

204



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

AFRONTAMIENTO, IDEAS IRRACIONALES
Y TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN PACIENTES
CARDIOPATAS

0 292586

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
FLORENCIA QUIROZ TREJO

DIRECTORA: LIC. LILIA JOYA LAUREANO

ASESORES:

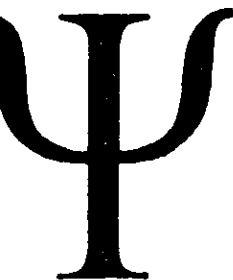
RICARDO ORTEGA PINEDA

LIC. LOURDES MONROY TELLO

SINODALES: DRA. DOLORES MERCADO

DR. ISAAC SELIGSON

DR. SAMUEL JURADO



MEXICO, D.F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

Facultad de Psicología.

Al grupo piloto de Psicología Clínica,
en especial a Dra. Boni Blum y a la Mtra. Eva Esparza.
por la oportunidad de tener una formación especial
y por todo el apoyo para el logro de este trabajo
A Fabian Martínez y Lourdes Monroy por la valiosa asesoría en estadística.

Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE.

Dr. Fragoso , Jefe de la Unidad de Cuidados Coronarios.
Dra. Antonieta Ramírez, Jefe de Rehabilitación.
Dra. Pimentel, Jefe del área de Rehabilitación Cardíaca
A cada uno de ellos por confiarme a sus pacientes y darme su apoyo en todo momento.
Al Dr. Ricardo Ortega, por toda su paciencia y por compartir conmigo tanto saber.
A Samana por que sin su ayuda no hubieran podido salir avenge las sesiones.

A todos los pacientes que participaron en las sesiones,
por compartir conmigo su fortaleza para seguir adelante.

Gabriela
Por el compromiso de
no hacer una tesis mediocre.

Nahum, Ricardo Alma,
Victor, Adriana y Giovanna.
Por tanta alegría
que la amistad nos ha dado.

Susanna, Huicho y todos mis primos
Por su gran confianza e impulso.

Dr Hugo Martínez.
Por todo su apoyo.

Oscar
Por su compañía y amistad.

Miguel
Por demostrarme
que todo es posible.

Ricardo, Willy y Mota.
Por el préstamo
de sus computadoras.

Dedicada a:

Mis padres

Por que el amor entre ustedes
reflejado en mi, logró lo que soy.

Mis hermanos

Por todo lo que tres monedas en la fuente
hemos compartido.

Sinaí.

...A tu resplandor me entrego,
igual que el ciego a la mano...
mi hermoso contemplado.

Si no fuésemos más que seres únicos,
sería fácil hacernos desaparecer
del mundo...
pero cada hombre no es solamente él,
también es el punto único y especial,
en cualquier caso importante y curioso,
donde, una vez y nunca más
se cruzan los fenómenos del mundo
de una manera singular.

Por eso la historia de cada hombre
es importante, eterna y divina,
por eso cada persona, mientras vive
y cumple la voluntad de la naturaleza,
es maravillosa y digna de toda atención.

Hermann Hesse.

RESUMEN	1
CAPÍTULO I CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	2
Angina de pecho	3
Oclusión coronaria	3
Infarto al miocardio	4
Factores de riesgo de la coronariopatía	5
Herencia	5
Hiperlipoproteinemia	5
Hipertensión arterial esencial	5
Tabaquismo	5
Diabetes	6
Obesidad y sedentarismo	7
Anticonceptivos orales	7
Estrés.....	7
Factor Psicológico: patrón de conducta tipo A	7
CAPÍTULO II AFRONTAMIENTO	9
Planteamientos tradicionales	9
Modelo animal	9
Modelo psicoanalítico	10
Modelo cognoscitivo	10
Concepto de evaluación	11
Evaluación primaria	11
Evaluación secundaria	11
Afrontamiento	12
Factores que afectan el afrontamiento	12
Factores personales	12
1) Los compromisos	13
2) Las creencias	13
Factores situacionales	13
1) Novedad de la situación	13
2) Predictibilidad	13
3) Incertidumbre del acontecimiento	13

4) Factores temporales	13
a) Inminencia	14
b) Duración	14
c) Incertidumbre temporal	14
5) Ambigüedad	14
6) Cronología de los acontecimientos	15
Etapas del afrontamiento	15
Anticipación	15
Impacto	15
Postimpacto	15
Recursos para el afrontamiento	15
Salud y energía	16
Habilidades sociales	16
Técnicas para la resolución del problema	16
Apoyo social	16
Recursos materiales	16
Creencias positivas	16
Locus de control	16
Funciones del afrontamiento	17
Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción	18
Modos de afrontamiento dirigidos al problema	18
Afrontamiento y salud	18

CAPÍTULO III TERAPIA RACIONAL EMOTIVA	22
Definición de la TRE	22
Relación entre pensamiento y emoción	22
Relación respecto al valor de los seres humanos	23
Modelo ABC	23
Ideas racionales e irracionales	24
Demandas	24
Catastrofización	25
La incapacidad personal	25
Condenas	25
El cambio de las ideas irracionales	26
TRE y salud	27

CAPÍTULO IV METODO	29
Planteamiento del problema	29
Objetivo	29
Hipótesis	29
Hipótesis conceptual	29
Hipótesis de trabajo	29
Hipótesis estadísticas	30
Definición de variables	30
Definiciones conceptuales	30
Definiciones operacionales	31
Control de variables	31
Método	32
Sujetos	32
Instrumentos	32
Beck	32
IDARE	33
Afrontamiento	33
Ideas irracionales	35
Procedimiento	35
Análisis estadístico	36
CAPÍTULO V RESULTADOS	37
CAPÍTULO VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS	58
CAPÍTULO VII LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	62
BIBLIOGRAFÍA	63

ANEXO 1 INSTRUMENTOS

ANEXO 2 DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

INDICE DE GRÁFICAS

1. Estado civil	37
2. Nivel de escolaridad	38
3. Situación familiar antes y después del tratamiento, Grupo con tratamiento	39
4. Situación familiar antes y después del tratamiento, Grupo sin tratamiento	39

5. Satisfacción de vida antes y después del tratamiento Grupo con tratamiento	40
6. Satisfacción de vida antes y después del tratamiento Grupo sin tratamiento	40
7. Perfiles pretest - postest Ansiedad estado y rasgo Grupo con tratamiento	42
8. Perfiles pretest - postest Ansiedad estado y rasgo Grupo sin tratamiento	43
9. Perfiles pretest - postest Grupo con tratamiento Beck	45
10. Perfiles pretest - postest Grupo sin tratamiento Beck	46
11. Perfiles pretest - postest Ideas irracionales Grupo con tratamiento	49
12. Perfiles pretest - postest Ideas irracionales Grupo sin tratamiento	51
13. Perfiles pretest - postest Afrontamiento Grupo con tratamiento	55
14. Perfiles pretest - postest Afrontamiento Grupo sin tratamiento	56

INDICE DE TABLAS

1. Comparación entre los grupos antes del tratamiento Ansiedad Estado / Ansiedad rasgo.....	41
2. Comparación pretest - postest Ansiedad Estado / Ansiedad rasgo Grupo con tratamiento.....	42
3. Comparación pretest - postest Ansiedad Estado / Ansiedad rasgo Grupo sin tratamiento	43
4. Comparación entre los grupos posterior al tratamiento Ansiedad Estado / Ansiedad rasgo	44
5. Comparación entre los grupos antes del tratamiento Beck.	44
6. Comparación pretest - postest grupos con y sin tratamiento Beck	45
7. Comparación entre los grupos posterior al tratamiento Beck	47
8. Comparación entre los grupos antes del tratamiento Ideas irracionales	48

9. Comparación pretest - postest Ideas irracionales Grupo con tratamiento	50
10. Comparación pretest - postest Ideas irracionales Grupo sin tratamiento	52
11. Comparación entre los grupos posterior al tratamiento Ideas irracionales	53
12. Comparación entre los grupos antes del tratamiento Afrontamiento	54
13. Comparación pretest - postest Afrontamiento Grupo con tratamiento	55
14. Comparación pretest - postest Afrontamiento Grupo sin tratamiento	56
15. Comparación entre los grupos posterior al tratamiento Afrontamiento	57

Los padecimientos cardiovasculares constituyen un problema de salud pública de gran importancia. En México las cardiopatías son la tercera causa de muerte. Por otro lado, tomando en cuenta que se ha aceptado como factor de riesgo coronario un componente psicológico, Lazarus y Folkman consideran que el afrontamiento puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas del estrés. Por todo esto, la presente investigación tuvo como fin identificar los modos de afrontamiento y las ideas irracionales que poseen los pacientes cardiopatas que asisten al servicio de rehabilitación cardiaca del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E. y conocer si éstas se modifican a través de la terapia racional emotiva (TRE).

Se trabajó con una muestra total de 28 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica, 14 de estos pacientes participaron en ocho sesiones de TRE y la otra mitad no, se les aplicó el inventario de modos de afrontamiento (modificado), el cuestionario de ideas irracionales, el índice de ansiedad rasgo y estado (IDARE) y el inventario de depresión de Beck, esto antes del tratamiento y 12 semanas después del mismo a ambos grupos.

No se encontraron resultados concluyentes respecto al afrontamiento pero los puntajes en los demás instrumentos disminuyeron en el grupo que participó en la TRE, mientras que, en el grupo que no recibió tratamiento, dichos puntajes se elevaron. Además se encontró que la TRE logra modificar la evaluación cognoscitiva en una forma más saludable para el paciente.

Los padecimientos cardiovasculares degenerativos constituyen un problema de salud pública de gran importancia. En México las cardiopatías son, en orden de importancia, la tercera causa de muerte de la población general (Chávez 1993). Aproximadamente la tercera parte de todas las muertes provienen de enfermedad coronaria, y casi todas las personas de edad avanzada tienen cierto grado de trastorno de la circulación coronaria (Guyton, 1963).

Para ejemplificar la importancia del tema basta citar algunos datos de 1982, de la *American Heart Association* de Estados Unidos, estos señalan que 41 millones de estadounidenses presentan alguna forma de cardiovascularopatía; 35 millones de hipertensos, 4.5 millones de coronariopatas y 2 millones cardiopatas reumáticos; 51 de cada 100 muertes anuales en ese país, fueron causadas por cardiovascularopatía. 90 de cada 100 infartos miocárdicos eran consecutivos a aterosclerosis y el infarto causaba 550,000 muertes. Había 4.5 millones de coronariopatas con antecedente de infarto, angina de pecho o ambas. Se esperaba que para ese año 1.5 millones de estadounidenses presentarían infarto y de ellos morirían 550,000. (Chávez 1993).

El corazón de los mamíferos obtiene su sangre a través de las dos arterias coronarias, izquierda y derecha, que salen de la aorta. La sangre fluye por éstas sobre la cara externa del corazón, y se van desprendiendo de ellas arterias nutricias que penetran al músculo cardíaco. El flujo sanguíneo coronario es mayor durante la diástole, una de las razones para ello es que durante la sístole la contracción muscular comprime los vasos y de esta forma se ocluyen parcial y pasajeraamente los vasos coronarios durante la sístole ventricular. El músculo cardíaco comprime los vasos sanguíneos cuando se contrae, y cuando aumenta la frecuencia cardíaca se reduce el flujo sanguíneo coronario. Esto en corazones normales no tiene consecuencia alguna, pero si es importante cuando hay propensión a cardiopatía isquémica (Zavala, 1991).

Rodes, Guardia y Arroyo (1993), nos dicen que la cardiopatía isquémica o cardiopatía coronaria, es la afección cardíaca aguda, secundaria a una reducción o supresión del aporte sanguíneo al miocardio, originada por una disminución del calibre de los vasos arteriales coronarios, que puede ser de origen orgánico, fijo y/o de origen funcional (espasmo) transitorio. La isquémia del miocardio está asociada con un dolor agudo llamado angina de pecho.

La enfermedad coronaria comprende varios cuadros clínicos que van, desde el paciente asintomático hasta el que, en el extremo opuesto, sufre oclusión arterial y desarrolla un infarto. Entre ambos extremos está el paciente con angina de pecho, en sus dos variedades: estable e inestable (Espino, 1990).

ANGINA DE PECHO.

Carral (1964) define clínicamente la angina de pecho como un dolor precordial, frecuentemente irradiado al brazo izquierdo, cuello y mandíbula del mismo lado, constrictivo, desencadenado por el esfuerzo y frecuentemente acompañado de angustia. Desde el punto de vista patogénico, es el dolor originado por una insuficiencia coronaria brusca y transitoria, que puede aparecer en el curso de la insuficiencia coronaria crónica. Por lo general se puede considerar como más típica la localización esternal, comúnmente en sus dos tercios superiores y abarcando hacia la izquierda una parte o la totalidad de la región precordial, de donde irradia hacia arriba y a la izquierda, se extiende a la mitad lateral del cuello, hasta la región mastoidea y maxilar inferior del lado izquierdo, al hombro, brazo y antebrazo en su borde cubital y puede llegar a los dedos correspondientes de la mano, meñique y anular. Con menor frecuencia irradia a ambos miembros superiores o a ambos lados del cuello; excepcionalmente, el brazo derecho solamente.

Las crisis anginosas son siempre de corta duración y por lo tanto pasajeras. Es habitual que duren de tres a cinco minutos, aunque pueden ser tan fugaces, que sólo se presenten durante unos segundos o tan duraderas que persistan cerca de una hora, de acuerdo con la duración más o menos breve del episodio de insuficiencia coronaria pasajera que las origina (Carral, 1964).

El dolor anginoso o angor, es casi siempre de carácter constrictivo. El enfermo que lo sufre experimenta una sensación compleja, mezcla de dolor y constricción, que expresa de diferentes maneras: refiere sentirse apretado del tórax "como si tuviera una losa pesada delante del pecho"; o experimenta una sensación más difícil de expresar, "como si se le hubiese detenido algún bocado en el esófago" o se le hubiese "anudado la garganta"; otras veces la constricción la localiza más profundamente "como si una mano metida dentro del pecho le estrangulara el corazón" (Carral, 1964).

El dolor anginoso sobreviene casi siempre en circunstancias que obligan a efectuar al miocardio un mayor trabajo. El músculo estriado, pobremente irrigado a consecuencia de alguna alteración de las paredes de los vasos que lo nutren, puede dar origen a un dolor cuando se le obliga a efectuar un mayor trabajo. En ocasiones, es alguna emoción la causa que aparentemente desata la crisis dolorosa, el frío también influye para favorecer la producción de un dolor anginoso. Siempre debe temerse que el angor este anunciándonos una oclusión coronaria próxima (Carral, 1964).

OCLUSIÓN CORONARIA.

El bloqueo de un vaso coronario por algún trombo puede producir oclusión coronaria y ataque cardíaco, y si el flujo coronario disminuye por debajo de un cierto nivel en alguna arteria, el territorio irrigado por esa arteria disminuye su aporte de oxígeno. Si esta oclusión persiste por más de unos minutos, esta zona isquémica o infartada empezará a presentar cambios irreversibles (Zavala, 1991).

La causa más frecuente de oclusión coronaria es la trombosis resultante de aterosclerosis. Los enfermos hipertensos sufren oclusión coronaria dos o tres veces más frecuentemente que las personas normales. La oclusión brusca ocurre casi siempre en una de las principales arterias coronarias, generalmente a distancia de 3 a 6 cm. de la boca de uno u otro de los dos vasos coronarios principales. La arteria coronaria izquierda tiene mucha mayor tendencia que la derecha a sufrir oclusión (Guyton, 1963).

INFARTO AL MIOCARDIO.

En la oclusión coronaria existe la obstrucción súbita y completa de una arteria coronaria con sus consecuencias; la zona correspondiente del miocardio deja de recibir sangre, por lo que en poco tiempo se constituye un área de necrosis a la que se denomina infarto; esa zona de infarto se caracteriza por constituir lesiones confluentes que forman una sola placa miocárdica. Es por ello que el infarto por oclusión se acompaña habitualmente por lesión pericárdica y endocárdica (Carral, 1964).

Miocardio es la parte muscular y más gruesa de la pared del corazón, está compuesta de músculo cardíaco y se halla situado debajo del pericardio y epicardio, y por encima del endocardio (Ham y Leeson, 1963).

El infarto al miocardio es, entonces, la muerte o necrosis de una zona miocárdica como consecuencia de un episodio de isquemia lo suficientemente prolongado para ocasionar cambios irreversibles a nivel celular; en la clínica se traduce por un síndrome caracterizado por dolor, alteraciones del electrocardiograma y alteraciones enzimáticas típicas (Rodes, Guardia y Arroyo, 1993). Suele acompañarse de sudoración fría, palidez, angustia; debido a una descarga adrenérgica, puede descender la presión arterial y haber pulso filiforme, la náusea y el vómito pueden formar parte del cuadro inicial como fenómeno reflejo del dolor (Espino, 1990). El dolor cardíaco que produce tiene muchas características comunes con el dolor del angor, en cuanto a su localización, irradiaciones y modalidad. Su duración es mucho mayor, de varias horas a dos o tres días. Sus condiciones de aparición, también son diferentes, el angor es un dolor de esfuerzo, mientras que el dolor que acompaña al infarto generalmente sobreviene en pleno reposo. El dolor de la oclusión no desaparece con la administración de vasodilatadores, como la nitroglicerina. El dolor del infarto puede identificarse por la coexistencia de otros síntomas y signos dependientes de la oclusión; choque, disnea, apagamiento del primer ruido, ritmo de galope; en ocasiones roce pericárdico, aplastamiento tensional, fiebre las 24 horas siguientes al momento de la oclusión, aceleración de la sedimentación globular, proteína C reactiva positiva y elevación de la actividad sérica de la transaminasa glutámica asaxalacética (Carral, 1964).

Los vasos sanguíneos coronarios a veces se ocluyen muy rápidamente, en otros casos los vasos se van cerrando lenta y progresivamente durante años, en cuyo caso puede desarrollar circulación sanguínea colateral, que cubrirá la función de riesgo coronario primario. Por desgracia, el riego sanguíneo colateral no suele estar bien desarrollado hasta después que ya se han ocluido las coronarias. Por lo tanto, que el corazón sufra o no sufra gran lesión por oclusión coronaria, depende sobre todo de la rapidez con la cual tal oclusión se produce (Guyton 1963). Aproximadamente en 6 u 8 semanas suelen cicatrizar los infartos no complicados y el paciente puede regresar a su trabajo habitual. El individuo que ha tenido un infarto, teóricamente esta más expuesto a tener un segundo infarto que uno que jamás ha tenido problemas coronarios.

En algunas series el segundo infarto ocurrió entre 5 y 10 años después del primero. Algunos individuos profundamente angustiados que han tenido infartos de repetición mueren en el curso de 5 años. Son sujetos de temperamento muy alterado, con enormes conflictos emocionales y grandes responsabilidades (Espino, 1990).

FACTORES DE RIESGO DE LA CORONARIOPATÍA.

La arteriosclerosis es el sustrato principal de la coronariopatía y es la causa de la angina de pecho y del infarto (Chávez, 1993). En ella las arterias se vuelven fibrosas e incluso calcificadas, con lo cual disminuye considerablemente la distensibilidad arterial y aumenta mucho la presión diferencial. Generalmente un grado ligero de hipertensión acompaña a la aterosclerosis (Guyton, 1963). Chávez (1993) plantea que la teoría más aceptada sobre la patogenia de aterosclerosis es la que supone una lesión en la íntima (capa interior de la arteria) producida por aumento de la presión y depósito de lípidos; lo que causa obstrucción de la arteria coronaria.

Los factores característicos para desarrollar aterosclerosis son:

I. Factores no modificables

Herencia. Una historia familiar positiva puede reflejar: 1) predisposición genética para el desarrollo de la hipertensión, hiperlipidemia y diabetes, ó, 2) influencias ambientales como alimentación, estrés y estilo de vida.

Edad.

Sexo masculino.

II. Factores modificables o potencialmente controlables

A. Mayores

Hiperlipoproteinemia. La mayor concentración de lipoproteinemias en plasma aumenta la presión y el depósito de lípidos en la íntima. La disminución de lipoproteínas de densidad elevada puede alterar la depuración del colesterol de la pared arterial, lo que produce un desequilibrio entre la filtración del colesterol del plasma y su depuración, por lo tanto produce depósito elevado del mismo (Espino, 1990).

Hipertensión arterial esencial (sistémica). Aumenta la filtración de lípidos del plasma a las células de la íntima en virtud de aumento de la presión arterial especialmente en presencia de cifras elevadas de lípidos plasmáticos. A este tipo de hipertensión corresponden la mayoría de los casos clínicos, se caracteriza por el aumento de ambas presiones, sistólica y diastólica. La presión a veces se eleva hasta 270/170 mmHg, con presión media de 210 mmHg. Una persona suele considerarse hipertensa cuando su presión sistólica se ha elevado aproximadamente por encima de 150 mmHg y la diastólica por encima de 90 mmHg, pero estos límites son totalmente arbitrarios. Los pacientes con hipertensión esencial pueden perfectamente no presentar signo ni síntoma alguno, pues se sienten perfectamente normales o incluso tienen sensación de particular bienestar. En casos más graves hay tendencia a presentar diversos trastornos cardíacos y también cefalea intensa. Las posibles causas de la hipertensión arterial esencial son: a) neurógena, por una descarga excesiva de impulsos nerviosos vasoconstrictores, b) resultante de insuficiencia renal; y c) por anomalías hormonales (Guyton, 1963).

Tabaquismo. La importancia principal de fumar cigarrillos es que precipita arritmias. Se relaciona de manera significativa con una reducción del colesterol sérico y éste podría ser uno de los mecanismos responsables de su efecto adverso. Además el monóxido de carbono que contienen los cigarrillos produce hipoxia tisular y se relaciona con la génesis de la aterosclerosis. Al fumar, se estimula la producción de epinefrina y norepinefrina en un bajo nivel; para que estos elementos pudieran dañar por secreción el calibre de las arterias, se necesitaría consumir más de 35 cigarrillos al día. Es muy difícil desarrollar una enfermedad cardiovascular y mucho más, una cardiocoronaria por el simple hecho de fumar, antes de que sucediera una afección circulatoria, se daría una respiratoria.

Diabetes. Puede actuar como iniciador y promotor de la aterosclerosis. Afecta a la membrana capilar basal de todos los tejidos y produce anomalías en los pequeños vasos coronarios al igual que en las arterias mayores.

B Menores

Obesidad y sedentarismo. La obesidad está muy relacionada con hábitos sedentarios, ambos pueden predisponer a la diabetes y posiblemente, a la hipertensión (Chávez, 1993).

Uso de anticonceptivos orales. Cada vez hay más pruebas de que las mujeres que utilizan anticonceptivos orales, en especial los de contenido elevado de estrógenos, tienen un riesgo mayor de infarto del miocardio. No está claro el mecanismo (Chávez, 1993).

Estrés: tipo de personalidad y tensiones psicosociales. Existen diferentes definiciones de estrés provenientes de diversas teorías. Este término acuñado por Selye en 1959 (citado por Lazarus y Folkman, 1991), se refiere a la respuesta homeostática del organismo ante agresiones físicas, psicológico-emocionales, térmicas, o más claramente patológicas tendientes a la autodefensa. Desde los estudios de Cannon en 1932 (citado por Sokolow, 1992), se sabe que las catecolaminas, principalmente la adrenalina y noradrenalina, son sus principales mediadores químicos.

En la vida diaria, los tipos y formas comunes de estrés son los inherentes al trabajo, ejercicio físico y a la excitación emocional. Así, en la vida cotidiana, tanto la esfera laboral como la emocional podrían ser estresantes. Dichos estímulos pueden actuar sobre un organismo sano, pero también sobre uno enfermo y, por lo tanto, sus consecuencias fisiopatológicas podrían ser muy variadas (Chávez, 1993).

Otros: hiperuricemia, hiperinsulinismo, hiperestrogenismo, carbohemoglobinemia e hipertiroidismo latente.

FACTOR PSICOLÓGICO: PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A.

Con base a estudios epidemiológicos se han descrito patrones de temperamento y comportamiento humanos, buscando su correlación con la aterosclerosis y la hipertensión arterial, ya que en ambas enfermedades se ha propuesto al estrés (básicamente al emocional) como factor de riesgo. En 1974, Rosenman y Friedman (citado en Levenkron, Cohen Muller y Fisher, 1983) caracterizaron así dos grandes patrones de comportamiento, el de tipo "A" y el de tipo "B".

El patrón de conducta tipo "A" es un rasgo de conducta que se desarrolla en personas sujetas a una lucha agresiva por conseguir siempre más en menor tiempo, importando solamente la propia convicción, y dispuestas a defender su actitud ante personas y situaciones (Casamadrid, 1989).

En 1981 en el *Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease* (citado por Moller y Botha, 1996) fue aceptado el patrón de conducta tipo A como factor de riesgo para desarrollar enfermedad coronaria, que es independiente de los otros factores de riesgo.

Existen tres factores fundamentales en el patrón de conducta tipo A que la caracterizan:

- 1) La prisa. Es una sensación crónica de urgencia llamada por Rosenman y Friedman "la enfermedad de la prisa". El sujeto tipo A siempre tiene que hacer, nunca le sobra tiempo, pues lo ha ocupado ya en algo esta tendencia con el tiempo va haciéndose parte implícita en cualquier actividad; automatiza su conducta de tal forma que siempre, aunque no lo necesite, hace todo rápido y es obsesivamente puntual.
- 2) Competitividad. Es un afán de encontrar retos desafiantes para mostrar superioridad (a ellos mismos y a los demás), se refiere a la constante demostración de sus capacidades y tienden en todo momento a querer superar a los demás.
- 3) Hostilidad. Los sujetos con patrón A, tienden a frustrarse por acontecimientos que a muchas personas no suelen afectar, ante esta frustración reaccionan con ira, aunque ésta rara vez es física, sino ideacional (fantasías hostiles) y verbal (insultos y sarcasmos); este desahogo rara vez es suficiente para reducir el impulso que sufre el tipo A, este hecho, por lo tanto, energiza la prisa y la competitividad.

Espino (1990) opina que, el concepto etiopatogénico actual sobre el comportamiento tipo A como factor de riesgo circulatorio, podría expresarse así:

Datos químicos y clínicos muestran que en el tipo A hay un aumento significativo en los niveles sanguíneos de noradrenalina, adrenalina, cortisol y testosterona, así como disminución de las partículas lipídicas de alta densidad (HDL) y de los linfocitos. Son individuos con frecuencia cardíaca promedio aumentada, mayor incidencia de alteraciones cardíacas y cifras más altas de presión arterial.

Desde el punto de vista fisiopatológico, los sujetos de este tipo muestran aumento del gasto cardíaco, la frecuencia cardíaca y las resistencias arteriolas periféricas, como efecto de la cardioestimulación.

Desde el punto de vista etiopatogénico es de aceptarse en ellos un bombardeo catecolamínico fino, abundante, sostenido, crónico y acumulativo.

La conceptualización del patrón de conducta tipo A nos proporciona una visión más clara del llamado factor de riesgo psicológico para desarrollar coronariopatía, pero dicha explicación posee limitaciones fenomenológicas, como el ser un acercamiento meramente descriptivo. Es por ello, que en este trabajo buscamos entender dicho factor psicológico dentro de un modelo diferente: el de la evaluación cognoscitiva, el cual será tratado en el capítulo siguiente.

Si bien, el presente trabajo no intenta sumarse a la investigación existente con respecto al patrón de conducta tipo A, no puede hacerla a un lado, puesto que, hasta el momento ha sido la conceptualización más estudiada y ampliamente aceptada pero, dicho patrón es una mera explicación fenomenológica, sólo descriptiva. Casamadrid (1989) menciona que el patrón de conducta tipo A podría ser una causa suficiente, aunque no necesaria para promover el infarto, ya que el 24% de los sujetos infartados de su investigación no presentaron esta línea de conducta, ni ningún otro factor considerado de riesgo, que pudiera dar una explicación del porqué del infarto.

De esto surge la interrogante ¿qué aspectos, además de los factores de riesgo físicos, podrían estar antecediendo o desencadenando el infarto?.

La presente investigación pretende seguir la línea de afrontamiento como una posible explicación al factor de riesgo psicológico coronario. Dicha idea, desarrollada por Lazarus y Folkman en su libro "Estrés y procesos cognoscitivos" (1991), explica que probablemente el factor de riesgo coronario psicológico se desarrolla a partir de una forma de afrontamiento específica.

En 1981 Vickers, Herving, Rahe y Rosenman (estudio citado en Folkman y Lazarus 1991) buscando un vínculo entre el patrón de conducta tipo A y la actividad defensora del yo, formularon la hipótesis de que el aumento en el riesgo a padecer enfermedad cardiovascular, solamente aparece cuando el patrón de conducta se combina con recursos de afrontamiento deficientes.

Rosenman y Friedman en 1977 (citado en Moller y Botha 1996) sugirieron que una variable importante que envuelve el patrón de conducta tipo A es la interpretación que hace la persona de los estímulos del medio. Puede decirse por lo tanto, que esta conducta se estructura de acuerdo con una serie de ideas y pensamientos específicos. Es por eso que, para los diversos estudios que han desarrollado Lazarus y Folkman sobre afrontamiento, se deja de manejar al patrón de conducta como factor de riesgo y comienza a ser concebida como un estilo de pensamiento con el cual la persona se desenvuelve con el medio.

El trabajar bajo la teoría cognoscitiva del afrontamiento facilita un acercamiento a la explicación y comprensión del por que ciertas respuestas son emitidas; permitiendo una visión más dinámica del afrontamiento. Para comprender mejor se hará una revisión breve de otros planteamientos en cuanto a la teoría del afrontamiento.

PLANTEAMIENTOS TRADICIONALES.

Modelo animal.

Considera que el afrontamiento son aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producido por éstas.

Este modelo es simplista y pobre en contenido y complejidad cognoscitivo-emocional, el tema central del modelo animal es el concepto del *drive* o *arousal* y la experimentación se centra principalmente en la conducta de huida y evitación. Con esta orientación es poco lo que puede aprenderse sobre estrategias, las cuales son de suma importancia en cuestiones humanas como las de afrontamiento cognoscitivo y defensa (Lazarus y Folkman, 1991).

Modelo psicoanalítico.

Considera que el afrontamiento es un conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas, y por tanto reducen el estrés.

Los objetivos de la medición a los que han sido aplicados los dos modelos anteriores, se han limitado, por lo general, a clasificar a los individuos para poder predecir la forma como afrontarían alguno de todos los acontecimientos estresantes con los que pudieran encontrarse los individuos (Lazarus y Folkman, 1991).

Modelo cognoscitivo.

Para Lazarus y Folkman (1991) el afrontamiento fue definido como aquellos esfuerzos tanto orientados hacia la acción como intrapsíquicos para manejar, tolerar, disminuir o minimizar las demandas ambientales internas de una persona. No se refiere sólo al afrontar situaciones extremas, el afrontamiento es una actividad cotidiana que resulta evidente cuando un problema provoca una situación molesta.

Es necesario aclarar que ninguna estrategia de afrontamiento es buena o mala por sí misma, por el contrario, cualquiera de ellas puede ser eficaz o ineficaz, tienden a ser adaptativas para el contexto en el que se desarrollan.

Lazarus y Folkman (1991) establecen que el estrés consta de dos procesos: la evaluación (primaria y secundaria) y el afrontamiento. De acuerdo con esta concepción consideran al estrés como *la relación existente entre el sujeto y el entorno, que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar*, (pag. 43). En la teoría cognoscitiva del estrés se define a éste como estímulo, motivos, impulsos y creencias de la persona, no como una propiedad de la persona o del medio, no es un estímulo o una respuesta sino una relación entre la persona y el medio. En la teoría del afrontamiento el proceso tiene dos significados en relación con la teoría cognoscitiva del estrés: primero, la persona y el medio están en una relación dinámica que es constantemente cambiante y, segundo, esta relación es bidireccional, en donde la persona y el medio cada uno puede actuar sobre el otro.

CONCEPTO DE EVALUACIÓN.

La evaluación cognoscitiva refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas características (valores, compromisos, estilos de pensamiento y de percepción) y el entorno cuyas características deben de predecirse e interpretarse (Lazarus y Folkman, 1991).

El proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo se denomina evaluación. No es un tratamiento de información, sino también es la evaluación hace referencia a las repercusiones y consecuencias y que tiene lugar de forma continua durante todo el estado de vigilia.

Folkman la dividió en dos conceptos: la evaluación primaria, a través de la cual la persona evalúa el significado de una transacción específica con respecto al bienestar; y una evaluación secundaria a través de la cual la persona evalúa los recursos de afrontamiento y las opciones.

Evaluación primaria.

La evaluación primaria es el proceso de percibir una situación o acontecimiento. La evaluación primaria adopta dos perspectivas: la cognoscitiva y la emocional. La aproximación cognoscitiva incluye una evaluación de los riesgos o de los apuros que una persona sufre en un enfrentamiento específico. En cuanto a la emoción, se define que estas reflejan la evaluación que una persona lleva a cabo de una confrontación como perjudicial, amenazante, desafiante, benigna o irrelevante.

La evaluación primaria consiste en responder a la pregunta ¿Me perjudica o me beneficia?, esto es calificar los eventos ya sean, como:

- 1) Irrelevantes, es decir, no hay interés por las posibles consecuencias.
- 2) Benigno positiva, es decir, es una situación que preserva o logra el bienestar o si parece ayudar a conseguirlo, se caracteriza por generar emociones placenteras.
- 3) Estresantes, es decir, aquellas situaciones que significan daño, pérdida, amenaza o desafío.

Estas evaluaciones de eventos da lugar a la:

Evaluación secundaria.

La evaluación secundaria es el proceso de elaborar una respuesta a la amenaza, es decir, planear que puede hacerse frente al acontecimiento con el cual nos confrontamos. La evaluación secundaria no es un mero ejercicio intelectual encaminado al reconocimiento de aquellos recursos que pueden aplicarse en una situación determinada, además, es un complejo proceso evaluativo de aquellas opciones afrontativas, para que una opción determinada cumpla con lo que se espera, y verificar la adecuada evaluación inicial y por lo tanto poniendo en juego los recursos de afrontamiento.

AFRONTAMIENTO.

Lazarus y Folkman (1991) consideran al afrontamiento como un proceso, y sugieren que se defina en términos de las funciones a las que obedecen las estrategias. Ellos piensan que la investigación debe centrarse en la identificación del modo en que cada individuo afronta cada estrés específico. El modelo transaccional del estrés es, según los autores, el adecuado para el estudio del afrontamiento como proceso.

En el modelo transaccional del estrés, el afrontamiento se define en función de lo que una persona hace o piensa, y no en términos de adaptación o aflicción (distrés). A partir de esta postura proponen la siguiente definición de afrontamiento:

Definimos el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognoscitivos y del comportamiento constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (p.164, Lazarus y Folkman, 1991).

La definición de afrontamiento, explica por si misma el porque trabajar con ella:

1. Se define como un proceso y no como un rasgo.
2. El afrontamiento está enfocado a aquellas condiciones de estrés psicológico que requieren la movilización, es decir, excluyen conductas y pensamientos automatizados.
3. El afrontamiento no es un resultado, es un proceso en el que el individuo hace o piensa, independientemente de los resultados que obtenga.
4. Afrontar no significa determinar la situación, sino, es una búsqueda para minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes incluyendo el intentar dominar el entorno.

FACTORES QUE AFECTAN EL AFRONTAMIENTO.

Como se explica con anterioridad, existen múltiples factores que afectarán el modo de afrontamiento, estos se clasifican en dos grupos: los factores personales, y los factores situacionales.

Factores personales.

Los factores personales más importantes que afectan la evaluación de los sujetos, según Lazarus y Folkman (1991), son los compromisos y las creencias, por lo que serán desarrollados a continuación.

1) Los compromisos.

Se refieren a aquello que es importante para el individuo, plantean las alternativas que el individuo elige para conservar sus ideales y/o conseguir determinados objetivos. Los compromisos dirigen las evaluaciones acercando o apartando a los individuos de situaciones que representan amenaza, daño o beneficio, mediante la adaptación de su sensibilidad a las señales emitidas por el entorno, cuanto más profundo es el compromiso contraído, mayor es la posibilidad de amenaza y de desafío, aunque la intensidad del compromiso induce al individuo a determinadas acciones adaptativas.

2) Las creencias.

Son esquemas cognoscitivos formados individualmente o compartidos culturalmente: son nociones de la realidad; las creencias precisan la realidad, cómo son las cosas en el entorno, también establecen la forma en que una persona evalúa lo que ocurre u ocurrirá a su alrededor.

Factores situacionales.

El que una situación represente una fuente de estrés dependerá de la forma en que el sujeto la interprete. El grado en que un acontecimiento sea estresante tiene que ver con la conjunción de factores personales y situacionales. Lazarus y Folkman (1991) plantean una clasificación que a continuación se presenta, mencionando su influencia sobre el afrontamiento.

1) Novedad de la situación:

La mayoría de situaciones no son completamente nuevas, ya que, no necesariamente el no haber pasado por X situación nos lleva a no conocer nada de ella, esto debido a la información que tenemos o a la similitud entre acontecimientos.

2) Predictibilidad:

Se refiere al aviso de que algo doloroso y/o dañino ocurrirá. Investigaciones con animales como las de Badia y Culbertson en 1973 (citados en Lazarus y Folkman 1991) han demostrado que un aviso proporciona información que permite a los sujetos prepararse de alguna forma y con ello reducir lo aversivo del agente estresante. A pesar de dichos hallazgos bajo modelos de investigación animal, su aplicación para explicar la psicología humana es limitada ya que quedan fuera las diferencias individuales en cuanto a comprender y responder a la situación.

3) Incertidumbre del acontecimiento:

El hecho de no saber con certeza si va a ocurrir un acontecimiento determinado, puede dar lugar a un dilatado proceso de evaluación, lo cual puede, a su vez generar pensamientos, sentimientos y conductas conflictivas.

4) Factores temporales.

El tiempo puede ser uno de los parámetros más importantes de las situaciones estresantes, estas poseen una influencia en las evaluaciones de amenaza y desafío estas se dividen en inminencia, duración e incertidumbre.

a) Inminencia:

Se refiere al tiempo que transcurre antes de un acontecimiento, cuanto más inminente es el proceso se hará más urgente y complejo. La inminencia aumenta la amenaza un tiempo prolongado también brinda al individuo la posibilidad de repensar y reevaluar la situación, así como la posibilidad de desarrollar diversos mecanismos de afrontamiento mediante los cuales se busca reducir o vencer la amenaza.

b) Duración:

Hace referencia al tiempo que persiste un acontecimiento estresante. Se considera a este factor como uno de los principales para la aparición de enfermedad, pues los estresantes prolongados o crónicos agotan al individuo física y psicológicamente. Existe la llamada habituación esta se refiere a la disminución de la respuesta conductual o fisiológica (*arousal*) que se da con la repetición de estímulos. Queda entonces la duda si la pérdida o disminución del *arousal* es debida al hecho de habituarse al agente estresante o bien se debe al agotamiento del individuo. Hay que considerar en los humanos que la habituación puede ser también una consecuencia del afrontamiento, especialmente del afrontamiento cognoscitivo. La persistencia de un estresante crónico puede dar al individuo la oportunidad de aprender a afrontar sus demandas o a distanciar al agente estresante, a desarrollar nuevos recursos, a reordenar los compromisos contraídos, a abandonar viejos objetivos y a buscar otros nuevos. Estudios de Stoklos en 1977 y Altman y Wohlwill en el mismo año, coinciden en afirmar que los efectos perjudiciales de un estresante crónico puede por tanto estar mediado por la reevaluación y el afrontamiento (estudios citados en Lazarus y Folkman 1991).

c) Incertidumbre temporal.

Se refiere al tiempo que transcurre antes de que ocurra un acontecimiento, cuanto más inminente es un acontecimiento más intensa resulta su evaluación en especial si existen ciertas señales de daño, peligro o ganancia.

5) Ambigüedad.

Cuando la información necesaria para la evaluación de una situación es poco clara o insuficiente, decimos que la configuración del entorno es ambigua, es decir, la situación posee una falta de claridad situacional, (diferenciándola de la incertidumbre, la cual se refiere a la confusión del individuo sobre el significado de la configuración del entorno). La ambigüedad de la situación tiene una naturaleza dual, puesto que, por un lado, puede aumentar la amenaza mediante la limitación de la sensación de control del individuo y/o aumentando la sensación de desesperanza frente al peligro; y por otro lado, en situaciones donde existen signos de daño o peligro puede utilizarse la ambigüedad para reducir la amenaza y permitir interpretaciones alternativas del significado de la situación.

6) Cronología de los acontecimientos.

Un acontecimiento estresante no ocurre de forma aislada sino en el contexto del ciclo vital del individuo y en relación con otros acontecimientos. Las personas tenemos un concepto de ciclo de vida normal, que incluye esperar que ciertos acontecimientos ocurran en un determinado momento, es decir los acontecimientos que ocurren fuera de tiempo son los que resultan amenazantes.

ETAPAS DEL AFRONTAMIENTO.

Las etapas de afrontamiento son el reflejo de los cambios en las demandas físicas o ambientales y sus correspondientes secuencias internas (Lazaruz y Folkman 1991). Estas etapas son: la anticipación, el impacto y el postimpacto.

Anticipación.

Cuando el acontecimiento no ha ocurrido todavía los aspectos principales a evaluar incluyen la posibilidad de que el acontecimiento suceda o no, el momento en que ocurrirá y la naturaleza de lo que acontecerá. El proceso cognoscitivo de evaluación en esta etapa, es la evaluación secundaria, es decir, se valora el manejo de la amenaza, hasta qué punto puede el sujeto hacerlo y de qué forma.

Impacto.

Durante este periodo muchos de los pensamientos y acciones para el control pierden el valor, puesto que al presentarse el acontecimiento el individuo comprueba si este es igual o peor de lo que anticipaba, al encontrar estas diferencias, se da una *reevaluación* de la importancia del acontecimiento.

Postimpacto.

Emerge todo un conjunto de nuevas consideraciones, aunque el acontecimiento estresante haya terminado, su final suscita todo un conjunto renovado de procesos anticipatorios.

RECURSOS PARA EL AFRONTAMIENTO.

La forma en que el individuo afronte la situación dependerá principalmente de los recursos de que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada (Lazarus y Folkman 1991). Se consideran a la salud y energía (recursos físicos), las técnicas sociales (aptitudes), las creencias positivas (recursos psicológicos), de resolución de problemas, de apoyo social y de recursos materiales.

Salud y energía.

El importante papel desempeñado por el bienestar físico se hace evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones que exigen una movilización importante de recursos, no con esto se quiere decir que una persona enferma o débil no sea capaz de afrontar las situaciones, aunque es más fácil afrontar una situación cuando uno se encuentra bien que cuando se encuentra mal.

Habilidades sociales.

Se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva.

Técnicas para la resolución del problema.

Incluyen habilidades para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado.

Apoyo social.

Se refiere a la importancia del afrontamiento que posee el contar con alguien para recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible.

Recursos materiales.

Los recursos económicos aumentan de forma importante las opciones de afrontamiento en la mayoría de las situaciones estresantes ya que proporcionan el acceso más fácil y a menudo más efectivo a la asistencia legal, médica, financiera y de cualquier otro tipo.

Creencias positivas.

Con esto se hace referencia a las creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas. No todas las creencias sirven para el afrontamiento, de hecho, una creencia de "castigo divino" puede conducir a una evaluación de desesperanza, en éste tipo de ideas (locus externo de control), existe una creencia negativa de la propia capacidad para ejercer control sobre una situación, disminuyendo con esto la capacidad de afrontar los problemas.

LOCUS DE CONTROL

Son diversas las concepciones teóricas acerca del control dentro de las más importantes se encuentra la concepción de Rotter en 1966 (citado en Folkman 1984) él habla acerca del concepto de locus de control interno vs locus de control externo. " *un locus de control interno se refiere a la convicción de que los eventos se producen por nuestra propia conducta, y un locus de control externo se refiere a la convicción de que los eventos no son producto de nuestras acciones, sino que dependen de la suerte, el azar, el destino, o el poder de otros*" (p. 841).

A este respecto Strickland (1978) cita algunos estudios que indican que las personas que creen que los resultados dependen de sus propias conductas (locus de control interno), afrontan de forma distinta los problemas de las que consideran el resultado como fuente del azar, la casualidad, del destino o de fuerzas que se encuentran más allá de su control personal (locus de control externo). La investigación antes mencionada y la de Anderson (1977) sugieren que las creencias generales sobre el locus de control influyen en el afrontamiento: si el locus de control es interno, predominan las estrategias dirigidas al problema y si el locus de control es externo, las estrategias son dirigidas a la emoción.

Rothbaum, Weisz y Snyder (1982) plantean que la necesidad de control ante situaciones incontrolables se desarrolla a través de dos tipos de control: el control primario y el secundario. El primero involucra los intentos por cambiar el mundo de acuerdo con las necesidades del self y el segundo tipo de control se refiere a los intentos por amoldar el self al mundo.

Los términos primario y secundario se adoptaron por diversas razones, primera, estos reflejan el hecho de que un proceso (primario) recibe por lo general más atención que otro (secundario). La segunda razón es que los términos distinguen entre presencia o ausencia de mayor control sobre los agentes, si el self es el agente más poderoso el control es primario, si otros agentes se reconocen como más poderosos (tareas que severamente limitan la habilidad haciéndola insoportable, la casualidad o el poder de otra u otras personas) el control del self es secundario. Otra virtud del uso de los términos primario y secundario es que ellos capturan diferencias en la secuencia temporal. El control secundario es más probable que ocurra después de que el control primario ha fallado (Rothbaum, Weisz y Snyder, 1982).

FUNCIONES DEL AFRONTAMIENTO.

La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia. Mechanic en 1974 (estudio citado en Lazarus y Folkman 1991) menciona tres funciones: afrontar las demandas sociales y del entorno, crear el nivel de motivación necesario para hacer frente a tales demandas y mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas.

Los trabajos de Lazarus han arrojado dos grandes funciones del afrontamiento: el afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción. La primera aparece cuando las condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio, y las segundas cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas.

MODOS DE AFRONTAMIENTO DIRIGIDOS A LA EMOCIÓN.

En general se refiere a los procesos cognoscitivos encargados de disminuir el nivel de trastorno emocional. Incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

Ciertas formas cognoscitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla, es decir, lo que se busca es un cambio en el significado de la situación. Utilizamos el afrontamiento dirigido a la emoción para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no nos importara.

MODOS DE AFRONTAMIENTO DIRIGIDOS AL PROBLEMA.

Los modos de afrontamiento están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas, elección y aplicación. Con esto no sólo se hace referencia a la resolución del problema, pues este sólo implica un objetivo, en cambio en el afrontamiento dirigido al problema, se incluyen las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto.

En este grupo se encuentran las estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos y los procedimientos; estrategias dirigidas a resolver el problema.

Un ejemplo en investigación al respecto de la dirección del afrontamiento hacia la emoción o hacia el problema, lo ofrece el estudio de Fromme y Rivet (1994) quienes, buscando rasgos de estilos de afrontamiento como predictores del consumo semanal de alcohol en adultos jóvenes, encontraron que los sujetos que reportan mayor consumo de alcohol presentan modos de afrontamiento del tipo de huida y evitación, por otro lado los sujetos que reportan un menor consumo semanal presentan altos niveles de afrontamiento enfocados a la emoción.

AFRONTAMIENTO Y SALUD.

La idea de la relación entre la salud y el afrontamiento ha sido ampliamente estudiada por diversos investigadores, con la intención de encontrar ciertos modos de afrontamiento relacionados con tipos de enfermedades.

Pero ¿por qué razón el modo de afrontamiento afecta la salud? Lazarus y Folkman (1991) plantean tres posibles causas por las que los mecanismos de afrontamiento afectan la salud.

"Primero, el afrontamiento puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas del estrés:

- a) Dejando de prevenir o aminorar las condiciones ambientales nocivas o perjudiciales,
- b) Dejando de regular la perturbación emocional que aparece frente a los daños o amenazas incontrolables,
- c) Expresando una serie de valores, un estilo de vida... que es en sí mismo perjudicial... el individuo responde a las presiones externas e incentivos para ser efectivo, ambicioso, competitivo y afortunado cultivando e interiorizando un estilo de vida adecuado.

Segundo, el afrontamiento puede afectar la salud de forma negativa, aumentando el riesgo de mortalidad cuando incluye el uso excesivo de sustancias nocivas como son el alcohol, las drogas y el tabaco, o cuando abocan al individuo a actividades que significan un riesgo importante para su vida... Por ejemplo una persona con riesgo de enfermedad coronaria puede iniciar o agravar su proceso si aumenta la tasa de cigarrillos como respuesta al estrés.

Tercero, las formas de afrontamiento dirigido a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad... negación o evitación, conductas que pueden lograr disminuir el grado de trastorno emocional pero que también pueden impedir al individuo enfrentarse de una forma realista a un problema susceptible de solucionarse mediante una acción correcta." (P.237).

Investigación a este respecto se encuentra en el estudio de Janzen, Kelly y Saklofske. (1992), quienes trabajando con una muestra no clínica de 164 mujeres, encontraron una correlación entre la sintomatología bulímica y un afrontamiento orientado a la emoción.

Con respecto a la Hipertensión, en diversas investigaciones se reconoce que dicha enfermedad, posee una etiología multifactorial y los estilos de vida y el estrés son importantes en su desarrollo; típicamente se han asociado ciertos niveles de ansiedad y enojo que a su vez, están altamente relacionados con repentinas elevaciones de la presión sanguínea (Zavala 1991).

En México Joya y Ortega (1997) investigando el proceso cognoscitivo en pacientes hipertensos a través del instrumento modificado (28 reactivos) de Lazarus y Folkman de afrontamiento, en una muestra de 52 casos con este padecimiento, provenientes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, encontraron que dos formas básicas de afrontamiento son utilizadas en estos pacientes "Distanciamiento" y "Autocontrol-responsabilidad"; además de un perfil de estilos cognoscitivos caracterizado por evaluación punitiva, fatalismo con locus de control externo y monitorización paranoide.

Carrillo (1997) con la intención de averiguar los componentes psicológicos relacionados con la coronariopatía, realizó un estudio comparativo entre 30 pacientes con infarto al miocardio y 30 personas sanas del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. Aplicando el Instrumento de afrontamiento modificado de Joya y Ortega, el cuestionario de ideas irracionales de Ellis, el inventario de depresión de Beck y el IDARE para ansiedad. Encontró diferencias significativas con respecto a las ideas relacionadas con un estilo cognoscitivo de competitividad, hostilidad y un locus de control externo. Los estilos de afrontamiento utilizados por estos pacientes (reevaluación positiva, apoyo social y responsabilidad), concluye el autor, indican que el éxito y la aceptación de estas personas es buscado a través de retroalimentación del exterior para posteriormente poder actuar con mayor seguridad.

A decir de Aguilar (1997) el proceso de aceptación de cualquier enfermedad crónica comienza con el entendimiento de la perspectiva del paciente, en especial, la apreciación de las estrategias de afrontamiento comúnmente utilizadas, las cuales ayudan a seleccionar apropiados métodos de guía para fomentar la salud psicológica.

Felton y Ravenson en 1984 realizaron un estudio para saber si el modo de afrontamiento se encuentra correlacionado con el control o no de la enfermedad, Se investigaron dos modos de afrontamiento: la búsqueda de información y la fantasía de cumplimiento de deseos y cómo estos se reflejan en la forma de ajustarse a la enfermedad y las respuestas emocionales. Los resultados mostraron que la búsqueda de información tuvo efectos más saludables, y contrario a lo que se esperaba no se encontraron diferencias entre el modo de afrontamiento y el control o no sobre la enfermedad.

En el presente estudio pretendemos responder a la pregunta relacionada con afrontamiento y salud la cual sería: ¿cómo se vinculan la coronariopatía isquémica con los modos de afrontamiento?

Hasta la fecha, los estudios más trascendentes acerca del factor psicológico predisponente a la cardiopatía isquémica únicamente son de tipo fenomenológico, pero en un intento por desglosar o explicar este factor de riesgo se plantea la perspectiva del afrontamiento, en el entendido de que se trata de un enfoque de análisis de un proceso, como anteriormente se describió.

La idea de vincular el afrontamiento con las coronariopatías no se refiere al como afronta la persona esta enfermedad sino a cual o cuales han sido las formas de afrontar los acontecimientos de la vida cotidiana que afectan de tal forma la salud.

Los estudios sobre la fenomenología de la conducta del enfermo cardíopata sólo ha mostrado su forma de actuar, un comportamiento inducido por valores culturales y pautas concretas de socialización. Los modelos aprendidos socialmente están, para Price (1982), representados en un grupo de creencias específicas o ideas irracionales. Estas creencias se conforman por la evaluación que el individuo hace de las circunstancias. Ésta evaluación cognoscitiva dice Ellis (1989) se refiere a que la estimulación a través de la cognición determina la emoción humana y modifica la respuesta. Entre el hecho y la emoción media la real o ideal apreciación mental del individuo, sus propios pensamientos dirigidos y controlados es lo que crea la ansiedad, mal humor, depresión sentimientos de culpabilidad y rabia por uno mismo.

La idea general de Lazarus y Folkman acerca de la relación entre el modo de afrontamiento y la salud, en especial en lo que respecta al factor de riesgo psicológico, se ve apoyada por investigaciones que reportan la existencia en los sujetos con cardiopatía isquémica de una serie de pensamientos y conductas de afrontamiento específicos, pero no se han medido ya que los intereses de estos investigadores han sido otros, como la relación entre los patrones de conducta rígidos y la reacción ante diferentes situaciones y tareas, (Diamont, 1982; Yarnol y Grimm en 1982) o el vínculo entre el patrón de conducta y la actividad defensora del yo (Vickers y cols. 1981).

Como se puede observar algunos pacientes cardíopatas tienen una serie de ideas y conductas preestructuradas, que son, precisamente estas, las que conforman sus recursos de afrontamiento.

De todo lo anterior y conociendo el riesgo psicológico para la salud, existe la necesidad de modificar ese factor. Esta modificación, a través de diversas investigaciones como en Grant. R. J. (1984), Hart K. E. (1984), Jenni y Wollersheim (1979), (citados en Moller y Botha 1996) se han utilizado toda una variedad de técnicas terapéuticas que van desde el manejo de estrés, retroalimentación biológica terapia cognitivo conductuales y la combinación de estas. Las investigaciones consideran que una forma eficaz de modificar la conducta tipo A es combatir primeramente el estilo de cognición de estos pacientes.

Por esta razón se ha escogido la Terapia Racional Emotiva (TRE) como la técnica a manejar ya que su principal función es la modificación de las cogniciones irracionales, llamadas por Ellis "ideas irracionales". En el siguiente capítulo ampliaremos la concepción de la TRE.

Continuando con la idea del capítulo anterior, es decir, la propuesta de que para lograr un cambio efectivo en las evaluaciones cognoscitivas en pacientes que muestran un factor de riesgo psicológico para la coronariopatía se hace necesario la modificación de las cogniciones irracionales; se pensó en la Terapia Racional Emotiva la cual cubre los objetivos de este trabajo.

DEFINICIÓN DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE).

La TRE es una técnica terapéutica de corte cognoscitivo, sus orígenes se remontan al año de 1957 cuando se publica el primer libro de Albert Ellis (*como vivir con un neurótico*) creador de esta terapia. Empleando métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integral. Por una parte, la TRE puede ser utilizada para ayudar a las personas a superar sus sentimientos y conductas inapropiadas, y por otra, es una terapia filosófica y teórica que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos, que parecen ser la base de sus actos contraproducentes, las dinámicas a utilizarse tienen la finalidad de mostrar a los sujetos cómo fijar la atención en sus filosofías negativas y cómo proceder a desarraigarlas.

La TRE no pretende ser puramente objetiva, científica o técnica, sino que es una aproximación humanístico-existencial a los problemas humanos y a sus soluciones. Se ocupa principalmente de las conductas, emociones y evaluaciones de las personas perturbadas. Plantea la hipótesis de que no existe nada *super humano*, ya que esta creencia en lo *super humano* favorece la dependencia e incrementa las perturbaciones emocionales (Ellis, 1986).

La TRE ayuda a la gente a aceptar la realidad incluyendo la realidad sobre ellos mismos, sobre sus pensamientos y sentimientos rechazando la infundada evaluación adicional. No siempre es placentero aceptar la realidad, pero para poder ejercer un cambio sobre lo que no nos agrada es necesario primero reconocerla y aceptarla.

La TRE se desarrolla a partir de la concepción filosófica respecto al valor de los seres humanos y una base psicológica referente a la relación entre el pensamiento y la emoción.

RELACIÓN ENTRE PENSAMIENTO Y EMOCIÓN.

Las cogniciones, emociones y conductas no se experimentan de forma aislada sino que se superponen significativamente (Ellis 1986). La TRE ha insistido en la naturaleza inferencial de los acontecimientos y ha demostrado como los hechos, o mejor dicho, la forma en que percibimos los hechos, interactúan en nuestra evaluación cognoscitiva, emociones y conductas.

Para la TRE la estimulación ambiental no es la que determina la emoción humana, sino la cogniciones que ocurren a partir de la estimulación, de esta manera, la emoción estará estrechamente ligada al pensamiento, y si el pensamiento es en gran parte verbal, más que gráfico, las emociones estarán determinadas por las cadenas verbales, es decir, por la forma en que la persona se hable a sí misma. Así, dice Ellis (1986), si el ser humano se habla en forma lógica, madura, racional, difícilmente experimentará emociones negativas; pero, sí, por el contrario, se habla a sí mismo en forma ilógica, autoderrotista e irracional, su infelicidad y perturbación emocional se acrecentará.

RELACIÓN RESPECTO AL VALOR DE LOS SERES HUMANOS.

De acuerdo con Ellis (1989) existe en el hombre una tendencia a evaluarse a sí mismo a partir de sus ejecuciones, sus conductas; pero lo que alguien hace y él, son cosas distintas, el hombre es valioso porque existe y nada de lo que haga en su vida hará que su valor como ser humano aumente o disminuya, porque su valor no depende de lo que haga, sino, simple y sencillamente de su condición de ser humano.

A partir de estas concepciones Ellis (1989) plantea que los hombres son más felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida y se esfuerzan por alcanzarlos. Suponiendo que las personas tiendan a ir directamente hacia sus metas. Lo racional en la teoría de la TRE, es lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos por el contrario lo irracional es lo que los frena. La conceptualización de lo racional y lo irracional será definido más adelante dada su importancia dentro de esta teoría.

MODELO ABC.

Desde el punto de vista de la TRE, la concepción sobre la relación entre el pensamiento y la emoción es explicada en forma muy sencilla a partir del modelo ABC. "A" simboliza el acontecimiento desencadenante o activador, la letra "B" representa lo que la persona cree, es la idea que se ha generado (en inglés Belief, por eso se representa con una B) y "C" denota las respuestas emocionales y comportamentales o las consecuencias que derivan de esas creencias particulares en "B".

La persona que piensa irracionalmente tenderá a culpar a los demás, o a la suerte o a las cosas por las emociones que experimenta. Cree que la consecuencia emocional que experimenta en el punto C se debe al antecedente ambiental que ocurrió en el punto A.

Este tipo de personas cree que la emoción humana tiene una causa externa, el error está en que entre A y C ocurre B, esto es, ocurren una serie de pensamientos, una serie de cosas que las personas dicen de sí mismas, a partir de los antecedentes ambientales. La TRE ha podido constatar que los seres humanos realizan muchos actos ilógicos cuando están alterados, tales distorsiones cognoscitivas son una manifestación de alteración psicológica.

IDEAS RACIONALES E IRRACIONALES.

El pensar racionalmente consiste en evaluaciones que son relativas. Es decir no son ideas absolutas y/o predeterminadas, las cuales pueden ser experimentadas empíricamente como preferencias y deseos. Las creencias racionales son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo diferencial. Se expresan en la forma de "me gustaría", "quisiera", "no me gustaría", "preferiría", "desearía", etc. Los sentimientos positivos de placer y satisfacción se experimentan cuando las personas consiguen lo que desean. Estas creencias son racionales por dos aspectos: primero, porque son relativas y segundo porque no impiden el logro de objetivo y propósitos básicos (Wessler y Wessler, 1980).

El modo de pensar irracional consiste en la evaluación derivada de premisas no empíricas. La persona que piensa irracionalmente tenderá a culpar a los demás, a la suerte o a las cosas por las emociones que experimenta, es decir poseen un locus de control externo: hace todo a partir de las exigencias externas, pero, además de todo, esta autoexigencia es exagerada pues siempre busca este reconocimiento externo. Las ideas irracionales se expresan en oraciones que contienen palabras como *debo de, tengo que, es mi obligación*, etc. estas palabras implican prescripciones incondicionales o demandas. Provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas.

A lo largo del desarrollo de la teoría de la TRE Ellis plantea que en general existen 10 ideas irracionales:

1. Para un adulto existe una necesidad de cariño y aprobación de los demás.
2. La felicidad aumenta con la inactividad y el ocio indefinido.
3. Ciertas personas viles deberán ser castigadas.
4. Es horrible cuando las cosas y personas no son como quisiera que fueran.
5. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias.
6. Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida.
7. Es más fácil evitar los problemas que hacerles frente.
8. Se necesita contar con algo más grande y fuerte que uno mismo.
9. El pasado tiene mucho que ver en la determinación del presente.
10. Hay que ser indefectiblemente competente y perfecto en todo.

Pero en 1977 Ellis enfatiza que existen cuatro formas principales de ideas irracionales, éstas son: las demandas, la ideación catastrófica, la incapacidad personal y, por último, las condenas.

Demandas.

Implican la certeza de que hay leyes absolutas y universales. Son exigencias infantiles, que se expresan en términos de "debe" "tiene que", "debía" "tendría que", por ejemplo, la gente debe de ser de tal o cual manera, las cosas tienen que salir de esta o aquella forma.

Catastrofización.

Es el hecho de considerar que cuando las cosas no son como uno cree que "deberían" ser entonces la situación es catastrófica, es decir, se exageran las consecuencias de nuestra conducta o de los demás, esperando un desastre.

La incapacidad personal.

Se refiere al hecho de no tener control sobre la gran mayoría de las situaciones, es decir, pensar que el control de la situación no está en manos de la persona.

Condenas.

Las condenas más frecuentes se dirigen hacia los demás o hacia uno mismo, lo que se hace constantemente es una evaluación de sí mismo y de los demás, cuando se compromete una evaluación, se enfoca típicamente en características específicas, conductas o efectos, evaluados de acuerdo con algún estándar o valor deseado.

Las creencias racionales e irracionales pueden ocurrir en respuesta de cualquier evento, es decir, vemos aquí la idea de Ellis de que no es el acontecimiento en sí lo que causa las respuestas emocionales, sino el valor que queremos darles, dependerá de cada uno el ver las cosas racional o irracionalmente.

Las ideas básicas no actúan en forma aislada, sino que actúan en forma dependiente unas de otras. En general, estas ideas surgen a partir de:

1. *Hipergeneralización*, es decir, a partir de un hecho aislado se hace una regla general y universal.
2. *Razonamiento emocional*, esto es, creer que lo que se piensa es lo cierto, suponer que las cosas son de la forma en que las siente la persona.
3. *Autoacusación*- Nos culpamos permanentemente de cosas que no nos corresponden, es decir sentimos responsabilidad de todo.
4. *Lectura de la mente*- Sin que los demás digan nada nosotros sabemos lo que están sintiendo los demás y porque actúan como lo hacen, sin tener evidencia real de que las suposiciones sean correctas.
5. *Personalización*- Pensar que todo lo que las personas dicen o hacen es un tipo de reacción hacia uno mismo.
6. *Ser extremista*- Llevar las cosas a sus extremos en categorías de blanco o negro sin términos medios.
7. *Catastrofizar*- Exagerar las consecuencias de la propia conducta o de los demás.

La TRE sostiene que los seres humanos tienen una tendencia biológica a tener pensamientos irracionales, sin embargo, los seres humanos tienen una segunda tendencia biológica básica, destinada a ejercitar la capacidad de elección y trabajar contra el pensamiento irracional (Ellis, 1989). Por eso, las personas tienen; 1) la habilidad de darse cuenta de que se trastornan a sí mismos por su visión irracional de las situaciones 2) la habilidad de darse cuenta de que pueden cambiar sus pensamientos y 3) la habilidad de trabajar activa y continuamente para cambiar estos pensamientos, esto es el trabajo de la TRE que mediante la aplicación de métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales logra cambiar las cogniciones hacia maneras más sanas de vivir las situaciones. Para la TRE la autoaceptación y un alto nivel de tolerancia a la frustración son los dos pilares básicos de un estilo de vida psicológicamente sano.

EL CAMBIO DE LAS IDEAS IRRACIONALES.

Existen varios niveles de cambio. La teoría racional-emotiva dice que los cambios más duraderos que pueden producir los individuos son aquellos que incluyen una reestructuración filosófica de creencias irracionales. El cambio a este nivel puede ser específico o general (Ellis, 1989). El cambio filosófico significa que los individuos cambian sus exigencias absolutistas irracionales (los "debo") por unas preferencias relativas racionales en una situación concreta. El cambio filosófico general supone que la persona adopta una actitud no ferviente hacia los acontecimientos vitales en general.

Para efectuar un cambio filosófico tanto en un nivel específico, como general, se aconseja a las personas que:

1. Se den cuenta de que ellos crean, en gran medida sus propias perturbaciones psicológicas, y aunque, las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, en general estas tienen un papel secundario en el proceso de cambio.
2. Reconozcan por completo que las personas tienen la capacidad de cambiar significativamente estas perturbaciones.
3. Comprendan que las alteraciones y conductas provienen la mayoría de las veces de creencias dogmáticas absolutistas e irracionales.
4. Detecten sus creencias irracionales y las diferencien de sus alternativas racionales.
5. Refuten estas creencias irracionales usando los métodos lógico-empíricos de la ciencia.
6. Trabajen para interiorizar sus nuevas creencias racionales.
7. Continúen este proceso de enfrentarse a las creencias irracionales y de usar métodos de cambio multimodales para el resto de sus vidas.

La idea del cambio del pensamiento irracional, se inicia con la intervención del terapeuta enseñando a los pacientes el análisis, y sustitución del pensamiento irracional. Ellis (1989) propone cinco pasos a seguir:

III TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

- 1) Identificación de las ideas irracionales.
- 2) Establecer en la persona la concepción de la responsabilidad personal sobre las emociones.
- 3) Instruir a la persona sobre las principales concepciones irracionales acerca del mundo y de la gente, demostrando el porque son irracionales.
- 4) Presentar alternativas más racionales y menos autoderrotistas que puedan sustituir a los patrones de pensamiento irracional.
- 5) Capacitar al sujeto para que, por sí sólo pueda cambiar su pensamiento irracional, demostrar sus fallas lógicas, encontrar argumentos racionales y cambiar sus emociones perturbadas.

De forma práctica, los cinco pasos anteriores pueden trabajarse por medio del modelo ABC agregando el punto D (el debate de lo racional de los pensamientos) y teniendo como consecuencia un punto E, es decir:

En A, la persona describirá el antecedente ambiental que generó una cadena de pensamientos irracionales que ocurrieron en el punto B, las cuales desataron una serie de consecuencias emocionales en el punto C, posteriormente, se agrega el punto D, en donde se debaten los pensamientos irracionales del punto B, desarrollando un nuevo efecto emocional en un punto E.

TRE Y SALUD.

A decir de Engel (1977) el modelo médico, es decir, el que supone la existencia de un microorganismo responsable de la enfermedad y que mediante la erradicación de éste se volverá a recuperar el estado de salud, ha demostrado su inadecuación para solucionar todos los problemas relacionados a tales males cuando se utiliza exclusivamente para explicar, remediar y prevenir estos fenómenos. Su principal desventaja es creer que mediante la sola utilización de la teoría bioquímica se aborda exclusivamente la totalidad de la enfermedad (citado en Carrillo 1997).

Moss (1982) -citado en Carrillo 1997- explica que, debido a esta crisis del modelo médico, el psicólogo clínico se ha vinculado al tratamiento de las enfermedades, ya que por sí sólo dicho modelo médico no podía dar cuenta de todos los problemas psicológicos y sociales que se presentan en ese campo. Este fue probablemente, el surgimiento de la medicina conductual, la cual, gracias a toda una serie de técnicas a desarrollado ininidad de estudios y tratamientos en el campo de las enfermedades crónicas.

La investigación que nos interesa al respecto, es la relacionada con la Terapia Racional Emotiva, de la cual se han desarrollado estudios en diferentes áreas de la salud con la finalidad de explicar la interacción de las ideas irracionales dentro de la dinámica de una enfermedad, así como comprobar la eficacia de la TRE en este intento de la psicología de otorgar tratamientos integrales para las enfermedades. A continuación se presentan unos ejemplos al respecto.

203 estudiantes usuarios de alcohol fueron estudiados por Hutchinson, Pecckman, Cheong y Nagoshi (1998) por medio de un cuestionario, con cual se investigó: los niveles de alcohol usado, problemas de moderados a severos con el mismo, y medidas de vida estresante; impulsividad, compulsividad, ideas irracionales y depresión, El afrontamiento irracional, es decir la combinación de cogniciones (ideas irracionales) y comportamientos anormales (impulsividad y compulsividad), depresión y estrés produjeron moderadas correlaciones con los problemas con el uso de alcohol.

En el estudio de Rubin, Walen y Ellis (1990) a una muestra de pacientes con diabetes se les aplicó Terapia Racional Emotiva, puesto que a decir de los autores, el manejo de la diabetes puede estar afectada por distrés emocional, ya que, directamente, el estrés tiene un efecto sobre el control glicémico e indirectamente, por las rutinas de autocuidado. Las técnicas incluidas fueron la identificación de situaciones problemáticas relacionadas con la diabetes, aceptación de la realidad y rechazo a las ideas irracionales. Los resultados mostraron la eficacia de la TRE para el logro de un mayor control y autocuidado de la salud de los pacientes estudiados.

Cowan (1998) reporta un estudio piloto sobre la efectividad de la TRE en un grupo de tratamiento seleccionado de clientes que sufrían desordenes de ansiedad. La muestra quedó conformada por 17 sujetos quienes terminaron el programa de tratamiento. La Información de ansiedad y depresión fue obtenida por datos biográficos y la intervención se enfocó a identificar y corregir las ideas irracionales por medio de las técnicas de la Terapia Racional Emotiva. Los resultados sugieren que la aproximación del tratamiento funciona para modificar las ideas irracionales y la ansiedad.

Moller y Botha en 1996 trabajaron con una muestra de 44 pacientes con patrón de conducta tipo A. Dichos sujetos fueron divididos en dos grupos, uno control y otro experimental, el primero participó en un grupo de Terapia Racional Emotiva, en nueve sesiones semanales, y el segundo recibió el mismo tratamiento pero con un retardo. Los análisis comparativos entre los dos grupos indicaron que la terapia reduce significativamente la intensidad del patrón tipo A, estos cambios se mantuvieron en el seguimiento acompañado de autorreportes de cambios positivos en la conducta tipo A y las ideas irracionales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Partiendo de que uno de los factores de riesgo coronario es un componente psicológico, Lazarus y Folkman consideran que el afrontamiento puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas del estrés, afectando con esto la funcionalidad del corazón. Por todo esto la presente investigación pretendió conocer

- ¿Cuáles son los modos de afrontamiento ante un padecimiento de tipo cardiológico?
- ¿Qué tipo de ideas irracionales presentan estos pacientes?
- ¿Se modifican los modos de afrontamiento posterior a la Terapia Racional Emotiva de grupo?
- ¿Se modifican las ideas irracionales después de una intervención de TRE grupal?

OBJETIVO.

Identificar los modos de afrontamiento y las ideas irracionales que presentan los pacientes cardiopatas que asisten al servicio de rehabilitación cardiaca del Centro Medico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, y conocer si estas se modifican por medio de una intervención de Terapia Racional Emotiva, posterior a un tratamiento grupal con esta orientación.

HIPÓTESIS.

Hipótesis conceptual.

Al presentarse cambios en la forma en que los pacientes evalúan las situaciones cotidianas posterior a un manejo grupal con Terapia Racional Emotiva, se esperan cambios en el afrontamiento, es decir, habrá diferencias en los esfuerzos cognoscitivos y comportamentales para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo y las evaluaciones disfuncionales de la realidad, esperando que tales diferencias ocurran en el grupo que participe en la TRE a diferencia del que no participe.

Hipótesis de trabajo.

Habrá puntajes diferentes en los tests de afrontamiento e ideas irracionales de los pacientes cardiopatas que asistieron al servicio de rehabilitación cardiaca del CMN 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E. después de participar en un grupo de Terapia racional Emotiva; a diferencia de uno que no participó en esta terapia.

Hipótesis estadísticas.

1. Habrá diferencias estadísticamente significativas en el test de modos de afrontamiento en el grupo que participó en el tratamiento antes y después del mismo.
2. Habrá diferencias estadísticamente significativas en el test de ideas irracionales en el grupo que participó en el tratamiento antes y después del mismo.
3. No habrá diferencias estadísticamente significativas en el tests de modos de afrontamiento en el grupo que no participó en el tratamiento antes y después del mismo.
4. No habrá diferencias estadísticamente significativas en el tests de ideas irracionales en el grupo que no participó en el tratamiento antes y después del mismo.
5. Habrá diferencias estadísticamente significativas en el tests de modos de afrontamiento entre el grupo que participó y el que no en el tratamiento después del mismo.
6. Habrá diferencias estadísticamente significativas en el tests de ideas irracionales entre el grupo que participó y el que no en el tratamiento después del mismo.

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Variable independiente:

Terapia Racional Emotiva.

Variable dependiente:

Ideas irracionales, afrontamiento.

Definiciones conceptuales:

Terapia Racional Emotiva: Terapia de corte cognoscitivo-emotivo-conductual que pretende ayudar a las personas a ver sus creencias irracionales para posteriormente modificarlas (Ellis 1986).

Afrontamiento: Aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1991).

Ideas irracionales: Sistema de creencias injustificadas acerca de la fuente y/o curso de cualquier tipo de situación (Ellis 1986).

Definiciones operacionales:

Terapia Racional Emotiva: Grupo de técnicas y dinámicas encaminadas al autorreconocimiento, por parte de los pacientes, de las ideas irracionales que emplean; y la capacitación de los mismos para analizar, combatir y sustituir el pensamiento irracional. Que consistió en una terapia de grupo en ocho sesiones con una duración de una hora con treinta minutos, cada una (ver anexo 2).

Afrontamiento: Respuestas a la escala de modos de afrontamiento.

Ideas irracionales: Registro de opiniones en el cuestionario de ideas irracionales.

Control de variables.

Debido a las características del muestreo, fue imposible la igualación en cuanto a las características de los grupos experimental y control, por lo que el control de variables se enfocó hacia cinco puntos:

1o. La aplicación de los instrumentos: se realizó en forma individual, siendo leído por el personal de psicología a cada sujeto, con la finalidad de aclarar cualquier duda. La segunda aplicación se llevó a cabo en ambos grupos posterior a 4 semanas de haber finalizado las sesiones, es decir, dando un total de 12 semanas entre cada aplicación para ambos grupos.

2o. El tiempo de ocurrido el evento isquémico: el cual no debía de tener más de seis meses anteriores al inicio del tratamiento de la TRE.

3o. Los diferentes grupos que conformaron el grupo experimental. Durante las sesiones terapéuticas, de los diferentes grupos se manejó siempre la misma información, el mismo formato de procedimiento (anexo 2) y el mismo terapeuta.

4to. Igualación de las variable extrañas en ambos grupos: se utilizaron el Índice de ansiedad rasgo y estado (IDARE) y el inventario de depresión de Beck para ansiedad, esperando que ambos grupos tuvieran puntajes similares en estas dos variables anterior al tratamiento, para confirmar que los pacientes no tuvieran respuestas características de la ansiedad y depresión que pudiera afectar los resultados.

5to. Igualación de las variables del estudio en ambos grupos: se realizó la comparación de los grupos en cuanto a afrontamiento e ideas irracionales, esperando que los grupos se encontrarán igualados en estas variables antes del tratamiento.

MÉTODO.

Tipo de estudio.

Cuasiexperimental.

Diseño.

De dos grupos, pretest-postest

Tipo de muestra.

Muestra no probabilística de tipo intencionado por cuotas.

SUJETOS.

Ambos grupos quedaron conformados por pacientes que asistían al servicio de rehabilitación cardiaca del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, con diagnóstico de cardiopatía isquémica, Tanto pacientes que sufrieron infarto al Miocardio como los que presentaron angina inestable, el cual debió de ocurrir en un período máximo de seis meses anteriores a la investigación.

La asignación de los sujetos a cada uno de los grupos se realizó de manera voluntaria, es decir, se invitaba a los pacientes a participar en el grupo terapéutico, los que accedían formaron parte del grupo experimental, mientras que, los que no accedieron integraron el grupo control.

El grupo control quedó conformado por 14 pacientes: 13 hombres y una mujer.

El grupo experimental quedó conformado por 14 pacientes: 8 hombres y 6 mujeres.

INSTRUMENTOS.

En primer lugar se presentaba una hoja de datos sociodemográficos, con la cual se obtuvieron datos generales acerca de los pacientes, dicha hoja contenía, además, un par de respuestas acerca de la percepción de los sujetos sobre la satisfacción de vida y la situación familiar (anexo 2).

Inventario de depresión de Beck.

Es una de las escalas más utilizadas en el mundo para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas. Consta de 21 reactivos que evalúan el mismo número de categorías sintomático - conductuales. Los primeros 14 reactivos se conocen como evaluadores afectivo - cognitivos y los 17 restantes de síntomas vegetativo somático. Cada reactivo consiste en una serie de enunciados en diferentes grados de un mismo rubro sintomático; se pide a la persona seleccione el que más se acerque a la condición en el momento de la evaluación.

Dicho instrumento esta estandarizado en México (Jurado, S. 1998) por medio de tres estudios. El primero, siguiendo los lineamientos internacionales establecidos para la traducción y adaptación de instrumentos de evaluación psicológica, trabajó con una muestra de 1508 personas adultas. La confiabilidad para consistencia interna obtenida fue alfa de Cronbach = 0.87, $p < .000$. Obteniéndose las tablas normativas para estudiantes y población general.

El segundo estudio evaluó la validez concurrente entre el inventario de Beck y la escala de Zung en una muestra de 120 personas con diagnóstico psiquiátrico de depresión. La correlación estadística entre ambas pruebas fue: $r = 0.70$, $p < .000$.

El tercer estudio, evaluó nuevamente la validez concurrente entre estas dos escalas pero en una población de 546 estudiantes de bachillerato. La correlación estadística entre ambas escalas fue: $r = 0.65$, $p < .000$.

Índice de ansiedad rasgo estado (IDARE).

Este inventario fue diseñado para medir dos aspectos de la ansiedad: Ansiedad Rasgo (SXR) y Ansiedad Estado (SXE), cada una de ellas contiene 20 reactivos. Se obtienen puntuaciones que van desde un mínimo de 20 a un máximo de 80, siendo mayor la ansiedad cuanto mayor sea la puntuación.

La confiabilidad alfa, calculada a partir de la fórmula K - R 20 de Cronbach, para Ansiedad Rasgo es de .86 a .92, mientras que para Ansiedad Estado es de .83 a .92.

Escala de modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman

Modificado y validado en población mexicana (Joya y Ortega 1997). Dicho instrumento se modificó a través de la aplicación del original de 67 reactivos. A los datos obtenidos se les realizó un análisis de frecuencias para descartar aquellos reactivos que no presentaban una distribución normal. Se eliminaron aquellas frecuencias que acumulaban más del 40% de respuestas en una opción y los sesgos que pasaban de .05

En este proceso el instrumento se redujo a 36 reactivos a los que se les aplicó un análisis factorial por el método de componentes principales con rotación varimax. En el análisis factorial resultaron 7 factores que explican el 51.7% de la varianza, uno de los factores se eliminó por tener menos de 3 reactivos, finalmente la varianza explicada correspondió al 48%. A los factores obtenidos se les aplicó una prueba de alfa de Cronbach para medir su consistencia interna.

A continuación se presentan la tabla de los factores con su valor alfa y los reactivos que la componen con su respectiva carga factorial.

TABLA I
FACTORES, REACTIVOS QUE LO COMPONEN
Y SU VALOR ALPHA.

Factor	Alpha	Reactivo	Carga factorial
1 Reevaluación positiva.	.85	6	.52
		7	.52
		8	.64
		12	.43
		14	.60
		15	.70
		16	.56
		21	.72
		22	.70
		24	.47
2 Huida – evitación	.65	18	.41
		25	.59
		26	.69
		27	.72
3 Planeación – confrontación.	.44	1	.57
		2	.66
		5	.65
4. Autocontrol-responsabilidad.	.70	11	.40
		13	.74
		23	.39
5 Apoyo social.	.60	9	.42
		17	.68
		20	.73
6 Distanciamiento.	.60	3	.58
		4	.42
		10	.42
		19	.45

De acuerdo al los datos obtenidos
en el estudio Joya y Ortega (1997).

Cuestionario de ideas irracionales.

Consta de 50 ítems dividido en 10 tipos de ideas irracionales.

- 1 Para un adulto existe una necesidad de cariño y aprobación de los demás.
- 2 La felicidad aumenta con la inactividad y el ocio indefinido.
- 3 Ciertas personas viles deberán ser castigadas.
- 4 Es horrible cuando las cosas y personas no son como quisiera que fueran.
- 5 Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias.
- 6 Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida.
- 7 Es más fácil evitar los problemas que hacerles frente.
- 8 Se necesita contar con algo más grande y fuerte que uno mismo.
- 9 El pasado tiene mucho que ver en la determinación del presente.
- 10 Hay que ser indefectiblemente competente y perfecto en todo.

De este instrumento no se cuentan con datos de validación y confiabilidad, su uso es sólo dentro del ámbito clínico para la detección de las ideas irracionales.

PROCEDIMIENTO.

Se detectaron los pacientes del área de rehabilitación cardiaca que cubrían las características requeridas para el estudio a los cuales se les aplicó el pretest posteriormente se les invitaba a participar en el grupo terapéutico.

Con los pacientes que accedieron a la asistencia a las sesiones formaron los grupos terapéuticos y se trabajó con ellos durante las ocho sesiones (anexo 1), en las cuales se trabajo lo siguiente:

- 1ª Sesión Presentación y explicación de la finalidad del grupo.
- 2ª Sesión. Integración grupal y reconocimiento de las diferencias perceptuales entre los miembros del grupo.
- 3ª Sesión. Revisión teórica del surgimiento y mantenimiento de las ideas irracionales.
- 4ª Sesión. Diferenciación entre evento, emoción y pensamiento.
- 5ª Sesión. Modelo ABC.

6ª Sesión Modelo ABC con ejemplos prácticos.

7ª Sesión Trabajo del modelo ABC por medio de un formato.

8ª Sesión Cierre de la terapia.

Al finalizar el trabajo terapéutico se citó a los pacientes del grupo experimental para la segunda aplicación; a los del grupo control se les captó, de acuerdo a sus citas en el área de rehabilitación cardíaca, en ambos grupos se cuidó que la segunda aplicación fuese un mes después del pretest, es decir, 12 semanas después de la primera aplicación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

En todos los instrumentos no se normalizaron los datos, el análisis estadístico se realizó con la puntuación bruta, de acuerdo a las características de cada instrumento —es decir, en el Beck y en el IDARE se realizó la sumatoria, sólo que en éste último se realizó de acuerdo a los dos tipos de ansiedad que mide, en el de afrontamiento la sumatoria se realizó de acuerdo a cada factor dividiendo entre el número de ítems para cada factor; por último ideas irracionales la sumatoria se realizó de acuerdo a las 10 ideas irracionales.

Dadas las características de la muestra, el análisis estadístico se realizó por medio de tres pruebas no paramétricas: para establecer la diferencia entre los grupos con tratamiento y sin tratamiento, se empleó U Mann - Whitney; y para la comprobación pre - post intragrupo se aplicó Wilcoxon y comparación por perfiles.

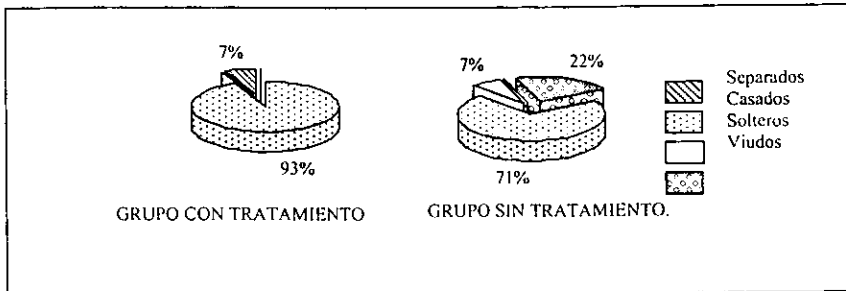
Como ya se ha explicado la presente investigación tuvo como finalidad conocer los modos de afrontamiento y las ideas irracionales manejadas por pacientes cardiopatas del hospital 20 de noviembre del I.S.S.T.E. y si estas se modifican posterior a ocho sesiones de Terapia Racional Emotiva. Se utilizaron los instrumentos de modos de afrontamiento (modificado) y el cuestionario de ideas irracionales (50 reactivos), utilizándose dos grupos, control (sin tratamiento) y experimental (con tratamiento). Para la comprobación de las hipótesis se llevó a cabo comparaciones ente los grupos antes y después del tratamiento, así como comparaciones intragrupo antes y después del mismo.

Conforme a las características de la muestra, el análisis estadístico se realizó por medio de tres pruebas no paramétricas. Para establecer la diferencia entre los grupos con tratamiento y sin tratamiento, se empleó U Mann-Whitney. Para la comparación Pre - Post intragrupo se aplicó Wilcoxon, así como una y comparación por medio de perfiles.

Además de las variables centrales en esta investigación se analizaron otros datos relevantes para el estudio, primeramente debido a la importancia de los factores sociodemográficos, se muestran algunos de los datos obtenidos de la muestra. Estos datos hacen referencia a características generales de la población estudiada, los cuales son solamente descriptivos mostrando sólo comparación de porcentajes.

Los datos referentes al estado civil, mostrados en la siguiente gráfica, indican que un mayor porcentaje de la población del grupo sin tratamiento, no cuenta con una pareja (civilmente registrada). El grupo con terapia, muestra solamente población de casados y solteros, mientras que el grupo sin tratamiento está constituido por personas casadas solteras y viudas.

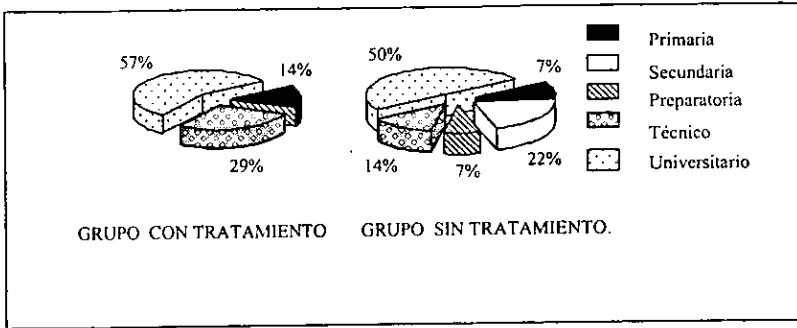
ESTADO CIVIL



Gráfica 1

La siguiente gráfica muestra el nivel de escolaridad de los grupos. El grupo con terapia, se conformó por una población con niveles de primaria en un 14%, técnico 29% y universitario 57%. En el grupo sin tratamiento, se observa que el grupo incluye todas las variantes de nivel de escolaridad. Llama la atención que en ambos grupos el mayor porcentaje de sujetos cuentan con una escolaridad universitaria.

NIVEL DE ESCOLARIDAD

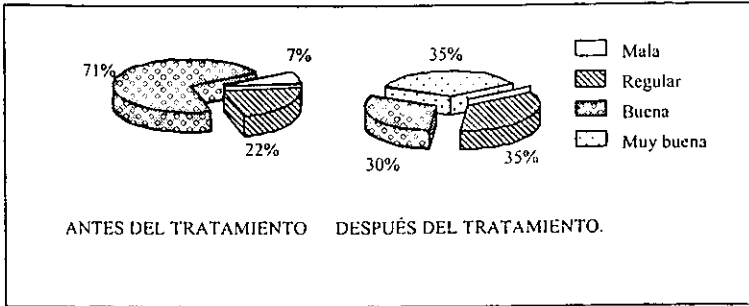


Gráfica 2

Además de los datos sociodemográficos que se consideraron a describir y en virtud de la importancia de los aspectos emocionales involucrados dentro de los factores de riesgo para desarrollar coronariopatía, se incluyeron en la hoja de datos generales dos preguntas cuya intención fue detectar la autopercepción de la situación familiar y la satisfacción de vida de los sujetos antes y después del tratamiento. Estos datos, a pesar de ser comparaciones antes - después del tratamiento, son meramente descriptivos, haciéndose tal comparación sólo por porcentajes.

Respecto al grupo con tratamiento la percepción de situación familiar antes del mismo se sitúan como "mala" en 7% de los sujetos, "regular" el 22% y "buena" en el 71% de la muestra de este grupo. Posterior al tratamiento la opción "mala" cambia de un 7% al 0%, "regular" del 22 al 35%, "buena" del 71 al 30% y "muy buena" de 0 a 35%. Dichos datos se presentan en el gráfico siguiente.

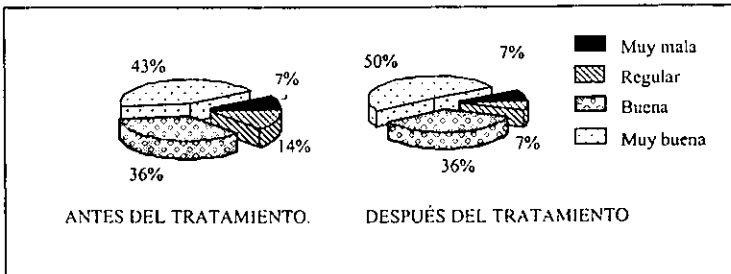
SITUACIÓN FAMILIAR ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.
GRUPO CON TRATAMIENTO.



Gráfica 3

En cuanto a la percepción de la situación familiar del grupo sin tratamiento comparando los porcentajes antes y después del mismo no varían mucho, como se observa en el siguiente gráfico, sólo se modificaron los porcentajes de la opción regular del 14% al 7% y "muy buena" de 43 a 50%

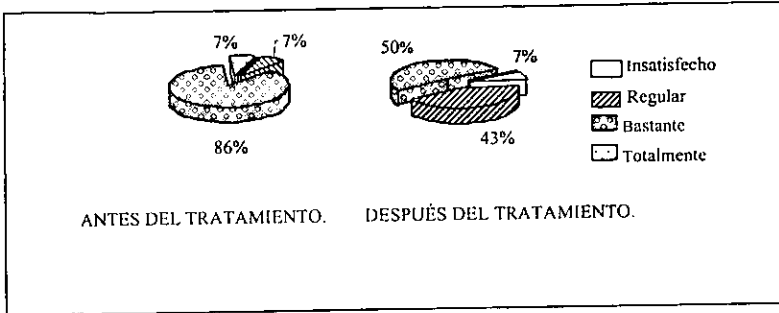
SITUACIÓN FAMILIAR ANTES DEL TRATAMIENTO.
GRUPO SIN TRATAMIENTO.



Gráfica 4

En cuanto a la satisfacción de vida percibida en el grupo con tratamiento antes y después del mismo, como se observa, en el siguiente gráficos, la opción "insatisfecho", que registraba un 0%, posterior al tratamiento, muestra un porcentaje del 7%. La alternativa "regular" de 7% antes de, cambia a 43% posterior a la terapia. Para la opción "bastante" el porcentaje se modifica de 86% antes, a 50% después.

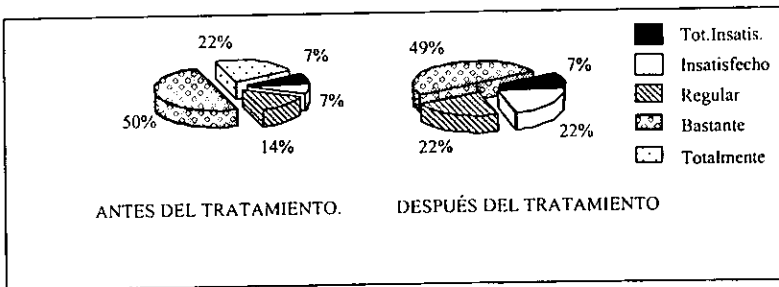
SATISFACCIÓN DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.
GRUPO CON TRATAMIENTO.



Gráfica 5

En el grupo sin tratamiento, la percepción de satisfacción de vida se modifica en la opción "insatisfecho" de 7% antes a 22% después del tratamiento, para la alternativa "regular" el porcentaje cambia de 14% antes a 22% después. Las demás opciones conservan los mismos porcentajes. Estos datos se muestran en el siguiente gráfico.

SATISFACCIÓN DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.
GRUPO SIN TRATAMIENTO.



Gráfica 6

V RESULTADOS.

Con la finalidad de controlar posibles variables extrañas referentes a ansiedad y depresión, se utilizaron los instrumentos IDARE y Beck, de tal forma que pudiera corroborarse la igualdad inicial intragrupo (tanto en ansiedad como en depresión) y confirmar los cambios ocurridos después del tratamiento. Al respecto se obtuvieron los siguientes resultados:

El primer instrumento que se puso a prueba fue el IDARE, el cual permite obtener ansiedad rasgo y estado. Al realizarse la comparación con U Mann-Whitney entre los grupos antes del tratamiento los resultados obtenidos fueron no significativos, lo que permite confirmar que los grupos eran semejantes al comienzo, y con ello se determina que los posibles cambios se debieron al tratamiento. Los valores obtenidos y su significancia se presentan a continuación.

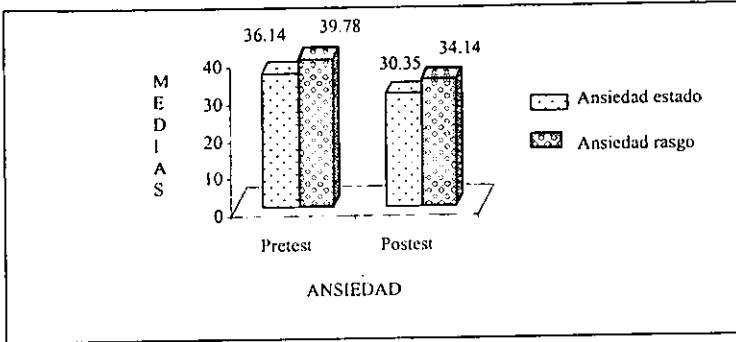
TABLA 1
COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS ANTES DEL TRATAMIENTO
ANSIEDAD ESTADO / ANSIEDAD RASGO.

U Mann Whitney.

IDARE	MEDIAS GRUPO CON TRATAMIENTOT	MEDIAS GRUPO SIN TRATAMIENTO.	VALOR DE U MANN WHITNEY	SIGNIFICANCIA
Ansiedad estado	15.50	13.50	84	.5189
Ansiedad rasgo	14.25	14.75	94.5	.8791

La siguiente fase del análisis consistió en corroborar los posibles cambios presentados a partir de la aplicación del tratamiento, para lo cual se realizó una comparación entre perfiles para ambos grupos. En el grupo con tratamiento, como se puede observar en la siguiente gráfica, se muestra una disminución en la media posterior al tratamiento, tanto para ansiedad estado como para ansiedad rasgo.

PERFILES PRETEST – POSTEST
ANSIEDAD ESTADO Y RASGO
GRUPO CON TRATAMIENTO.



Gráfica 7

Al ser analizados los datos pretest – posttest, con la prueba para dos muestras relacionadas de Wilcoxon en el grupo con tratamiento tales diferencias resultan ser significativas, tanto para ansiedad estado como para ansiedad rasgo. Los datos se muestran en la siguiente tabla.

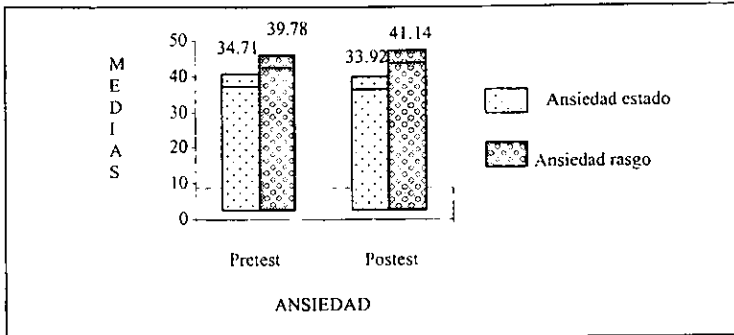
TABLA 2
COMPARACIÓN PRETEST – POSTEST.
ANSIEDAD ESTADO / ANSIEDAD RASGO.
GRUPO CON TRATAMIENTO

Prueba Wilcoxon.

IDARE	VALOR DE WILCOXON	SIGNIFICANCIA
Ansiedad rasgo	-2.7954	.0052
Ansiedad estado	-2.1665	.0303

En el grupo sin tratamiento la comparación de perfiles muestra medias similares entre el pre y el post, esto ocurre, tanto en los perfiles de ansiedad estado, como en los de ansiedad rasgo.

PERFILES POSTEST – PRETEST
ANSIEDAD ESTADO Y RASGO.
GRUPO SIN TRATAMIENTO



Gráfica 8

Al hacerse la comparación pre – post en el grupo sin tratamiento con Wilcoxon los valores muestran diferencias no significativas, tanto para ansiedad estado como para ansiedad rasgo estos datos se presentan en la tabla siguiente.

TABLA 3
COMPARACIÓN PRETEST – POSTEST.
ANSIEDAD ESTADO / ANSIEDAD RASGO.
GRUPO SIN TRATAMIENTO.

Prueba Wilcoxon.

IDARE	VALOR DE WILCOXON.	SIGNIFICANCIA
Ansiedad rasgo	-1.8204	.0687
Ansiedad estado	-1.0225	.3066

Finalmente se procedió a comparar los grupos, con y sin tratamiento, posterior al mismo, al hacerse la comparación entre los grupos se observa que sólo para ansiedad rasgo las diferencias son significativas, los puntajes se observan en la tabla siguiente.

TABLA 4
COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS POSTERIOR AL TRATAMIENTO
ANSIEDAD ESTADO / ANSIEDAD RASGO.

Prueba U Mann-Whitney.

IDARE	MEDIA GRUPO CON TRATAMIENTO	MEDIA GRUPO SIN TRATAMIENTO	VALOR DE U MANN WHITNEY	SIGNIFICANCIA
Ansiedad estado	13.54	15.46	84.5	.5333
Ansiedad rasgo	11.07	17.93	50	.0272

El siguiente instrumento que se puso a prueba para controlar posibles variables extrañas, en este caso depresión, fue el inventario de depresión de Beck. De igual forma que el IDARE con tal instrumento se esperaba que los grupos se encontraran igualados en esta variable al inicio del tratamiento y con ello confirmar que los cambios se debieron al mismo. De esto se encontraron los siguientes resultados.

Al hacer la comparación con U Mann-Whitney entre los grupos con y sin tratamiento antes del mismo, la tabla siguiente muestra que las diferencias obtenidas fueron no significativas, con lo cual puede decirse que los grupos se encontraban igualados respecto a depresión al inicio del tratamiento.

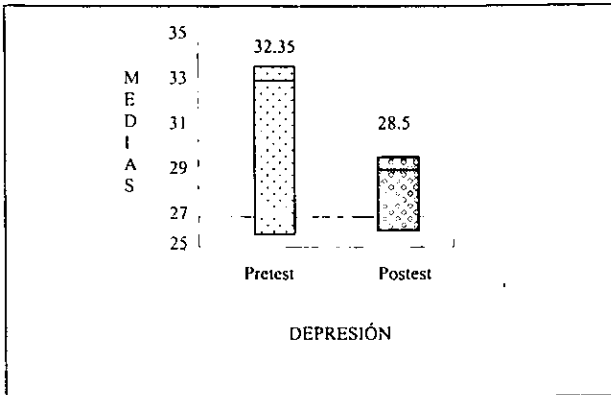
TABLA 5
COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS ANTES DEL TRATAMIENTO
BECK

Prueba U Mann Whitney.

MEDIA GRUPO CON TRATAMIENTO	MEDIA GRUPO SIN TRATAMIENTO	VALOR DE U MANN WHITNEY	SIGNIFICANCIA
16.34	12.64	72	.2301

Posteriormente se procedió a hacer la comparación intragrupo pre – post test. Respecto a la comparación del grupo con tratamiento, se llevó a cabo una comparación de perfiles, que, como permite observar la gráfica siguiente hay una disminución en las medias posterior al tratamiento.

PERFILES PRETEST – POSTEST
GRUPO CON TRATAMIENTO.
BECK



Gráfica 9

Al hacer esta misma comparación (pre - post para el grupo con tratamiento) con Wilcoxon, se obtuvo que la diferencia es significativa. Al hacer la misma comparación en el grupo sin tratamiento, se obtuvo una diferencia no significativa, estos datos (de ambos grupos) se presentan en la tabla siguiente.

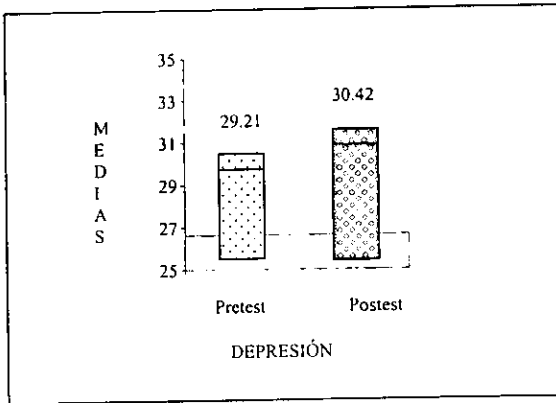
TABLA 6
COMPARACIÓN PRETEST – POSTEST
GRUPOS CON Y SIN TRATAMIENTO
BECK

Prueba de Wilcoxon.

GRUPOS.	VALOR DE WILCOXON.	SIGNIFICANCIA
Grupo con tratamiento	-2.6502	.0080
Grupo sin tratamiento	-.1177	.9063

Al hacer la comparación de perfiles en el grupo que no participó en la terapia, se observa un aumento en la media posterior al tratamiento. Los datos se muestran en la gráfica siguiente.

PERFILES PRETEST POSTEST
GRUPO SIN TRATAMIENTO
BECK.



Gráfica 10

Por último se realizó una comparación entre los grupos posterior al tratamiento, al hacerse tal comparación con U Mann-Whitney, no se encontraron diferencias significativas respecto a esta variable (depresión). Los datos se presentan en la tabla siguiente.

TABLA 7
 COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS POSTERIOR AL TRATAMIENTO
 BECK.

Prueba de U Mann Whitney.

MEDIA GRUPO CON TRATAMIENTO	MEDIA GRUPO SIN TRATAMIENTO	VALOR DE U MANN WHITNEY	SIGNIFICANCIA
13	16	77	.3331

Posterior al sometimiento estadístico a los instrumentos utilizados para el control de variables extrañas, se procedió al análisis de los instrumentos centrales de esta investigación: ideas irracionales y afrontamiento. Primero se realizó el análisis del instrumento de ideas irracionales. Con éste instrumento se obtiene 10 tipos de ideas irracionales. El objetivo de la aplicación de tal instrumento fue 1) comprobar que hubo diferencias significativas en los puntajes del test de ideas irracionales en el grupo que participó en el tratamiento antes y después del mismo y, 2) comprobar que no hubo diferencias significativas en los puntajes del test ideas irracionales en el grupo que no participó en el tratamiento antes y después del mismo. De este instrumento se obtuvieron los siguientes datos.

Como ya se mencionó el instrumento se divide en 10 ideas irracionales diferentes, por ello, se realizó la comparación por idea irracional.

El primer análisis estadístico con este instrumento consistió en corroborar la igualdad de los grupos antes del tratamiento. En la siguiente tabla se observan los valores obtenidos al realizar tal comparación con U.Mann Whitney, los cuales muestran una diferencia significativa en la idea 10 "Hay que ser indefectiblemente perfecto en todo". Con lo cual puede decirse que los grupos se encontraban iguales antes del tratamiento.

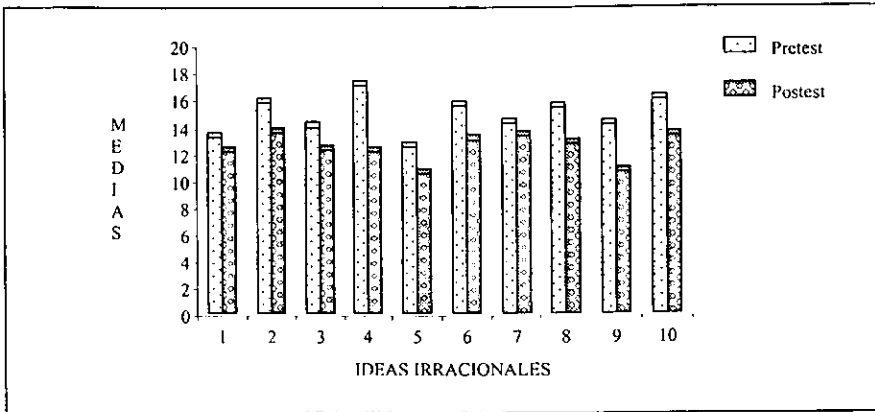
TABLA 8
COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS ANTES DEL TRATAMIENTO
IDEAS IRRACIONALES

Prueba de U Mann Whitney.

IDEAS	MEDIAS GRUPO CON TRATAMIENTO.	MEDIAS GRUPO SIN TRATAMIENTO.	VALOR DE U MANN WHITNEY	SIGNIFICANCIA.
10. Hay que ser indefectiblemente competente y perfecto en todo.	11.14	17.86	51	.0289
8. Se necesita contar con algo más grande y fuerte que uno mismo.	16.79	12.21	66	.1397
2. La felicidad aumenta con la inactividad y el ocio indefinido.	16.14	12.86	75	.2884
7. Es más fácil evitar los problemas que hacerles frente.	16.07	12.93	76	.3093
4. Es horrible cuando las cosas y personas no son como uno quisiera que fueran.	16.04	12.96	76.5	.3196
9. El pasado tiene mucho que ver en la determinación del presente.	13.14	15.86	79	.3785
3. Ciertas personas viles deberían ser castigadas.	13.93	15.07	90	.7109
6. Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida.	14.75	14.25	94.5	.8711
1. Para un adulto existe una necesidad de cariño y aprobación de los demás.	14.89	14.11	92.5	.7985
5. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias	14.71	14.29	95	.8889

A continuación se realizó la comparación de perfiles pretest - postest en el grupo con tratamiento. Como se destaca en la gráfica siguiente, se presenta una tendencia a la disminución en las medias posteriores al tratamiento para las diez ideas irracionales.

PERFILES PRETEST – POSTEST IDEAS IRRACIONALES
GRUPO CON TRATAMIENTO



Gráfica 11

Al hacerse la misma comparación pero con Wilcoxon en el grupo con tratamiento, se obtuvieron diferencias significativas en las ideas: 4 "es horrible cuando las cosas y las personas no son como quisiera que fueran", 6 "Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida", 8 "se necesita contar con algo más grande y fuerte que uno mismo", 9 "el pasado tiene mucho que ver en la determinación del presente", y 10 "Hay que ser indefectiblemente perfecto en todo". Estos datos se presentan en la gráfica siguiente.

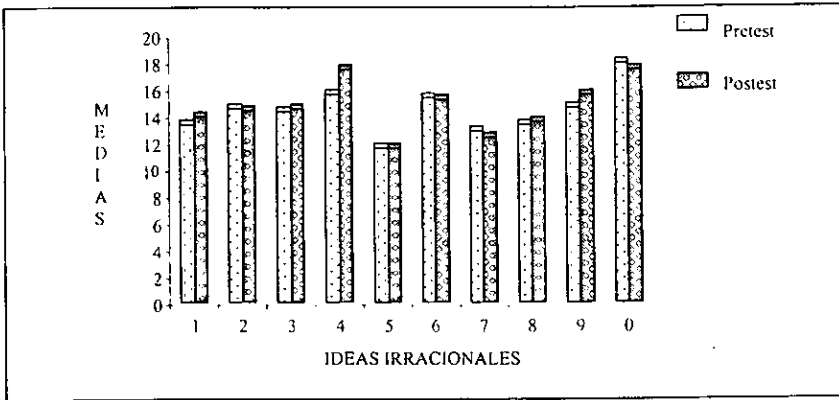
TABLA 9
COMPARACIÓN PRETEST – POSTEST
IDEAS IRRACIONALES
GRUPO CON TRATAMIENTO.

Prueba de Wilcoxon.

IDEAS	VALOR DE WILCOXON	SIGNIFICANCIA
9. El pasado tiene mucho que ver en la determinación del presente.	-2.9417	.0033
4. Es horrible cuando las cosas y personas no son como uno quisiera que fueran.	-2.8249	.0047
8. Se necesita contar con algo más grande y fuerte que uno mismo.	-2.5111	.0120
10. Hay que ser indefectiblemente competente y perfecto en todo.	-2.2014	.0277
6. Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida.	-2.0396	.0414
5. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias	-1.7326	.0831
2. La felicidad aumenta con la inactividad y el ocio indefinido.	-1.6773	.0935
3. Ciertas personas viles deberían ser castigadas.	-1.2159	.2240
7. Es más fácil evitar los problemas que hacerles frente.	-1.1614	.2455
1. Para un adulto existe una necesidad de cariño y aprobación de los demás.	-.9806	.3268

En cuanto al grupo sin tratamiento al realizar la comparación entre perfiles la comparación entre perfiles pretest – postest, presentados en la siguiente gráfica, permite observar que las medias se mantienen iguales en la mayoría de las ideas, mientras que en las restantes, las medias aumentan.

PERFILES PRETEST – POSTEST IDEAS IRRACIONALES
GRUPO SIN TRATAMIENTO



Gráfica 12

Al realizar la comparación pretest – postest, para el grupo sin tratamiento, con Wilcoxon, no se encontraron diferencias significativas para ninguna de las 10 ideas irracionales ideas. Los datos se encuentran en la siguiente tabla.

TABLA 10
COMPARACIÓN PRETEST – POSTEST
IDEAS IRRACIONALES
GRUPO SIN TRATAMIENTO.

Prueba de Wilcoxon.

IDEA	VALOR DE WILCOXON	SIGNIFICANCIA.
4. Es horrible cuando las cosas y personas no son como uno quisiera que fueran.	-2.3561	.0185
9. El pasado tiene mucho que ver en la determinación del presente.	-1.3760	.1688
7. Es más fácil evitar los problemas que hacerles frente.	-1.0502	.2936
8. Se necesita contar con algo más grande y fuerte que uno mismo.	-1.0502	.2936
10. Hay que ser indefectiblemente competente y perfecto en todo.	-1.0502	.2936
1. Para un adulto existe una necesidad de cariño y aprobación de los demás.	-.9802	.3270
6. Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida.	-.2801	.7794
3. Ciertas personas viles deberían ser castigadas.	-.2548	.7989
5. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias	-.1348	.8927
2. La felicidad aumenta con la inactividad y el ocio indefinido.	-.8089	.9229

Finalmente, con el instrumento de ideas irracionales se llevó a cabo la comparación de los grupos con y sin tratamiento, posterior al mismo. Tal análisis, con la prueba de U Mann Whitney se obtuvieron diferencias significativas para las ideas: 3 "ciertas personas débiles deberían ser castigadas", 4 "es horrible cuando las cosas y las personas no son como quisiera que fueran", 9 "el pasado tiene mucho que ver en la determinación del presente" y "Hay que ser indefectiblemente perfecto en todo". Los datos se muestran en la tabla siguiente.

TABLA 11
COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS POSTERIOR AL TRATAMIENTO
IDEAS IRRACIONALES

Prueba de U Mann Whitney.

IDEA	MEDIA GRUPO CON TRATAMIENTO	MEDIA GRUPO SIN TRATAMIENTO	VALOR DE U.MANN WHITNEY.	SIGNIFICANCIA
9. El pasado tiene mucho que ver en la determinación del presente.	8.57	20.43	15	.0001
10. Hay que ser indefectiblemente competente y perfecto en todo.	8.57	20.43	15	.0001
4. Es horrible cuando las cosas y personas no son como uno quisiera que fueran.	8.82	20.18	18.5	.0002
3. Ciertas personas viles deberían ser castigadas.	11.32	17.68	53.5	.0390
6. Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida.	11.79	17.21	60	.0789
1. Para un adulto existe una necesidad de cariño y aprobación de los demás.	12.29	16.71	67	.1519
5. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias	13	16	77	.3312
7. Es más fácil evitar los problemas que hacerles frente.	15.82	13.18	79.5	.3917
2. La felicidad aumenta con la inactividad y el ocio indefinido.	13.46	15.54	83.5	.5015
8. Se necesita contar con algo más grande y fuerte que uno mismo.	13.50	15.50	84	.5169

El segundo instrumento central para la investigación fue el de modos de afrontamiento, con este instrumento se obtienen seis modos diferentes de afrontamiento; este se aplicó con la finalidad de comprobar 1) que hubo diferencias significativas en los puntajes del test de modos de afrontamiento en el grupo que participe en el tratamiento antes y después del mismo y, 2) que no hubo diferencias significativas en los puntajes del test modos de afrontamiento en el grupo que no participe en el tratamiento antes y después del mismo. En este instrumento se obtuvieron los siguientes datos.

Como se explicó, el instrumento clasifica el afrontamiento en seis modos diferentes, por lo que las comparaciones entre grupos e intragrupo se realizaron comparando cada uno de los seis modos de afrontamiento. Estos análisis muestran que:

Al llevar a cabo la comparación entre los grupos antes del tratamiento, con la finalidad de comprobar la igualdad de los grupos antes del mismo, no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los seis estilos de afrontamiento, con lo cual puede decirse que ambos grupos estaban igualados al inicio del tratamiento. Los datos se presentan en la tabla siguiente.

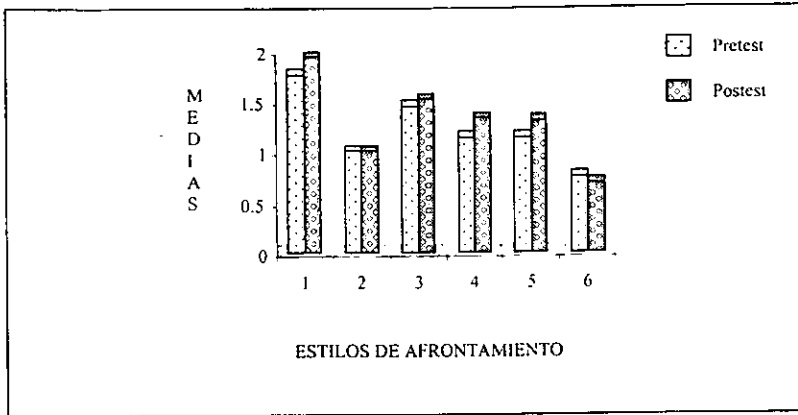
TABLA 12
COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS ANTES DEL TRATAMIENTO
AFRONTAMIENTO

Prueba de U Mann Whitney

ESTILO	MEDIA GRUPO 1	MEDIA GRUPO 2	VALOR DE U MANN WHITNEY.	SIGNIFICANCIA
1. Reevaluación positiva.	12.52	16.46	70.5	.2046
4. Autocontrol – responsabilidad.	12.93	16	76	.3059
3. Planeación – confrontación.	15.96	13.04	77.5	.3283
5. Apoyo social.	13.29	15.71	81	.4260
6. Distanciamiento.	13.18	14	79.5	.5701
2. Huida – evitación.	13.93	15.07	90	.7100

Respecto al grupo con tratamiento, se realizó primeramente la comparación de los perfiles pretest – postest. Los resultados, presentados en la siguiente tabla, muestran que las medias conservan puntajes similares entre el pretest y el postest para los diferentes estilos de afrontamiento.

PERFILES PRETEST – POSTEST ESTILOS DE AFRONTAMIENTO
GRUPO CON TRATAMIENTO



Gráfica 13

Este grupo, con tratamiento, al ser comparado pretest – posttest con Wilcoxon, no se obtuvieron diferencias significativas en ninguno de los seis estilos de afrontamiento, como se observa en la tabla siguiente.

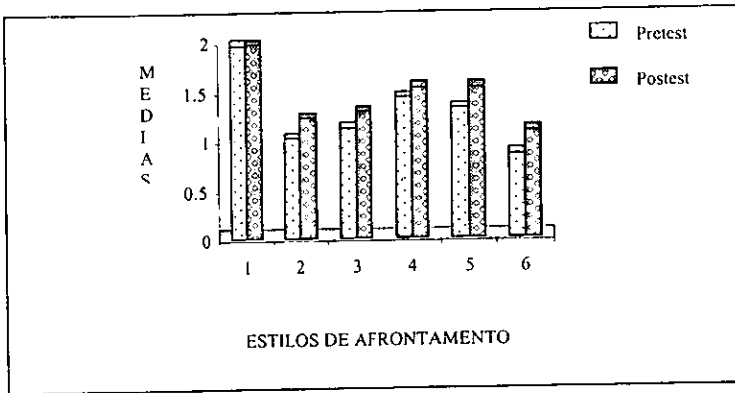
TABLA 13
COMPARACIÓN PRETEST – POSTEST
AFRONTAMIENTO
GRUPO CON TRATAMIENTO.

Prueba de Wilcoxon

ESTILO	VALOR DE WILCOXON	SIGNIFICANCIA
5. Apoyo social.	-1.1902	.2340
4. Autocontrol – responsabilidad.	-1.11	..2664
1. Reevaluación positiva.	-1.92	.5046
3. Planeación – confrontación.	-.5883	.5563
6. Distanciamiento.	-.5601	.5754
2. Huida – evitación.	-.2369	.8127

En el grupo sin tratamiento, la comparación entre perfiles, pretest – postest, que se observa en la gráfica siguiente, permite observar que las medias posterior al tratamiento muestran un aumento en los seis modos de afrontamiento.

PERFILES PRETEST – POSTEST ESTILOS DE AFRONTAMIENTO
GRUPO SIN TRATAMIENTO



Gráfica 14

Al realizarse la comparación pretest - postest con Wilcoxon en este grupo, sin tratamiento, se obtuvieron diferencias no significativas para ninguna de los seis modos de afrontamiento. Los datos de tal análisis de presentan en la siguiente tabla.

TABLA 14
COMPARACIÓN PRETEST – POSTEST
AFRONTAMIENTO
GRUPO SIN TRATAMIENTO.

Prueba de Wilcoxon

ESTILO	VALOR DE WILCOXON	SIGNIFICANCIA
1. Reevaluación positiva.	-.4739	.6356
2. Huida – evitación.	-1.05	.2936
3. Planeación – confrontación.	-.2801	.7794
4. Autocontrol – responsabilidad.	-.8402	.4008
5. Apoyo social.	-1.83	.0663
6. Distanciamiento.	-1.36	.1730

Por último, al llevar a cabo la comparación entre los grupos posterior al tratamiento, con la prueba de U Mann Whitney el análisis muestra que no se encontraron diferencias significativas para ninguno de los seis estilos de afrontamiento. Los datos se presentan en la tabla siguiente.

TABLA 15
COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS POSTERIOR AL TRATAMIENTO
AFRONTAMIENTO

Prueba de U Mann Whitney.

ESTILO	MEDIA GRUPO CON TRATAMIENTO	MEDIA GRUPO SIN TRATAMIENTO	VALOR DE U	SIGNIFICANCIA
6. Distanciamiento.	11.71	17.19	59	.0698
3. Planeación – confrontación.	17.21	11.79	60	.0753
5. apoyo social.	12.61	16.39	71.5	.1981
4. Autocontrol – responsabilidad	12.89	16.11	75.5	.2928
2. Huida – evitación.	13.93	15.07	90	.7101
1. Reevaluación positiva.	14.56	14.46	97.5	.9816

VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Partiendo del objetivo de la presente investigación que era identificar los modos de afrontamiento y las ideas irracionales que poseen los pacientes cardiopatas que asisten al servicio de rehabilitación cardiaca del Centro Medico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, y conocer si estas se modifican a través de la Terapia Racional Emotiva (TRE), posterior a una terapia de grupo con esta orientación; se realizó el análisis estadístico y los datos obtenidos arrojan que:

En cuanto a los datos obtenidos en la hoja de datos generales, como ya se describió, y tomando en cuenta la importancia de los aspectos emocionales, se incluyeron, dos preguntas acerca de la percepción de la situación familiar y satisfacción de vida. En cuanto a la situación familiar el grupo que no tuvo tratamiento no mostró cambios sustanciales en cuanto a su percepción antes y después del tratamiento, los porcentajes de las opciones se mantuvieron (sólo se modificaron los porcentajes de la opción "regular" del 41% al 7% y "muy buena" de 43% al 50%). En el grupo que participó en el tratamiento mostró cambios en los porcentajes, hacia las opciones de mayor bienestar ("mala" del 7% al 0%, "regular" de 22% a 35%, "buena" de 71% al 30%, y "muy buena" de 0 a 5%).

En cuanto a satisfacción de vida el grupo sin tratamiento, los porcentajes antes y después del mismo se modifican sólo en dos de las opciones ("insatisfecho de 7% al 22% y "regular" de 14% al 22%), permaneciendo en las demás (totalmente insatisfecho, Bastante y totalmente) los mismos porcentajes. En cuanto al grupo que participó en la terapia, los porcentajes se modifican hacia una percepción de mayor satisfacción de vida posterior al tratamiento ("insatisfecho de 0% al 7%, "regular" del 7% al 43% y bastante de 86% al 50%). Con estos datos puede inferirse que el tratamiento tuvo un impacto sobre la percepción de situación familiar y satisfacción de vida.

Esto puede ser el reflejo de lo señalado por Ellis (1989) en el sentido de que a través de la TRE, las personas logran un cambio filosófico el cual supone que se adopta una actitud no ferviente hacia los acontecimientos vitales en general, aceptando cada situación y evento, cambiando las exigencias absolutistas por preferencias relativas racionales a cada situación concreta.

Respecto a la igualación de los grupos antes del tratamiento, como lo muestran los datos del capítulo de resultados, los grupos se encontraban igualados tanto en las variables extrañas: ansiedad y depresión, como en las variables a investigar: afrontamiento e ideas irracionales, respecto a ésta última variable sólo la idea 10, "hay que ser indefectiblemente competente y perfecto en todo", mostró diferencia significativa entre los grupos

A pesar de que el IDARE y el Beck fueron utilizados como instrumentos de control, los datos arrojados respecto a depresión y ansiedad son interesantes. En el grupo con tratamiento posterior al mismo se observa tendencia hacia la disminución de los puntajes de ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. En el grupo sin tratamiento la tendencia ocurre a la inversa, los puntajes de ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión aumentan posterior al tratamiento aunque tales diferencias no fueron significativas, llama la atención tales tendencias.

VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para contextualizar tales resultados, cabe mencionar el estudio de Freeman (1996) quien explica que posterior a un evento isquémico cardíológico se presenta ansiedad y depresión debido a:

- 1) La idea de un futuro disminuido: invalidez, vejez prematura, pérdida de vigor y energía.
- 2) La pérdida de independencia: en diversas ocasiones la enfermedad lleva a la persona al desempleo, el paciente se rehusa a trabajar, decide que no puede funcionar bien y se retiran, la familia viene a estimular esto induciéndolo a esta poca actividad.
- 3) Existen las demandas de abandono de malos hábitos como el dejar de fumar, cambiar la vida sedentaria y el cambio de dieta.
- 4) La restricción de actividades, no sólo en cuanto a las labores sino las sexuales, pues los pacientes se preocupan por esto, mencionando que no deberían participar en actividades sexuales porque podrían causarle un ataque al corazón.

Probablemente los cambios presentados en el grupo con tratamiento se deban sean el reflejo de la TRE, ya que como lo mencionó Ellis, la TRE ayuda a la gente a aceptar la realidad, incluyendo con esto la autoaceptación y la tolerancia a la frustración. Al lograrse la aceptación de la realidad, de las circunstancias y de las propias incapacidades, las personas dejan de percibirse como víctimas de las circunstancias, catastrofizando con ello las posibles consecuencias. Por medio del pensar racional, los sujetos del grupo con tratamiento, desarrollaron evaluaciones más objetivas de la realidad disminuyendo con ello la ansiedad y la depresión.

En cuanto a los instrumentos utilizados para las variables centrales de la investigación, tales tendencias, a la disminución de los puntajes en el grupo que participó en la terapia, y al aumento en el grupo que no participó, se presentan en el instrumento de ideas irracionales. Tales diferencias resultaron ser significativas sólo para las ideas:

4. Es horrible cuando las cosas y personas no son como quisiera que fueran.
6. Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida.
8. Se necesita contar con algo más grande y fuerte que uno mismo.
10. Hay que ser indefectiblemente competente y perfecto en todo.

En éstas se manejan ideas irracionales básicas como la incapacidad personal, la demanda y la catastrofización. Como se explicó en el capítulo 3 las ideas irracionales no son independientes actúan unas sobre otras, en el caso de estas ideas la catastrofización se refiere al hecho de exagerar las consecuencias de nuestra conducta o de los demás, en espera de un desastre, sobre todo cuando no se tiene control de la situación, es decir, la percepción de la incapacidad personal, al sentirse víctimas de las situaciones.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Como una forma de evitar o prevenir el desastre manteniendo el control, las personas procuran la perfección de toda situación, surgiendo con ello las demandas, es decir, las altas exigencias a los demás y a él mismo. Claro que, cuando esto no se logra y se cae en la frustración, la persona se siente víctima de las situaciones, catastrofizandolas, continuando así con el círculo que mantiene las ideas irracionales.

Janoff-Bulman y Frieze (1983) opinan que los pacientes, con cualquier enfermedad crónica, experimentan una sensación de victimización, la cual envuelve el rompimiento de la suposición de invulnerabilidad. Sumado a esto existe la incertidumbre de un nuevo evento isquémico; lejos de los cuidados en cuanto a alimentación y disminución de la actividad, es poco lo que los pacientes pueden hacer para controlar los riesgos.

Como se señaló uno de los controles de variables fue el tiempo de haber ocurrido el evento isquémico con lo cual ambos grupos se encontraban bajo las mismas circunstancias de salud; con esto se puede afirmar que el grupo sin tratamiento continuó viviéndo tales circunstancias como algo terrible, mientras que, el grupo que participó en la TRE aprendió a no catastrofizar tales situaciones.

En cuanto a los modos de afrontamiento, los resultados no cubrieron las expectativas de la investigación, ya que no hubo cambios en los modos de afrontamiento antes y después del tratamiento ni en la comparación intragrupo como entre los mismos.

Ante tales resultados puede darse una explicación basados en el modo de afrontamiento mayormente usando por ambos grupos: la "reevaluación positiva".

Si recordamos lo citado en el capítulo dos, Lazarus y Folkman (1983) refieren dos tipos básicos de modos de afrontamiento: los dirigidos a la acción y los dirigidos a la emoción. Los primeros se utilizan cuando se busca definir el problema tratando de implementar estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, son estrategias dirigidas a resolver el problema. Los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción se implementan cuando existe poco control sobre el ambiente y lo que se busca es cambiar la forma de vivir la situación. La reevaluación positiva puede clasificarse como dirigido a la emoción, en este se realiza un proceso cognoscitivo encargado de disminuir el nivel de trastorno emocional: llega a cabo la extracción de valores positivos de los acontecimientos negativos; se utiliza para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no importara.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Los pacientes con artritis reumatoide tienen un gran número de exigencias de afrontamiento desencadenadas por la dificultad de movilización, deambulación, dolor y riesgos a la autoestima. Ravensón y Felton (1989) detectaron que las estrategias de afrontamiento en estos pacientes son las dirigidas a la emoción, lo cual implica un esfuerzo por distraerse de los síntomas y minimizar su efecto estresante. Esto mismo podría estar sucediendo en los enfermos cardiopatas, si bien los síntomas de la enfermedad son mínimos (comparados con la artritis reumatoide) la idea de volver a presentar un evento isquémico implica un esfuerzo por distraerse y utilizar para ello las estrategias dirigidas a la emoción.

Como se mencionó en el capítulo II, ninguna estrategia de afrontamiento es buena o mala, por el contrario, estas pueden ser eficaces o no dependiendo del contexto en el que se desarrolla. Bajo las circunstancias en las que se encontraban los pacientes al momento del estudio (menos de seis meses del evento isquémico) el modo de afrontamiento dirigido a la emoción es el más adaptativo.

Por todo lo anterior y basados en los resultados se concluye que:

Se aceptan las hipótesis 2, 3, 4 y 6

2. Habrá diferencias estadísticamente significativas en los puntajes del test de ideas irracionales en el grupo que participó en el tratamiento antes y después del mismo.
3. No habrá diferencias estadísticamente significativas en los tests de modos de afrontamiento en el grupo que no participó en el tratamiento antes y después del mismo.
4. No habrá diferencias estadísticamente significativas en los puntajes del test de ideas irracionales en el grupo que no participó en el tratamiento antes y después del mismo.
6. Habrá diferencias estadísticamente significativas en los puntajes del test de ideas irracionales entre los grupos con y sin terapia después del tratamiento.

A modo de conclusión puede decirse que la Terapia Racional Emotiva resulto ser efectiva en los pacientes cardiopatas, debido a que hubo cambios en algunas ideas irracionales, en depresión y ansiedad y, de manera no comprobable estadísticamente, en la percepción de satisfacción y situación familiar. Los modos de afrontamiento no se modificaron posterior a la TRE como se planteaba en la investigación, sin ser esto un desacierto de la misma, pues la TRE ayudó a los pacientes a conservar el modo que para la situación funcionaba.

VII. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

El tamaño de la muestra fue uno de las principales limitaciones para la realización del análisis estadístico, por lo que se sugiere aumentar la muestra en una futura investigación.

Una limitación importante de este estudio fue el instrumento utilizado para la detección de las ideas irracionales no cuenta con validez y confiabilidad, por lo que los resultados deben de ser tomados con cuidado. Se sugiere para futuras investigaciones, contando con una muestra más grande realizar el tratamiento estadístico necesario para obtener tales datos de validez y confiabilidad.

De acuerdo a lo planteado teóricamente, no se pudo determinar si existe algún tipo de afrontamiento como factor psicológico de riesgo para la coronariopatía, debido a que en el momento del estudio el evento isquémico ya había sucedido y esto probablemente haya llevado a una reevaluación modificando con ello el modo de afrontamiento utilizado hasta entonces. Esto no se pudo saber en este estudio, para poder determinar un modo de afrontamiento como factor de riesgo psicológico se propone, para una futura investigación, estudiar población con riesgo coronario sin que hayan presentado un evento isquémico

Otra limitante del estudio fue la aleatorización, los sujetos al decidir participar o no en la terapia probablemente hayan sesgado los datos pues no se conoce con certeza la efectividad del tratamiento por sí mismo, puesto que los sujetos al acceder voluntariamente a participar probablemente ya se encontraban predispuestos al cambio. Se sugiere a este respecto implementar el programa de Terapia Racional Emotiva a los ya existentes en rehabilitación física con cierto sentido de obligatoriedad, y poder determinar si los cambios se deben realmente a la TRE.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, N. (1997), Counseling the patient with chronic illness: strategies for the health care provider. Journal of academic nurse practice, abril 9 (4) 171-175.
- Anderson, C. R. (1977), Locus of control, coping behaviors, and performance in a stress setting: A longitudinal study. Journal of Applied Psychology, 62, 446-451.
- Carral, R. (1964), Semiología cardiovascular. México, Interamericana.
- Carrillo, E. (1997), Proceso cognoscitivo utilizado por el paciente con infarto al miocardio.
- Casamadrid, M. (1989), Infarto al miocardio: opción o designio. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- Chávez, R. (1993), Cardiología, Vol. 2, México: Panamericana.
- Cowan, D., Brunero, S. (1998), Group therapy for anxiety disorders using rational emotive therapy, Mental Health Nurse, diciembre 6 (4) 164-168.
- Ellis, A., Abrham, E. (1986), Terapia Racional Emotiva. México, Pax.
- Ellis, A., Pryden, W. (1989), Práctica de la Terapia Racional Emotiva Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Espino, J. (1990), Introducción a la cardiología. México: Méndez-Otero/ Méndez-Hernández.
- Felton, B.J., Ravenson, T. A. (1984), Coping with Chronic illness: A study of illness controllability and the influence of Coping Strategies on Psychological Adjustment. Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol 52, (3), 343- 353.
- Folkman, S. (1984), Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 46 (4), 839-852.
- Freeman, A.M. (1996), Anxiety and Anxiety with Depressive Symptoms in the Patient with Cardiac Disorder, Revista del Laboratorio Upihon. Suplemento especial.
- Fromme, K., y Rivet, K. (1994), Young adults' coping style as a predictor of their alcohol use and response to daily events. Journal of Youth and Adolescence, Feb vol. 23 (1) 85-97. Guyton, A. (1963). Tratado fisiología médica. México, Interamericana.
- Guyton, A. (1963) Tratado de fisiología médica, México: interamericana.

Ham, A., Leeson, T. (1963). Tratado de histología. México, Interamericana.

Hutchinson, G.T., Peckham, J.A., Cheong, J., y Nagoshi, C. (1998). Irrational beliefs and behavioral misregulation in the role of alcohol abuse among college students, Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 16 (1) 61-75.

Jannof-Bulman, R., Frieze, I. H. (1983), A theoretical perspectives for understanding reactions to victimization, Journal of Social Issues, 39 1 - 17.

Janzen, B., Kelly, L., Saklofske, D.(1992), Bulimic symptomatology and coping in a nonclinical sample. Perceptual and Motor Skills, Oct vol. 72 (2) 395-399.

Joya, I., Ortega, R. (1997) Validación de la escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman en una muestra de pacientes del CMN 20 de Noviembre. Presentada en el primer Congreso Internacional de Psiquiatría de enlace. México.

Jurado, S. Villegas, E. Mendez, L. Rodríguez, F. Loperena, V. Varela, R. (1998) La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. Salud Mental, 21 (3) 26-31.

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1991), Estrés y procesos cognitivos México: Martínez Roca.

Levenkron, J.C., Cohen, J.D., Muller, H.S., Fisher, C.B., (1983), Modifying the type A Coronary Prone Behavior Pattern, Journal of Consulting and clinical Psychology 51 (2) 192-204.

Lovallo, W. R., Pishkin, V. (1980), Performance of Tipe A (coronary prone) men during and after exposure to uncontrollable noise and task failure Journal of Personality and social psychology 38 963-971.

Moller, A.T., Botha, H.C. (1996), Effects of a group rational emotive behavior therapy program on the type A behavior pattern. Psychological Reports, 78 947-961.

Ortega, R., Joya, L. (Julio 1997), El Proceso cognoscitivo en sujetos Hipertensos. Presentado en el primer Congreso Internacional de Psiquiatría de Enlace. México.

Price, V. A. (1982) Type A behavior: a model for research an practice. New York: Academic.

Rodes, J., Guardia, J., Arroyo, V. (1993). El manual de medicina. Barcelona: Salvat.

Rothbaum, F. R., Weisz, J. R., Snyder, S. S. (1982), Changing the World and Changing the self: A two process Model of Perceived Control, Journal of Personality and Social Psychology, 42 (1) 5 - 37.

BIBLIOGRAFÍA

Rubin, R. Walen, S Ellis, A. (1990) Living with diabetes. Special issue: Cognitive- behavior therapy with physically ill people , Journal of Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 8 (1) 21-39.

Sokolow, M.(1992), Cardiología clínica. México: Manual moderno.

Strickland, B.R. (1978), Internal-external expectancies and health-related behaviors. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1192-1211.

Vickers,R.R., Herving, L. K.,Rahe, R.H., y Rosenman,R.H. (1981). Type A behaviour pattern and coping and defense. Psychosomatic Medicine: 43, 381-396.

Wessler, R. A., Wessler, R. L. (1980), The principles and practise of Rational Emotive Therapy. USA, Jossey-Bass Publishers.

Yarnold, P.R., y Grimm, L.G. (1982), Time urgenci among coronary prone individuals, Journal of Abnormal Psychology.91 175 - 177.

Zavala, M. (1991). Manual de trabajo fisiología. México: Univesidad Autónoma de Guadalajara.

ANEXO 1 DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES.

SESIÓN 1

Dinámica 1

Escritura de las expectativas individuales de los miembros del grupo.
Comentarios acerca de estas expectativas.

Objetivos:

- a) Centrar las expectativas en lo que realmente se trabaja, sin olvidar estas, ya que reafirma la sensación de ser tomados en cuenta.
- b) hacerlos sentir que son tomados en cuenta.

Dinámica 2

Autopresentación de los miembros del grupo.

Objetivo:

Resaltar lo común entre los miembros del grupo.

Dinámica 3

Explicación de las generalidades de la terapia y del transcurso de las sesiones.

Objetivo

- a) Aclarar dudas.
- b) Establecer reglas por ellos mismos.

Dinámica 1 (primera parte).

"En un hoja escriban las expectativas, las ideas, lo que se les allá ocurrido de lo que van a obtener o quisieran obtener al venir a las sesiones." Posterior a la escritura se les pide: "Guarden su hoja unos momentos para pasar a la presentación y posteriormente lo comentaremos".

Dinámica 2.

"Cada uno se irá presentando, mencionando nombre, ocupación, un poco acerca de su padecimiento cardiaco y cosas en general que deseen hablar sobre ustedes mismos, procurando tardar no más de 5 minutos."

Al terminar cada uno con la autopresentación, se intenta hablar sobre lo común entre los miembros del grupo, como: responsabilidades en el trabajo y en la familia, la dificultad para el cambio de vida ante las restricciones de la enfermedad etc.

ANEXO 1 DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES.

Dinámica 1 (segunda parte).

"Quisiera ahora me leyera lo que escribieron acerca de sus expectativas" Posterior a cada una de las lecturas se da la explicación de lo que se trabajará, procurando retomar las ideas de los miembros del grupo.

Dinámica 3.

"Lo que haremos en este grupo será buscar las principales ideas que nos ocasionan emociones displacenteras con la finalidad de entenderlas, analizarlas y aprender, en cierta forma, a controlarlas; no se trata de que yo quiera cambiar su modo especial de ver las cosas, no es lo que pretendemos aquí, lo que buscamos es trabajar, juntos, en equipo para el entendimiento de nuestro particular modo de pensar y la forma en que afecta nuestra salud, y como podemos mejorar esto en beneficio de nosotros mismos"

Posterior a esta breve explicación, se aclaran dudas por parte de los miembros del grupo, procurando entrelazar sus expectativas con el trabajo real de las sesiones. Punto de suma importancia, pues reafirma la sensación de ser tomados en cuenta. De igual forma el entablar las reglas es tarea que de igual forma se deja a su cargo, procurando se cubran las siguientes:

- * Puntualidad, con tolerancia de 15 minutos.
- * Participación por parte de todos los miembros del grupo.
- * Confidencialidad, lo que se dice dentro de las sesiones no se comenta fuera, hacia personas ajenas al grupo.
- * Respeto por lo dicho por cada uno de los miembros del grupo, no se realizarán juicios morales, sólo la escucha y el entendimiento del particular modo de pensar de cada uno de los miembros del grupo.
- * Cumplir con las tareas a trabajar entre sesión y sesión.

SESIÓN 2

Dinámica 1

Trabajo con un dibujo que contiene un juego perceptual. (Anexo 3)

Objetivos.

- a) Integración grupal.
- b) Reconocimiento y comentarios acerca de las diferencias perceptuales entre los miembros del grupo.

ANEXO 1 DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES.

Contenido:

"Observaremos brevemente este dibujo e iremos respondiendo entre todos las preguntas que les haré"

Preguntas:

- ¿Es la imagen de una dama?
- ¿Tiene una pluma en el pelo?
- ¿Lleva un pañuelo en la cabeza?
- ¿Lleva una piel alrededor del cuello?
- ¿La textura de la piel es igual al del pelo?
- ¿El pañuelo de la cabeza tiene pliegues?
- ¿El pañuelo de la cabeza cubre la parte delantera del pelo?
- ¿El pelo parece que es muy oscuro?

Respondidas las preguntas se les pide que en una hoja escriban una historia acerca de este dibujo, y que escriban la respuesta a la última pregunta: ¿La edad de la dama es aproximadamente de...?

Posteriormente se pide lean cada uno la historia escrita y su opinión acerca de la edad que representa el dibujo.

Comentarios del terapeuta:

"Como ven, todos percibimos y pensamos cosas totalmente distintas a pesar de observado ser el mismo dibujo. En muchas ocasiones lo mismo pasa con ciertos eventos o cosas que nos sucede, no es lo que ocurre lo que nos causa ciertas emociones placenteras o displacenteras, sino, la interpretación que le demos cada uno de nosotros"

Se pide a los miembros del grupo, opiniones y comentarios acerca del tema.

SESIÓN 3.

Dinámica 1.

Explicación teórica del surgimiento y mantenimiento de las ideas irracionales, acompañadas de los ejemplos propuestos por los miembros del grupo.

Objetivo:

- a) Sentar las bases para el entendimiento de las ideas irracionales.
- b) Logra un acercamiento más personal hacia las mismas.

Dinámica 2.

Tarea a realizar en la semana.

ANEXO 1 DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

Objetivo.

- a) Lograr un mejor entendimiento de lo visto durante la sesión
- b) Aclarar dudas que surgen en el transcurso de la semana.
- c) Introducción al modelo ABC.

Dinámica 1.

Se explica, que buena parte de esta sesión será teórica pero que los comentarios, ejemplos y demás intervenciones relacionadas con el tema son válidas.

Contenido:

"La emoción humana está estrechamente ligada al pensamiento y el pensamiento es en gran parte verbal, por lo tanto, las emociones están determinadas por la forma en que la persona se hable a sí misma. A esta voz se le llama la voz interior negativa, su función consiste en:

- Atacar y juzga las cosas que hacemos mal.
- Compara nuestros logros y capacidades con la de los demás.
- Fija estándares de perfección.
- Castiga ante el más mínimo error.

El origen de la voz crítica se encuentra desde los padres, cuando nos enseñan cuales son las conductas buenas y malas, correctas e incorrectas.

Cuando los padres reprimen una conducta X, inadecuada o peligrosa y le dicen al niño que él es malo por haberlo hecho, no están castigando sólo la conducta, sino que también, están diciendo que tanto el chico como su conducta no son buenas y el niño no encuentra la diferencia entre lo que es y lo que hace.

Actualmente ese "regañó", lo que nos dice lo que es adecuado o inadecuado, ya no es necesario que venga del exterior, esta voz se ha internalizado, y el gran error que tenemos a cuestas, es no saber diferenciar entre lo que somos y lo que hacemos. Por esto tratamos de hacer mucho o hacer cosas buenas, adecuadas, perfectas para valer más como personas.

Pero ¿por qué razón seguimos escuchando esta voz negativa? La razón principal es que si se hacen las cosas a la perfección obtenemos mayores logros y con esto recibimos elogios, pero a pesar de esta parte positiva de la voz interna, esta es poco tolerante, nos hace actuar en forma absolutista, expresándose a través de exigencias en términos de "debe" "tiene que", "debía" "tendría que", por ejemplo, la gente debe de ser de tal o cual manera, las cosas tienen que salir de esta o aquella forma.

Además si estas situaciones o pensamientos al rededor de estas ideas no se cumplen, las cosas se vuelven catastróficas, es decir, se exageran las consecuencias de nuestra conducta o de los demás, esperando un desastre.

ANEXO 1 DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES.

A grandes rasgos estas son ideas irracionales, pero para lograr entenderlas aún mejor, dividámoslas en las ideas irracionales básicas las cuales son:

1) *Hipergeneralización*. es decir, a partir de un hecho aislado se hace una regla general y universal.

2) *Razonamiento emocional*, esto es, creemos que lo que sentimos es lo cierto.

3) *Autoacusación*: Nos culpamos permanentemente de cosas que no nos corresponden, es decir sentimos responsabilidad de todo.

4) *Lectura de la mente*. Sin que los demás digan nada nosotros sabemos lo que están sintiendo los demás y por que actúan como lo hacen tenemos el don de adivinar.

5) *Personalización*. Pensar que todo lo que las personas dicen o hacen es un tipo de reacción hacia uno mismo.

6) *Ser extremista*. Llevar las cosas a sus extremos en categorías de blanco o negro sin términos medios".

7) *Catastrofizar*. Exagerar las consecuencias de la propia conducta o de los demás.

Comentarios del terapeuta.

Durante toda la sesión se pide constantemente la ejemplificación por parte de los miembros del grupo, con anécdotas, comentarios y/u opiniones.

Dinámica 2.

Se les pide a los miembros del grupo la realización de una tarea en el transcurso de una semana, ejemplificando con hechos cotidianos lo visto durante la sesión anotando, por un lado, el evento o situación que provocó el malestar emocional, por otro lado la idea irracional, y en un tercer apartado, como se sintió la persona ante esta situación.

ANEXO 1 DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES.

SESIÓN 4.

Dinámica 1.

Revisión de lo realizado como tarea.

Objetivo.

- a) Aclarar dudas.
- b) Instruir a los pacientes para diferenciar entre evento, emoción y pensamiento.

Dinámica 2.

Discusión de los resultados del grupo de acuerdo al cuestionario de Ideas Irracionales.

Objetivo.

Autorreconocimiento de las Ideas Irracionales mayormente utilizadas por el grupo.

Dinámica 3.

Tarea a realizar en la semana.

Objetivo.

- a) Lograr un mejor entendimiento de lo visto durante la sesión.
- b) Aclarar dudas que surgan en el transcurso de la semana.
- c) Diferenciar entre evento, emoción y pensamiento.

Dinámica 1.

Son expuestas una a una las ideas irracionales, aclarando que estas son las manejadas por el grupo, que no se tratan de casos particulares, por lo que algunos no identificaran como suyas estas ideas, pero que se espera la opinión de todos y ejemplos en cada una de las ideas mencionadas.

Contenido.

Ideas irracionales.

1. Para un adulto existe una necesidad de cariño y aprobación de los demás.
2. Hay que ser indefectiblemente competente y perfecto en todo.
3. Ciertas personas viles deberán ser castigadas.
4. Es horrible cuando las cosas y personas no son como quisiera que fueran.
5. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias.
6. Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida.
7. Es más fácil evitar los problemas que hacerles frente.
8. Se necesita contar con algo más grande y fuerte que uno mismo.
9. El pasado tiene mucho que ver en la determinación del presente.
10. La felicidad aumenta con la inactividad y el ocio indefinido.

ANEXO 1 DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES.

De esta lista se escogen las ideas irracionales manejadas mayormente por el grupo, es decir las que se encuentren dentro de los puntajes más altos

Dinámica 2.

Se pide a los miembros del grupo, opiniones y comentarios acerca de las ideas irracionales presentadas

Dinámica 3.

Se pide a los miembros del grupo la realización de la tarea semanal, la cual se realiza de la misma manera que la asignada en la sesión anterior, pero con los ejemplos relacionados con las Ideas irracionales revisadas durante esta.

SESIÓN 5.

Dinámica 1.

Explicación del modelo ABC

Objetivo.

Instruir a los miembros del grupo sobre el manejo y utilidad del modelo ABC.

Dinámica 2.

Trabajo con uno de los ejemplos de lo realizado como tarea durante la semana.

Objetivo.

Lograr una comprensión más práctica del modelo ABC.

Contenido

"Hasta ahora se han discutido cuales son las ideas irracionales y como es que funcionan, en esta sesión revisaremos el como eliminar estos pensamientos que nos traen emociones incomodas. De hecho ya han comenzado, a través de las tareas realizadas durante estas semanas parte del modelo conocido como ABC."

El creador de esta terapia dice que siempre existe un acontecimiento desencadenante o activadora de respuestas emocionales y comportamientos que por lo general son desagradables. El primer punto, es decir el evento es el llamado punto A, mientras que las emociones se encuentran en un punto C. Así que, por lo general lo que llegamos a pensar es que las emociones desagradables son ocasionadas directamente por los eventos o situaciones que nos suceden, pero se nos olvida un punto intermedio, el punto B, el cual hace referencia a todos los pensamientos que, son en realidad los que nos llevan al punto C, es decir, las ideas irracionales.

ANEXO 1 DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES.

Se cree que las emociones tienen una causa externa, el error está en que entre A y C ocurre B, esto es, ocurren una serie de pensamientos, a partir de los antecedentes ambientales.

Como se podrán dar cuenta, a partir de las tareas realizadas han empezado a diferenciar entre A, B y C, punto primordial para la modificación de los pensamientos. Ahora la parte que falta es la letra D, es decir, el análisis de los pensamientos, en este punto se busca el debatir, discutir, dar argumentos que nos demuestren que lo pensado en el punto B es una idea irracional."

Dinámica 2.

Se pide a los miembros del grupo exponer algún ejemplo de los trabajados durante la semana como tarea para la mejor comprensión del modelo.

Dinámica 3.

Se asigna tarea a trabajar durante la semana, trabajando con ejemplos de la forma como fue manejado el ejemplo durante la sesión

SESIÓN 6.

Dinámica 1.

Trabajo basados en los ejemplos propuestos por los miembros del grupo.

Objetivo.

- a) Comprensión del modelo ABC.
- b) Aclaración de dudas acerca del mismo.

Dinámica 2.

Tarea a realizar en la semana.

Dinámica 1.

Se trabaja básicamente manejando los ejemplos en un cuadro de la siguiente manera.

A	B	C	D	E
Evento.	Pensamiento.	Emoción.	Razonamiento.	Nueva emoción.

ANEXO 1 DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

En el punto A, como ya se explicó en las sesiones anteriores, se escribe el evento que provocó la emoción, en C la emoción desagradable, posteriormente se continúa en el punto B con los pensamientos que se generaron. En el punto D se buscan los argumentos para debatir acerca de B, para posteriormente pasar al punto E, en donde se espera el surgimiento de nuevas emociones más placenteras a partir del debate entre el punto B y el D.

Se pide a los paciente agotar las posibilidades en cada una de las casillas.

Se trabaja este modelo con el mayor número de ejemplos posibles durante la sesión.

Dinámica 2.

Se asigna tarea a trabajar durante la semana, trabajando con ejemplos de la forma como fue manejado el ejemplo durante la sesión

SESIÓN 7

Dinámica 1.

Trabajo con los ejemplos realizados durante la semana, con un formato diferente al revisado con anterioridad.

Objetivo.

- a) Aclaración de dudas.
- B) Lograr un manejo más sencillo para el debate y eliminación de las ideas irracionales,

Dinámica 1.

El trabajo durante esta sesión se realiza con base a los ejemplos trabajados durante la semana por los miembros del grupo se revisan con el formato siguiente, el cual se les proporciona a los miembros del grupo.

Responda a cada una de las preguntas en la forma más completa posible. Comience respondiendo las preguntas del inciso C; continúe con A, B, C y D.

ANEXO 1 DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES.

A: Antecedente ambiental

1) ¿Qué pasa? ¿Qué sucede?

B: Tonterías.

1) Exigencia irracional: ¿Qué es, lo que según yo, NO DEBERÍA de haber sucedido?

2) Catastrofización: Me parece horrible (no aguanto, no soporto) que:

3) Incapacidad personal: No tolero (no aguanto, no soporto) que:

4) Condenas:

Mi suerte es:

Yo soy:

Los demás son:

C: Consecuencia emocional

1) ¿cómo me siento?

D: Disputar, debatir, discutir.

1) ¿Es cierto que lo sucedido en A no debería haber sucedido sólo porque a mi no me gusta?

2) ¿Es cierto que es horrible lo sucedido en A?

3) ¿Es cierto que soy menos valioso como persona?

4) ¿Es cierto que los demás son menos valiosos en tanto personas?

5) ¿Cuál es el acto mío o ajeno que deseo cambiar?

6) ¿Qué podría hacer para cambiar tal acto?

7) ¿Mi molestia emocional sirve para cambiar lo que no me gusta?

8) ¿Maldecir mi suerte sirve para cambiarla?

9) ¿Qué es lo primero que podría hacer para modificar lo que no me gusta?

E: Efecto emocional nuevo.

1) ¿Cómo me siento después de pensar racionalmente?

Comentarios del terapeuta.

Se aclara que la próxima sesión será la última.

ANEXO 1 DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

SESIÓN 8.

Dinámica 1.

Aclaración de dudas.

Objetivo.

Despejar cualquier duda que haya surgido a través de las sesiones anteriores.

Dinámica 2.

Discusión de la utilidad de lo aprendido durante las sesiones anteriores.

Objetivo.

Intercambio de ideas de la aplicación práctica de lo aprendido.

Dinámica 3.

Dinámica de "la telaraña".

Objetivo.

Cerrar la terapia en forma emotiva.

Dinámica 1.

Se expresa que la aclaración de dudas es fundamental en esta sesión ya que ésta será la última.

Dinámica 2.

Se pide la opinión y discusión del grupo en cuanto a la utilidad y aplicación del modelo ABC, de la modificación de las ideas irracionales y de las consecuencias de todo esto en la salud.

Dinámica 3.

Esta dinámica se realiza con una bola de estambre, se pide que un integrante, voluntariamente, tome la hebra del estambre por un extremo y que hable de las ideas y sentimientos que experimentó a través de las 8 sesiones de la terapia, de que tanto se cubrieron las expectativas y en general de lo que guste hablar a modo de cierre de la terapia. Posterior a que el primer voluntario haya finalizado se le pide sostenga el extremo de la hebra y pase la bola de estambre al miembro del grupo que guste, y este a su vez exprese lo pedido con anterioridad, repitiendo esto hasta que todos hayan hablado, incluyendo al terapeuta. Al final, se habrá formado una telaraña con el estambre y se hace notar que finalmente existe mucho de común entre todos, sobretodo después de haber estado juntos durante ocho sesiones, y que al igual que el hilo en esos momentos nos mantiene unidos unos con otros, el haber trabajado a lo largo de la terapia nos mantiene conectados.

ANEXO 2 INSTRUMENTOS

**CENTRO MEDICO NACIONAL
20 DE NOVIEMBRE DEL I.S.S.S.T.E**

Estamos realizando una investigación sobre la forma de sentir y actuar de las personas que tienen algún problema de salud, por lo cual solicitamos su colaboración contestando los siguientes cuestionarios con la mayor sinceridad. Los datos que se obtengan serán manejados en forma confidencial.

Datos generales.

Nombre: _____ Sexo: _____

Edad (en años cumplidos): _____ No. de hijos: _____

Ocupación: _____

Escolaridad:

Primaria incompleta _____
Primaria completa _____
Secundaria _____
Preparatoria _____
Técnico _____
Licenciatura _____
Otro _____

Estado civil

Soltero _____
Casado _____
Unión libre _____
Divorciado _____
Separado _____
Viudo _____

Ingreso familiar:

350 a mil _____
mil a dos mil _____
dos mil a tres mil _____
tres mil o más _____

¿Cómo considera su situación familiar?

Muy buena _____
Buena _____
Regular _____
Mala _____
Muy mala _____

¿Qué tan satisfecho se encuentra en su vida actualmente?

Totalmente _____
Bastante _____
Regular _____
Insatisfecho _____
Totalmente insatisfecho _____

ANEXO 2 INSTRUMENTOS.

LEA POR FAVOR CADA UNO DE LOS ITEMS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN Y RODEE CON UN CIRCULO LA CATEGORÍA QUE EXPRESE EN QUE MEDIDA ACTUÓ COMO DESCRIBE CADA UNO DE ELLOS.

	EN ABSOLUTO	EN ALGUNA MEDIDA	BASTANTE	EN GRAN MEDIDA
1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el siguiente paso).	0	1	2	3
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.	0	1	2	3
5. Intente encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	0	1	2	3
6. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
7. Me dije a mi misma cosas que hicieron sentirme mejor.	0	1	2	3
8. Cambie, maduré como persona.	0	1	2	3
9. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.	0	1	2	3
10. Acepté la segunda posibilidad mejor después de lo que yo quería.	0	1	2	3
11. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.	0	1	2	3

ANEXO 9 INSTRUMENTOS.

12. Salí de la experiencia mejor de lo que entre.	0	1	2	3
13. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
14. Tuve fe en algo nuevo.	0	1	2	3
15. Redescubrí lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
16. Cambie algo para que las cosas fueran bien.	0	1	2	3
17. Pregunté a un pariente o amigo y respete su consejo.	0	1	2	3
18. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.	0	1	2	3
19. No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio.	0	1	2	3
20. Le conté a alguien como me sentía.	0	1	2	3
21. Me mantuve firme y peleé por lo que quería.	0	1	2	3
22. Sabía lo que había de hacer así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.	0	1	2	3
23. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.	0	1	2	3
24. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas.	0	1	2	3

ANEXO 2 INSTRUMENTOS.

25. Deseo poder cambiar lo que estaba ocurriendo a la forma como me sentía.	0	1	2	3
26. Soñé o me imagine otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.	0	1	2	3
27. Fantaseé e imagine el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
28. Me preparé para lo peor.	0	1	2	3

ANEXO 2 INSTRUMENTOS.

Este es un inventario que pretende investigar la forma en que usted piensa y siente acerca de varias cosas. Encontrará una serie de afirmaciones con las cuales usted podrá estar de acuerdo o no. A la derecha de cada afirmación encontrará los números del 1 al 5, usted deberá encerrar en un círculo el número que mejor describa su reacción ante cada una de las afirmaciones.

1. Significa totalmente en desacuerdo.
2. Significa moderadamente en desacuerdo.
3. Significa ni acuerdo ni desacuerdo.
4. Significa moderadamente de acuerdo.
5. Significa completamente de acuerdo.

No es necesario pensar mucho sobre cada reactivo. Marque rápidamente y continúe con la siguiente afirmación. Asegúrese de marcar como realmente siente y no como usted cree que debería ser o sentir, trate de evitar las respuestas con número 3 o neutrales en lo posible.

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Es muy importante para mi que otros me aprueben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Odio fracasar en algo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. La gente que comete errores, merece lo que le pasa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Usualmente acepto lo que sucede filosóficamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Si una persona quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Tengo de algunas cosas que a menudo me molestan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Frecuentemente voy retrasando decisiones importantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Todo mundo necesita depender de alguien para pedirle ayuda y consejo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. El que nace para maceta, del corredor no pasa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO 2 INSTRUMENTOS.

10. Siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa.	1	2	3	4	5
11. Me gusta que me respeten, pero no me es necesario.	1	2	3	4	5
12. Evito cosas que no puedo hacer.	1	2	3	4	5
13. Muchas personas malvadas escapan del castigo que merecen.	1	2	3	4	5
14. Las frustraciones no me molestan.	1	2	3	4	5
15. Las personas no se perturban por las situaciones, sino por lo que piensan de ellas.	1	2	3	4	5
16. Siento muy poca ansiedad por lo que pudiera ocurrir de peligroso e inesperado.	1	2	3	4	5
17. Siempre trato de salir adelante y dejar terminadas las tareas desagradables cuando se me presentan.	1	2	3	4	5
18. Trato de consultar con un experto antes de tomar decisiones importantes.	1	2	3	4	5
19. Es casi imposible vencer las influencias del pasado.	1	2	3	4	5
20. No hay solución perfecta para algo.	1	2	3	4	5
21. Quiero que todos me estimen.	1	2	3	4	5
22. No pretendo competir en actividades donde otros son mejores que yo.	1	2	3	4	5
23. Los que se equivocan, merecen ser censurados.	1	2	3	4	5
24. Las cosas deberían de ser diferentes de como son.	1	2	3	4	5
25. Yo causo mis propios estados de animo.	1	2	3	4	5
26. No puedo olvidarme de mis preocupaciones.	1	2	3	4	5

ANEXO 2 INSTRUMENTOS.

27. Evito enfrentar mis problemas.	1	2	3	4	5
28. La gente necesita una fuente de poder fuera de ella misma.	1	2	3	4	5
29. Si algo fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro.	1	2	3	4	5
30. Rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida.	1	2	3	4	5
31. Puedo estar en paz conmigo mismo aunque otros lo estén.	1	2	3	4	5
32. Me gusta triunfar en algo, pero no siento que esto sea necesario.	1	2	3	4	5
33. La inmoralidad debe ser castigada fuertemente.	1	2	3	4	5
34. Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan.	1	2	3	4	5
35. Las gentes miserables se han hecho miserables así mismas.	1	2	3	4	5
36. Si no puedo impedir que algo suceda, no me preocupo por eso.	1	2	3	4	5
37. Usualmente tomo decisiones lo más rápidamente que puedo.	1	2	3	4	5
38. Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho.	1	2	3	4	5
39. La gente sobrevalora la influencia del pasado.	1	2	3	4	5
40. Siempre tendremos algunos problemas.	1	2	3	4	5
41. Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo, no mío.	1	2	3	4	5

ANEXO 2 INSTRUMENTOS

42. es importante para mi tener éxito en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
43. Rara vez culpo a la gente por sus errores.	1	2	3	4	5
44. Usualmente acepto las cosas como son, aunque no me gusten.	1	2	3	4	5
45. Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo a menos que él mismo se haga permanecer así.	1	2	3	4	5
46. No puedo tolerar el probar fortuna.	1	2	3	4	5
47. La vida es demasiado corta para gastarla en tareas poco placenteras.	1	2	3	4	5
48. Me gusta sostenerme en mis propios pies.	1	2	3	4	5
49. Cada problema tiene una solución correcta.	1	2	3	4	5
50. Si hubiera tenido diferentes experiencias yo sería más como me hubiera gustado ser.	1	2	3	4	5