor frecuencia con un 21.34%. Se concluye que, en su mayoría, el género femenino predispone las diversas distorsiones cognitivas que influyen en los niveles de ansiedad ante la noticia de su diagnóstico médico y se corrobora que es más afectado por su estructura biológica y cognitiva en el descontrol de sus emociones, lo cual genera la victimización por somatización.

Burbano y Restrepo (2012) realizaron un estudio titulado *Distorsiones cognitivas asociadas a la no adherencia al tratamiento en adolescentes internos en la Comunidad Terapéutica Éxodo de Popayán* con el objetivo de analizar qué distorsiones cognitivas están asociadas a la adherencia al tratamiento bajo un estudio mixto. Se trabajó con 10 adolescentes internos y se empleó como instrumento el inventario de pensamiento automáticos. Se obtuvo como resultado que las distorsiones más recurrentes fueron falacia de recompensa divina, filtraje, falacia de control, falacia de cambio, visión catastrófica y los debería. Se concluyó que ciertas distorsiones

cognitivas están asociadas al grado de adherencia terapéutica de estos internos en gran medida por atribuciones del exterior.

Rojas et al. (2017), en su estudio “Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal”, se plantearon como objetivo indagar la relación entre ansiedad y depresión sobre la adherencia bajo un método cuantitativo no experimental correlacional. Trabajaron con 31 pacientes a los que se les aplicó el inventario de ansiedad, inventario de depresión y la escala de adherencia. Sus resultados mostraron que los usuarios tienen una adherencia alta con un 67%, depresión en un 48% y ansiedad en un 35%. Concluyeron que la depresión tiene relación inversa con la adherencia, es decir, a mayor depresión menor grado de adhesión, específicamente en la conducta de ingesta de medicamentos y el seguimiento.

Londoño et al. (2011), en su estudio “Componentes de vulnerabilidad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada”, se plantearon como objetivo analizar el perfil cognitivo de los usuarios con Dx de TAG. Trabajaron con 69 adultos a los que se les aplicó el inventario de pensamientos automáticos, el cuestionario de esquemas, el cuestionario de creencias y la escala de estrategia de afrontamiento. Sus resultados mostraron que las distorsiones cognitivas más prevalentes fueron pensamiento polarizado, sobregeneralización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, falacia de control y falacia de cambio. Concluyeron que existen componentes de vulnerabilidad cognitiva como afrontamiento, distorsión y reevaluación en usuario con TAG.

Rondón y Angelucci (2021), en su estudio “Modelo psicológico entre depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, se plantearon como objetivo establecer la relación entre ambas variables. Se trabajó con 278 usuarios

a los que se les aplicó el cuestionario tridimensional y la escala para medir estilo de vida. Se obtuvo como resultado un coeficiente de correlación de (-0.23) entre la adherencia y la depresión. Se concluyó que la relación entre adherencia y depresión es inversa, es decir, a mayor adherencia menor depresión tendrá el usuario.

2.1.2. Nacionales

Urbina (2017), en su tesis *Depresión como factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en un hospital público en Perú*, se planteó como objetivo establecer si la depresión será un factor asociado a la no adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial. Se fundamentó bajo el método analítico observacional y se trabajó con 144 usuarios de ambos sexos. Se obtuvo como resultado que en usuarios sin adherencia la frecuencia de depresión fue de 32% y en usuarios con adherencia la frecuencia fue de 14%; además, no se apreciaron diferencias en las variables de género o edad con la adherencia. Se concluyó que la depresión es un factor asociado a la adherencia terapéutica en usuarios de un hospital público en Perú.

Untiveros (2018), en su tesis *Factores sociodemográficos asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes del Hospital Dos de Mayo, Lima-2016*, buscó establecer qué factores sociodemográficos muestran relación con la adherencia. Se fundamentó en un método no experimental transversal y se trabajó con 60 usuarios mayores de 18 años. Se obtuvo como resultado que los factores sociodemográficos muestran una significancia del 0.05, que indica una asociación directa con la adherencia. Se concluyó que factores como grado de instrucción, sexo, edad y estado civil se encuentran asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Distorsiones cognitivas

Definición

Es un término propio del modelo cognitivo, en el que se establece que las perturbaciones en el pensamiento de un usuario provienen de las distorsiones cognitivas. Estas distorsiones tienen una implicación sobre el estado de ánimo y comportamiento del usuario (Beck, 2000).

De esta forma, se indica que todo estímulo debe pasar por un procesamiento cognitivo antes de que el individuo manifieste una respuesta que puede ser una emoción o conducta; luego de esto, se interpretará el estímulo previamente recibido teniendo como base los esquemas cognitivos previos que tiene la persona (Ruiz et al., 2012).

2.2.1.1. Enfoque de Aron Beck. Según Beck et al. (1983), las distorsiones de tipo cognitivas provocan conductas y emociones disfuncionales, debido a que son desproporcionadas en cuanto a la situación enfrentada. Las distorsiones cognitivas tienen influencia directa en los síntomas conductuales, afectivos, fisiológicos y motivacionales. Para Beck, todas las distorsiones cognitivas son producto de un procesamiento desacertado respecto a lo que percibe y una sesgada consideración de la situación experimentada; en otras palabras, las distorsiones cognitivas son mediadores entre los estímulos (E) y las respuestas (R) o en aquellas conductas que tienen incidencia tanto en el estado de ánimo como en el comportamiento; estas distorsiones no tienen lógica y las situaciones son percibidas como reales aun siendo falsas. Por ejemplo, en el trastorno de la ansiedad se pueden identificar tres factores: la existencia de creencias disfuncionales, el significado de determinadas experiencias reales y cómo se percibe la realidad (Beck et al., 2014).

Según este teórico, esta estructura cognitiva se divide en tres componentes: los pensamientos automáticos, los esquemas intermedios y los esquemas nucleares (Beck & Clark, 2010).

Pensamientos automáticos: Son pensamientos determinados y casi imperceptibles, mediante palabras claves dan luces de la presencia de una distorsión central. Las personas toman estos pensamientos como válidos y no los comprueban; esto contribuye a desórdenes de tipo clínico en los cuales estas situaciones no son precisamente visibles tanto para el paciente como para el terapeuta. Por esta razón, el terapeuta necesita entrenamiento para que sea más consciente de estas situaciones. Los pensamientos automáticos son resultado de los esquemas nucleares, que se hacen presente mediante juicios e interpretaciones que suceden de manera automática desde el inconsciente; es por esto que es la parte más superficial de la distorsión (Caro, 2009). Estas distorsiones se pueden dar a través de pensamientos o imágenes, que tienen una conversación interna, obstaculizando las actividades cotidianas de la persona, ya que son aceptadas como verdaderas (Sanz & Vázquez, 2008). Son aprendidos, ya que son reflejo de las suposiciones y las creencias de las personas, y no pueden ser controlados debido a que provienen de una creencia nuclear.

Esquemas intermedios: Son estatutos que rigen la conducta de manera dominante; son hipotéticos y son actitudes de respuesta que guían el significado de determinadas situaciones que representan un condicionamiento para la interpretación (Sanz & Vázquez, 2008). Asimismo, Beck (citado en Matute, 2016) mencionó que estos esquemas permanecen sin intervenir en el estado de ánimo o conductas excepto cuando son activados por algunos estímulos; cada tipo de distorsión que se codifica erróneamente se manifiesta mediante juicios con poca lógica y son incongruentes con la realidad, demostrando un sesgo cognitivo.

Esquemas nucleares: De acuerdo con Beck (citado en Matute, 2016), su desarrollo se da en la infancia a partir de cómo se interpreta el entorno; representa al nivel cognitivo más profundo, universal, inflexible e importante, ya que es a partir de este que evolucionan los esquemas intermedios y pensamientos automáticos. Además, indicó que a medida que la persona se acerca a la adultez, se instauran notablemente en ella, formado así su inconsciente. Los esquemas se encuentran a mayor profundidad y esto hace que sean difíciles de reconocer para el paciente y para el terapeuta, ya que cada uno posee sus propias ideas centrales de uno mismo, los demás y el mundo, basándose en la experiencia individual que cobran cierto significado (Sanz & Vázquez, 2008).

2.2.1.2. Enfoque de Albert Ellis. El modelo ABC se centra en explicar paso a paso la funcionalidad cognitiva de los seres humanos. Primero A está referido a todas las situaciones activadoras que afronta el sujeto; Segundo B está referido a los diversos pensamientos e interpretaciones de las situaciones que se afronta, y Tercero C está referido a las consecuencias emocionales y/o conductuales. De esta forma, Ellis enfatiza la relación fundamental que ejercen estos componentes (Ellis, 2010).

En este modelo se enfatiza el bloque B, ya que se busca reconocer las interpretaciones racionales e irracionales de los seres humanos frente a las diversas situaciones activantes para proceder con su intervención guiando una interpretación más racional. Ellis afirma que existen supuestos ilógicos que modulan la conducta humana; estas distorsiones cognitivas son las siguientes: perfeccionismo y etiquetado, descalificación de lo positivo, sobregeneralización, totalidad y nunca, todo o nada, adivinar el porvenir y saltar las conclusiones (Ellis, 2010).

Para Ellis, las creencias racionales son cogniciones apreciativas y tienen un significado individual, buscan la expresión de los deseos o preferencias; por otra parte,

los pensamientos irracionales son cogniciones apreciativas absolutistas frente al futuro como los debería o tendría. Estas mismas provocan emociones perturbadoras que fragmentan la consecución de objetos que generan felicidad. Las creencias irracionales son similares al factor de esquema negativo que presenta Beck, pero se pone énfasis en que estas distorsiones o creencias irracionales cumplan tres criterios (Ruiz et al., 2012):

- No siguen una lógica y carecen de consistencia empírica.
- Son instantáneos y el sujeto ignora el rol de mediador de sus pensamientos.
- Obstaculizan el logro de metas.

En síntesis, las creencias racionales que ejerce el sujeto modulan conductas favorables, mientras que las creencias irracionales del sujeto modulan conductas negativas y destructibles para la sociedad y el mismo individuo (Ellis, 2010).

2.2.1.2.1. Ideas o creencias irracionales. La postura fundamental de Ellis es que las emociones no están relacionadas directamente con los hechos reales que afronta el sujeto, sino que entre el hecho y la emoción se ejerce un lenguaje interno que denota una interpretación de estos acontecimientos.

Ellis propone 11 ideas irracionales que perturban la coexistencia de las personas dentro de la sociedad (Ruiz et al., 2012).

- *Miedo al fracaso:* orientado a que uno debe ser competente en todos los ámbitos posibles.
- *Acusaciones:* orientadas a creer que ciertos sujetos son malvados y merecen ser castigados.
- *Frustración:* orientada a que si algo no sale como queremos es horrendo o terrible.

- *Autodominio*: orientado a considerar que nuestros sentimientos negativos solo dependen del exterior y no tenemos responsabilidad ni control sobre ello.
- *Aceptación de la realidad*: orientada a considerar reiteradas veces que las cosas y personas deben ser diferentes.
- *Prospectiva*: orientada a considerar que nuestro pasado es fundamental y que si una vez afecta nuestra vida lo hará nuevamente.
- *Autodisciplina*: orientada a preferir evitar las dificultades y responsabilidades de la vida.
- *Angustia*: orientada a estar pendiente de que si algo es malo o peligroso uno debe preocuparse intensamente sobre ello.
- *Superación de la inercia y concentración creadora*: orientada a considerar que la felicidad del ser humano se puede conseguir mediante la inercia sin tener que realizar actos ni compromisos.
- *Confianza en sí mismo*: orientada a considerar indispensable una mayor virtud o cualidad en la otra persona para poder confiar.
- *Aprobación social*: orientada a creer indispensable el ser amado y aceptado por todos.

2.2.1.2.2. *Pensamientos automáticos.* En el presente estudio se considera este concepto, integrado por Ruiz y Lujan en la creación de su instrumento, basado en el de Aron Beck, para poder evaluar las distorsiones cognitivas que este postula. De esta forma, se comprende que estos pensamientos serán aquellas cogniciones producto de la interrelación de la información obtenida desde las creencias, esquemas y procesos cognitivos (Ruiz et al., 2012). Por otro lado, un pensamiento automático negativo es resultado de los pensamientos que tienen raíz en las distorsiones cognitivas. Todo esto se presenta como autoverbalizaciones, imagen o pensamiento y son expresiones directas de la visión que tiene la persona sobre sí misma, de sus creencias y del mundo, y gracias a esto el sujeto no considera estas afirmaciones como falsas o distorsionadas, sino como reales.

2.2.1.3. *Tipos de distorsiones cognitivas.* Las distorsiones cognitivas son explicadas como sesgos erróneos en el procesamiento de la información, debido a la presencia constante de esquemas cognitivos negativos en la persona (Ruiz et al., 2012). Estas distorsiones trabajan de forma inconsciente, de manera que la persona no se da cuenta de su influencia; podría suceder que estos supuestos negativos permanezcan inactivos hasta que se presente un disparador, una situación estresante o una carga emocional mediante una situación específica que podría producir errores en el pensamiento.

Beck (citado en Matute, 2016), con base en su trabajo realizado, publicó inicialmente siete distorsiones cognitivas: (a) inferencia arbitraria, (b) dicotomía, (c) personalización, (d) abstracción selectiva, (e) maximización/minimización, (f) inferencia arbitraria, y (g) generalización. Sin embargo, luego añade nuevas distorsiones y modifica el nombre de algunas. Además, otros autores, como Álvarez

(1992), realizaron una sucesión de los diferentes tipos de distorsiones en la cognición fundamentados en la teoría de Beck.

En el presente estudio se considera las siguientes 15 distorsiones cognitivas:

Filtraje o abstracción selectiva: Se da cuando solo se enfoca la atención en los detalles negativos de una situación determinada, que desvaloriza el contexto y solo le llega a una conclusión negativa de la experiencia vivida (Alvarez, 1992). Por ejemplo, si una persona mantiene un diálogo agradable con otra persona durante mucho tiempo y luego, por solo un momento corto, algo sucede y discuten, la persona que posee esta distorsión se va a enfocar solamente en la discusión y no en todo el momento agradable que pasaron.

Pensamiento polarizado: Es el pensamiento que juzga sobre la base de polos opuestos sin lograr considerar matices intermedios; es un pensamiento poco realista, porque en la realidad de la vida cotidiana las cosas que suceden y las demás personas no son simplemente buenas o malas (Alvarez, 1992). Además, Beck y Clark (2010) se refirieron sobre esta distorsión como un pensamiento del todo o nada; este error tiene su origen en el perfeccionismo por presentar ideas como “lo hago bien o es un fracaso”.

Sobregeneralización: Se da cuando una persona llega a una conclusión general teniendo como base pocas situaciones sin tener evidencia, y esta a su vez es replicada en una amplia variedad de situaciones que no poseen relación (Ruiz et al., 2012). Comúnmente, estas personas utilizan frases que inician con palabras como todo, siempre, nunca, nadie y todos.

Interpretación del pensamiento: Implica la idea equivocada de creer saber lo que los demás piensan exactamente; las personas con este error cognitivo creen que adivinan las intenciones, reacciones y motivos de las personas a su alrededor, pero estas interpretaciones comúnmente resultan equivocadas (Alvarez, 1992).

Visión catastrófica: Este error implica llegar siempre a la conclusión de que sucederá lo peor. Se pueden diferenciar dos partes: la primera es cuando se exageran los resultados de una determinada situación y la segunda es cuando sucede un incidente de tipo catastrófico y el individuo no consigue focalizar su atención en las soluciones (Ruiz et al., 2012).

Personalización: Ocurre cuando el sujeto cree que las demás personas hacen o hablan sobre él, sin tener evidencia de que eso suceda; esta distorsión está relacionada con la comparación (Ruiz, et al., 2012).

Falacia de control: Es el pensamiento que hace a la persona considerar que los factores que rigen su vida son únicamente externos a él (Ruiz et al., 2012).

Falacia de justicia o demanda de justicia: En este error de pensamiento, la persona tiene un código de justicia particular que rige lo que debería y no debería hacer; es por esta razón que si es que el sujeto se encuentra con una persona que no tenga los mismos códigos o su mismo punto de vista le parecerá injusto, lo que provocará sentimientos de cólera e indignación (Alvarez, 1992).

Razonamiento emocional: Este error implica tomar las emociones propias como evidencia de lo que pasa en la realidad (Alvarez, 1992). Esto quiere decir que el individuo establece una opinión o conclusión de sí mismo, de los otros o de situaciones ajenas sobre la base de las emociones que está experimentando en ese momento (Ruiz, et al., 2012).

Falacia de cambio: Este error en el pensamiento puede generar la idea de que un individuo puede influir de manera decisiva en los demás si es que los presiona lo suficiente o mediante halagos, que finalmente lograrán cambiarlos. Esto podría provocar desilusión al momento en que el individuo se enfrente con la realidad (Ruiz et al., 2012).

Etiquetas globales: Surge cuando la persona llega a definir de manera simple o con un pensamiento rígido a los demás o a ella misma solo con base en detalles aislados o puntos de vista parciales del comportamiento (Alvarez, 1992).

Culpabilidad: Es el pensamiento que encamina al individuo a buscar culpables; tiene su enfoque en culpar a uno mismo y/o a los demás del dolor o padecimiento propio, el individuo deja de lado el buscar soluciones o maneras de remediar el daño (Alvarez, 1992).

Los deberías: Este pensamiento está muy relacionado con la falacia de justicia, pero en este caso no solo hace referencia a las relaciones interpersonales, sino que se lleva a cabo en un entorno más amplio; estos deberías se utilizan para intentar alejar a la persona de la realidad sin un análisis previo del contexto en el que se desarrolla el usuario (Ruiz, et al., 2012). Por ejemplo, pensamientos como “deberían ser más amables conmigo”, “no debería tener que esforzarme tanto para conseguir lo que quiero”.

Falacia de razón o tener razón: El sujeto se ubica en una actitud defensiva para lograr probar que su postura sobre un hecho es la adecuada; las personas que tienen esta distorsión cognitiva nunca tratan de considerar las opiniones, el punto de vista o ponerse en el lugar de su oponente o contrario (Alvarez, 1992).

Falacia de recompensa divina: Es la creencia de que los problemas se podrán solucionar en el futuro y que lo que está pasando actualmente será recompensado posteriormente, por lo que no es necesario hacer nada con respecto a los problemas; este pensamiento podría ser resultado de una educación de tipo religiosa rígida (Ruiz et al., 2012).

2.2.2. Adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica o cumplimiento del tratamiento se reconoce como el ámbito en el que la conducta de un sujeto se alinea a las prescripciones o indicaciones dadas por el profesional para con su salud e integra la facultad del usuario para cumplir con sus programaciones de sesiones o citas, tomar los medicamentos en el caso de que se prescriba y cumplir con las actividades recomendadas sobre su estilo de vida (Peralta & Carbajal, 2008).

Además, se pone en relevancia la importancia de la percepción que tiene un usuario respecto al tratamiento que recibe, así como el comportamiento de interés y responsabilidad de la misma persona sobre su cuidado. Este concepto ha sido estudiado por el teórico Haynes en el año 1976, quien refirió que la adherencia es un repertorio de comportamientos en los que un sujeto acepta formar parte de una programación o plan de terapia, alinearse a las prescripciones del especialista, la evasión de conductas de riesgo que atenten a su padecimiento y la incorporación de actividades saludables para su beneficio (Martín, 2004).

De esta forma, el concepto por considerar en el presente trabajo de investigación se alinea a lo manifestado por la OMS en el año 2004 (Reyes et al., 2016), según la cual la adherencia terapéutica será el grado de cumplimiento conductual de un usuario sobre su programa de terapia o tratamiento asignado por un profesional de la salud. De esta manera, este estudio se centra en la relevancia recíproca que debe haber en este aspecto, es decir, el profesional debe cumplir con su aporte inicial y un diagnóstico certero para que se efectúe un plan terapéutico adecuado, pero si el diagnóstico no es certero se perjudican las prescripciones que puede seguir la persona. Por ello, esta alianza de profesional sanitario y usuario es de suma relevancia en el sector de la salud.

Para comprender este constructo se requiere de un enfoque multidisciplinario que, según el Ministerio de Salud, integra a los diversos asistentes o profesionales de salud. Lago (2015) consideró tres componentes básicos:

- a) *Aceptación*: Está referido a la interiorización del usuario o paciente sobre las indicaciones que se le manifiesta que están relacionadas con su padecimiento o diagnóstico.
- b) *Observación*: Esta referido a la ejecución de las recomendaciones o prescripciones que brinda el profesional al usuario.
- c) *Persistencia*: Esta referido al grado de seguimiento de las prescripciones o indicaciones sobre su tratamiento

2.2.2.1. Grados de adherencia terapéutica. De acuerdo con Vega (2009), quien concretó la escala para poder evaluar la adherencia al tratamiento, se deben considerar tres dimensiones para poder efectuar el grado de adhesión terapéutica.

1. Ingesta de medicamentos y alimentos: Este componente sostiene un cumplimiento continuo en el tiempo respecto a la ingesta de medicamentos o alimentos que el especialista indica; además, se integra la eliminación de algunos alimentos en el hábito del usuario.
2. Seguimiento conductual: Este componente sostiene un cumplimiento conductual respecto a la asistencia, seguimiento y predisposición del usuario con las indicaciones.
3. Autoeficacia: Este componente sostiene un cumplimiento personal con influencia motivacional, es decir, el grado de compromiso del usuario con las indicaciones.

De esta manera, como plantea Soria et al. (2009), los grados de adhesión terapéutica se categorizan en tres tipos: (a) baja adherencia con una ausencia total de

los tres componentes, (b) moderada adherencia con un cumplimiento parcial de los tres componentes, y (c) alta adherencia con un cumplimiento efectivo de los tres componentes.

2.2.2.2. Postulados teóricos de la adherencia. En el presente estudio se focaliza la adherencia al tratamiento a un ámbito clínico trabajado en los centros de salud mental comunitarios, para ello se presentará brevemente algunos modelos o enfoques que nos brindan una explicación sobre este componente.

2.2.2.2.1. Modelos de creencias de la salud. El presente modelo fue estudiado por Becker en 1979, en cual da a conocer la interrelación de cuatro componentes que modulan el cumplimiento de un tratamiento: susceptibilidad a experiencias negativas, gravedad de consecuencias, gasto-beneficio y dificultades para integrar o eliminar comportamientos cotidianos.

De acuerdo con este modelo, se evidencian creencias favorables y desfavorables que tienen un impacto sobre la conducta de adherencia; por ello, es indispensable que este componente subjetivo se encuentre bien modulado, integrando a la salud como prioritaria en la vida del usuario (González, 2016).

2.2.2.2.2. Teoría comportamental. Este modelo se fundamenta netamente en el comportamiento del usuario, con énfasis en lo fundamental del refuerzo positivo o negativo para crear o mantener ciertas conductas. De esta manera, estos componentes de refuerzo o castigo influyen indirectamente sobre el procesamiento cognitivo del usuario respecto a su salud o tratamiento que recibe en un contexto clínico.

Por ello, el mantener una idónea adherencia terapéutica será un proceso constante que no solo va a depender de las expectativas o creencias que se generan en

el usuario producto de estos refuerzos, sino que integra componentes como actitud, motivación y acción (González, 2016).

2.2.2.2.3. *Modelo transteórico del cambio.* Este modelo, trabajado por Prochaska y DiClemente (citado en González, 2016), se fundamentó en la labor de deshabitación respecto a las adicciones, pero en la actualidad permite comprender bajo los postulados de estos referentes los estadios de un proceso de cambio.

Básicamente, este modelo provee una secuencia de etapas que experimenta el usuario en un proceso de tratamiento: (a) precontemplación (no se imagina un cambio), (b) contemplación (se va imaginando un cambio), (c) preparación (se generan metas de cambio), (d) acción (se concretan las metas), (e) mantenimiento (se observa un cambio), y (f) recaída (se rompe el cambio y retorna al síntoma) (González, 2016).

2.2.2.2.4. *Teoría social cognitiva.* Esta teoría fue establecida por el referente del enfoque cognitivo, Albert Bandura, quien trabaja el aprendizaje vicario, que establece que el sujeto ejerce una determinada conducta producto de una situación social, lo que hace indispensable que se generen esquemas mentales (González, 2016).

Para Bandura, aprender por imitación parte de las representaciones mentales que genera el usuario, sobre todo en la fase de aprendizaje. Además, enfatiza la interrelación entre ambiente, comportamiento y procesos cognitivos. Por ello, para comprender la adherencia a un determinado proceso o secuencia de comportamientos, la predominancia de la autoeficacia percibida en los usuarios con esquemas cognitivos ya establecidos es fundamental, para predecir la capacidad del usuario respecto de la adquisición de una conducta (González, 2016).

2.2.2.2.5. *Teoría de la acción razonada.* De acuerdo con Ajzen (citado en González, 2016), esta teoría enfatiza los aspectos motivacionales como predominantes en las conductas de la salud, de tal forma que se concibe a las creencias como ejes fundamentales en el establecimiento de normas y actitudes que modularán la conducta de adhesión.

De esta manera, en este enfoque se establece que la intención de cumplimiento esta influenciada por la cognición (evaluación de la conducta) y el contexto (normas que modulan ciertos comportamientos), lo cual va a permitir una predicción del comportamiento y el grado en que esta se mantiene (González, 2016)

2.2.2.3. *Métodos para la medición de la adherencia terapéutica.* Las investigaciones que incluyen a esta variable se han incrementado durante los últimos años. Por lo tanto, la medida o evaluación de este constructo se centra en dos grupos básicos: los métodos directos y los métodos indirectos.

Métodos directos: Estos se fundamentan en la utilización de técnicas de laboratorio que permitan reconocer los niveles de fármaco, metabolitos o algún otro fluido biológico. Además, fundamentan su medición de manera general y específica, centrándose más en el resultado que en el propio proceso. Por otro lado, suelen ser bastante costosos y con una considerable limitación, debido a que requieren de una estructura adecuada para que puedan ser desarrollados (Martínez et al., 2016).

Métodos indirectos: Estos se fundamentan en la utilización de criterios de autoevaluación del usuario para con su tratamiento. Además, son sencillos y fáciles de desarrollar, puesto que su medición se basa en la conducta del paciente. Sin embargo, una de las deficiencias por considerar es la sobreestimación del cumplimiento terapéutico (Martínez et al., 2016).

Por otro lado, respecto al método indirecto, se consideran dos subtipos: primero, el método indirecto objetivo, que está centrado en la medición de la asistencia a sus citas por medio de un registro, evaluación de un logro de meta alcanzado sobre su terapia o el registro riguroso de la ingesta de medicamento; segundo, el método indirecto subjetivo, que está centrado en la medición por medio de instrumentos psicométricos como Test de Batalla, Test de Morisky Green, Escala de adherencia terapéutica, entre otros (Martínez et al., 2016).

2.2.2.4. Consecuencias de la falta de adherencia terapéutica. Luego de haber reconocido la importancia de este componente en el ámbito de la salud, tanto para la mejoría idónea de los usuarios que requiere atención y para los profesionales de salud, se debe precisar que el mal cumplimiento terapéutico o el no lograrlo conlleva a una serie de consecuencias en diversos ámbitos.

Luego de haber reconocido la importancia de este componente en el ámbito de la salud, tanto para la mejoría idónea de los usuarios que requieren atención como para los profesionales de la salud, se debe precisar que el mal cumplimiento terapéutico o el no lograrlo conlleva a una serie de consecuencias en diversos ámbitos.

El teórico Hipócrates ya observaba que sus pacientes solían mentir sobre la ingesta de sus medicamentos. Luego, a partir del año 1970, las investigaciones permiten evidenciar en los sujetos diversas consecuencias negativas que estaban relacionadas con el incumplimiento de las recomendaciones del profesional de la salud, tales como las siguientes:

- Incremento en los índices de mortalidad o suicidio.
- Incremento en la probabilidad de fallar en los diagnósticos y, por ende, en la programación o plan de tratamiento.

- Incremento en el presupuesto que requiere el ámbito de la salud.
- Incremento de insatisfacción de los usuarios y, por ende, una asociación negativa con los profesionales de la salud.
- Empeoramiento de una autonomía en el funcionamiento social.
- En el caso de que el usuario esté medicado, se obtiene una resistencia hacia el medicamento.
- Incremento en la probabilidad de abandono del plan de tratamiento o terapia.
- Incremento en el padecimiento o una mayor gravedad del problema.
- En el caso de usuarios psiquiátricos, se considera la hospitalización o internamiento por una carencia en la efectividad del cumplimiento.

Debido a estas consecuencias, se observa con más frecuencia la preocupación por parte del personal de salud y el sistema sanitario en general en promover una adecuada adherencia o cumplimiento terapéutico.

2.2.2.5. Factores determinantes en la adherencia terapéutica. La importancia de reconocer los factores implicados o relacionados con la adherencia terapéutica parte de lo propuesto por Haynes en 1979 quien postula que este constructo mantiene prevalente la influencia de múltiples factores internos y externos (Martínez et al., 2016).

Factores sociodemográficos: Estos factores son considerados esenciales en relación con la adherencia, además de ser los más citados en múltiples investigaciones que abordan esta variable. Los más prevalentes son el nivel de instrucción, edad, sexo, actividad cotidiana, estado civil y parientes con quien convive.

Factores sobre creencias del paciente: Estos factores son básicos, ya que presentan una repercusión considerable sobre la intención que percibe el usuario del

tratamiento o terapia que recibe, es decir, su conducta se rige por sus temores o fortalezas que mantiene. Además, estas creencias no son permanentes, sino que cambian, ya sea por implicancia personal o del profesional.

Factores sobre metas esperadas: Estas son más implícitas en lo que el usuario espera lograr si cumple todo el plan o paquete de atención, además de ser importante la comunicación de estas mismas al profesional encargado, ya que muchas veces suelen ser excesivas y deben ser reconsideradas. Por ejemplo, un paciente con ansiedad puede suponer que el cumplimiento va a eliminar por completo su padecimiento, pero la dinámica de trabajo es reducir su incidencia, siendo importante que la comunicación entre profesional y usuario será constante sobre los objetivos o metas.

Factor de motivación: Este considera la importancia de mantener el interés del usuario para con su tratamiento o terapia, ya que para poder predecir una participación idónea y mantenimiento es fundamental considerarlo desde que el usuario acude a un centro de salud buscando ayuda para su problema o malestar.

Factor de severidad percibida: Esta relacionado con la percepción del grado de severidad de los síntomas sobre la vida del usuario, es decir, si el usuario valora su padecimiento como severo se apega más a las recomendaciones, a diferencia de los usuarios que no perciben una incidencia considerable sobre su vida.

Factor de vulnerabilidad percibida: Está relacionado con la percepción del usuario sobre los riesgos o experiencias vitales, es decir, sus creencias están fundamentadas en su experiencia, como por ejemplo la carencia de cuidado o las limitaciones económicas, entre otras.

Factor de autoeficacia: Esta es una creencia más relacionada con las conductas de cambio del usuario, es decir, la capacidad del sujeto para cumplir con las

recomendaciones terapéuticas del profesional. Este componente fue trabajado por Bandura en su teoría de aprendizaje social, donde manifiesta que los seres humanos que no demuestran un convencimiento total sobre su eficacia optan por dejar las habilidades o competencias que se les incentivó si dejan de lograr resultados inmediatos. Por lo tanto, mientras más alto sea el estado de autoeficacia, el usuario demostrará mayor persistencia para culminar su paquete de atención.

2.2.3. Ansiedad

El modelo racional emotivo conductual de Albert Ellis explica que la ansiedad es adaptativa para que el ser humano pueda mantenerse vivo, ya que permite afrontar las diversas situaciones de peligro reales; esto es conocido como ansiedad sana, ya que permite desplazar todas las capacidades del sujeto para afrontar la situación percibida. En contraparte, también se identifica una ansiedad negativa que carece de control sobre los recursos de la persona y los desplaza de manera indiscriminada sobre la base de sus miedos que carecen de racionalidad. La ansiedad sana se relaciona con cautela y busca minimizar los daños considerados, mientras que la ansiedad negativa opta por la activación de las reacciones tanto físicas como psicosomáticas que conllevan al usuario a afrontar una situación con racionalidad y, por ende, un correcto manejo de las mismas (Ellis, 2010).

Por otro lado, de acuerdo con el enfoque cognitivo de Aron Beck, la ansiedad es un proceso de evaluación y respuesta de un usuario frente a los diversos estímulos a los que está expuesto. En este modelo se precisa que la ansiedad será una respuesta poscognitiva, es decir, primero se tiene un conocimiento, luego una interpretación del suceso o situación y una valorización de esta misma, siendo la última el precursor para una respuesta de ansiedad (Casado, 1994).

Según Beck y Clark (2010), la ansiedad como trastorno se argumenta en valoraciones negativas selectivas y específicas a situaciones de miedo, las cuales se anticipan a sucesos negativos en el futuro; en ese sentido, los pensamientos automáticos se convierten en respuestas acerca del peligro presente y las posibilidades futuras bajo una modulación de los esquemas intermedios que revalorizan la información producto de una experiencia, mermando la capacidad y recurso del usuario frente a estas situaciones. De esta manera, se puede afirmar que la etiología de la ansiedad se fundamenta con la interacción de tres componentes: creencias disfuncionales que condicionan la integración de la realidad, una alta valoración de la importancia sobre nuestras experiencias y, por último, el suceso de un estresor permanente que influye sobre las actitudes disfuncionales del usuario.

De acuerdo con Stein y Hollander (2010), los individuos que padecen de ansiedad generan falsas advertencias de las diversas situaciones y su componente cognitivo desplaza sus diversos recursos para poder afrontarlas, además de que estas se ven reforzadas por los diversos pensamientos repetitivos de la situación. En su mayoría, estas personas padecen del fenómeno de hipersensibilidad neurológica, que las hace vulnerables y predisuestas a desestabilizar su percepción de la situación que rechaza una creencia más funcional y racional.

2.2.3.1. Criterio según CIE 10. En la presente investigación se tuvo de conocimiento que para efectuar los diagnósticos los profesionales a cargo emplearon la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. De esta manera, respecto a la ansiedad este manual lo comprende como una preocupación excesiva que mantiene una permanencia mínima de 6 meses en relación a situaciones o actividades individuales o colectivas.

Los criterios que se considera según el Cie 10 en este trastorno afectivo son los siguientes:

- ✓ Palpitaciones
- ✓ Sudoración
- ✓ Temblor
- ✓ Dificultad para respirar
- ✓ Malestar en el pecho
- ✓ Hormigueo
- ✓ Dificultad para concentrarse
- ✓ Problemas para conciliar el sueño
- ✓ Incapacidad para relajarse
- ✓ Miedo a perder el control
- ✓ Sensación de ahogo

2.2.4. Depresión

Desde el modelo cognitivo conductual de Aron Beck, la depresión como trastorno se fundamenta en esquemas con características particulares desadaptativas que modulan el procesamiento cognitivo sobre la base de sucesos transcendentales para el usuario, generando un aumento en los pensamientos inmediatos de tipo negativos. De acuerdo con Beck, en el presente estudio se considera la tríada cognitiva, que

manifiesta la integración de tres componentes básicos que conllevan al usuario a una consideración propia, una consideración a futuro y una consideración sobre sus experiencias actuales (Beck et al., 1983).

El primer pilar de la tríada está referido a una percepción negativa del usuario sobre sí mismo, que suele asociar las experiencias negativas a sus carencias, ya sea de tipo físico o psíquico; de esta manera, él se percibe incapaz e inservible de conseguir una felicidad plena. El segundo pilar está referido a la interpretación sobre su relación con el entorno, es decir, el individuo mantiene una predisposición a interpretar de forma negativa sus experiencias, denominando de manera genérica que el mundo es complicado para concretar sus objetivos. El tercer pilar está referido a su visión negativa del futuro, es decir, el sujeto está a la espera de carencias, sufrimiento o frustración; sus expectativas de fracaso son permanentes considerando que sus dificultades y carencias actuales permanecerán de manera indefinida (Beck et al., 1983).

Además, se reconoce el rol fundamental de los esquemas cognitivos en el desarrollo de la depresión, pues estos factores ocultos dirigen a la persona según su relación con el medio a una serie de interpretaciones de algún estímulo que percibe el sujeto de manera sesgada o distorsionada.

2.2.4.1. Criterio según CIE 10. En la presente investigación se pudo conocer que para efectuar los diagnósticos, los profesionales a cargo emplearon la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. De esta manera, respecto a la depresión, se trataría de la aparición de un humor depresivo que está focalizado en la pérdida de interés y el disfrute por sus actividades o relaciones. Además, implica una

reducción considerable del ritmo de vida y actividad del usuario que se manifiesta en múltiples episodios.

Los criterios que se consideran, según el Cie 10, en este trastorno afectivo son los siguientes:

- ✓ Baja atención y concentración
- ✓ Disminución de confianza personal
- ✓ Prevalencia de inferioridad
- ✓ Ideación de culpa e inutilidad
- ✓ Perspectiva negativa del futuro
- ✓ Humor depresivo
- ✓ Disminución de energía
- ✓ Ideación suicida o autolesiva
- ✓ Alteración del apetito

2.2.5. Trastorno mixto

En este apartado se hace uso de esta categoría, ya que se evidencia por parte del profesional la manifestación de ambos criterios, diagnóstico sobre ansiedad y depresión, que no llegan a los extremos para individualizarlos y el profesional a cargo en la unidad no establece una predominancia de alguno.

2.3. Definición de términos básicos

- a) **Ansiedad:** Es una respuesta emocional desagradable que es provocada por un estímulo externo; este estímulo es percibido por el usuario como una amenaza, que produce reacciones fisiológicas y conductuales en el individuo (Ellis, 2010).
- b) **Depresión:** Es un trastorno mental, ya que los cambios del estado de ánimo y respuesta emocional serán profundos, diferente a los niveles emocionales que

se evidencian en los diversos problemas cotidianos. Para poder clasificarlos se debe considerar la intensidad y cantidad de síntomas, que pueden ser leve, moderado o grave (OMS, 2020).

- c) Distorsiones cognitivas:** Son representaciones mentales con base en nuestra experticia, y esta a su vez se manifiesta en forma de interpretación que se fundamenta en supuestos erróneos que parten de los esquemas que intervienen y determinan cómo percibiremos y conceptualizaremos las ideas (Beck et al., 1983).
- d) Adherencia terapéutica:** la adherencia al tratamiento hace razón a que el usuario está cumpliendo el tratamiento o terapia, está ingiriendo la medicación prescrita, se realiza exámenes y pruebas de control de la enfermedad y cumple con todas las medidas de control (Minsa, 2020).

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

De tipo básica, ya que la investigación no propone alguna solución al problema, sino que sirve de fundamento teórico para próximas investigaciones de carácter aplicado, siendo que por la naturaleza de la investigación solo se indagará la relación entre las variables propuestas (Arias, 2020). Además, Hernández et al. (2014) mencionaron que el tipo de investigación se rige por la búsqueda y recolección de información para contribuir a un conocimiento ya existente. Por ello, esta investigación busca contribuir al incremento de la información sobre los tipos de distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión, los mismos que serán proporcionados al Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca con la intención de contribuir al abordaje de estas incidencias.

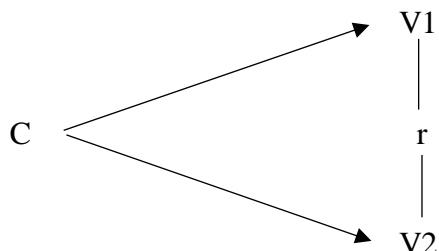
3.2. Diseño de investigación

El presente estudio se configura en un diseño no experimental, debido a que no se manipulará ninguna de las variables en estudio, asegurando así el análisis objetivo de los resultados encontrados. En palabras de Arias (2020), las variables no se someterán a ningún estímulo externo por parte de investigador.

De nivel descriptivo-correlacional, en este estudio no se mide ningún tipo de afectación de una variable sobre la otra, solo establece determinar el grado de relación entre ellas que puede ser positiva, negativa o significativa, además de proporcionar la descripción no de las variables sino de la relación Hernández et al. (2014). Este nivel se emplea cuando se quiere poner de manifiesto el grado de asociación o correlación entre las variables planteadas por el investigador (Ñaupas et al., 2014). Por ello, esta investigación busca describir los fenómenos tal como se muestran y la asociación entre

los tipos de distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en los usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión que reciben tratamiento en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca de la ciudad de Huancayo en el año 2021.

La correlación de la investigación se concreta en el siguiente esquema:



C = representa la muestra en el presente estudio

V1 = representa las distorsiones cognitivas en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca.

V2 = representa la adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca.

R = la correlación entre ambas variables

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

Arias (2020) definió a la población como “un grupo indeterminado o determinado de usuarios con similitudes entre sí” (p. 59). Además, es un grupo o conjunto de usuarios que comparten una cualidad o característica como mínimo (Hernández et al., 2014).

En la investigación, la población la conforman todos los usuarios que asisten a la unidad de adulto y adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca de la ciudad de Huancayo.

3.3.2. Muestra

Según Vara (2012), la muestra está constituida por el número de casos que son tomados del universo que se estudia; estos son elegidos por medio de algún método válido. Además, se conceptualiza a la muestra como “conjunto menor que parte de la población de la que se pretende estudiar, la cual debe cumplir un carácter representativo” (Hernández et al., 2014, p. 196).

Por ello, en la presente investigación para obtener la muestra se hizo uso del método no probabilístico por conveniencia, que, según Hernández et al. (2014), se fundamenta en el interés del investigador respecto a variables específicas que no necesitan de la probabilidad, sino de las características deseadas para cumplir con la investigación. Este tipo de técnica no probabilística por conveniencia no emplea cálculos estadísticos ni de probabilidades, sino que el investigador busca a los usuarios que conformarán la muestra según las facilidades empíricas que considere (Ñaupas et al., 2014).

De esta manera, se trabajó con 51 usuarios que fueron elegidos mediante un proceso de filtraje sobre la base de criterios de inclusión y exclusión. Este proceso partió desde una base de datos de Excel en donde se tiene el registro de los usuarios que fueron diagnosticados con ansiedad y/o depresión que asisten a la unidad de adulto y adulto mayor del CSMCC.

Criterios de inclusión

- Usuarios mayores de 18 años
- Usuarios que registren en su historia clínica un diagnóstico de ansiedad y/o depresión
- Usuarios de ambos sexos

- Usuarios que atiendan o respondan las llamadas telefónicas para solicitar su participación
- Usuarios que aporten información necesaria para la investigación

Criterios de exclusión

- Usuarios menores de 18 años
- Usuarios que en su historia clínica registren otros diagnósticos de trastornos mentales
- Usuarios que no atiendan o respondan las llamadas telefónicas para solicitar su participación
- Usuarios que no aporten información necesaria para la investigación

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas

Según Hernández et al. (2014), la recolección de datos abarca una serie de procesos que permita reunir información bajo un objetivo o propósito. Por ello, para lograr recolectar esta información se hace uso de múltiples instrumentos de medición. Un instrumento de medición idóneo es el que registra los datos observables de las variables en estudio, es decir, que cumpla con lo que se pretende medir.

3.4.2. Descripción de los instrumentos

Inventario de pensamientos automáticos (IPA). Para evaluar los tipos de distorsiones cognitivas se empleará el Inventario de pensamientos automáticos (IPA) de Ruiz y Lujan. Este instrumento contiene 45 ítems que buscan evaluar 15 tipos de distorsiones cognitivas: falacia de control, filtraje, los debería, razonamiento emocional, pensamiento polarizado, falacia de recompensa divina, falacia de razón, sobregeneralización, falacia de justicia, etiquetas globales, interpretación del pensamiento, culpabilidad, visión catastrófica, falacia de cambio y personalización. Se considera un promedio de 20 minutos para su desarrollo; puede aplicarse de manera individual, colectiva o autoaplicada; consta de un formato de respuesta de escala tipo Likert que se rige por una puntuación de 0 a 3 con las siguientes opciones de respuesta: nunca lo pienso (0), algunas veces lo pienso (1), bastantes veces lo pienso (2) y con bastante frecuencia lo pienso (3) (ver Anexo 2).

Validez. Para la presente investigación, se realizó una validez de contenido por medio del criterio de juicio de expertos en cuatro jurados con experticia en el área clínica. De acuerdo con los criterios de evaluación, los jueces valoraron el instrumento en las categorías bueno y muy bueno; por esta razón, se llevó a cabo la prueba piloto y posterior aplicación a la muestra.

Confiabilidad. Para la presente investigación, se aplicó una prueba piloto para obtener la confiabilidad del instrumento; por ello, se seleccionó a 15 usuarios que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca (ver Tabla 1). Se empleó el Alfa de Cronbach para analizar esta confiabilidad, en la que se indica que un valor de 0.80 es aceptable; después del procesamiento de los 15 instrumentos válidos por el programa SPSS V.21, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,924 (ver Tabla 2), lo cual significa que el instrumento tiene un índice de confiabilidad adecuado.

Tabla 1*Procesamiento de la prueba piloto*

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido	0	,0
Total		15	100,0

Tabla 2*Grado de confiabilidad según Alfa de Cronbach*

Estadísticas de confiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,924	45

Tabla 3*Confiabilidad de las dimensiones del IPA*

Dimensiones del IPA	Alfa de Cronbach
Filtraje	0.703
Pensamiento polarizado	0.787
Sobregeneralización	0.656
Interpretación del pensamiento	0.706
Visión catastrófica	0.547
Personalización	0.634
Falacia de control	0.384
Falacia de justicia	0.672
Razonamiento emocional	0.438
Falacia de cambio	0.664
Etiquetas globales	0.571
Culpabilidad	0.574
Los debería	0.589

Falacia de razón	0.431
Falacia de recompensa divina	0.825

Escala de adherencia terapéutica (EAT). Para evaluar el grado de adherencia terapéutica se empleará la escala de adherencia terapéutica (EAT) desarrollada por Soria et al. (2009). Esta escala está basada en comportamientos explícitos, consta de 21 preguntas que se agrupan en tres componentes o dimensiones: (a) control sobre el consumo de la medicación, (b) seguimiento conductual, y (c) autoeficacia, según el grado de cumplimiento de las prescripciones del profesional de la salud: baja adherencia, moderada adherencia y alta adherencia. Se considera un promedio de 10 minutos para su desarrollo de forma individual o colectiva. El instrumento consta de un formato de respuesta de escala tipo Likert de cinco puntos con las siguientes opciones de respuesta: nunca (1), pocas veces (2), frecuentemente (3), muy frecuentemente (4) y siempre (5) (ver Anexo 3).

Validez. Para la presente investigación se realizó una validez de contenido por medio del criterio de juicio de expertos en cuatro jurados con experticia en el área clínica. De acuerdo con los criterios de evaluación, los jueces valoraron el instrumento en las categorías bueno y muy bueno; por esta razón, se llevó a cabo la prueba piloto y posterior aplicación a la muestra.

Confiabilidad. Para la presente investigación, se aplicó una prueba piloto para obtener la confiabilidad del instrumento; por ello, se seleccionó a 15 usuarios que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca. Se empleó el Alfa de Cronbach para analizar esta confiabilidad, en la que se indica que un valor de 0.80 es aceptable; después del procesamiento de los 15 instrumentos válidos por el programa SPSS V.21 se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,876, que significa que el instrumento tiene un índice de confiabilidad adecuado, tal como se muestra en las Tablas 4, 5 y 6.

Tabla 4*Procesamiento de la prueba piloto*

Resumen de procesamiento de casos			
		Nº	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	15	100,0

Tabla 5*Grado de confiabilidad según Alfa de Cronbach*

Estadísticas de confiabilidad	
Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,876	21

Tabla 6*Confiabilidad de las dimensiones de EAT*

Dimensiones de EAT	Alfa de Cronbach
Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	0.807
Seguimiento médico conductual	0.760
Autoeficacia	0.653

3.5. Análisis de datos

En el presente estudio, los datos recolectados por medio del IPA y la EAT fueron procesados por el *software* IBM SPSS v.21. Primero, para poder reconocer las características de la muestra se utilizaron estadísticos descriptivos (media, porcentajes,

promedios y gráficos de barra). Segundo, para poder realizar el análisis inferencial se empleó el estadístico de Kolmogorov-Smirnov, a fin de reconocer la distribución de la muestra, si esta es paramétrica o no. De igual forma, se emplearon los estadísticos paramétricos de R de Pearson y Rho de Spearman, según la prueba de normalidad que se aplicó hacia la muestra.

3.6. Aspectos éticos

Se envió el trabajo para la evaluación del Comité de Ética de la Universidad Continental y se obtuvo la autorización respectiva de dicho comité (ver Anexo 1); además, se solicitó el permiso a la directora encargada del Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca de la ciudad de Huancayo (ver Anexo 5) y a la psicóloga encargada de la Unidad de Adulto y Adulto Mayor para poder aplicar los instrumentos de evaluación en los pacientes que hayan sido diagnosticados con ansiedad y/o depresión (ver Anexo 6). Por ello, se contó con una constancia de autorización por parte de la jefatura para poder desarrollar la investigación (ver Anexo 7). También se trabajó con un consentimiento informado que fue presentado de manera física o por medio del formulario de Google a los usuarios y se contó con la aceptación voluntaria de estos mismos para participar de la investigación (ver Anexo 4).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En el presente capítulo se comparten los diversos resultados obtenidos del procesamiento estadístico. Primero, se presenta la descripción de variables sociodemográficas, distorsión cognitiva y adherencia terapéutica; que fueron evaluadas mediante los instrumentos respectivos (IPA y EAT) tanto de forma física como digitalizada.

4.1 Estadísticos descriptivos

Se comparten los estadígrafos empleados como media, moda, desviación estándar y grados de posición mínimo-máximo. De igual manera, se comparten las gráficas de barra para la descripción de porcentajes y frecuencias.

Tabla 7

Medidas de tendencia central para la edad

N	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
51	39	37	22	14.097	19	68

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

En la Tabla 7 se observa que para la presente investigación se contó con la participación de 51 usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021, los mismos que oscilaban entre 19 y 68 años y una edad promedio de 39 años, a quienes se les aplicó el Inventario de pensamientos automáticos y la Escala de adherencia terapéutica.

Tabla 8

Porcentajes por modalidad de encuesta y género

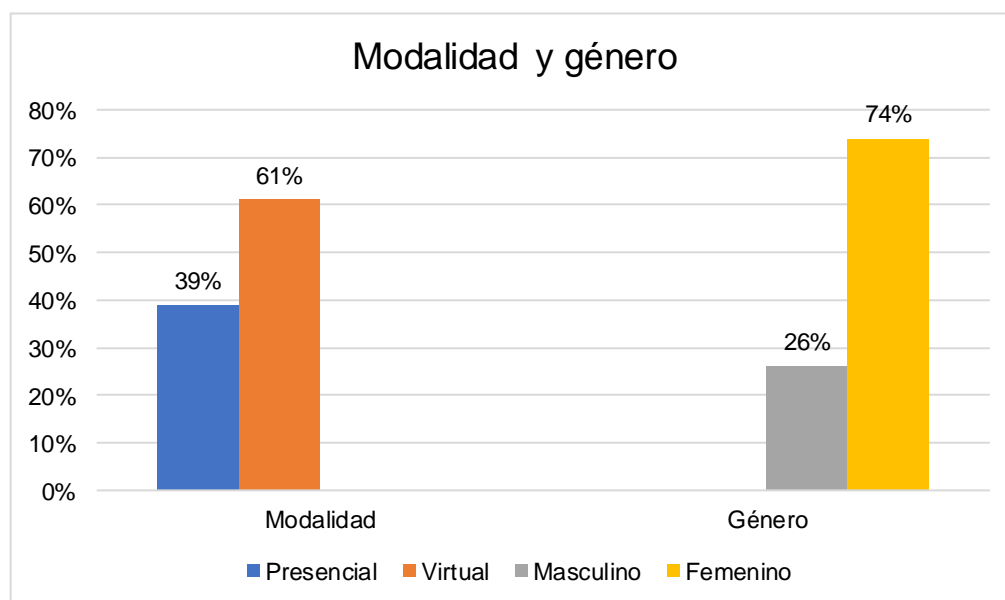
	Modalidad			Género		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje	
Válido	Presencial	20	39	Masculino	13	26
	Virtual	31	61	Femenino	38	74
	Total	51	100	Total	51	100

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

En la Tabla 8 se observan dos modalidades de aplicación de los instrumentos; 20 usuarios asistieron de manera presencial y 31 usuarios de manera virtual por la plataforma del Google Forms. Además, 13 usuarios correspondían al género masculino y 38 usuarios al género femenino.

Figura 1

Porcentaje por modalidad de encuesta y género



Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

En la Figura 1 se precisa que los instrumentos psicométricos fueron aplicados a través de dos modalidades, debido al contexto de pandemia, donde 39% de los evaluados fueron a través de la aplicación presencial de los instrumentos, mientras que otro 61% fue evaluado a través de la aplicación virtual (Google Forms). Asimismo, del

100% de usuarios encuestados, 26% era de género masculino y otro 74% de género femenino.

Tabla 9

Porcentajes por estado civil

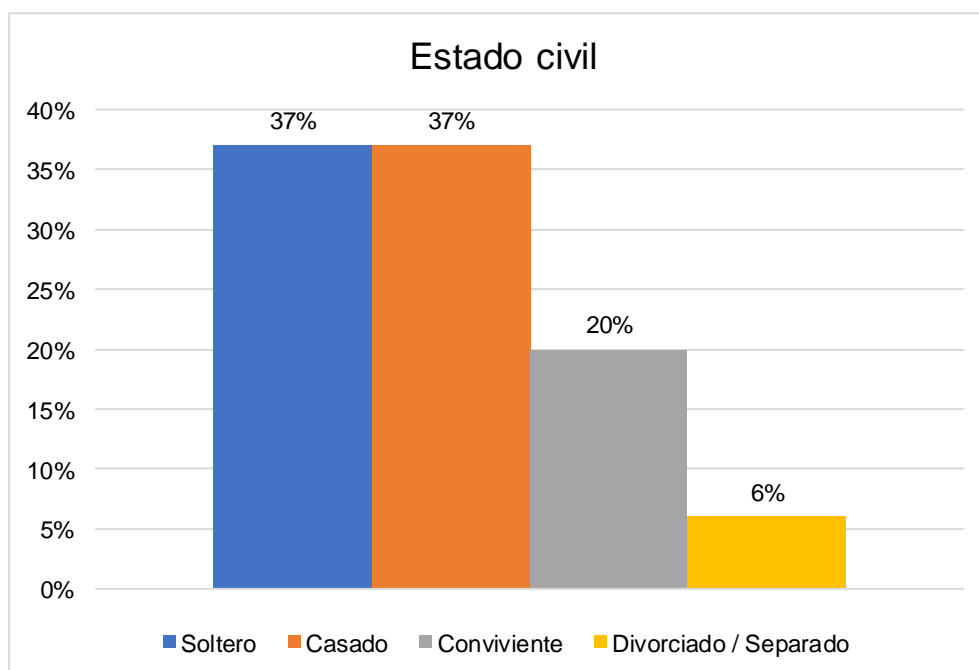
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Soltero	19	37
	Casado	19	37
	Conviviente	10	20
	Divorciado / Separado	3	6
Total		51	100

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

En la Tabla 9 se precisa que 19 son solteros, 19 son casados, 10 son convivientes y tres son divorciados/separados.

Figura 2

Porcentajes por estado civil



Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

En la Figura 2, del 100% de encuestados en la investigación, se halló que un 37% era soltero(a), otro 37% reportó ser casado(a), otro 20% reportó ser conviviente y un último 6% de los usuarios reportó ser divorciado/separado.

Tabla 10

Porcentajes por diagnóstico

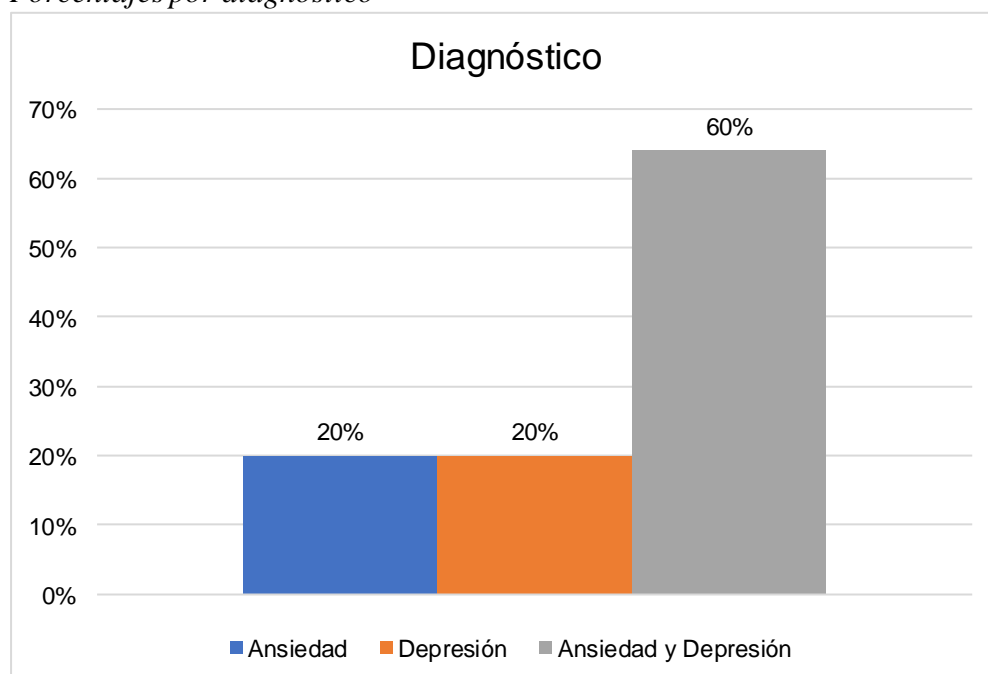
	Frecuencia	Porcentaje
Válido		
Ansiedad	10	20
Depresión	8	20
Ansiedad y depresión	33	64
Total	51	100

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

En la Tabla 10 se precisa que 10 usuarios tuvieron como diagnóstico ansiedad, ocho usuarios tuvieron como diagnóstico depresión y 33 usuarios fueron diagnosticados con ansiedad y depresión.

Figura 3

Porcentajes por diagnóstico



Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

En la Figura 3, el 20% había sido diagnosticado con ansiedad, otro 20% fue diagnosticado por depresión y un 60% fue diagnosticado con ansiedad y depresión.

Tabla 11

Porcentajes por tiempo de tratamiento

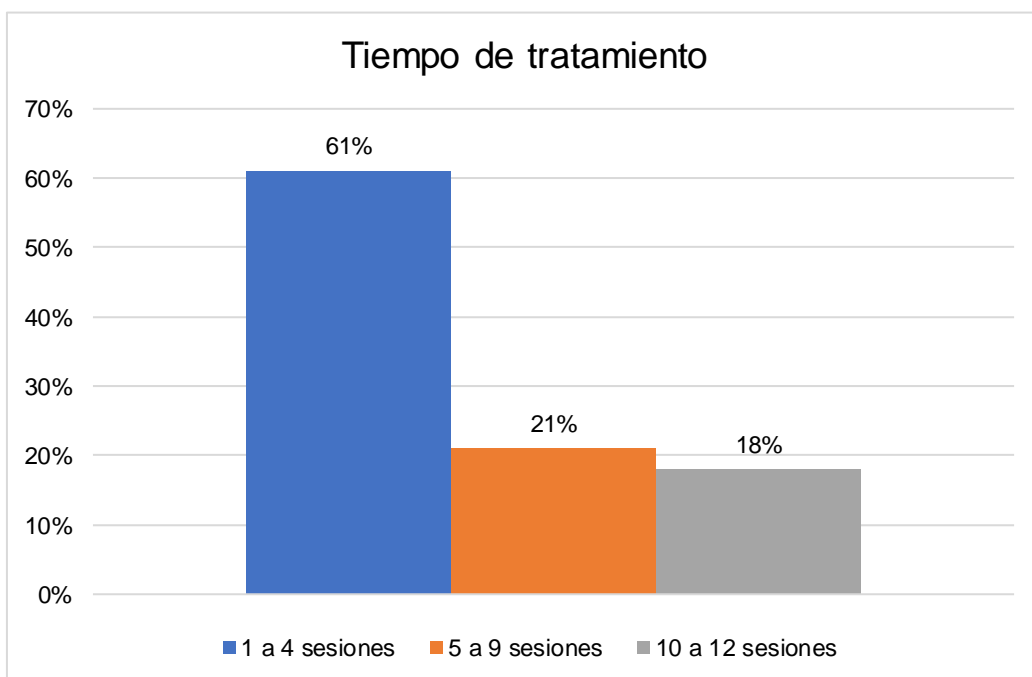
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	1 a 4 sesiones	31	61
	5 a 9 sesiones	11	21
	10 a 12 sesiones	9	18
Total		51	100

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

En la Tabla 11 se precisa que 31 usuarios asistieron a terapia de una a cuatro sesiones, 11 usuarios asistieron de cinco a nueve sesiones, y nueve usuarios de 10 a 12 sesiones.

Figura 4

Porcentajes por tiempo de tratamiento



Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

En la Figura 4, del 100% de los participantes, 61% asistió de una a cuatro sesiones de su tratamiento, otro 21% asistió de cinco a nueve sesiones y un último 18% asistió de 10 a 12 sesiones en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

4.2 Porcentajes para distorsión cognitiva

En el presente apartado, se comparte la descripción de los niveles de distorsión cognitiva mediante los puntajes del IPA. Asimismo, los gráficos de barra de las dimensiones respectivas, que indican los tipos de pensamientos inmediatos en los usuarios evaluados.

Tabla 12

Distorsiones cognitivas

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Baja	37	73
	Moderada	14	27

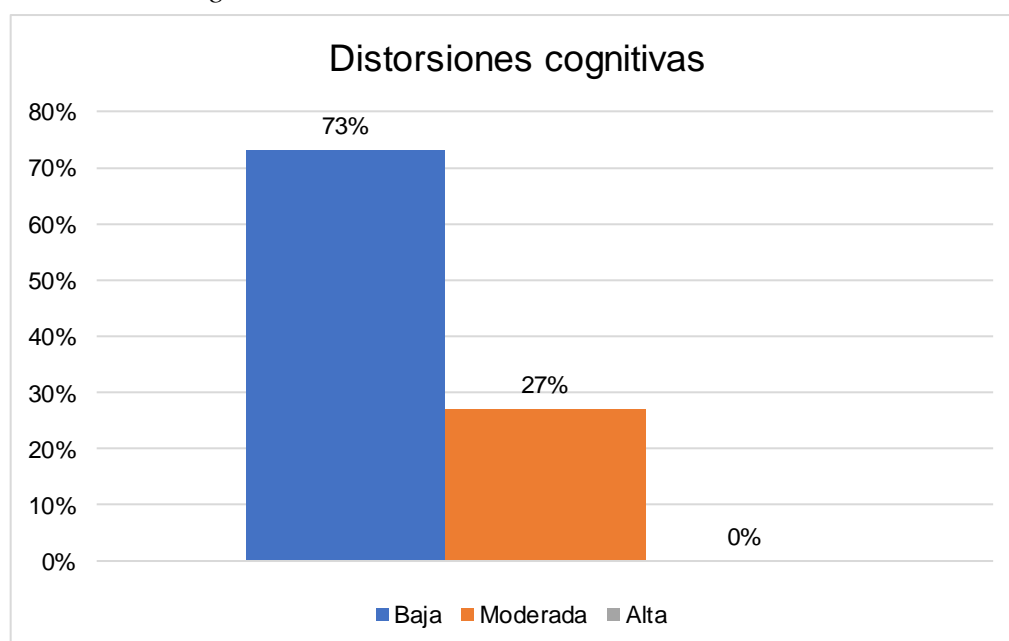
Total	51	100
-------	----	-----

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

En la Tabla 12 se precisa que 37 usuarios tienen baja distorsión cognitiva, 14 usuarios tienen moderada distorsión y ningún usuario mantiene alta distorsión en el pensamiento.

Figura 5

Distorsiones cognitivas



Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

En la Figura 5 se manifiesta que un 73% de los participantes reportaron distorsiones cognitivas en nivel bajo, otro 27% reportó distorsiones cognitivas en nivel moderado y ningún usuario reportó distorsiones cognitivas en nivel alto, lo cual refleja que más del 50% de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo no poseen distorsiones significativas de su cognición.

4.3 Porcentajes para las dimensiones de distorsión cognitiva

En el presente apartado (ver Tablas 13 a 17) se indica la frecuencia por cada dimensión de distorsión cognitiva que es evaluada mediante los pensamientos inmediatos. Asimismo, los diversos grados de incidencia de cada distorsión.

Tabla 13

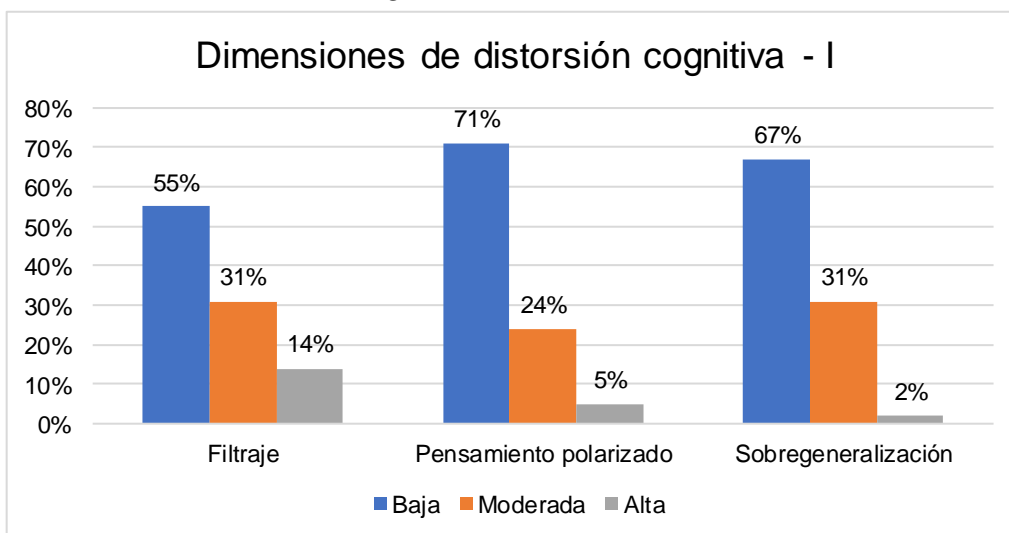
Dimensiones de distorsión cognitiva - I

		Frecuencia	Porcentaje
Filtraje	Baja	28	55
	Moderada	16	31
	Alta	7	14
		Frecuencia	Porcentaje
Pensamiento polarizado	Baja	36	71
	Moderada	12	24
	Alta	3	5
		Frecuencia	Porcentaje
Sobregeneralización	Baja	34	67
	Moderada	16	31
	Alta	1	2

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

Figura 6

Dimensiones de distorsión cognitiva - I



Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

En la Figura 6, con respecto a la dimensión filtraje, se halló que un 55% de los usuarios reportaron niveles bajos, otro 31% reportó niveles moderados y un último 14% reportó niveles altos de distorsión generada por el filtraje. De igual forma, para la

dimensión pensamiento polarizado, se halló que un 71% de los usuarios reportaron niveles bajos, otro 24% reportó niveles moderados y un último 5% reportó niveles altos de distorsión generada por el pensamiento polarizado. Asimismo, para la dimensión sobregeneralización, se halló que un 67% de los usuarios reportaron niveles bajos, otro 31% reportó niveles moderados y un último 2% reportó niveles altos.

Tabla 14

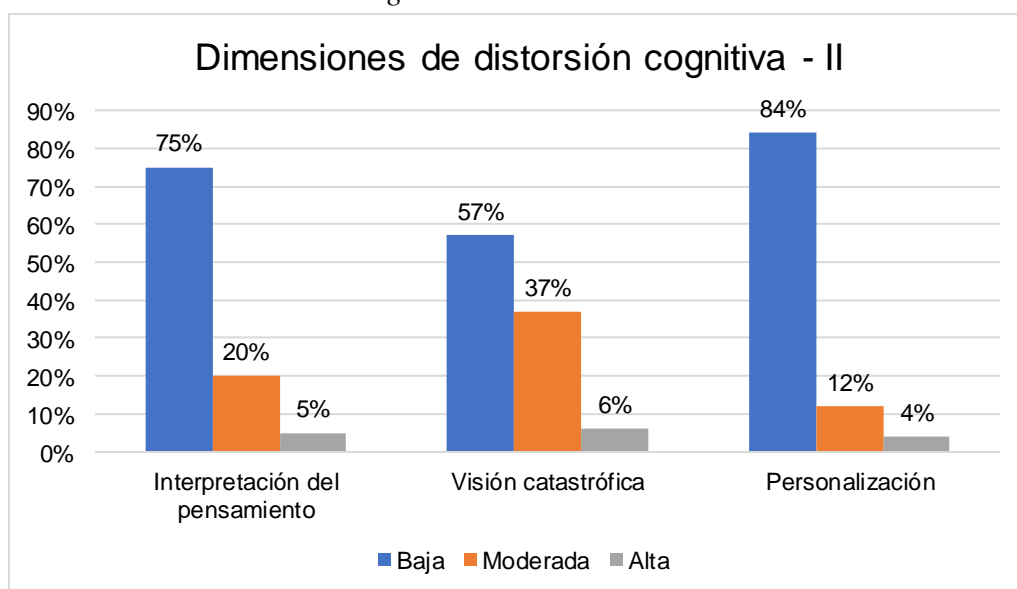
Dimensiones de distorsión cognitiva – II

		Frecuencia	Porcentaje
Interpretación del pensamiento	Baja	38	75
	Moderada	10	20
	Alta	3	5
		Frecuencia	Porcentaje
Visión catastrófica	Baja	29	57
	Moderada	19	37
	Alta	3	6
		Frecuencia	Porcentaje
Personalización	Baja	43	84
	Moderada	6	12
	Alta	2	4

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

Figura 7

Dimensiones de distorsión cognitiva - II



Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

En la Figura 7, con respecto a la dimensión interpretación del pensamiento, se halló que un 75% de los usuarios reportaron niveles bajos, otro 20% reportó niveles moderados y un último 5% reportó niveles altos. De igual forma, para la dimensión visión catastrófica, se halló que un 57% de los usuarios reportaron niveles bajos, otro 37% reportó niveles moderados y un último 6% reportó niveles altos. Asimismo, para la dimensión personalización, se halló que un 84% de los usuarios reportaron niveles bajos, otro 12% reportó niveles moderados y un último 4% reportó niveles altos de distorsión generada por la personalización.

Tabla 15

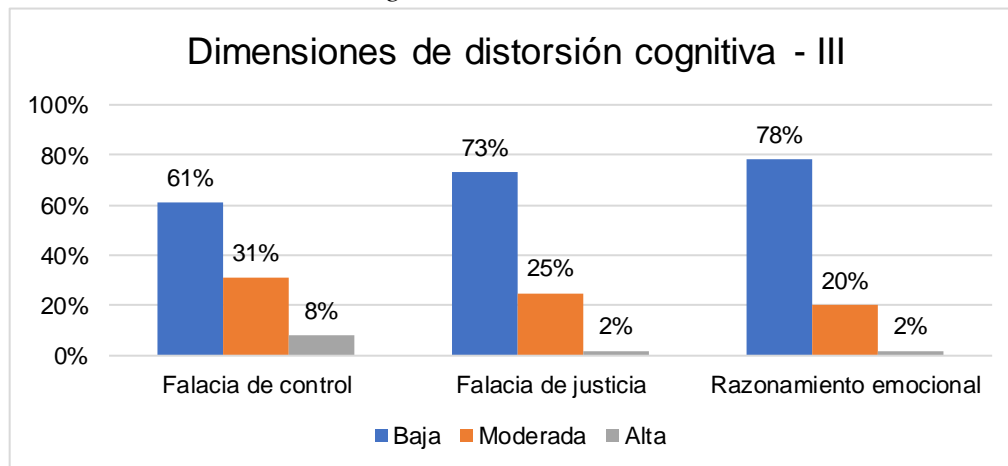
Dimensiones de distorsión cognitiva - III

		Frecuencia	Porcentaje
Falacia de control	Baja	31	61
	Moderada	16	31
	Alta	4	8
		Frecuencia	Porcentaje
Falacia de justicia	Baja	37	73
	Moderada	13	25
	Alta	1	2
		Frecuencia	Porcentaje
Razonamiento emocional	Baja	40	78
	Moderada	10	20
	Alta	1	2

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

Figura 8

Dimensiones de distorsión cognitiva - III



Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

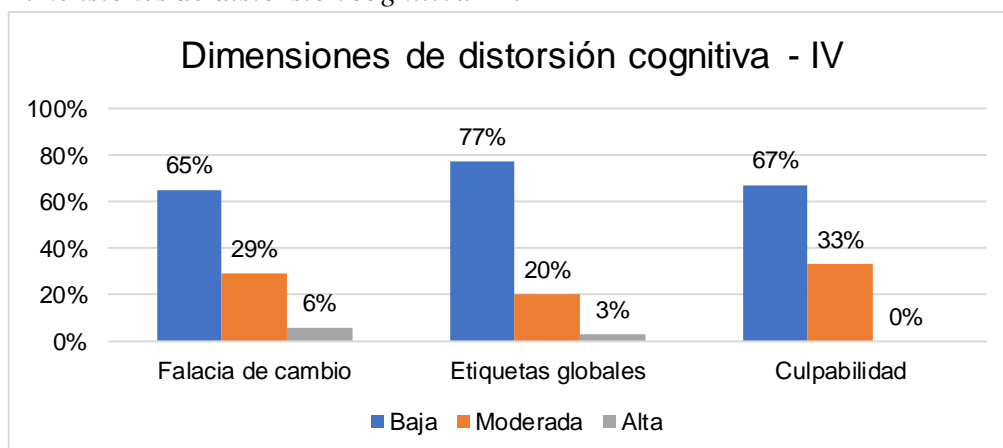
En la Figura 8, con respecto a la dimensión falacia de control, se halló que un 61% de los usuarios reportaron niveles bajos, otro 31% reportó niveles moderados y un último 8% reportó niveles altos de distorsión generada por la falacia de control. De igual forma, para la dimensión falacia de justicia, se halló que un 73% de los usuarios reportaron niveles bajos, otro 25% reportó niveles moderados y un último 2% reportó niveles altos de distorsión generada por la falacia de justicia. Asimismo, para la dimensión razonamiento emocional, se halló que un 78% de los usuarios reportaron niveles bajos, otro 20% reportó niveles moderados y un último 2% reportó niveles altos de distorsión generada por el razonamiento emocional.

Tabla 16

Dimensiones de distorsión cognitiva - IV

		Frecuencia	Porcentaje
Falacia de cambio	Baja	33	65
	Moderada	15	29
	Alta	3	6
		Frecuencia	Porcentaje
Etiquetas globales	Baja	39	77
	Moderada	10	20
	Alta	2	3
		Frecuencia	Porcentaje
Culpabilidad	Baja	34	67
	Moderada	17	33

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

Figura 9*Dimensiones de distorsión cognitiva - IV*

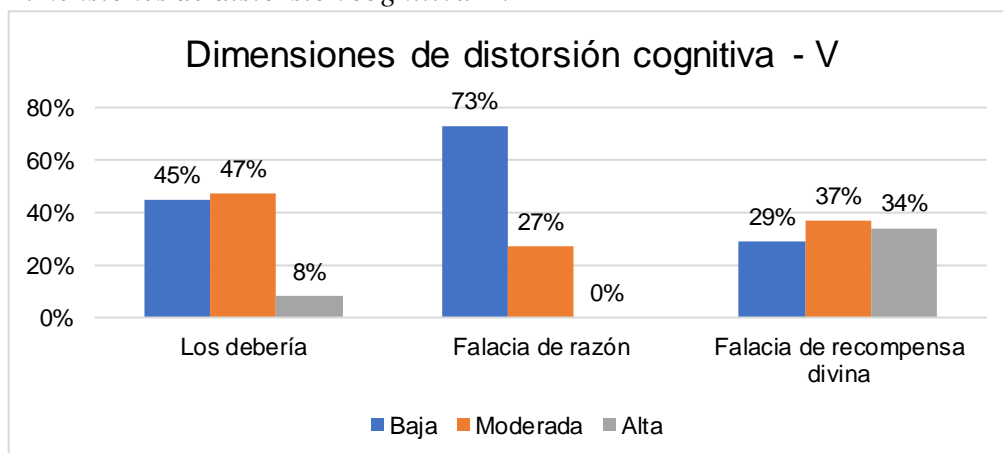
Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

En la Figura 9, con respecto a la dimensión falacia de cambio, se halló que un 65% de los usuarios reportaron niveles bajos, otro 29% reportó niveles moderados y un último 6% reportó niveles altos de distorsión generada por la falacia de cambio. De igual forma, para la dimensión etiquetas globales, se halló que un 77% de los usuarios reportaron niveles bajos, otro 20% reportó niveles moderados y un último 3% reportó niveles altos de distorsión generada por las etiquetas globales. Asimismo, para la dimensión culpabilidad, se halló que un 67% de los usuarios reportaron niveles bajos, otro 33% reportó niveles moderados y ningún usuario reportó niveles altos de distorsión generada por la culpabilidad.

Tabla 17*Dimensiones de distorsión cognitiva - V*

		Frecuencia	Porcentaje
Los debería	Baja	23	45%
	Moderada	24	47%
	Alta	4	8%
		Frecuencia	Porcentaje
Falacia de razón	Baja	37	73%
	Moderada	14	27%
		Frecuencia	Porcentaje
Falacia de recompensa divina	Baja	15	29%
	Moderada	19	37%
	Alta	17	34%

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

Figura 10*Dimensiones de distorsión cognitiva - V*

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

En la Figura 10, con respecto a la dimensión los debería, se halló que un 45% de los usuarios reportaron niveles bajos, otro 47% reportó niveles moderados y un último 8% reportó niveles altos de distorsión generada por los debería. De igual forma, para la dimensión falacias de razón, se halló que un 73% de los usuarios reportaron niveles bajos, otro 27% reportó niveles moderados y ningún usuario reportó niveles altos de distorsión generada por las falacias de razón. Asimismo, para la dimensión falacia de recompensa divina, se halló que un 29% de los usuarios reportaron niveles bajos, otro 37% reportó niveles moderados y un último 34% reportó niveles altos de distorsión generada por la falacia de recompensa divina.

4.4 Porcentajes para la variable adherencia terapéutica

En el presente apartado se indican los grados de adhesión general.

En la Tabla 18 se precisa que 16 usuarios presentaron regular adherencia y 35 usuarios presentaron buena adherencia.

Tabla 18*Adherencia terapéutica*

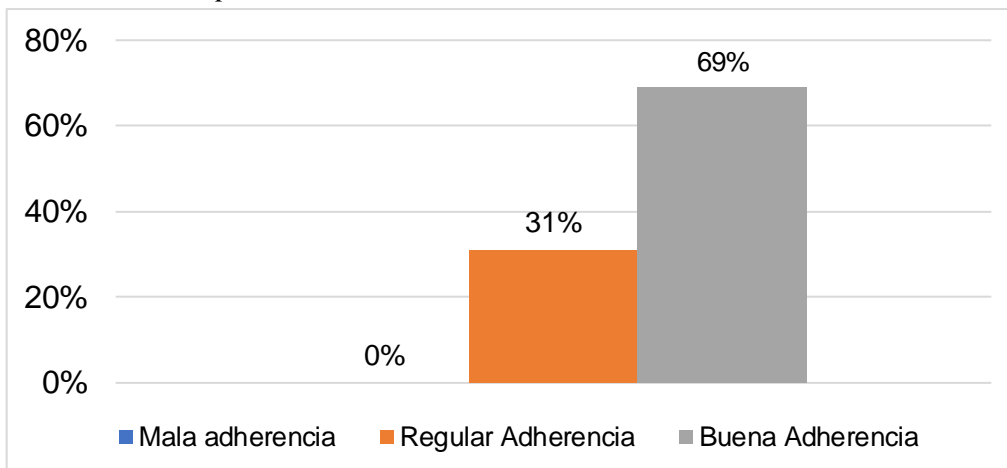
	Frecuencia	Porcentaje
--	------------	------------

	Regular adherencia	16	31
Válido	Buena adherencia	35	69
	Total	51	100

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

Figura 11

Adherencia terapéutica



Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

Interpretación: Con respecto a la variable adherencia terapéutica, se halló que ningún usuario reportó mala adherencia, un 31% reportó regular adherencia y un último 69% de los participantes reportó buena adherencia terapéutica, lo cual refleja que más del 50% de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo se adhirieron adecuadamente a sus terapias y recomendaciones.

4.5 Porcentajes para las dimensiones de adherencia terapéutica

En la Tabla 19 se observa que, en la dimensión control de ingesta, 12 usuarios tuvieron control regular y 39 usuarios tuvieron buen control. Asimismo, en la dimensión seguimiento médico se observó que un usuario tuvo mal seguimiento, 16 usuarios un regular seguimiento y 34 usuarios reportaron buen seguimiento.

Tabla 19

Dimensiones de adherencia terapéutica

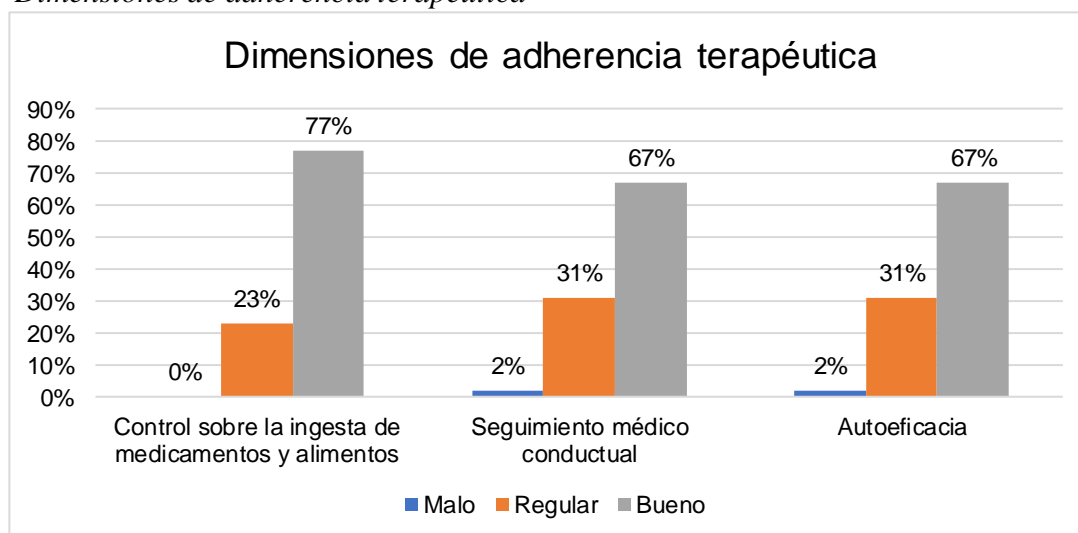
	Frecuencia	Porcentaje
Control regular	12	23

Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos		Buen control	39	77
			Frecuencia	Porcentaje
Seguimiento médico conductual	Mal seguimiento		1	2
	Regular seguimiento		16	31
	Buen seguimiento		34	67
			Frecuencia	Porcentaje
Autoeficacia	Mala autoeficacia		1	2
	Regular autoeficacia		16	31
	Buena autoeficacia		34	67

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

Figura 12

Dimensiones de adherencia terapéutica



Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

En la Figura 12, se observa que en la dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, se halló que un 23% reportó control regular y el otro 77% reportó buen control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos. De igual forma, para la dimensión seguimiento médico conductual, se halló que un 2% de los usuarios reportó mal seguimiento, otro 31% reportó regular seguimiento y un último 67% reportó buen seguimiento médico conductual. Asimismo, para la dimensión autoeficacia, se halló que un 2% de los usuarios reportaron mala autoeficacia, otro 31% reportó regular autoeficacia y un último 67% reportó buena autoeficacia.

4.6 Prueba de normalidad

En la Tabla 20 se precisa que para determinar la normalidad de los datos se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, ya que la investigación involucró una muestra mayor a 50. Se identificó un coeficiente ($p > .05$), lo cual significa que los datos para las variables tienen distribución normal; por ello, para la prueba de hipótesis general se aplicó el método estadístico paramétrico correlacional r de Pearson.

Sin embargo, para las dimensiones de la variable distorsiones cognitivas, se identificó un coeficiente ($p < .05$), lo cual significa que los datos no tenían distribución normal; por ello, para el contraste de hipótesis específica 1, 2 y 3 se aplicó el método estadístico paramétrico correlacional Rho de Spearman.

Tabla 20

Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Adherencia terapéutica	.111	51	.161
Filtraje	.181	51	.000
Pensamiento polarizado	.151	51	.005
Sobregeneralización	.147	51	.008
Interpretación del pensamiento	.161	51	.002
Visión catastrófica	.163	51	.002
Personalización	.160	51	.002
Falacia de control	.124	51	.050
Falacia de justicia	.144	51	.010
Razonamiento emocional	.190	51	.000
Falacia de cambio	.172	51	.001
Etiquetas globales	.205	51	.000
Culpabilidad	.174	51	.001
Los debería	.109	51	.012
Falacia de razón	.234	51	.000
Falacia de recompensa divina	.107	51	.020*
Distorsiones cognitivas	.078	51	.200*

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

4.7 Estadísticos correlacionales

Para responder a los objetivos de la investigación y la comprobación de hipótesis general y específica, se toma en consideración el grado de correlación de Rho de Spearman.

En la Tabla 21 se observan los grados de correlación sobre la base de los puntajes que se deben considerar para establecer la interpretación.

Tabla 21

Interpretación de correlación Rho de Spearman

Grado de correlación	Interpretación
0,00	No existe correlación
+0,10	Correlación positiva débil
+0,30	Correlación positiva baja
+0,50	Correlación positiva media
+0,75	Correlación positiva considerable
+1,00	Correlación positiva muy alta

Nota. Adaptado de Hernández et al. (2014).

Tabla 22

Tamaño de efecto J. Cohen

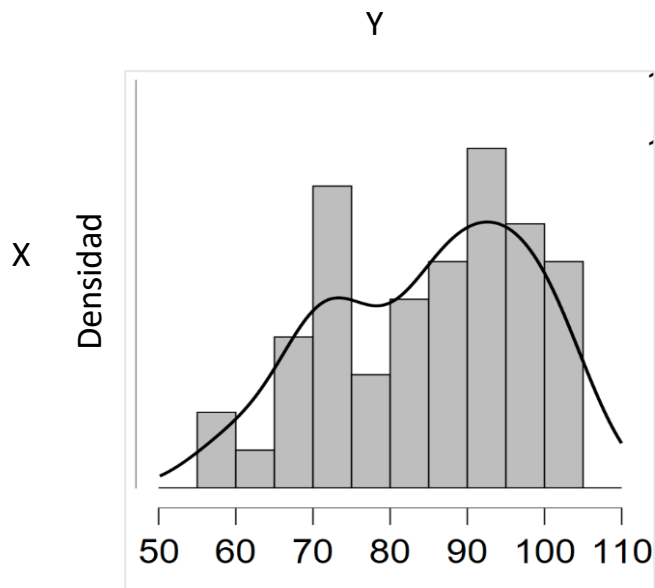
Tipo del tamaño del efecto	Pequeño	Medio	Grande
r	0.10	0.30	0.50
d	0.20	0.50	0.80
n ²	0.01	0.06	0.14
f ²	0.02	0.15	0.35

Nota. Adaptado de "A power primer", *Psychological Bulletin*, por J. Cohen (1992), pp. 155-159.

En la Figura 13 se reporta la distribución de la variable adherencia terapéutica.

Figura 13

Adherencia terapéutica

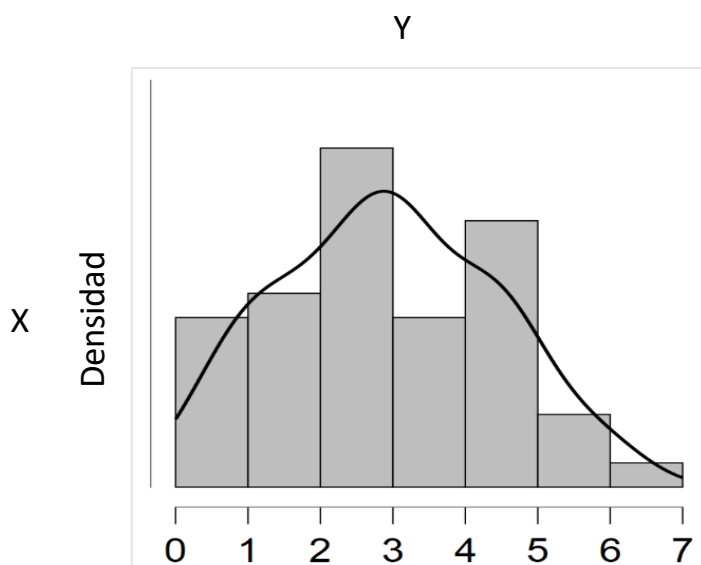


Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

En la Figura 14 se reporta la distribución de la variable distorsión cognitiva.

Figura 14

Distorsión cognitiva



Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

Tabla 23

Distorsión cognitiva y adherencia terapéutica

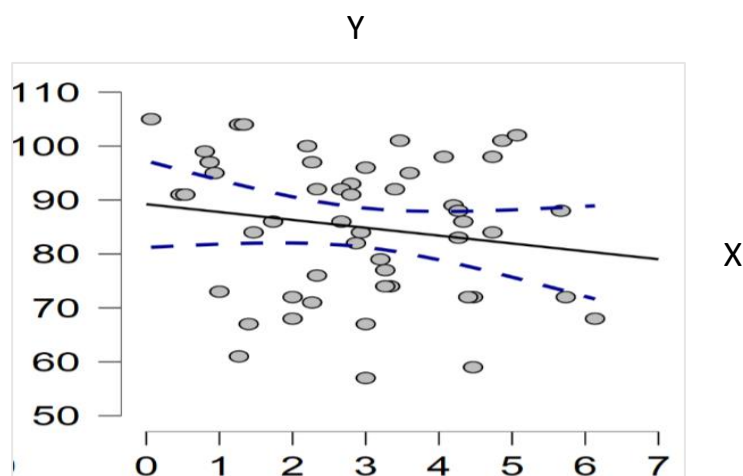
	Adherencia terapéutica	
	r	-.168
Distorsiones cognitivas	P valor	.237
	N	51

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

Interpretación: Con respecto a la hipótesis general, se halló un P valor mayor a .05, lo cual expresó que no existía evidencia suficiente para aceptar la hipótesis de investigación y se aceptó la hipótesis nula; por ello, se asume que no existe relación significativa entre las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021. Sin embargo, se halló un coeficiente de correlación r de Pearson de -.168, el mismo que también puede ser presentado como el tamaño de efecto de la correlación de las variables a nivel práctico. Entonces, siguiendo la escala que propone Cohen, entre las distorsiones cognitivas y la adherencia terapéutica existiría una correlación indirecta estadísticamente no significativa, con un tamaño de efecto pequeño.

Figura 15

Dispersión de distorsión cognitiva y adherencia terapéutica



Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

Tabla 24

Dimensiones de distorsiones cognitivas y control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos

		Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	
Rho de Spearman	Filtraje	Rho P valor	-.183 .199
	Pensamiento polarizado	Rho P valor	-.246 .082
	Sobregeneralización	Rho P valor	-.272 .054
	Interpretación del pensamiento	Rho P valor	-.368** .008
	Visión catastrófica	Rho P valor	-.284* .044
	Personalización	Rho P valor	-.386** .005
	Falacia de control	Rho P valor	-.121 .396
	Falacia de justicia	Rho P valor	-.055 .701
	Razonamiento emocional	Rho P valor	-.114 .424
	Falacia de cambio	Rho P valor	-.234 .098
	Etiquetas globales	Rho P valor	-.344* .014
	Culpabilidad	Rho P valor	-.221 .119
	Los debería	Rho P valor	-.118 .409
	Falacia de razón	Rho P valor	-.178 .210
	Falacia de recompensa divina	Rho P valor	.098 .493

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

Interpretación: Respecto a la hipótesis específica 01, para la dimensión sobregeneralización, se halló un P valor de .054 y un Rho de -.272, lo cual indica que existe relación inversa estadísticamente significativa entre sobregeneralización y control de ingesta de medicamentos y alimentos. Para la dimensión interpretación del

pensamiento, se halló un P valor de .008 y un Rho de $-.368$, lo cual indica que existe relación inversa estadísticamente significativa entre estas dimensiones. Para la dimensión visión catastrófica, se halló un P valor de .044 y un Rho de $-.284$, lo cual indica que existe relación inversa estadísticamente significativa entre estas dimensiones. Para la dimensión personalización, se halló un P valor de .005 y un Rho de $-.386$, lo cual indica relación inversa estadísticamente significativa entre estas dimensiones, y, por último, la dimensión etiquetas globales reportó un P valor de 0.14 y un Rho de $-.344$, lo cual indica que existe relación inversa estadísticamente significativa entre estas dimensiones.

Tabla 25

Dimensiones de distorsiones cognitivas y seguimiento médico conductual

		Seguimiento médico conductual	
Rho de Spearman	Filtraje	Rho P valor	-.037 .795
	Pensamiento polarizado	Rho P valor	-.098 .493
	Sobregeneralización	Rho P valor	-.076 .595
	Interpretación del pensamiento	Rho P valor	-.309* .027
	Visión catastrófica	Rho P valor	-.114 .426
	Personalización	Rho P valor	-.253 .073
	Falacia de control	Rho P valor	-.060 .677
	Falacia de justicia	Rho P valor	-.113 .429
	Razonamiento emocional	Rho P valor	.004 .976
	Falacia de cambio	Rho P valor	-.101 .480
	Etiquetas globales	Rho P valor	-.230 .105
	Culpabilidad	Rho P valor	-.071 .621
	Los debería	Rho P valor	.044 .760
	Falacia de razón	Rho	-.139

	P valor	.330
Falacia de recompensa divina	Rho	.036
	P valor	.800

Interpretación: Respecto a la hipótesis específica 02, para la dimensión interpretación de pensamiento, se halló un P valor de .027 y un Rho -.309, lo cual indica que existe relación inversa estadísticamente significativa entre la interpretación del pensamiento y el seguimiento médico conductual.

Tabla 26

Dimensiones de distorsiones cognitivas y autoeficacia

		Autoeficacia	
Rho de Spearman	Filtraje	Rho	-.006
		P valor	.969
	Pensamiento polarizado	Rho	-.085
		P valor	.553
	Sobregeneralización	Rho	-.056
		P valor	.698
	Interpretación del pensamiento	Rho	-.313*
		P valor	.025
	Visión catastrófica	Rho	-.129
		P valor	.369
	Personalización	Rho	-.219
		P valor	.122
	Falacia de control	Rho	-.059
		P valor	.683
	Falacia de justicia	Rho	-.053
		P valor	.710
	Razonamiento emocional	Rho	-.065
		P valor	.649
	Falacia de cambio	Rho	-.038
		P valor	.789
Etiquetas globales	Rho	-.143	
	P valor	.316	
Culpabilidad	Rho	-.142	
	P valor	.319	
Los debería	Rho	.064	
	P valor	.655	
Falacia de razón	Rho	-.050	
	P valor	.730	

Falacia de recompensa	Rho	.187
divina	P valor	.188

Nota. Datos extraídos del programa SPSS v21.

Interpretación: Respecto a la hipótesis específica 3, para la dimensión interpretación de pensamiento, se halló un P valor de .025 y un Rho -.313, lo cual indica que existe relación inversa estadísticamente significativa entre la interpretación del pensamiento y autoeficacia.

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación evidencian que las distorsiones cognitivas con mayor incidencia en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión son cuatro: (a) filtraje, (b) los debería, (c) visión catastrófica, y (d) falacia de recompensa divina. Esto muestra similitud con lo identificado por Londoño et al. (2005), quienes precisaron una influencia de los pensamientos filtraje, los debería, falacia de justicia, visión catastrófica y sobregeneralización, en usuarios con diagnóstico de trastorno de ansiedad. De igual manera, Silva (2016) halló una prevalencia de estas dimensiones con un alto índice en los pensamientos de filtraje y falacia de recompensa divina. Se podría concluir, entonces, que los usuarios con diagnóstico de ansiedad o depresión experimentan pensamientos inmediatos bajo interpretaciones erróneas en relación con su ámbito asistencial: el primero, sostiene una focalización de detalles negativos de un suceso; el segundo, una suposición reiterativa de una acción frente una situación; el tercero, una exageración hacia lo negativo de un suceso obviando las soluciones, y el cuarto sostiene una consideración absoluta de que las soluciones se obtendrán por voluntades divinas que escapan de nuestro control. De acuerdo con Beck y Clark (2010), estos pensamientos inmediatos parten desde los esquemas cognitivos, que cumplen un papel indispensable en el desarrollo de padecimientos afectivos; en este caso, el componente cognitivo antecede al padecimiento de ansiedad o depresión. Asimismo, se identificó que el género femenino presenta mayores niveles de distorsión cognitiva a diferencia del género masculino. Esto coincide con los resultados presentados por Silva (2016), quien anotó una prevalencia de las distorsiones cognitivas en el género femenino con un 74%, a diferencia del género masculino con un 26%, enfatizando que el componente biológico

y cognitivo en el género femenino influye en el descontrol de las emociones ante una noticia o situación por un diagnóstico, a diferencia del género masculino.

Respecto al grado de adherencia al tratamiento en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión, se identificó una buena adherencia con un 69%, coincidentemente con lo presentado por Krebs et al. (2012), quienes señalaron que el 85% de usuarios con diagnóstico de ansiedad leve y el 39% con ansiedad moderada presentan buena adhesión a su tratamiento. Además, en el estudio de Gordillo (2018), se da énfasis a la prevalencia alta de las dimensiones control sobre la ingesta de alimentos y medicamentos, el seguimiento conductual y la autoeficacia, validando lo manifestado por Martín (2004), quien aseveró que los usuarios que se alinean a las prescripciones e indicaciones relacionadas con su salud, presentan niveles elevados de adherencia y un incremento en la percepción de efectividad, compromiso e interés. Por su parte, Becker (citado en González, 2016) manifestó que los usuarios que mantienen una creencia favorable podrán integrar con mayor facilidad comportamientos respectivos a una adecuada adherencia al tratamiento. Además, según Bandura (citado en González, 2016), los usuarios que integran fácilmente conductas a su vida cotidiana muestran una adecuada autoeficacia percibida, que predispone de manera positiva la adhesión terapéutica.

En el presente estudio, se halló que los usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión que tienen un tiempo de tratamiento de entre una y cuatro sesiones presentan una buena adherencia terapéutica. De acuerdo con la teoría de acción razonada, estos usuarios se muestran dispuestos a cumplir con las indicaciones de los especialistas, ya que mantienen creencias positivas respecto a las conductas que deben realizar en el ambiente en el cual se les brinda esta asistencia. De igual manera, respecto a los estadios de cambio, estos usuarios con buena adherencia se encuentran en la etapa de acción, ya

que están guiando sus conductas bajo los lineamientos de la intervención de los especialistas (González, 2016). Además, se precisó que la edad promedio de los usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión fue de 39 años, lo cual permite catalogar la población como adulto joven con una buena adherencia terapéutica. De acuerdo con Albert Bandura, la eficacia en el aprendizaje de una determinada conducta, en este caso la adhesión al tratamiento, se verá influenciada por la autoeficacia percibida del usuario, que debido a su grado de madurez cognitiva mantiene esquemas establecidos, los cuales le facilitan el poder alinearse a conductas adherentes como la ingesta de medicamentos, cumplimiento de los acuerdos terapéuticos y la autoeficacia (González, 2016).

Respecto al objetivo general, no se evidenció correlación estadísticamente significativa entre las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con ansiedad y/o depresión. Sin embargo, el coeficiente de correlación obtenido fue de (-0.168), que indicaría el efecto inverso de una variable sobre la otra con un tamaño pequeño. Considerando el enfoque cognitivo conductual de Beck (2010), se aborda esta explicación mediante la tríada cognitiva que es evidente en usuarios con ansiedad o depresión. Estos tres componentes se interrelacionan determinando el pensamiento negativo del usuario como filtraje, debería, visión catastrófica y falacia de recompensa divina; los que indirectamente tienen una influencia sobre el ámbito afectivo y conductual; en ese caso, se ven determinadas las conductas de adhesión terapéutica, ya que los usuarios ante una situación piensan e interpretan de manera particular modulando sus comportamientos. Además, según Soria et al (2009), los procesos cognitivos son ejes indispensables en el desarrollo y mantenimiento de una conducta adherente.

Respecto a los objetivos específicos, se observó una relación inversa estadísticamente significativa entre las dimensiones sobregeneralización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, personalización y etiquetas globales con las dimensiones de la adherencia terapéutica, comprendiendo que el ser humano se modula con base en la interrelación entre pensamiento, emoción y conducta. Esto muestra similitud con lo encontrado por Burbano y Restrepo (2012), quienes identificaron estas distorsiones asociadas a la no adhesión a su terapia en usuarios con depresión. Es así que las distorsiones cognitivas trabajan de forma inconsciente de tal manera que el usuario no percibe su influencia y que estas varían ante diversos sucesos (Ruiz et al., 2012). Por ello, se entiende que estos usuarios llegan a conclusiones generales con poca evidencia, creen saber lo que piensan los demás, tienden a concluir de manera negativa todo, infieren que los demás solo los critican y tienen rigidez en la definición de una persona o situación. Es así que estos pensamientos influyen sobre la ingesta de medicamentos o alimentos que recomienda el especialista, así como en el cumplimiento de la programación y, sobre todo, en la autoeficacia que percibe el usuario sobre su accionar en el tratamiento que viene recibiendo. Es fundamental tener en cuenta que el procesamiento cognitivo esté expuesto a la percepción del contexto y la creencia e interpretación del usuario; por lo tanto, el hecho de que los usuarios con ansiedad y/o depresión muestren niveles elevados de distorsión cognitiva hará que sus conductas adherentes —como el cumplimiento, seguimiento y eficiencia— se vean disminuidas (Beck y Clark, 2010).

CONCLUSIONES

1. No se evidenció una relación significativa entre distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión. Sin embargo, no se descarta el valor de correlación observado (-.168). De acuerdo con la clasificación de Cohen en un nivel práctico, indicaría un efecto de tamaño pequeño, es decir, a mayor distorsión cognitiva, menor será el grado total de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión.
2. Se observó una relación inversa significativa entre sobregeneralización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, personalización y etiquetas globales con control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos. Por lo tanto, se establece que a mayor nivel de estas distorsiones cognitivas, menor será el grado de adhesión a la ingesta de medicamentos en los usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión.
3. Se observó una relación inversa significativa entre interpretación del pensamiento y seguimiento médico conductual. Por lo tanto, se establece que a mayor nivel de esta distorsión cognitiva, menor será el grado de adhesión a la ingesta de medicamentos en los usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión.
4. La dimensión de interpretación del pensamiento muestra relación negativa significativa con la dimensión de autoeficacia. Por lo tanto, se establece que a mayor distorsión cognitiva, menor será el grado de adhesión a la ingesta de medicamentos en los usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión.
5. Las distorsiones cognitivas predominantes en los usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión fueron tres: (a) filtraje, (b) los debería, y (c) falacia de recompensa divina.
6. Se observó que el grado predominante de adherencia terapéutica en los usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión fue alta con un 69%.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados logrados en esta investigación, se sugiere lo siguiente:

1. Realizar una investigación de corte transversal correlacional considerando un mayor número de muestra que integre mayores diagnósticos, para así ampliar el conocimiento de estas variables en el contexto comunitario.
2. Realizar programas de prevención sobre la base de las dimensiones de distorsiones cognitivas que influyen en el grado de adherencia terapéutica en los usuarios que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca, así como focalizar las intervenciones.
3. Emplear este estudio como antecedente en futuras investigaciones de otros diseños, de tal manera que se pueda ampliar y profundizar en estas variables.
4. Realizar programas de intervención que fomenten una buena adherencia terapéutica en los usuarios que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca.
5. Replicar esta investigación en otros contextos, de tal forma que se generen nuevas investigaciones y se amplíe el conocimiento sobre estas variables.

REFERENCIAS

- Alvarez, R. (1998). *Para salir del laberinto: cómo pensamos, sentimos y actuamos* (7a ed.). Santander (España): Sal Terrae.
books.google.es/books?isbn=8429309268
- Arias, J. (2020). *Proyecto de tesis: guía para la elaboración*. Arequipa (Perú): Autor.
<http://hdl.handle.net/20.500.12390/2236>
- Beck, A. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
https://www.academia.edu/35126840/Judith_Beck_Terapia_Cognitiva_Conceptos_Básicos_y_Profundización
- Beck, A., & Clark, D. (2010). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (2014). *Trastorno de ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva*. Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión* (20a ed.). Desclée de Brouwer. <https://b-ok.lat/book/17010149/7da9ec>
- Burbano, H., & Restrepo, F. (2012). *Distorsiones cognitivas asociadas a la no adherencia al tratamiento en adolescentes internos en la Comunidad Terapéutica Éxodo de Popayán* (Tesis, Escuela de Posgrados, Universidad Católica Luis Amigó. Medellín, Colombia).
<http://repository.ucatolicaluissamigo.edu.co:8080/handle/ucatolicaamigo/75>
- Caro, I. (2009). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas* (2a ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer. <https://b-ok.lat/book/3572754/629b16>

- Casado, M. (1994). *Ansiedad, estrés y trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/2997/>
- Ellis, A. (2000). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Madrid: Paidós Ibérica.
http://www.sinmiedoconducir.com/descargas/Como_controlar_la_ansiedad_antes_que_esta%20le_controle_a_Ud.pdf
- González, A. (2016). *Construcción y validación de un instrumento de evaluación de la adherencia a tratamientos en personas con enfermedad crónica en atención primaria de salud* (Tesis de doctorado, Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. España). <http://hdl.handle.net/10651/39201>
- Gordillo, T. (2018). *Adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2028* (Tesis de licenciatura, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad César Vallejo. Lima, Perú). <https://hdl.handle.net/20.500.12692/27934>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). McGraw-Hill / Interamericana Editores.
<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hospital Hermilio Valdizán (HHV). (abril de 2020). Impacto de la pandemia del coronavirus (covid-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Boletín Epidemiológico*.
<http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Epidemiologia/Boletin/2020/ABRIL.pdf>

- Instituto Nacional de Salud Mental. (2019). Estudio Epidemiológico de Salud Mental comparativo ciudad de Abancay 2010-2016. Informe General del Adulto. *Anales de Salud Mental*, 35(2).
<https://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
- Junín en 25% se incrementó ansiedad, depresión y estrés a consecuencia del covid-19. (9 de octubre de 2020). *Dirección Regional de Salud Junín*.
http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2020100922_junin_en_25_se_incremento_ansiedad_depresin_y_estrs_a_consecuencia_del_covid19/
- Krebs, M., González, L., Rivera, A., Herrera, P., & Melis, F. (2012). Adherencia a psicoterapia en pacientes con trastornos de ansiedad. *Psykhe* (Santiago), 21(2), 133-147. <https://doi.org/10.7764/psykhe.21.2.550>
- Lago, N. (mayo de 2015). Adherencia al tratamiento —responsabilidad de todos—. *Tendencias en Medicina*, 23(46), 99-109.
http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes46/art_13.pdf
- Lalangui, H. (2019). *Pensamientos automáticos y adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con insuficiencia renal crónica que se realizan hemodiálisis* (Tesis de licenciatura, Facultad de Ciencias Psicológicas, Universidad Central del Ecuador. Quito).
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/18277>
- Londoño, N., Alvarez, C., López, P., & Posada, S. (enero-diciembre de 2005). Distorsiones cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad generalizada. *Informes Psicológicos*, 7, 123-136.
<https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/694>

- Londoño, N., Jiménez, E., Juárez, F., & Marín, C. (2010). Componentes de vulnerabilidad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada. *International Journal of Psychological Research*, 3(2), 43-54.
<https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023506006.pdf>
- Martín, L. (setiembre-diciembre de 2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008
- Martínez, G., Martínez, L., Lopera, J., & Vargas, N. (2016). La importancia de la adherencia terapéutica. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 14(2), 107-116. <https://www.redalyc.org/journal/3755/375546666003/html/>
- Matute, A. (2016). *Distorsiones cognitivas presentes en las usuarias del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano atendidas por intento suicida* (Tesis de maestría, Facultad de Ciencias Psicológicas, Universidad de Guayaquil. Ecuador).
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/13168/>
- Ministerio de Salud (Minsa). (2020). *Plan de salud mental Perú, 2020-2021 (en el contexto covid-19)* [Documento técnico]. Lima: Minsa.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>
- "No hay salud sin salud mental". (8 de octubre de 2020). *Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
- Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E., & Villagómez, A. (2014). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis* (4a ed.). Bogotá: Ediciones de la U. <https://corladancash.com/wp->

content/uploads/2019/03/Metodologia-de-la-investigacion-Naupas-Humberto.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (27 de agosto de 2020). Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental [Comunicado de prensa].

<https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. Washington, D.C.: OPS.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>

Peralta, M., & Carbajal, P. (setiembre-diciembre de 2008). Adherencia a tratamiento.

Revista del Centro Dermatológico Pascua, 17(3), 84-88.

<https://www.mediagraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>

Reyes, E., Trejo, R., Arguijo, S., Jiménez, A., Castillo, A., Hernández, A., &

Mazzoni, L. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Revista Médica Hondureña*, 84(3-4), 125-132.

<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>

Rojas, Y., Ruíz, A., & González, R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*, 26(1) 1-

13. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46859>

Rondón, J., & Angelucci, L. (2021). Modelo psicológico entre depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Pensamiento*

Psicológico, 19(1), 19-27.

<https://www.redalyc.org/journal/801/80165629006/html/>

- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer. <https://book.lat/book/11051200/074606>
- Sanz, J., & Vázquez, C. (2008). Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas. En C. Sánchez (ed.). *Manual de psicopatología* (pp. 272-296). Volumen II. Madrid: McGraw-Hill / Interamericana de España.
https://www.researchgate.net/publication/303637443_Trastornos_del_estado_de_animo_Teorias_psicologicas
- Silva, S. (2016). *Distorsiones cognitivas como posible factor influyente sobre los niveles de ansiedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten la Unidad Metropolitana de Salud Norte de la ciudad de Quito* (Tesis de licenciatura, Facultad de Ciencias Psicológicas, Universidad Central del Ecuador. Quito). <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7245>
- Soria, R., Vega, C., & Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008
- Stein, D., & Hollander, E. (2010). *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Editores Lexus.
- Untiveros, J. (2018). *Factores sociodemográficos asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima-2016* (Tesis de maestría, Escuela de Posgrado,

Universidad César Vallejo. Lima, Perú).

<https://hdl.handle.net/20.500.12692/16112>

Urbina, V. (2017). *Depresión como factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en un hospital público del Perú* (Tesis de licenciatura, Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú). <https://hdl.handle.net/20.500.12759/2675>

Vara, A. (2012). *Desde la idea hasta la sustentación: 7 pasos para una tesis exitosa. Un método efectivo para las ciencias empresariales*. Lima: Instituto de Investigación de la Facultad de Ciencias Administrativas y Recursos Humanos de Universidad de San Martín de Porres.
<https://www.administracion.usmp.edu.pe/investigacion/files/7-PASOS-PARA-UNA-TESIS-EXITOSA-Desde-la-idea-inicial-hasta-la-sustentacion.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Autorización del Comité de Ética



Huancayo, 06 de octubre del 2021

OFICIO N° 077-2021-CE-FH-UC

Señores:

INCHE CAMPOS RICHARD ANTONY
PAUCAR ARAUCO ERIKA GEORGINA

Presente-

EXP. 077-2021

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para manifestarles que el estudio de investigación titulado: "DISTORSIONES COGNITIVAS Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO HUANCAYO 2021" ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Humanidades, bajo las siguientes observaciones:

- El Comité de Ética puede en cualquier momento de la ejecución del trabajo solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas (mantener la confidencialidad de datos personales de los individuos entrevistados).
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atte,



Dra. Claudia Rios Cataño
Presidenta del Comité de Ética
Facultad de Humanidades

Matriz de consistencia

Título preliminar: Distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un centro de salud mental comunitario de Huancayo 2021.				
Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variabes	Diseño metodológico
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación que existe entre las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe relación significativa entre las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en la ciudad de Huancayo, en el año 2021.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Distorsiones cognitivas</p> <p>Según Beck y Emery (1979), son representaciones mentales con base en nuestra experticia, y esta a su vez se manifiesta en forma de interpretación que se fundamenta en supuestos erróneos que parten de nuestros esquemas que intervienen y determinan cómo percibiremos y conceptualizaremos las ideas.</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Básico</p> <p>Diseño de investigación:</p> <p>No experimental</p> <p>Nivel de investigación:</p> <p>Descriptivo-correlacional</p> <p>Enfoque:</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Población:</p> <p>La población está conformada por todos los usuarios que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca de la ciudad de Huancayo.</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuáles serán las distorsiones cognitivas en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar las distorsiones cognitivas presentes en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.</p> <p>Identificar el grado de adherencia terapéutica en usuarios con</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>Las distorsiones cognitivas serán de nivel moderado en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.</p> <p>El grado de adherencia terapéutica será de nivel alto en</p>	<p>Variable 2</p> <p>Adherencia terapéutica</p>	

<p>¿Cuál será el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y el control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y el seguimiento médico conductual en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud</p>	<p>diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.</p> <p>Determinar la relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y el control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.</p> <p>Determinar la relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y el seguimiento médico conductual en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.</p> <p>Determinar la relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y la autoeficacia en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental</p>	<p>usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.</p> <p>Existe relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y el control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.</p> <p>Existe relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y el seguimiento médico conductual en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.</p> <p>Existe relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y la autoeficacia en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental</p>	<p>Según Soria et al. (2009), es un conjunto de comportamientos relacionados con el cumplimiento de las indicaciones médicas sobre la intervención de la enfermedad. Es decir, se contempla el cumplimiento del usuario sobre la ingesta de medicamentos, si sus conductas contribuyen a la mejoría de su salud y si su creencia sobre lo que realiza será eficiente para manejar su padecimiento.</p>	<p>Muestra:</p> <p>La muestra la conforman 51 usuarios que han sido diagnosticados con ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca de la ciudad de Huancayo.</p> <p>Técnica y tipo de muestreo:</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Muestreo: no probabilístico, por conveniencia</p> <p>Instrumentos de recolección:</p> <p>Instrumento 1</p> <p>Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan (IPA)</p> <p>Instrumento 2</p> <p>Escala de adherencia terapéutica (EAT)</p>
---	--	--	--	---

<p>Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre las dimensiones de distorsiones cognitivas y la autoeficacia en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021?</p>	<p>Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.</p>	<p>Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.</p>		
<p>Bibliografía de sustento para la justificación y delimitación del problema</p>			<p>Bibliografía de sustento usada para el diseño metodológico</p>	
<p>Ministerio de Salud. (2020). <i>Plan de salud mental Perú, 2020-2021 (en el contexto covid-19)</i> [Documento técnico]. Lima: Autor. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf</p> <p>Organización Mundial de la Salud. (27 de agosto de 2020). Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental [Comunicado de prensa]. https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health</p> <p>Organización Panamericana de la Salud. (2018). <i>La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018</i>. Washington, D.C.: Autor. https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578</p>			<p>Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). <i>Metodología de la investigación</i> (6a ed.). México: McGraw-Hill / Interamericana Editores. http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf</p> <p>Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E., & Villagómez, A. (2014). <i>Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis</i> (4a ed.). Bogotá: Ediciones de la U. https://corladancash.com/wp-content/uploads/2019/03/Metodologia-de-la-investigacion-Naupas-Humberto.pdf</p>	

--	--

Anexo 2: Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan

Inventario de pensamiento automáticos de Ruiz y Lujan (IPA)

A continuación, encontrará una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

Nunca pienso en eso	Algunas veces lo pienso	Bastantes veces lo pienso	Con mucha frecuencia lo pienso
0	1	2	3

Nº	Ítem	0	1	2	3
1.	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan				
2.	Solamente me pasan cosas malas				
3.	Todo lo que hago me sale mal.				
4.	Sé que piensan mal de mi				
5.	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?				
6.	Soy inferior a la gente en casi todo				
7.	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor				
8.	No hay derecho a que me traten así				
9.	Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.				
10.	Mis problemas dependen de los que me rodean				
11.	Soy un desastre como persona				
12.	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa				
13.	Debería de estar bien y no tener estos problemas				
14.	Sé que tengo la razón y no me entienden				
15.	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa				
16.	Es horrible que me pase esto				
17.	Mi vida es un continuo fracaso				
18.	Siempre tendré este problema				
19.	Sé que me están mintiendo y engañando				
20.	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?				
21.	Soy superior a la gente en casi todo				
22.	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean				

23.	Si me quisieran de verdad no me tratarían así.				
24.	Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo				
25.	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas				
26.	Alguien que conozco es un imbécil				
27.	Otros tienen la culpa de lo que me pasa				
28.	No debería de cometer estos errores				
29.	No quiere reconocer que estoy en lo cierto				
30.	Ya vendrán mejores tiempos				
31.	Es insoportable, no puedo aguantar más				
32.	Soy incompetente e inútil				
33.	Nunca podré salir de esta situación				
34.	Quieren hacerme daño				
35.	¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?				
36.	La gente hace las cosas mejor que yo				
37.	Soy una víctima de mis circunstancias				
38.	No me tratan como deberían hacerlo y me merezco				
39.	Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo				
40.	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas				
41.	Soy un neurótico				
42.	Lo que me pasa es un castigo que merezco				
43.	Debería recibir más atención y cariño de otros				
44.	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana				
45.	Tarde o temprano me irán las cosas mejor				

Anexo 3: Escala de adherencia terapéutica (EAT)

Escala de adherencia terapéutica (EAT)

Instrucciones: Marque con un X la respuesta, procure contestar con la mayor sinceridad según las siguientes opciones de respuesta.

Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
-------	-------------	----------------	--------------------	---------

1	Si me recetan medicamentos los tomaría de manera puntual.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
2	No importa que el tratamiento sea largo, tengo la disposición de cumplirlo.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
3	Si tengo que seguir un hábito o dieta rigurosa, la respeto.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
4	Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas si el especialista me lo ordena.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
5	Si el especialista me recomienda una actividad específica la cumpliría.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
6	Si el especialista me genera confianza sigo el tratamiento.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
7	Si el especialista me recomienda realizar algunas actividades como caminar o hacer ejercicio lo haría.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
8	Si el especialista me informa que llamará para evaluar mi estado de salud, estoy al pendiente de la llamada.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
9	Asisto a mis sesiones de manera puntual.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
10	Registro las situaciones que afecten mi salud y se las comunico al especialista.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
11	Después de haber culminado mi tratamiento, regreso a consulta si el especialista me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
12	Si siento que mi malestar no es importante, pongo poca atención al tratamiento	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
13	Como me lo recomienda el especialista, sigo sus indicaciones, aunque no sienta malestar o dificultad.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
14	Siento confianza cuando el especialista demuestra conocer sobre mi malestar.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
15	Cuando el especialista me explica sobre mi diagnóstico, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
16	Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida cumplir las tareas que me indicó el especialista.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
17	Cuando siento que los síntomas desaparecen dejo el tratamiento, aunque no esté concluido.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre

18	Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
19	Para que yo siga el tratamiento siento el necesario el apoyo de mis familiares o personas de confianza.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
20	Si se me indica que mi tratamiento será largo, hago todo lo que está en mis manos para aliviarme.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
21	Aunque sienta que el tratamiento sea complicado lo sigo.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre

Anexo 4: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lo estamos invitando a participar en un estudio para evaluar las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en los usuarios que han sido diagnosticados con ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca, este estudio será desarrollado por Richard Inche Campos y Erika Paucar Arauco Bachilleres de la Escuela Académica Profesional de Psicología de la Universidad Continental.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y anónima. Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder dos cuestionarios que le tomarán un aproximado de 20 minutos de su tiempo. Su participación en esta investigación no representa ningún riesgo para su salud.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si usted decide participar en esta investigación, puede retirarse de este estudio en cualquier momento sin que ello ocasione ningún perjuicio para su persona.

Yo, acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Huancayo, de del 2021.

FIRMA DEL USUARIO

DISTORSIONES COGNITIVAS Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO HUANCAYO 2021

Estimado(a):

Lo estamos invitando a participar en un estudio para evaluar las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en los usuarios que han sido diagnosticados con ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca, este estudio será desarrollado por Richard Inche Campos y Erika Paucar Arauco Bachilleres de la Escuela Académica Profesional de Psicología de la Universidad Continental.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y anónima. Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder dos cuestionarios que le tomarán un aproximado de 20 minutos de su tiempo.

Su participación en esta investigación no representa ningún riesgo para su salud.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si usted decide participar en esta investigación, puede retirarse de este estudio en cualquier momento sin que ello ocasione ningún perjuicio para su persona.

De antemano agradecemos cordialmente su participación.

Usted ¿acepta participar en el presente estudio? *

SI

No

Anexo 5: Solicitud de permiso a la Jefatura del CSMCC



Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Huancayo, 26 de agosto de 2021

Ps. Daysi Gelene Vidalón Salazar
Jefatura
Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi saludo cordial, y a la vez presentar a las siguientes Bachilleres perteneciente a la carrera profesional de Psicología de la Universidad Continental:

- | | |
|----------------------------------|---------------|
| 1. INCHE CAMPOS, RICHARD ANTONY | DNI: 70775419 |
| 2. PAUCAR ARAUCO, ERIKA GEORGINA | DNI: 72503179 |

La presente es para solicitar a su despacho la autorización para poder realizar el siguiente trabajo de investigación según detalle:

Nombre del proyecto de tesis: **"Distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un Centro de Salud Mental Comunitario Huancayo 2021"**

Instrumentos a utilizar:


Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan
Escala de adherencia terapéutica EAT

Población donde se aplicará el programa: **Pacientes que hayan sido diagnosticados con depresión y/o ansiedad mayores de 18 años que acudan a la unidad de adulto y adulto mayor.**

Finalmente, comunicar que los estudiantes se comprometen a cumplir con las buenas prácticas de investigación y de ética.

Agradecido por la atención a la presente para su aprobación.

Atte.


 Ma. Jorge Salcedo Chuquimantari

Director de la EAP de Psicología de la Universidad Continental

Cc.

- Estudiantes
- Archivo
- Instituto Continental
- Decanatura

 CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CHILCA

 Lic. Daysi G. Vidalón Salazar
 JEFATURA CSMC CHILCA
 PSICOLOGA
 C.P.P. 20605

Recibido conforme
 16:02 pm - 08/09/21

Anexo 6: Solicitud de permiso a la psicóloga encargada de la Unidad de Adulto y Adulto Mayor

SOLICITO: Permiso para realizar trabajo de investigación

ENCARGADA DEL ÁREA UNIDAD DE ADULTO Y ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIO DE CHILCA
Psic. KATHERIN DEL PILAR CASTRO FLOR

Yo RICHARD ANTONY INCHE CAMPOS identificado con DNI: 70775419 y yo ERIKA GEORGINA PAUCAR ARAUCO, identificada con DNI: 72503179.

Ante usted respetuosamente nos presentamos y exponemos:

Que, habiendo culminado la carrera profesional de psicología en la Universidad Continental, solicitamos ante usted permiso para desarrollar nuestro proyecto de tesis titulado "DISTORSIONES COGNITIVAS Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO HUANCAYO 2021" en la unidad de adulto y adulto mayor de la que usted está a cargo.

El trabajo de investigación tendrá las siguientes características:

- ✓ Confidencialidad absoluta en el manejo de la información.
- ✓ Pacientes que hayan sido diagnosticados con ansiedad y/o depresiones mayores de 18 años
- ✓ Cada participante firmará voluntariamente un consentimiento informado.
- ✓ El tiempo requerido es de 40 a 50 minutos.

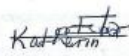
Por lo expuesto:

Esperamos pueda acceder a nuestra solicitud.

Huancayo 14 de agosto del 2021


DNI: 70775419


DNI: 72503179


Katherin
Recibí con firma
23/08/21

Anexo 7: Carta de aceptación para desarrollar la investigación

Huancayo, 08 de septiembre de 2021

INVESTIGADORES

Richard Antony Inche Campos

Erika Georgina Paucar Arauco

Referencia: Solicitud de fecha 26 de agosto de 2021

Estimado(a):

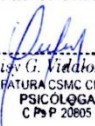
Esperando se encuentren bien procedemos a manifestar lo siguiente:

Con fecha 08 de septiembre de 2021 recepcionamos la carta en la que usted solicita **“Permiso para realizar una investigación sobre distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un Centro de Salud Mental Comunitario Huancayo 2021”**. Dicha solicitud fue evaluada y **ACEPTADA**, siempre que se desarrolle respetando las consignas éticas.

Asimismo, le recomendamos asistir al Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca los días en los que la psicóloga encargada de la unidad de adulto y adulto mayor se encuentre de servicio, ya que es la unidad en la que ustedes desarrollaran el proyecto.

Finalmente, agradecemos que al culminar la investigación nos proporcionen un ejemplar de la misma, además de un informe de los datos encontrados respecto a las variables de estudio. Estas serán presentadas a la psicóloga encargada de la unidad y a la jefatura del centro.

Atentamente.


CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CHILCA

Lic. Daisy G. Vidalón Salazar
JEFATURA CSMC CHILCA
PSICÓLOGA
C.P.S.P. 20805

Daisy Gelene Vidalón Salazar
Directora del CSMCC

Anexo 8: Aplicación de los instrumentos de medición



Explicando sobre el consentimiento informado a un usuario.



Explicando sobre el desarrollo de los cuestionarios para la prueba piloto.

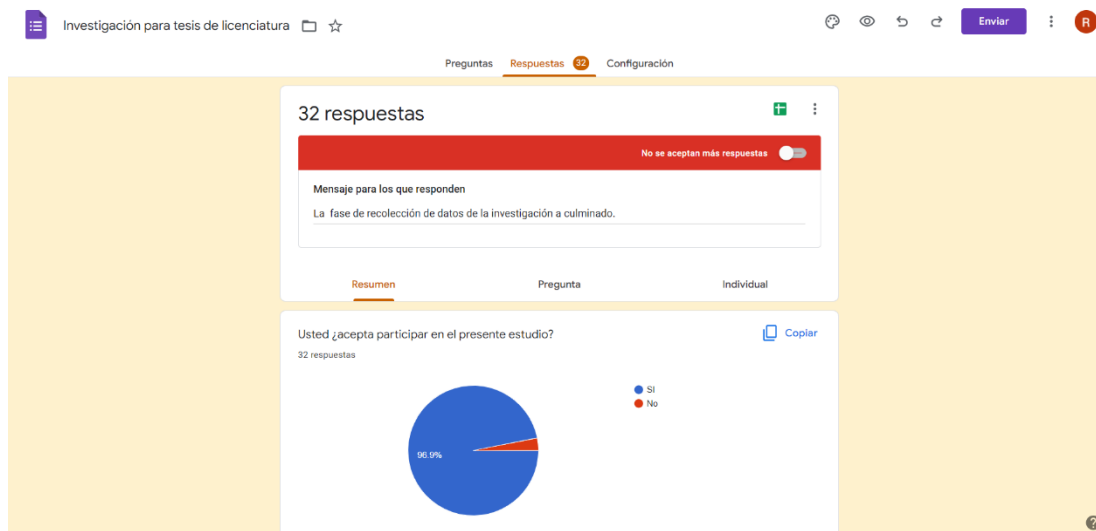


Esperando en la Unidad de Adulto y Adulto Mayor a los usuarios.



Ambiente de aplicación colectiva e individual.

Anexo 9: Base de datos de la aplicación virtual



Formulario de respuestas finalizado.

A1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
	Marca temporal	Usted ¿acepta participar	Edad	Género	Estado civil	¿Usted asiste al Centro c 1.	Si me recetan medicar	2. No importa que el traté	3. Si tengo que seguir un	4. Estoy d
8	13/10/2021 17:41:38	Si		64 hombre	casado(a)	Si	Pocas veces	Frecuentemente	Siempre	Frecuente
9	13/10/2021 18:02:59	Si		25 hombre	soltero(a)	Si	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
10	14/10/2021 17:57:56	No								
11	14/10/2021 18:10:01	Si		43 mujer	divorciado(a) / separado(a)	Si	Siempre	Siempre	Muy frecuentemente	Siempre
12	14/10/2021 18:40:27	Si		50 hombre	casado(a)	Si	Siempre	Siempre	Frecuentemente	Muy frequ
13	15/10/2021 21:09:28	Si		30 mujer	casado(a)	Si	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
14	18/10/2021 16:51:14	Si	42 años	mujer	conviviente	Si	Pocas veces	Pocas veces	Frecuentemente	Siempre
15	18/10/2021 22:05:20	Si		31 mujer	soltero(a)	Si	Pocas veces	Pocas veces	Pocas veces	Siempre
16	21/10/2021 15:28:04	Si		39 mujer	casado(a)	No	Pocas veces	Pocas veces	Pocas veces	Siempre
17	22/10/2021 18:30:27	Si		23 mujer	soltero(a)	Si	Pocas veces	Pocas veces	Pocas veces	Pocas ve
18	22/10/2021 22:44:25	Si		19 mujer	soltero(a)	Si	Frecuentemente	Siempre	Siempre	Siempre
19	7/11/2021 7:58:30	Si		22 mujer	soltero(a)	Si	Frecuentemente	Siempre	Siempre	Muy frequ
20	10/11/2021 19:22:53	Si		39 mujer	casado(a)	Si	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
21	10/11/2021 19:32:43	Si		53 hombre	conviviente	Si	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
22	15/11/2021 17:05:25	Si		22 mujer	soltero(a)	No	Frecuentemente	Frecuentemente	Frecuentemente	Frecuente
23	23/11/2021 19:53:24	Si		37 mujer	conviviente	Si	Muy frecuentemente	Muy frecuentemente	Frecuentemente	Muy frequ
24	24/11/2021 10:43:41	Si		42 hombre	conviviente	No	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
25	24/11/2021 10:48:00	Si		24 mujer	soltero(a)	Si	Frecuentemente	Frecuentemente	Frecuentemente	Frecuente
26	24/11/2021 10:55:50	Si		25 mujer	conviviente	Si	Frecuentemente	Siempre	Siempre	Siempre
27	24/11/2021 11:02:07	Si		56 hombre	soltero(a)	Si	Frecuentemente	Frecuentemente	Frecuentemente	Frecuente
28	24/11/2021 12:01:35	Si		62 mujer	casado(a)	Si	Siempre	Siempre	Muy frecuentemente	Frecuente
29	24/11/2021 12:06:50	Si		31 hombre	conviviente	Si	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
30	24/11/2021 15:48:14	Si		41 hombre	soltero(a)	No	Frecuentemente	Frecuentemente	Pocas veces	Siempre
31	25/11/2021 11:48:27	Si		38 hombre	divorciado(a) / separado(a)	Si	Siempre	Siempre	Siempre	Muy frequ
32	25/11/2021 16:48:56	Si		50 mujer	casado(a)	Si	Frecuentemente	Siempre	Siempre	Pocas ve

Base de datos de las respuestas del formulario.

Anexo 10: Base de datos de la aplicación presencial

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	N°	INICIALES	EDAD	GÉNERO	ESTADO CIVIL	LISTE AL CSMDIAGNÓSTICO	DE TRATAM	DE RESIDE	EAT 01	EAT 02	EAT 03	EAT 04	EAT 05	EAT 06	EAT 07	
2	1	EVCP	29	1	3	1	3	1	3	2	5	5	5	5	5	3
3	2	SRHF	24	2	3	1	3	2	3	4	5	4	5	4	5	3
4	3	BLO	39	2	1	1	1	2	1	5	5	3	5	4	5	4
5	4	MIH	35	2	3	1	3	1	4	4	5	2	5	4	4	5
6	5	JYBS	51	2	4	1	2	1	3	5	4	5	1	5	5	5
7	6	SVC	21	2	1	1	3	2	3	4	5	2	3	3	5	5
8	7	RLG	26	1	1	1	3	1	3	5	5	5	5	5	5	5
9	8	JKYO	48	2	4	1	3	1	1	5	5	5	5	5	5	5
10	9	ICHA	36	1	1	1	3	1	3	3	3	4	4	3	4	4
11	10															
12	11	YSSI	29	2	2	1	3	2	2	3	5	4	3	4	3	4
13	12	ACH	44	2	2	1	3	1	3	1	5	5	5	5	5	5
14	13	GRPJ	24	2	1	1	3	2	3	2	4	3	4	3	4	3
15	14	MCA	68	2	2	1	3	1	3	5	5	5	5	5	5	5
16	15	MAC	47	2	1	1	2	1	2	5	5	4	5	5	5	4
17	16															
18	17	FMB	66	2	4	1		3	3	4	5	1	1	5	5	5
19	18	LCHT	29	2	1	1	3	3	4	5	5	5	2	5	5	4
20	19	SGGÑ	32	1	1	1	3	1	3	4	4	3	4	4	5	4
21	20	ANS	54	2	1	1	3	1	3	5	5	5	5	5	5	5
22	21	AEOC	35	2	1	1	3	1	3	4	5	4	2	4	4	4
23	22	MBT	54	2	3	1	3	1	1	5	5	2	2	5	5	5

Base de datos de los usuarios de evaluación presencial.

	MOO	ED	GEN	EST	TT	DK	A01	A02	A03	A04	A05	A06	A07	A08	A09	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	
25	VIRTU...	22	Femenino	Casado	1 a 4 sesio.	Depresión	4	4	3	5	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	5	
26	VIRTU...	65	Femenino	Casado	1 a 4 sesio.	Ansiedad y	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
27	VIRTU...	64	Masculino	Soltero	1 a 4 sesio.	Ansiedad y	2	4	5	3	3	3	1	5	5	2	5	1	2	5	5	3	1	
28	VIRTU...	25	Masculino	Soltero	1 a 4 sesio.	Ansiedad	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	2	4	4	4	4	4	5	
29	VIRTU...	43	Femenino	Casado	1 a 4 sesio.	Depresión	5	5	4	5	5	5	3	3	2	2	2	1	3	3	3	5	4	
30	VIRTU...	50	Masculino	Soltero	1 a 4 sesio.	Ansiedad y	5	5	3	4	2	3	3	5	1	3	5	3	3	5	3	3	4	
31	VIRTU...	30	Femenino	Casado	1 a 4 sesio.	Ansiedad y	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	2	5	5	5	5	3	3	
32	VIRTU...	42	Femenino	Casado	1 a 4 sesio.	Ansiedad y	2	4	3	5	4	4	5	5	4	5	4	2	4	5	4	3	3	
33	VIRTU...	31	Femenino	Casado	10 a 12 se.	Ansiedad y	2	4	2	5	5	5	5	3	3	2	2	4	3	2	2	4	4	
34	VIRTU...	39	Femenino	Casado	1 a 4 sesio.	Ansiedad	2	4	2	5	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	
35	VIRTU...	23	Femenino	Casado	1 a 4 sesio.	Ansiedad y	2	4	2	2	2	3	4	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	
36	VIRTU...	19	Femenino	Casado	5 a 9 sesio.	Ansiedad	3	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	3	2	5	5	4	3	
37	VIRTU...	22	Femenino	Soltero	1 a 4 sesio.	Ansiedad	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	2	5	5	5	4	3	
38	VIRTU...	39	Femenino	Casado	5 a 9 sesio.	Ansiedad y	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	
39	VIRTU...	53	Masculino	Conviviente	1 a 4 sesio.	Ansiedad y	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	4	2	5	5	4	4	
40	VIRTU...	22	Femenino	Soltero	1 a 4 sesio.	Ansiedad	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4	
41	VIRTU...	37	Femenino	Conviviente	10 a 12 se.	Ansiedad y	4	4	3	4	4	4	2	3	4	4	2	3	3	4	5	2	4	
42	VIRTU...	42	Masculino	Conviviente	10 a 12 se.	Ansiedad y	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
43	VIRTU...	24	Femenino	Soltero	1 a 4 sesio.	Ansiedad y	3	3	3	3	4	4	4	2	3	1	4	2	4	3	4	4	4	
44	VIRTU...	25	Femenino	Conviviente	5 a 9 sesio.	Ansiedad y	3	5	5	5	5	5	4	5	4	5	2	4	5	5	2	3	4	
45	VIRTU...	56	Masculino	Soltero	5 a 9 sesio.	Ansiedad y	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	4	3	3	3	3	3	3	
46	VIRTU...	62	Masculino	Casado	10 a 12 se.	Ansiedad	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	
47	VIRTU...	31	Femenino	Conviviente	10 a 12 se.	Depresión	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	
48	VIRTU...	41	Femenino	Soltero	1 a 4 sesio.	Ansiedad	3	3	2	5	3	2	4	4	3	3	2	4	2	3	2	2	2	
49	VIRTU...	38	Femenino	Conviviente	10 a 12 se.	Ansiedad y	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	5	
50	VIRTU...	50	Masculino	Casado	10 a 12 se.	Ansiedad y	3	5	5	2	3	5	4	5	3	4	5	5	3	3	3	3	3	
51	VIRTU...	38	Femenino	Casado	10 a 12 se.	Depresión	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	

Base de datos considerando los 51 usuarios tanto presencial como virtual.

Falacia de cambio	Razonamiento emocional	Falacia de justicia	Falacia de control							
Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean Soy una víctima de mis circunstancias	Si me siento triste es porque soy un enfermo mental. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	No hay derecho a que me traten así Si me quisieran de verdad no me tratarían así. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean Soy una víctima de mis circunstancias							
Mis problemas dependen de los que me rodean										
Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas										
Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas										
Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor										
Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean										
Soy una víctima de mis circunstancias										

MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan

OBJETIVO:

Determinar la relación que existe entre las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

DIRIGIDO A:

Pacientes que han sido diagnosticados con ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Vidalan Salazar Daisy

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR: Licenciada

VALORACIÓN:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
			✓	

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (✓) NO ()


 CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CHILCA

 Lic. Daisy G. Vidalan Salazar
 JEFATURA CSMC CHILCA
 PSICÓLOGA
 C.P.S.P. 26805

Firma del (la) evaluador(a)

**ESCALA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EAT
VALIDEZ POR CRITERIO DE JUECES**

Matriz de validación

Título: Distorsiones cognitivas y Adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un Centro de Salud Mental Comunitario Huancayo 2021.

Instrucciones: A partir de los indicadores mostrados, califique cada uno de los ítems en la parte de "CRITERIOS DE EVALUACIÓN" colocando un SI o NO según corresponda. Además, de ser necesario añada sus comentarios y el modo en que considera debería ser redactado el ítem. De antemano se agradece su colaboración.

VARIABLE	DIMENSIONES	ITEM	OPCIÓN DE RESPUESTA					CRITERIOS DE EVALUACIÓN			OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES	
			Nunca (1)	Pocas Veces (2)	Frecuentemente (3)	Muy Frecuentemente (4)	Siempre (5)	Relación entre la variable y dimensión	Relación entre la dimensión y el ítem	Relación entre el ítem y la opción de respuesta		
Conjunto de comportamientos efectivos para el cumplimiento de las prescripciones médicas que conlleven al control de la enfermedad. Este conjunto de comportamientos explícitos tendría que contemplar si el paciente ingiere los medicamentos y alimentos	Control sobre la ingesta de medicamentos y	Si me recetan medicamentos los tomara de manera puntual. No importa que el tratamiento sea largo, siempre tengo la disposición de cumplir con mi tratamiento						X		X		
								X		X		

prescritos, si sus conductas son efectivas para mejorar su salud y su creencia de si considera que lo que hace es eficaz para controlar su enfermedad (Soria, Vega y Nava, 2009)

Seguimiento médico conductual	Si tengo que seguir un hábito o dieta rigurosa, la respeto	Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas si el especialista me lo ordena.	Si el especialista me recomienda una actividad específica la cumpliré.	Si el especialista me genera confianza sigo el tratamiento.	Si el especialista me recomendará realizar algunas actividades como caminar o hacer ejercicio lo haré.	Si el especialista me informa que llamaré para evaluar mi estado de salud, estoy al pendiente de la llamada.	Asisto a mis sesiones de manera puntual.					
	X	X	X	X	X	X	X					

que tengo y me aprego más al tratamiento.										
Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida cumplir las tareas que me indicó el especialista.					X					
Cuando siento que los síntomas desaparecen de lo el tratamiento, aunque no esté concluido.					X					
Si en poco tiempo no veo mejora en mi salud de lo el tratamiento.					X					
Para que yo siga el tratamiento siento necesario el apoyo de mis familiares o personas de confianza.					X					
Si se me indica que por mi diagnóstico el tratamiento será largo, hago todo lo que está en mis manos para sentirme mejor.					X					
Aunque siento que el tratamiento sea complicado lo sigo.					X					

MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Escala de adherencia terapéutica EAT

OBJETIVO:

Determinar la relación que existe entre las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

DIRIGIDO A:

Pacientes que han sido diagnosticados con ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Vidalan Salazar Daisy

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR: Licenciada

VALORACIÓN:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
		✓		

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (✓) NO ()


 CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CHILCA

 Lic. Daisy G. Vidalan Salazar
 JEFATURA CSMIC CHILCA
 PSICÓLOGA
 C.P.S.P. 20015

Firma del (la) evaluador(a)

Experto 2:

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS DE RUIZ Y LUJÁN
VALIDEZ POR CRITERIO DE JUECES
 Matriz de validación

Título: Distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un Centro de Salud Mental Comunitario Huancayo 2021.

Instrucciones: A partir de los indicadores mostrados, califique cada uno de los ítems en la parte de "CRITERIOS DE EVALUACIÓN" colocando un SI o NO según corresponda. Además, de ser necesario añada sus comentarios y el modo en que considera debería ser redactado el ítem. De antemano se agradece su colaboración.

VARIABLE	DIMENSIONES	ITEM	OPCIÓN DE RESPUESTA				CRITERIOS DE EVALUACIÓN				OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
			Nunca pienso en eso (0)	Algunas veces lo pienso (1)	Bastantes veces lo pienso (2)	Con mucha frecuencia lo pienso (3)	Relación entre la variable y dimensión	Relación entre la dimensión y el ítem	Relación entre el ítem y la opción de respuesta		
Las distorsiones cognitivas son las representaciones mentales de nuestras experiencias pasadas, y que se manifiestan en forma de significados (falsa imagen o interpretación) basados en suposiciones equivocadas, dichas representaciones mentales	Filtraje	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan Es horrible que me pase esto Es insostenible, no puedo aguantar más					Si	No	Si	No	
							X		X		
							X		X		
							X		X		

proviene de lo que Beck señala como "esquemas" o "patrones complejos de procesamiento", los cuales determinan como serán percibidas y conceptualizadas las ideas (Beck y Emery, 1979).

Personalización	Visión catastrófica	Interpretación del pensamiento	Sobregeneralización	Pensamiento polarizado	
				Todo lo que hago me sale mal.	Solamente me pasan cosas malas
			Nunca podré salir de esta situación		
			Siempre tendré este problema		
			Se que piensan mal de mí		
			Se que me están mintiendo y engañando		
			Quieren hacerme daño		
			¿Y si tengo alguna enfermedad grave?		
			¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?		
			¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?		
			Soy inferior a la gente en casi todo		
			Soy superior a la gente en casi todo		
			La gente hace las cosas mejor que yo		

MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan

OBJETIVO:

Determinar la relación que existe entre la adherencia terapéutica y las distorsiones cognitivas en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

DIRIGIDO A:

Pacientes que han sido diagnosticados con ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Japara Aquino Sandra D.

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR: Licenciada

VALORACIÓN:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
			X	

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()

 Sandra D. Japara Aquino
PSICOLOGA
C.Ps.P. 39408

Firma del (la) evaluador(a)

**ESCALA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EAT
VALIDEZ POR CRITERIO DE JUECES**

Matriz de validación

Título: Distorsiones cognitivas y Adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un Centro de Salud Mental Comunitario Huancayo 2021.

Instrucciones: A partir de los indicadores mostrados, califique cada uno de los ítems en la parte de "CRITERIOS DE EVALUACIÓN" colocando un SI o NO según corresponda. Además, de ser necesario añada sus comentarios y el modo en que considera debería ser redactado el ítem. De antemano se agradece su colaboración.

VARIABLE	DIMENSIONES	ITEM	OPCIÓN DE RESPUESTA					CRITERIOS DE EVALUACIÓN			OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
			Nunca (1)	Pocas Veces (2)	Frecuentemente (3)	Muy Frecuentemente (4)	Siempre (5)	Relación entre la variable y dimensión	Relación entre la dimensión y el ítem	Relación entre el ítem y la opción de respuesta	
Conjunto de comportamientos efectivos para el cumplimiento de las prescripciones médicas que conlleven al control de la enfermedad. Este conjunto de comportamientos explícitos tendría que contemplar si el paciente ingiere los medicamentos y alimentos	Control sobre la ingesta de medicamentos y	Si me recetan medicamentos los tomaría de manera puntual. No importa que el tratamiento sea largo, siempre tengo la disposición de cumplir con mi tratamiento						X	X	X	
								X			

que tengo y me aprego más al tratamiento.									
Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida cumplir las tareas que me indicó el especialista.					X				
Cuando siento que los síntomas desaparecen de lo el tratamiento, aunque no esté concluido.					X				
Si en poco tiempo no veo mejora en mi salud de lo el tratamiento.					X				
Para que yo siga el tratamiento siento necesario el apoyo de mis familiares o personas de confianza.					X				
Si se me indica que por mi diagnóstico el tratamiento será largo, hago todo lo que está en mis manos para sentirme mejor.					X				
Aunque siento que el tratamiento sea complicado lo sigo.					X				

MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Escala de adherencia terapéutica EAT

OBJETIVO:

Determinar la relación que existe entre la adherencia terapéutica y las distorsiones cognitivas en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

DIRIGIDO A:

Pacientes que han sido diagnosticados con ansiedad y/o depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:


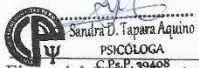
Tapara Aquino Sandra D.

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR: Licenciada

VALORACIÓN:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
		X		

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()



 Sandra D. Tapara Aquino
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. 39408
 Firma del (la) evaluador(a)

Experto 3:

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS DE RUIZ Y LUJÁN

VALIDEZ POR CRITERIO DE JUECES

Matriz de validación

Título: Distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un Centro de Salud Mental Comunitario Huancayo 2021.

Instrucciones: A partir de los indicadores mostrados, califique cada uno de los ítems en la parte de "CRITERIOS DE EVALUACIÓN" colocando un SI o NO según corresponda. Además, de ser necesario añada sus comentarios y el modo en que considera debería ser redactado el ítem. De antemano se agradece su colaboración.

VARIABLE	DIMENSIONES	ITEM	OPCIÓN DE RESPUESTA					CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
			Nunca pienso en eso (0)	Algunas Veces lo pienso (1)	Bastantes veces lo pienso (2)	Con mucha frecuencia lo pienso (3)	Relación entre la variable y dimensión		Relación entre la dimensión y el ítem		Relación entre el ítem y la opción de respuesta			
							Si	No	Si	No	Si	No		
Las distorsiones cognitivas son las representaciones mentales de nuestras experiencias pasadas, y que se manifiestan en forma de significados (falsa imagen o interpretación) basados en suposiciones equivocadas, dichas representaciones mentales	Filtraje	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan					X		X		X			
		Es horrible que me pase esto					X		X		X			
		Es insoportable, no puedo aguantar más					X		X		X			
	Falacia de control	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor					X		X		X			
		Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean					X		X		X			
		Soy una víctima de mis circunstancias					X		X		X			
	Falacia de justicia	No hay derecho a que me traten así					X		X		X			
		Si me quisieran de verdad no me tratarían así.					X		X		X			
		No me tratan como deberían hacerlo y me merezco					X		X		X			
	Razonamiento emocional	Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.					X		X		X			
		Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo					X		X		X			
		Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo					X		X		X			
	Falacia de cambio	Mis problemas dependen de los que me rodean					X		X		X			
		Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas					X		X		X			
		Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas					X		X		X			

provienen de lo que Beck señala como "esquemas" o "patrones complejos de procesamiento", los cuales determinan como serán percibidas y conceptualizadas las ideas (Beck y Emery, 1979).	Pensamiento polarizado	Solamente me pasan cosas malas					X	X	X					
		Mi vida es un continuo fracaso					X	X	X					
		Soy incompetente e inútil					X	X	X					
		Sobregeneralización	Todo lo que hago me sale mal.					X	X	X				
			Siempre tendré este problema					X	X	X				
			Nunca podré salir de esta situación					X	X	X				
		Interpretación del pensamiento	Sé que piensan mal de mí					X	X	X				
			Sé que me están mintiendo y engañando					X	X	X				
			Quieren hacerme daño					X	X	X				
	Visión catastrófica	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?					X	X	X					
		¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?					X	X	X					
		¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?					X	X	X					
	Personalización	Soy inferior a la gente en casi todo					X	X	X					
		Soy superior a la gente en casi todo					X	X	X					
		La gente hace las cosas mejor que yo					X	X	X					
	Etiquetas globales	Soy un desastre como persona	Soy un desastre como persona					X	X	X				
			Alguien que conozco es un imbécil					X	X	X				
			Soy una persona inestable emocionalmente					X	X	X				
Culpa		Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa					X	X	X					
		Otros tienen la culpa de lo que me pasa					X	X	X					
		Lo que me pasa es un castigo que merezco					X	X	X					
Los deberes		Debería de estar bien y no tener estos problemas					X	X	X					
		No debería de cometer estos errores					X	X	X					
		Debería recibir más atención y cariño de otros					X	X	X					
Falacia de razón	Sé que tengo la razón y no me entienden					X	X	X						
	No quiere reconocer que estoy en lo cierto					X	X	X						
	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana					X	X	X						
Falacia de recompensa divina	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa					X	X	X						
	Ya vendrán mejores tiempos					X	X	X						
	Tarde o temprano me irán las cosas mejor					X	X	X						

MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan

OBJETIVO:

Establecer la relación que existe entre las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

DIRIGIDO A:

Pacientes que han sido diagnosticados con ansiedad y/o depresión en un Centro de Salud Mental Comunitario en Huancayo 2021.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

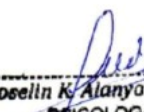
ALANYA QUISPE, JOSELIN KAREN

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR: LICENCIADA

VALORACIÓN:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
			X	

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: **SI (X) NO ()**


 Joselin K. Alanya Quispe
 PSICOLOGA
 C.Ps.P. 34506

Firma del (la) evaluador(a)

ESCALA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EAT

VALIDEZ POR CRITERIO DE JUECES

Matriz de validación

Título: Distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un Centro de Salud Mental Comunitario Huancayo 2021.

Instrucciones: A partir de los indicadores mostrados, califique cada uno de los ítems en la parte de "CRITERIOS DE EVALUACIÓN" colocando un SI o NO según corresponda. Además, de ser necesario añada sus comentarios y el modo en que considera debería ser redactado el ítem. De antemano se agradece su colaboración.

VARIABLE	DIMENSIONES	ITEM	OPCIÓN DE RESPUESTA					CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
			Nunca (1)	Pocas Veces (2)	Frecuentemente (3)	Muy Frecuentemente (4)	Siempre (5)	Relación entre la variable y dimensión		Relación entre la dimensión y el ítem		Relación entre el ítem y la opción de respuesta		
								Si	No	Si	No	Si	No	
Es un conjunto de comportamientos relacionados al cumplimiento de las indicaciones médicas sobre la intervención de la enfermedad. Es decir, se contempla el cumplimiento del usuario sobre la ingesta de medicamentos, si sus conductas contribuyen a la mejoría de su salud y si su creencia sobre lo que realiza será eficiente para manejar su padecimiento (Soria, Vega y Nava, 2009).	Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	Si me recetan medicamentos los tomaría de manera puntual.						X		X		X		
		No importa que el tratamiento sea largo, tengo la disposición de cumplirlo.						X		X		X		
		Si tengo que seguir un hábito o dieta rigurosa, la respeto.						X		X		X		
		Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas si el especialista me lo ordena.						X		X		X		
	Seguimiento médico conductual	Si el especialista me recomienda una actividad específica la cumpliría.						X		X		X		
		Si el especialista me genera confianza sigo el tratamiento.						X		X		X		
		Si el especialista me recomienda realizar algunas actividades como caminar o hacer ejercicio lo haría.						X		X		X		
	Si el especialista me informa que llamará para evaluar mi estado de salud, estoy al pendiente de la llamada.						X		X		X			
	Asisto a mis sesiones de manera puntual.						X		X		X			
	Registro las situaciones que afectan mi salud y se las comunico al especialista.						X		X		X			
	Después de haber culminado mi tratamiento, regreso a consulta si el especialista me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.						X		X		X			
	Si siento que mi malestar no es importante, pongo poca atención al tratamiento.						X		X		X			
	Como me lo recomienda el especialista, sigo sus indicaciones, aunque no sienta						X		X		X			

MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Escala de adherencia terapéutica EAT

OBJETIVO:

Establecer la relación que existe entre las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

DIRIGIDO A:

Pacientes que han sido diagnosticados con ansiedad y/o depresión en un Centro de Salud Mental Comunitario en Huancayo 2021.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

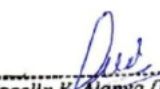
ALANYA QUISPE, JOSELIN KAREN

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR: LICENCIADA

VALORACIÓN:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
			X	

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: **SI (X) NO ()**



 Joselin K. Alanya Quispe
 PSICOLOGA
 C.Ps. P 34506

Firma del (la) evaluador(a)

Experto 4:

**INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS DE RUIZ Y LUJÁN
VALIDEZ POR CRITERIO DE JUECES
Matriz de validación**

Título: Distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un Centro de Salud Mental Comunitario Huancayo 2021.

Instrucciones: A partir de los indicadores mostrados, califique cada uno de los ítems en la parte de “CRITERIOS DE EVALUACIÓN” colocando un SI o NO según corresponda. Además, de ser necesario añada sus comentarios y el modo en que considera debería ser redactado el ítem. De antemano se agradece su colaboración.

VARIABLE	DIMENSIONES	ITEM	OPCIÓN DE RESPUESTA				CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
			Nunca pienso en eso (0)	Algunas veces lo pienso (1)	Bastantes veces lo pienso (2)	Con mucha frecuencia lo pienso (3)	Relación entre la variable y dimensión		Relación entre la dimensión y el ítem		Relación entre el ítem y la opción de respuesta		
							Si	No	Si	No	Si	No	
Las distorsiones cognitivas son las representaciones mentales de nuestras experiencias pasadas, y que se manifiestan en forma de significados (falsa imagen o interpretación) basados en suposiciones equivocadas, dichas representaciones mentales	Filtraje	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan					X		X		X		
		Es horrible que me pase esto					X		X		X		
		Es insoportable, no puedo aguantar más					X		X		X		
proviene de lo que Beck señala como “esquemas” o “patrones complejos de procesamiento”, los cuales determinan como serán percibidas y conceptualizadas las ideas (Beck y Emery, 1979).	Pensamiento polarizado	Solamente me pasan cosas malas					X		X		X		
		Mi vida es un continuo fracaso					X		X		X		
		Soy incompetente e inútil					X		X		X		
	Sobregeneralización	Todo lo que hago me sale mal.					X		X		X		
		Siempre tendré este problema					X		X		X		
		Nunca podré salir de esta situación					X		X		X		
	Interpretación del pensamiento	Sé que piensan mal de mí					X		X		X		
		Sé que me están mintiendo y engañando					X		X		X		
		Quieren hacerme daño					X		X		X		
	Visión catastrófica	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?					X		X		X		
		¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?					X		X		X		
		¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?					X		X		X		
	Personalización	Soy inferior a la gente en casi todo					X		X		X		
		Soy superior a la gente en casi todo					X		X		X		
		La gente hace las cosas mejor que yo					X		X		X		

	Falacia de control	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor					X	X	X	
		Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean					X	X	X	
		Soy una víctima de mis circunstancias					X	X	X	
	Falacia de justicia	No hay derecho a que me traten así					X	X	X	
		Si me quisieran de verdad no me tratarían así.					X	X	X	
		No me tratan como deberían hacerlo y me merezco					X	X	X	
	Razonamiento emocional	Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.					X	X	X	
		Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo					X	X	X	
		Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo					X	X	X	
	Falacia de cambio	Mis problemas dependen de los que me rodean					X	X	X	
		Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas					X	X	X	
		Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas					X	X	X	
	Etiquetas globales	Soy un desastre como persona					X	X	X	
		Alguien que conozco es un imbécil					X	X	X	
		Soy una persona inestable emocionalmente					X	X	X	
	Culpabilidad	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa					X	X	X	
		Otros tienen la culpa de lo que me pasa					X	X	X	
		Lo que me pasa es un castigo que merezco					X	X	X	
	Los debería	Debería de estar bien y no tener estos problemas					X	X	X	
		No debería de cometer estos errores					X	X	X	
		Debería recibir más atención y cariño de otros					X	X	X	
	Falacia de razón	Sé que tengo la razón y no me entienden					X	X	X	
		No quiere reconocer que estoy en lo cierto					X	X	X	
		Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana					X	X	X	
	Falacia de recompensa divina	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa					X	X	X	
		Ya vendrán mejores tiempos					X	X	X	
		Tarde o temprano me irán las cosas mejor					X	X	X	

MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan

OBJETIVO:

Establecer la relación que existe entre las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

DIRIGIDO A:

Pacientes que han sido diagnosticados con ansiedad y/o depresión en un Centro de Salud Mental Comunitario en Huancayo 2021.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

CARRILLO ONOFRE, JEANET ANGELA

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR: MAGISTER

VALORACIÓN:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
			X	

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: **SI (X) NO ()**




 Jeanet Angela Carrillo Onofre
 PSICÓLOGA
 C.P.S.P. 15623

Firma del (la) evaluador(a)

ESCALA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EAT

VALIDEZ POR CRITERIO DE JUECES

Matriz de validación

Título: Distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un Centro de Salud Mental Comunitario Huancayo 2021.

Instrucciones: A partir de los indicadores mostrados, califique cada uno de los ítems en la parte de “CRITERIOS DE EVALUACIÓN” colocando un SI o NO según corresponda. Además, de ser necesario añada sus comentarios y el modo en que considera debería ser redactado el ítem. De antemano se agradece su colaboración.

VARIABLE	DIMENSIONES	ITEM	OPCIÓN DE RESPUESTA					CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
			Nunca (1)	Pocas Veces (2)	Frecuentemente (3)	Muy Frecuentemente (4)	Siempre (5)	Relación entre la variable y dimensión		Relación entre la dimensión y el ítem		Relación entre el ítem y la opción de respuesta		
								Si	No	Si	No	Si	No	
Es un conjunto de comportamientos relacionados al cumplimiento de las indicaciones médicas sobre la intervención de la enfermedad. Es decir, se contempla el cumplimiento del usuario sobre la ingesta de medicamentos, si sus conductas contribuyen a la mejoría de su salud y si su creencia sobre lo que realiza será eficiente para manejar su padecimiento (Soria, Vega y Nava, 2009).	Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	Si me recetan medicamentos los tomaría de manera puntual.						X		X		X		
		No importa que el tratamiento sea largo, tengo la disposición de cumplirlo.						X		X		X		
		Si tengo que seguir un hábito o dieta rigurosa, la respeto.						X		X		X		
		Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas si el especialista me lo ordena.						X		X		X		
		Si el especialista me recomienda una actividad específica la cumpliría.						X		X		X		
		Si el especialista me genera confianza sigo el tratamiento.						X		X		X		
		Si el especialista me recomienda realizar algunas actividades como caminar o hacer ejercicio lo haría.						X		X		X		
		Si el especialista me informa que llamará para evaluar mi estado de salud, estoy al pendiente de la llamada.						X		X		X		
		Asisto a mis sesiones de manera puntual.						X		X		X		
		Registro las situaciones que afectan mi salud y se las comunico al especialista.						X		X		X		
Seguimiento médico conductual		Después de haber culminado mi tratamiento, regreso a consulta si el especialista me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.						X		X		X		
		Si siento que mi malestar no es importante, pongo poca atención al tratamiento						X		X		X		
		Como me lo recomienda el especialista, sigo sus indicaciones, aunque no sienta						X		X		X		

		malestar o dificultad.																		
		Siento confianza cuando el especialista demuestra conocer sobre mi malestar.						X		X			X							
	Autoeficacia	Cuando el especialista me explica sobre mi diagnóstico, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.						X		X			X							
		Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida cumplir las tareas que me indicó el especialista.						X		X			X							
		Cuando siento que los síntomas desaparecen dejo el tratamiento, aunque no esté concluido.						X		X			X							
		Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.							X		X			X						
		Para que yo siga el tratamiento siento el necesario el apoyo de mis familiares o personas de confianza.							X		X			X						
		Si se me indica que mi tratamiento será largo, hago todo lo que está en mis manos para aliviarme.							X		X			X						
		Aunque sienta que el tratamiento sea complicado lo sigo.							X		X			X						

MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Escala de adherencia terapéutica EAT

OBJETIVO:

Establecer la relación que existe entre las distorsiones cognitivas y el grado de adherencia terapéutica en usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca en Huancayo 2021.

DIRIGIDO A:

Pacientes que han sido diagnosticados con ansiedad y/o depresión en un Centro de Salud Mental Comunitario en Huancayo 2021.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

CARRILLO ONOFRE, JEANET ANGELA

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR: MAGISTER

VALORACIÓN:

Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
			X	

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: **SI (X) NO ()**





 Jeanet Angela Carrillo Onofre
 PSICOLOGA
 C.Ps.P. 15623

Firma del (la) evaluador(a)