



Espirales revista multidisciplinaria de investigación científica  
ISSN: 2550-6862  
compasacademico@icloud.com  
Grupo Compás  
Ecuador

## Resiliencia en pacientes drogodependientes de la Comunidad Terapéutica “Camino a La Paz”

**Tarazona Meza, Anicia Katherine; Sierra Delgado, José Javier**

Resiliencia en pacientes drogodependientes de la Comunidad Terapéutica “Camino a La Paz”

Espirales revista multidisciplinaria de investigación científica, vol. 3, núm. 29, 2019

Grupo Compás, Ecuador

**Disponible en:** <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=573263328009>

# Resiliencia en pacientes drogodependientes de la Comunidad Terapéutica “Camino a La Paz”

Resilience in drug-dependant patients of therapeutic Community "Camino a la Paz"

Anicia Katherine Tarazona Meza atarazona@utm.edu.ec  
Universidad Técnica de Manabí., Ecuador

 <http://orcid.org/0000-0002-5126-3439>

José Javier Sierra Delgado javier\_sierra14@hotmail.es.  
Universidad Técnica de Manabí., Ecuador

 <http://orcid.org/0000-0002-2445-5347>

Espiraes revista multidisciplinaria de investigación científica, vol. 3, núm. 29, 2019

Grupo Compás, Ecuador

Recepción: 14 Noviembre 2018  
Aprobación: 21 Abril 2019

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=573263328009>

**Resumen:** Introducción. La presente investigación se llevó a cabo en la Comunidad terapéutica “Camino a la Paz” que brinda servicios profesionales de atención psicológica para la prevención, tratamiento y rehabilitación de adicciones de alcohol y drogas. **Objetivo** determinar los niveles de resiliencia en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes drogodependientes. **Materiales y métodos** La investigación se desarrolló en una muestra de 60 pacientes y 4 profesionales de la Comunidad Terapéutica “Camino a la Paz”, utilizando como instrumento el test SV-RES (Saavedra, 2008), a los pacientes y una encuesta a los profesionales que laboran en el área. El estudio es de carácter exploratorio-descriptivo y su método inductivo-deductivo. **Resultados** Los resultados obtenidos nos indican que la resiliencia es fomentada y se desarrolla durante el tiempo que determine el proceso psicoterapéutico. **Discusión.** Los resultados del estudio determinan que los niveles de resiliencia en los pacientes de la Comunidad Terapéutica “Camino a la Paz” se encuentran en su gran mayoría en nivel promedio. **Conclusiones** El análisis obtenido en la verbalización Yo puedo, indican que los valores de los factores afectividad y autoeficacia sobresalen con un nivel de resiliencia alto

**Palabras clave:** Resiliencia, drogodependientes, rehabilitación, afrontamiento.

**Abstract: Introduction.** The present investigation was carried out in the therapeutic community "Camino a la Paz" that provides professional services of psychological care for the prevention, treatment and rehabilitation of alcohol and drug addictions. **Objective** to determine the levels of resilience in the treatment and rehabilitation of drug-dependent patients. **Materials and methods** the research was developed in a sample of 60 patients and 4 professionals from the "Camino a la Paz" Therapeutic Community, using the SV-RES test (Saavedra, 2008) as a tool, patients and a survey of professionals, who work in the area. The study is of an exploratory-descriptive nature and its inductive-deductive method. **Results** The results obtained indicate that the resilience is fostered and develops during the time determined by the psychotherapeutic process. **Discussion** the results of the study determine that the levels of resilience in the patients of the Therapeutic Community "Camino a la Paz" are mostly in the average level. **Conclusions** The analysis obtained in the verbalization I can, indicate that the values of the affectivity and self-efficacy factors stand out with a high level of resilience.

**Keywords:** Resilience, drug addicts, rehabilitation, coping.

## INTRODUCCIÓN

La drogodependencia es una de las problemáticas que ha provocado graves consecuencias en la sociedad y en la salud pública. Destacando las pérdidas económicas, disfunciones familiares y el índice de muertes por su consumo.

La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito destaca que el 5.6% de personas de la población mundial, entre 15 a 64 años de edad han consumido drogas en el año 2016, Señalando que cerca de 450.000 personas en el mundo fallecieron en el año 2015.

En Ecuador el consumo de drogas se ha incrementado en los últimos años. En una publicación del Telegrafo, (2017) detalla el informe final de la Secretaria Técnica de Drogas (SETED) del año 2016 sobre la “Encuesta sobre uso y consumo de drogas en estudiantes” destacando que en el año 2015 el 12.65% de estudiantes entre 12 a 17 años de edad consumieron drogas. Lo que indica que es una problemática que se ha expandido y que está afectando sobre todo a los adolescentes del país.

Considerando que el Art. 364 de la Asamblea Nacional Constituyente (2008), menciona que el consumo de drogas es una problemática de salud pública, que el estado es el encargado de desarrollar programas informativos que sirvan para prevenir su consumo; ofreciendo tratamiento y rehabilitación como una estrategia del sistema de salud pública hacia los consumidores. Sin embargo, pese a los programas que brinda el estado no se ha podido minimizar el consumo en el país.

La Organización Mundial de la Salud (1992), define la drogodependencia como un trastorno caracterizado por una serie de conductas inadaptativas en el que se da gran prioridad al consumo de sustancias psicoactivas, dejando atrás otras conductas habituales consideradas como más importantes.

La conducta adictiva hacia las drogas dependerá del grado de dosificación e intensidad que la persona se administre al momento de sentir la necesidad de querer olvidar o sentirse mejor de alguna situación. Esto dependerá de la fuerza psíquica de la persona y como se adapte, resista o afronte situaciones adversas que se presenten en el entorno; a esta fuerza psíquica se la denomina resiliencia que ayuda a las personas a superar situaciones adversas.

Garmezy (1991), describe a la resiliencia como la capacidad de superar y mantener una conducta adaptativa ante cualquier declive que podría generar un evento estresante. Es decir, la resiliencia es la capacidad que todos los seres humanos tenemos para afrontar y superar una adversidad estresante y resistir a las situaciones que se presenten, Grotberg, (1995).

Saavedra, E. y Villalta (2008), destaca que las características de personas resilientes consiste en la capacidad de levantarse optimista ante cualquier adversidad y su comportamiento se caracteriza por ser normal y socialmente aceptable. Contribuyendo la resiliencia a que las personas afronten las situaciones límites, amenazantes o de riesgo como la influencia a consumir o al deseo de consumir drogas.

En cualquier momento de la vida se pueden presentar sucesos que afecten el equilibrio emocional de las personas, dando como consecuencia una conducta inestable ante el medio, sin embargo, hay individuos que pueden afrontar de mejor manera estos eventos que otros. Kotliarenco, Cáceres, & Fontecilla (1997), manifiestan que todo ser humano posee la capacidad llamada resiliencia la cual consiste en la habilidad de mejorar su condición psicológica ante cualquier evento adverso, destacando la gran importancia de desarrollarla ya que conlleva a mejorar la calidad de vida de las personas. Holling (1973) citado por (Folke, 2010) afirma que la resiliencia es la capacidad que tiene una persona para afrontar, resistir y mantenerse igual pese a cualquier situación crítica o adversa que se presente.

E. H. Grotberg (1996), describe que la resiliencia es importante porque es la capacidad humana que permite afrontar adversidades, superarlas y fortalecerse con ella. Ser resiliente no significa que no se tenga sentimientos de tristezas, angustia o desesperación ante un evento crítico, sino que pese a que este evento provoque un desequilibrio emocional en la persona esta busque la forma de controlar sus impulsos ajustándose a la realidad del entorno. Esta habilidad consiste en ser optimista al momento de afrontar cualquier evento de crisis. Al momento de sobresalir de un acontecimiento crítico la persona resiliente ve estas experiencias como un aprendizaje positivo q lo ayudaran en su fortalecimiento personal.

Wolin y Wolin, (1993) en su teoría llamada "mándala de la resiliencia", señala que existen siete tipos de resiliencias: introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, humor, creatividad y moralidad que fortalecen al Yo personal. Al desarrollar estas habilidades la fuerza interna y sus capacidades resilientes se van fortaleciendo. El término "Mandala" significa paz y orden interno y hace referencia a la fuerza interna del individuo enfermo para superar una enfermedad.

Grotberg (1996) creó un modelo de verbalizaciones que caracterizan a la resiliencia las cuales son:

Yo soy, yo estoy: Se considera el autoconcepto y la fuerza interna

Yo tengo: señala el apoyo externo, del entorno, de personas cercanas.

Yo puedo: Catalogan a las capacidades interpersonales y de resolución de conflictos, autocontrol, la toma de decisiones, seguridad y habilidades.

Estas verbalizaciones permiten que la persona tenga un aumento en su autoestima, seguridad en sí mismo, autonomía, autoeficacia y la competencia social, que son consideradas como factores de desarrollo de la resiliencia.

Ángeles y Morales (1995), mencionan que desarrollar habilidades resilientes ayudaría a disminuir en cierto porcentaje algunos efectos adversos como la delincuencia, la prostitución, la violencia, drogadicción. Al desarrollar esta capacidad permite que las personas racionalicen ante cualquier evento estresante que se presente y busque soluciones factibles que le permitan superar y mejorar su calidad de vida sin necesidad de cometer actos que afecten su integridad, por ejemplo: la drogadicción que aparece por problemas sociales o familiares como una forma de evadir o

escapar de la realidad de la situación sin querer sentirse capaz de afrontar el problema.

La resiliencia ha sido producto de investigación en diferentes problemáticas, entre ellas la relación al consumo de drogas y su importancias, para autores como Rutter (2007), la resiliencia es la forma de resistir a cualquier crisis psicosocial que se presente. Lo que da paso a afrontar de un modo optimista, con una conducta aceptable ante cualquier crisis. Las capacidades resilientes brindar una fuerza interna que puede apaciguar cualquier factor de riesgo incluyendo el consumo de drogas. Si esta capacidad es baja es probable que el consumo se intensifique de acuerdo a los factores ambientales que se presenten.

Navarro, Megías y Gómez, (1999) las cataloga de la siguiente manera;

Los factores personales: sucede cuando la persona no logra afrontar y solucionar un evento de crisis, como conflictos emocionales, disgustos, insatisfacción personal, la pérdida de confianza, entre otras.

Los factores Familiares: de acuerdo a la realidad familiar la predisposición al uso de drogas puede darse con más intensidad, cuando existen circunstancias tales como si los padres consumen algún tipo de droga, la falta de comunicación, disfunción familiar y violencia.

Los factores Sociales: de acuerdo a la condiciones e influencias sociales, participación e integración social y grupal, provoca proximidad a las drogas y a si mismo facilidad para obtenerla. La droga es un factor de riesgo por su fácil accesibilidad para su consumo debido a su gran disponibilidad, teniendo como consecuencia una gran problemática por su tendencia el consumo en cada población (Larrosa & Palomo, 2010).

Así mismo existen factores que forman parte del perfil de un drogodependiente, como el bajo nivel educativo y económico (Arias, 2013). Ya que limita a la persona a tener una formación educativa y así mismo a tener oportunidades laborales.

Existen otros factores que hay que considerarlos como influyentes en el consumo de drogas como por ejemplo: Falta de trabajo, los conflictos familiares, familiares o amigos que consumen, problemas psicológicos, influyen y son factores predisponentes en la persona (Tirado, Álvarez, Velásquez, Gómez, Ramírez, & Vargas, 2011). Si una persona posee uno o más de estos factores de riesgo tiene probabilidades a consumir y a contraer una adicción a las drogas con la finalidad de evadir y de escapar de la realidad de los problemas que tiene.

La familia es indispensable en el estudio del consumo de drogas, ya que esta cumple un rol muy importante y necesario en la adolescencia. La comunicación, la integración, el afecto, las necesidades de afecto y emocionales, la formación de valores, principios y de normas son elementos importantes en el entorno familiar ya que instauran factores de fortalezas que influyen directamente en el individuo para que este pueda sobrellevar una situación de peligro (García, Chanca, & Checo, 2012).

Por tal razón, la disfunción familiar es una de las principales causas de que un individuo consuma drogas, ya que el entorno familiar es el soporte y la principal fuente aprendizaje en la formación de la niñez y adolescencia. Es decir, una persona que se desarrolle en un ambiente

familiar conflictivo, problemas de integración, comunicación, falta de afecto emocional y ausencia paterna, materna o cualquier otro miembro de su entorno familiar son factores que pueden hacer vulnerable a una persona y esta estará propensa a consumir drogas (Jorge Pedrão & Cid-Monckton, 2011). Cuando se tiene una buena relación en el entorno familiar se desarrollan fortalezas, habilidades y recursos psicológicas y sociales que evitan las conductas antisociales.

Los mecanismos de protección son aquellos que fortalecen a la persona en una situación problemática que genera daño psíquico o emocional. Esta fortaleza puede estar presente en el individuo pese a estar frente a situaciones adversas (Aguilar & Acle-Tomasini, 2012). Al Fortalecer estos factores protectores se logra que el individuo no aprenda de modelos de conductas antisociales, a estas habilidades protectoras se la denominan resiliencia y permiten que el individuo tenga la fortaleza para afrontar y resolver cualquier adversidad que se presente.

Las adicciones a las drogas traen consigo comportamientos desadaptativos causados por los efectos de la misma, el poco autocontrol y falta de autoestima provocan que de manera involuntaria aparezca una conducta de dependencia a las drogas (Echeburúa & Odriozola, 2012). La conducta desadaptativa causada por los efectos de las drogas son consideradas factores de riesgos, por el poco sentido de la realidad de la persona. Una persona puede desarrollar estas conductas adictivas por factores de riesgos como los personales o sociales que provocan estrés, (Pedrero-Pérez, Rojo-Mota, Ruiz-Sánchez De León, Llanero-Luque, & Puerta-García, 2011).

Consumir drogas sirve como una forma de tratar de olvidar y escapar de un conflicto para no ser afrontado, ya sea por problemas en su entorno personal, familiar o social (Rossi, 2008). El problema de la adicción inicia por las distorsiones del pensamiento que crea al intentar justificar el abuso de su consumo al manifestar que lo hacen con la finalidad de calmar una enfermedad o para mejorar sus estados emocionales. (Polo, Restrepo, Cerra, Parra, Medina & Paez, 2011).

Las ideas y pensamientos de las personas que consumen drogas son autodestructivos y de victimización. El drogodependiente crea distorsiones del pensamiento llenas de culpabilidad por situaciones adversas que hayan ocurrido en su etapa de la niñez, adolescencia o en la actualidad y por los escasos métodos de autocontrol, afrontamientos y resolución de problemas considera el consumo de droga como una forma de sentirse mejor por la fuerza que le da, (García Fernández, García Rodríguez, Secades-Villa, Fernandez Hermida, & Sánchez Hervás, 2010).

Con respecto a las personas resilientes, en sus estudios demuestra que las personas con poca resiliencia tienen constantes recuerdos de las situaciones adversas y estresantes que le causan dolor e inestabilidad psicológica. Este conflicto interno psicológico reside en que no puede superar los eventos traumatizantes debido a que los recuerdos son constantes, lo que provoca un comportamiento negativo y pesimista en su conducta.

La mayoría de consumidores de drogas presentan familias disfuncionales (Cogollo-Milanés, Arrieta-Vergara, Blanco-Bayuelo, Zapata, & Rodríguez-Berrio, 2011), Es importante desarrollar una buena relación en su entorno familiar, Ya que es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de su personalidad y su adaptación con el medio.

Cuando una persona continua con su vida normalmente pese a que haya pasado por eventos adversos o traumáticos, se lo denomina resiliente (Bermejo, 2010), Debido a la fuerza interna que los caracteriza para adaptarse a situaciones de riesgos y de estrés.

Existe una gran relación entre la resiliencia y la drogodependencia, por ejemplo, al momento de estar en la etapa de rehabilitación se han mostrado resilientes ante su tratamiento sin importar el trauma que hayan vivido (Pimentel, Telumbre, Ruiz, Higuera, 2015). La resiliencia es una capacidad que se ha hecho presente en algún momento en las personas ya que por lo menos en algún momento de la vida han pasado por eventos problemáticos o estresante y han mostrado fortaleza al momento de afrontar y superar la situación problemática.

El consumo de droga tiene consecuencias muy graves como es el deterioro cognitivo, conductual y físico, provocando daños irreparables para su salud. El inicio de un tratamiento psicológico es un gran paso hacia la mejoría de la persona, ya que al mantenerse en abstinencia ayuda a que la persona elimine toda sustancia que fluye en el cuerpo.

Beck (1999) en su teoría destaca que las conductas adictivas y vulnerabilidad emocional de las personas son provocada por las disfuncionales que existen en su entorno, los cuales se clasifican en personales y sociales.

El proceso cognitivo conductual terapéutico consiste en modificar la conducta de la persona y consiste en cambiar las ideas adictivas irracionales. Tomar la decisión de buscar ayuda terapéutica es una forma directa de afrontar y racionalizar el problema (Serrano, & Londoño, 2012). Cuando el paciente es obligado a asistir a terapia, el proceso será más complejo y más extenso por las distorsiones cognitivas que presentará, será indispensable modificarlas en las primeras secciones para poder tener éxito en el resultado del tratamiento. Al iniciar el tratamiento los pacientes sentirán no poder resistirse ante el deseo de consumir drogas y estos síntomas dependerán del tiempo que dure el síndrome de abstinencia, el terapeuta será el encargado de cambiar estas ideas (Castro, 2012).

Los estadios de cambio de Beck (1999) tienen la finalidad de reestructurar sus condiciones cognitivas y conductuales la cual clasifico en:

Estadio de Precontemplación: el paciente se resiste al cambio y no muestra interés por cambiar su condición. Estadio de contemplación: en esta fase el paciente puede estar por años, tiene conciencia de su adicción y deseos de cambiar son ambivalentes. Estadio de preparación: El paciente empieza a sentirse motivado y presenta cambios en su conducta y malos hábitos, Estadio de acción: En esta fase hay una gran reducción en su conducta adictiva, debido al compromiso del paciente en la terapia. Estadio de mantenimiento: El paciente se mantiene claro ante

el problema que provocan el consumo de droga, mantiene una conducta socialmente aceptable.

La utilización de técnicas como la entrevista, los cuestionarios o reactivos ayuda al terapeuta identificar en que estadio se encuentra el paciente, ya que nos permite evaluar la conducta y comportamiento del sujeto. El resultado del tratamiento depende de la motivación del paciente hacia el cambio y como el, avance en cada una de las etapas anteriormente.

Para detectar factores de riesgos como el deseo de consumir conocido como el craving que pueden inducirlo a recaer el terapeuta utiliza técnicas de visualización. El paciente recaer al consumo por escasas habilidades de afrontamiento y autocontrol ante situaciones críticas (Barragán, Flores, Ramírez, 2008).

Cuando el terapeuta y el paciente identifican los factores de riesgos, se fortalecerán los mecanismos protectores mediante el reconocimiento de fortalezas, habilidades de afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes, habilidades de resolución de problemas (Agrelo, 2011), En estas estrategias la técnica de afrontamiento consiste en la búsqueda de apoyo en su medio con la finalidad de sentirse aceptado y así adaptarse a él, (González, Amado, Fernández, & Tinajer, 2011). La ayuda social es fundamental en la adaptación del cambio.

Mientras el paciente este en abstinencia estará en constante evaluación para identificar ideas y emociones que estén vinculadas con el craving. El paciente mejorara su calidad de vida y sus cualidades de resiliencia al momento que el terapeuta logra reestructurar su conducta de victimización, (Garcia y Dominguez, 2013). Al superar los acontecimientos críticos el paciente mejora sus fortalezas internas y sus mecanismos de afrontamientos.

El afrontamiento a eventos críticos es parte de la autoeficacia, dicha cualidad está presente en pacientes adictos a las drogas. Esta cualidad consiste en la creencia en sus propias capacidades para lograr metas planteadas. Al momento de evaluar la autoeficacia del paciente es importante indagar en los sentimientos, ideas, historias de vida, tiempo de consumo y tiempo abstinencia (si lo tuvo) hasta su recaída (Sánchez-Hervás & Llorente del Pozo, 2012).

Es importante obtener estos datos al momento de evaluar la autoeficacia ya que las personas que no poseen o es escasa esta cualidad corren el riesgo a recaer en las drogas, al contrario de las personas que tienen alta autoeficacia que tienen probabilidades de mantenerse en abstinencia por mucho tiempo (Monras, Mondon, & Jou, 2010). Esta cualidad puede ser fomentada y fortalecida. Al momento que es desarrollada, el paciente adquiere seguridad y se mantiene seguro de sus capacidades resilientes para afrontar y dejar de consumir antes durante y después del tratamiento (Torrents, Mora, Massana, Robert, & Tejero, 2011).

Mientras más tiempo se mantenga en abstinencia un paciente más aumenta sus capacidades para afrontar situaciones críticas. Lo que indica que mejora y fortalece su autoestima, su motivación y la confianza en sí mismo para lograr objetivos y metas que se proponga. Es decir que

entre más tiempo se mantenga en abstinencia de las drogas, el paciente fortalecerá sus capacidades resilientes, demostrando que ha superado sus malos hábitos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se llevó a cabo mediante el método inductivo-deductivo que dió paso al razonamiento lógico de los conceptos relacionados a la resiliencia y las adicciones, para así determinar la importancia de su desarrollo en las personas que por situaciones vulnerables y estresantes han caído en el consumo y dependencia de las drogas. Su estudio es exploratorio-descriptivo, de fuentes primarias, transeccional en la obtención de datos. La muestra es de tipo intencional: el criterio de selección será que formen parte de la Comunidad Terapéutica “Camino a la Paz”, compuesta por 60 pacientes y 4 profesionales del área de psicología clínica. 60 pacientes en proceso de rehabilitación y 4 profesionales de la salud mental.

Se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos: la escala SV-RES de Saavedra y la encuesta.

La escala SV-RES de (Saavedra & Villalta, 2008), está constituido por 60 ítems, dividido en 12 dimensiones específicas de la resiliencia, inspirado en el modelo de verbalizaciones (yo soy, yo estoy, yo tengo, yo puedo) de Grotberg y Saavedra. Aplicando el test de resiliencia SV-RES a un grupo de 60 pacientes de sexo masculino, lo que permitió realizar el estudio y determinar el nivel de resiliencia de los pacientes drogodependientes en proceso de rehabilitación de la comunidad terapéutica “Camino a la Paz”.

Se empleó una encuesta como herramienta de recolección de datos a los profesionales psicólogos clínicos encargados del tratamiento de los pacientes; la misma q tuvo un total de 5 preguntas dirigidas a los psicólogos clínicos encargados del proceso terapéutico de la comunidad terapéutica “Camino a la Paz”.

## RESULTADOS

El resultado de la toma del test estuvo sujeto bajo las normas de confidencialidad que determino la Comunidad Terapéutica, con una duración de 10 a 20 minutos por paciente, con un total de 60 pacientes de sexo masculino, y la encuesta 4 Psicólogos Clínicos que corresponde a 1 mujer y 3 hombres.

La interpretación de los resultados se estableció mediante la tabla del puntaje percentil y su baremo correspondiente del Test SV-RES60.

Tabla 1. Descripción de la interpretación del puntaje percentil de los resultados del test SV-RES60

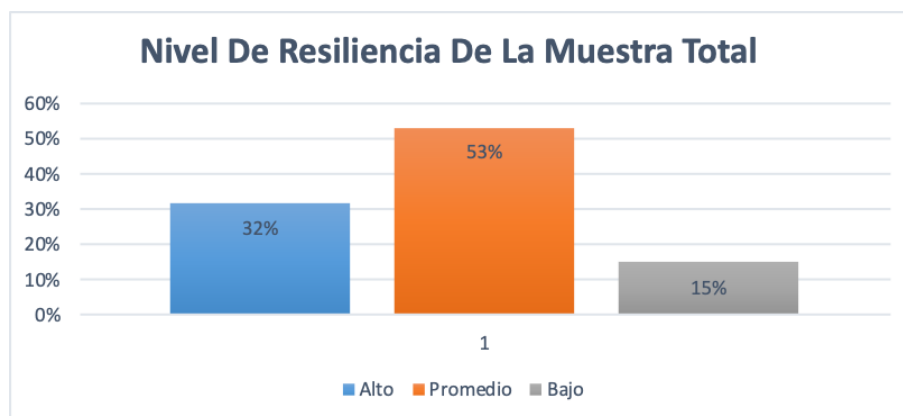
**Tabla 1**

Descripción de la interpretación del puntaje percentil de los resultados del test SV-RES60

| Interpretación Del Puntaje Percentil |         |          |
|--------------------------------------|---------|----------|
| Puntaje Percentil                    | 0 - 25  | bajo     |
| Puntaje Percentil                    | 26-75   | promedio |
| Puntaje Percentil                    | 76- 100 | Alto     |

Los Autores

### 3.1. Análisis General de Los resultados del test Sv-Res60



**Grafico 1.**

Distribución General de los niveles de resiliencia de los pacientes de la comunidad Terapéutica “Camino a la Paz”.

Autores.

De acuerdo a los resultados obtenidos y en relación a los factores resilientes mediante la toma del test SV-RES60, evaluando a 60 pacientes integrados en la Comunidad Terapéutica “Camino a la Paz” se puede determinar que: el 32% correspondiente a 19 personas, poseen un nivel de resiliencia alto, es decir son individuos capaces de establecer relaciones sociales, poseen un sentido positivo de sí mismos, buscan soluciones a problemas, desarrollan objetivos y metas a alcanzar, además de la ayuda brindada por el proceso psicoterapéutico que han llevado a cabo. Seguido de un 53% equivalente a 32 pacientes es decir el mayor número de personas internas, poseen un nivel de resiliencia promedio; lo cual muestra posibilidades de llevar una vida tranquila en un medio desfavorecido, poseen capacidades de afrontamiento aún con dificultades y al final transformar de manera positiva las adversidades y mostrar que son individuos resistentes y resilientes. Un 15% restante representado por número menor de 9 pacientes, muestran un nivel de resiliencia bajo, considerándose así sujetos débiles y vulnerables, que no han logrado superar experiencias traumáticas. Incrementando a esto que son pacientes que recientemente se han integrado al proceso de rehabilitación.

### 3.2. Análisis de Los resultados dividido en los factores del test Sv-Res60

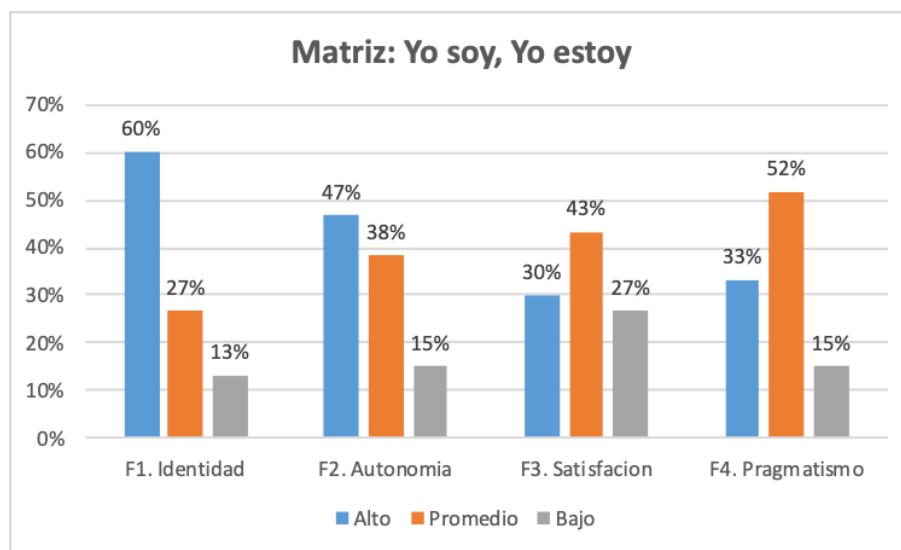
Tabla 2. Descripción específica de los 12 factores de la resiliencia del test SV-RES60

**Tabla 2.**

Descripción específica de los 12 factores de la resiliencia del test SV-RES60

| 12 factores de la resiliencia |                 |                   |                  |                    |
|-------------------------------|-----------------|-------------------|------------------|--------------------|
| <b>Yo soy, Yo estoy</b>       | F1. Identidad   | F2. Autonomia     | F3. Satisfacion  | F4. Pragmatismo    |
| <b>Yo tengo</b>               | F5. Vinculos    | F6. Redes         | F7. Modelo       | F8. Metas          |
| <b>Yo puedo</b>               | F9. Afectividad | F10. Autoeficacia | F11. Aprendizaje | F12. Generatividad |

Los Autores



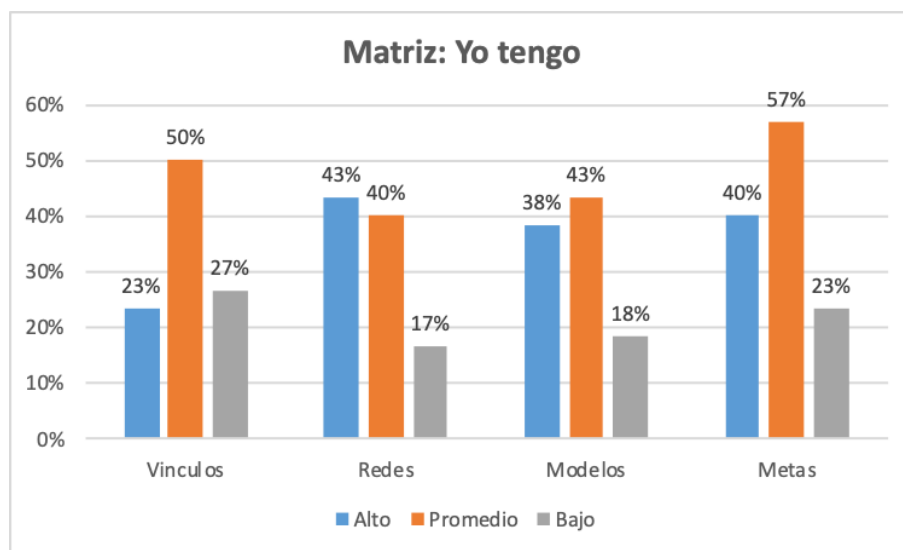
**Grafico 2.**

Distribución de los niveles de resiliencia, dividido en 4 factores correspondiente a la verbalización “Yo Soy, Yo estoy”, de los pacientes de la comunidad Terapéutica “Camino a la Paz”

Autores.

Los resultados obtenidos en la matriz Yo soy, Yo estoy muestran que:

El factor 1, alcanza un mayor número de personas en promedio de nivel de resiliencia alto con un 60%, mientras que un nivel de resiliencia promedio con un 27%, y por otra parte un nivel de resiliencia bajo con un 13%. El factor 2, predomina un 47% con un nivel de resiliencia alto, mientras que un 38% se encuentran en un nivel de resiliencia promedio, y el restante de 15% ubicados en un nivel de resiliencia bajo. El factor 3, prevalece con un 43% del nivel de resiliencia promedio, seguido de un 30% con un nivel de resiliencia alto, y por último un 27% con un nivel de resiliencia bajo. El factor 4. puntúa el porcentaje más alto de un 52% del nivel de resiliencia promedio, mientras que un 33% de los pacientes se encuentran en un nivel de resiliencia alto, y el 15% restante ubicados en un nivel de resiliencia bajo.



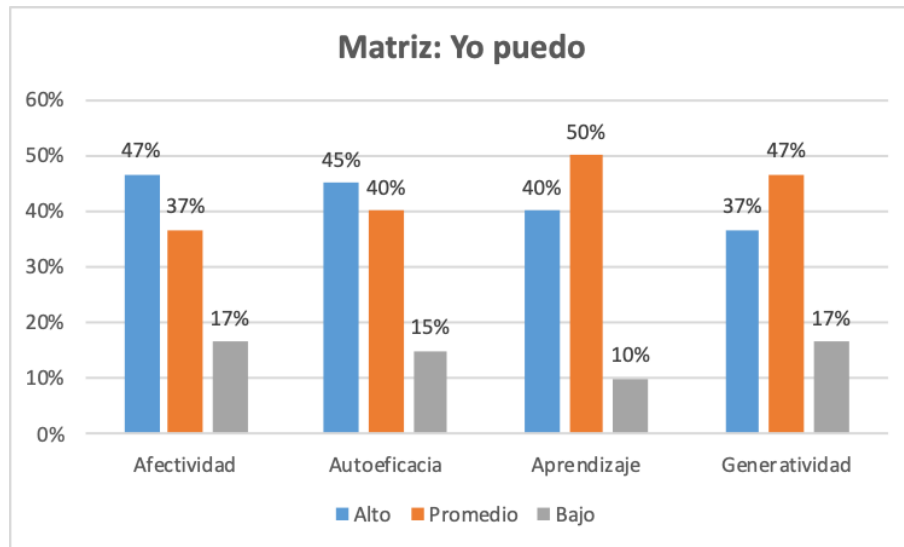
**Grafico 3.**

Distribución de los niveles de resiliencia, dividido en 4 factores correspondiente a la verbalización “Yo Tengo” de los pacientes de la comunidad Terapéutica “Camino a la Paz”

Autores

Los resultados obtenidos en la matriz Yo tengo indica que:

El factor 5, destaca un nivel de resiliencia promedio con un 50%, continuando con un 27% que muestra un nivel de resiliencia bajo, y un nivel de resiliencia alto con el 23% restante. El factor 6, indica la prevalencia en el nivel de resiliencia alto con un 43%, seguido por un 40% en el nivel de resiliencia promedio, y por último el nivel de resiliencia bajo con un 17%. El factor 7, muestra un porcentaje más alto del 43% en un nivel de resiliencia promedio, mientras un 38% indica encontrarse en un nivel de resiliencia alto, y el 18% restante se ubica en un nivel de resiliencia bajo. El factor 8, presenta el valor mayor de un 57% de nivel de resiliencia promedio, seguido del nivel de resiliencia alto con un 40%, y el restante con un nivel de resiliencia bajo de un 23%.



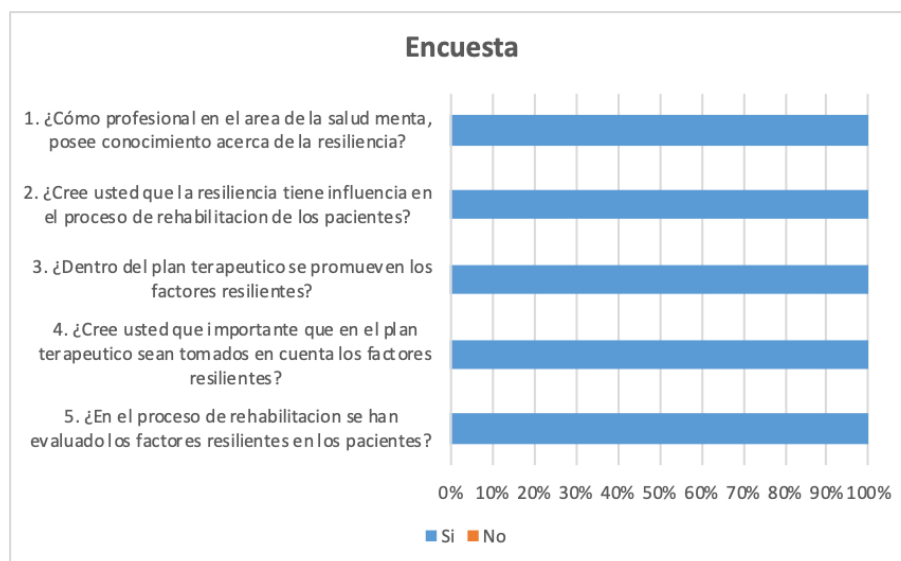
**Grafico 4.**

Distribución de los niveles de resiliencia, dividido en 4 factores correspondiente a la verbalización “Yo Puedo” de los pacientes de la comunidad Terapéutica “Camino a la Paz”

Autores.

Los resultados obtenidos en la matriz Yo puedo, resalta que:

El factor 9, alcanza un mayor número de personas en promedio de nivel de resiliencia alto con un 47%, mientras que un 37% muestra un nivel de resiliencia promedio, y el 17% sobrante se encuentra en un nivel de resiliencia bajo. El factor 10, señala el porcentaje más elevado de un 45% del nivel de resiliencia alto, seguido del nivel de resiliencia promedio con un 40%, y el 17% faltante con un nivel de resiliencia bajo. El factor 11, registra un máximo porcentaje de un 50% del nivel de resiliencia promedio, continuando un 40% que muestra un nivel de resiliencia alto, y el restante con un nivel de resiliencia bajo de un 10%. El factor 12, puntúa el porcentaje más alto de un 47% del nivel de resiliencia promedio, mientras que un 37% muestra un nivel de resiliencia alto, y el 17% restante ubicados en un nivel de resiliencia bajo.



**Grafico 5.**  
Distribución de los resultados de la Encuesta dirigida a los profesionales de la salud de la Comunidad Terapéutica “Camino a la Paz”.

Autores

Los resultados obtenidos en la encuesta dirigida a los profesionales de la Comunidad Terapéutica tuvieron un total del 100% de respuesta positiva, lo que indica que en el tratamiento psicoterapéutico se promueven los factores resilientes.

## DISCUSIÓN

Los resultados del estudio determinan que los niveles de resiliencia en los pacientes de la Comunidad Terapéutica “Camino a la Paz” se encuentran en su gran mayoría en nivel promedio y se han fortalecido de acuerdo al tiempo que llevan en rehabilitación. La información rescatada de la encuesta dirigida a los profesionales de la Salud de la Comunidad terapéutica, nos permite certificar que los factores resilientes se promueven mediante el plan terapéutico que tienen establecido para cada paciente.

Por lo tanto, se concluye que los factores resilientes bajos pertenecen a los pacientes que tienen entre uno a dos meses integrados a la comunidad terapéutica, se encuentran aún débiles y vulnerables, con ideas irracionales y experiencias traumáticas aun no superadas, estos pacientes están en la etapa de precontemplación. Mientras que los pacientes que llevan integrados de tres meses hacia delante tienen los factores resilientes promedio, denotando adaptabilidad al cambio, poseen capacidades de afrontamiento a pesar de las dificultades y están entre la etapa de contemplación y preparación, mientras que los pacientes que cumplen el proceso final del tratamiento tienen los factores resilientes altos, son pacientes capaces de establecer relaciones sociales, con alta autoeficacia, buscan soluciones a problemas, desarrollan y llevan a cabo objetivos y metas y se encuentran entre la etapa de acción y mantenimiento.

Estos datos permiten entender que a medida que se van desarrollando las terapias psicológicas se logran fortalecer los factores internos de los pacientes, generando que el paciente aumente sus niveles resilientes.

El análisis general de los doce factores de resiliencia dividido en las tres verbalizaciones; Yo soy-yo estoy, indica que los valores de los factores Identidad y Autonomía predominan con un nivel de resiliencia alto, concluyendo que la mayoría de pacientes tienen bien definidos sus principios y valores, evidenciando seguridad en sí mismo para desarrollar proyectos y metas. Por su parte el factor satisfacción y pragmatismo predominan con un nivel de resiliencia promedio, lo que indica que actualmente la visión de sí mismo y sus problemas no están dilucidados, evidenciando que les falta eficacia ante la búsqueda de soluciones para las problemáticas personales que enfrentan.

## CONCLUSIONES

Los resultados de la verbalización Yo tengo indican que el valor del factor redes, prevalece con un nivel de resiliencia alto, mostrando que tienen acceso y apoyo en el entorno social, así como también se sienten capaces para pedir ayuda. Refiriéndonos a los valores de los factores vínculos, modelos y metas, puntúan un nivel de resiliencia promedio, indicando que los vínculos familiares y sociales no han sido tan negativos, así como también muestra la motivación y ganas de superación al valorar de mejor forma su capacidad de proyectarse metas a futuro.

El análisis obtenido en la verbalización Yo puedo, indican que los valores de los factores afectividad y autoeficacia sobresalen con un nivel de resiliencia alto, lo que concluye que los pacientes están dispuestos a sentir confianza en los demás, hablar de sus emociones y superar problemas o traumas, porque reconocen la fortaleza en sí mismo y sus posibilidades de tener éxito en la vida. Por último en los valores de los factores aprendizaje y generatividad, prevalece el nivel de resiliencia promedio, lo que demuestra que están en un proceso de aprendizaje de aciertos y errores, a tomar decisiones, mejorar su creatividad y colaborar en comunidad, lo que permite que el grupo de pacientes asuma riesgos y se proyecten con metas a futuro.

## Referencias bibliográficas

- Aguilar, E., & Acle-Tomasini, G. (2012). Resiliencia, Factores de Riesgo y Protección en Adolescentes Mayas de Yucatán: Elementos para Favorecer la Adaptación Escolar. *Acta Colombiana de Psicología*. 15(2). 53-64
- Agrelo, A.M. (2011). Sistematización de intervenciones psicoterapéuticas. La percepción de cambio del paciente adicto en función de las intervenciones del terapeuta. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 15(1). 15-54
- Serrano, M.A., & Londoño, N. H. (2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas to treatment in therapeutic communities. *Psicología Desde El Caribe. Universidad Del Norte*. 29(1). 47-63

- Ángeles, R. y Morales, J. (1995). *Resiliencia y desarrollo humano aportes para una discusión*. Solum Donas Burak. San José, Costa Rica: OMS, OPS.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., ... Babin, F. (2013). Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. (3), 121-128 <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.09.002>
- Barragán, L., Flores, M., Ramírez, A., & Ramírez, C. (2008). Manual de prevención de recaídas. *México: Tri- Ciclo*.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1999). Terapia cognitiva de las drogodependencias. *México: Book Print Digital*.
- Bermejo, R. C. (2010). Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde los Servicios Sociales. *Nómaditas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. 27(3).
- Castro, I. (2012). Autoestima y Autoeficacia en pacientes adictos en el centro de Ñaña. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental "Hermilio Valdizán"*, 13(1). 03-21
- Cogollo-Milanés, Z., Arrieta-Vergara, K. M., Blanco-Bayuelo, S., Zapata, K., & Rodríguez-Berrio, Y. (2011). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Rev Salud Pública*. 13(3). 470-479
- Echeburúa, E., & Odriozola, E. E. (2012). *Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes*. *Revista Española de Drogodependencias*. 634(1). 31-36. <https://doi.org/10.1016/j.susc.2014.10.010>
- El Telegrafo. (7 de Junio de 2017). El 39% de consumidores probó más de una droga. *El Telegrafo*. Recuperado de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/702/51/el-39-de-consumidores-probo-mas-de-una-droga>
- Folke, C., Carpenter, S. R., Walker, B., Scheffer, M., Chapin, T., & Rockström, J. (2010). Resilience thinking: Integrating resilience, adaptability and transformability. *Ecology and Society*. 15(4). 20. <https://doi.org/10.5751/ES-03610-150420>
- García, M. y Domínguez, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas#: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niños y Juventud*. 17(2). 1-17. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1113300812>
- García Fernández, G., García Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Fernández Hermida, J., & Sánchez Hervás, E. (2010). Evolución de las funciones ejecutivas de adictos a la cocaína tras un año de tratamiento. *Revista Española de Drogodependencia*. (2). 155-169
- García, L. M., Chanca, S. R., & Checo, Y. B. (2012). *Factores de riesgo familiares e inicio en el uso de drogas*. *Psicología de Las Adicciones*. España: Universidad de Oviedo
- González, V., Amado, J., Fernández, B., & Tinajer, S. (2011). La importancia de evaluación cognitiva como parte de las estrategias de intervención para el control del dolor. *Revista Electrónica Del CICS-UST*, 14.
- Grotberg, E. H. (1996). The international resilience project. *54th Annual Convention, International Council of Psychologists*.

- Pedraño, J.L., & Cid-Monckton, P. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 738-45
- Kotliarenco, M., Cáceres, I., & Fontecilla, M. (1997). Estado de arte en resiliencia. *Organización Panamericana de La Salud*. 37(5), 2272-2274 <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2005.03.062>
- Larrosa, S. L., & Palomo, J. L. R. A. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*. 22(4), 568-573
- Monras, M., Mondon, S., & Jou, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en enfermos alcohólicos, Diferencias según el consumo de benzodiacepinas, los trastornos de la personalidad y el deterioro cognitivo. *Adicciones*. 22(3). 191-196
- Navarro, J., Megías, E., & Gómez, E. (1999). El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana. *Madrid: Generalitat Valenciana*.
- Pedrero-Pérez, E. J., Rojo-Mota, G., Ruiz-Sánchez De León, J. M., Llanero-Luque, M., & Puerta-García, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de Neurología*. 52(3), 163-172
- Pimentel J, Telumbre J, Ruiz G, Higuera J, B. T. (2015). Autoestima y consumo de alcohol en el adolescente de Chilpancingo Guerrero, México. [tesis doctoral]. *Revista de Psicología y Ciencias Del Comportamiento de La U.A.C.J.S. México*
- Polo, I., Restrepo, M., Cerra, C., Parra, M., Medina, V., & Paez, A. (2011). Categorías de creencias adictivas en pacientes de un programa de rehabilitación en farmacodependencia. *Revista Española de Drogodependencia*, 2(1). 185-196
- Rolando J., N. Á. (2010). Neurología de la resiliencia y desastres / Neurology of resilience and disasters. *Revista Cubana de Salud Pública*. 36(3). 270-274 <https://doi.org/10.1590/s0864-34662010000300013>
- Rossi, P. (2008). Las drogas y los adolescentes. *Madrid: Tébar*.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse and Neglect*. 31(3). 205-209 <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.001>
- Sánchez-Hervás, E., & Llorente del Pozo, J. M. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión Relapse in cocaine addiction: a review. *Adicciones*. 24(3). 269-280
- Tirado, A., Álvarez, M., Velásquez, J., Gómez, L., Ramírez, C., & Vargas, A. (2011). Prevalencia y factores de riesgo para el consumo y dependencia de drogas en una universidad de Medallin. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 7.
- Torrents, O., Mora, A., Massana, L., Robert, A., & Tejero, A. (2011). Resultados de efectividad de un grupo de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias en el contexto de un hospital de día. *Trastornos Adictivos*. 13(4). 135-143. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(11\)70029-0](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(11)70029-0)
- Wolin, S. J. y Wolin, S. (1993). *The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity*. Nueva York: Villard Books.