



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CAMBIO DE ACTITUDES HACIA LA FAMILIA Y EL ÁREA LABORAL
EN UN GRUPO DE PACIENTES QUE ASISTIÓ A TERAPIA
COGNITIVO-CONDUCTUAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

GEORGINA ROMERO ORTEGA

DIRECTOR DE TESIS: LIC. MIRIAM CAMACHO VALLADARES

REVISOR: MTO SOTERO MORENO CAMACHO

ASESOR: PROF. ALBERTO GALICIA MONTOYA

COMITÉ DE SINODALES:

MTRA. MARÍA DEL ROCIO PAEZ GOMEZ

LIC. JORGE VALENZUELA VALLEJO

MTRA. ANGELINA GUERRERO LUNA



Ciudad Universitaria

México DF 2010



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.

A MIS PADRES

Como un testimonio de cariño y eterno agradecimiento por mi existencia, valores morales y formación profesional. Por que sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y por que nunca podre pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo. Por lo que soy y por todo el tiempo que les robé pensando en mi... Gracias. Con amor y respeto

GEORGINA

A Miriam y Luis:

Por su apoyo durante toda mi formación académica y ser para mí un modelo a seguir gracias por todo.

*A Selene, Raymundo y
Santiago:*

Por su apoyo y consejos en todo momento y mostrarme una manera diferente de ver la vida, los quiero mucho.

A Armando:

Por su comprensión y paciencia durante todo este tiempo pero sobre todo por su amor incondicional. Gracias por darle sentido a mi vida TE AMO.

*A mi angelito
Que me brindo Esperanza, fuerza, inocencia, futuro, valentía,
pureza, amor, confianza.... Donde se encuentre siempre estará
en mi corazón*

A mi profesor y amigo Héctor Lara Tapia por todos sus sabios consejos y tiempo para compartir sus conocimientos y experiencias enriqueciendo mi aprendizaje y brindarme la oportunidad de demostrar que cada día puedo ser mejor.

A las Psicólogas Patricia Sevilla y Elva Carrillo y la Dra. Verónica López por ayudarme a crecer profesionalmente y por mi formación integral como persona gracias a sus consejos pero sobre todo por su apoyo moral y una verdadera amistad en los momentos más difíciles de mi vida.

Al profesor Alberto Montoya por su permanente e incondicional disposición aclarar mis dudas y por sus excelentes sugerencias durante la realización de mi tesis.

A mi Directora de Tesis Miriam Camacho Valladares que gracias a su apoyo y motivación logre organizarme para llevar a cabo este trabajo y poder cumplir con esta meta Gracias.

A los Profesores:

Mto. Sotero Moreno Camacho

Mtra. María del Rocío Páez Gómez

Lic. Jorge Valenzuela Vallejo

Mtra. Angelina Guerrero Luna

Por sus acertadas indicaciones y el interés demostrado en el desarrollo de este trabajo.

GRACIAS

INDICE

Agradecimientos

Introducción 7

Capítulo I

ACTITUDES 8

1.1 Definición de Actitudes 8

1.2 Función de las Actitudes 12

1.3 Cambio de Actitudes 12

1.4 Evaluación de las Actitudes 15

Capítulo II

DEPRESIÓN 17

Capítulo III

MODELOS DE PSICOTERAPIA 22

3.1 Terapia Cognitiva

3.1.1 Entrenamiento Autoinstruccional de Meichenbaum 23

3.1.2 Terapia Racional de Ellis 23

3.1.3 Terapia Cognitiva de Beck 24

3.1.4 Intención Paradójica 24

3.2. Terapia Conductual 24

3.3 Terapia Cognitivo Conductual 25

3.4 Estrategias y técnicas de la terapia Cognitivo Conductual 31

3.4.1 Relajación 31

3.4.2 Restructuración Cognitiva 32

3.4.3 Afrontamiento 33

3.4.4 Pensamientos Automáticos 33

3.4.5 Autoinstrucciones 34

3.4.6 Visualización 34

4. Psicoterapia de grupo 36

Capítulo IV

EL DIFERENCIAL SEMANTICO 39

Correlatos de actitudes y modelos de psicoterapia 44

Capítulo V	
MÉTODO	49
1. Planteamiento del problema	49
2. Tipo de Estudio	49
3. Tipo de Diseño	49
4. Variables	49
5. Hipótesis	51
6. Sujetos	51
7. Instrumento	51
8. Escenario	52
9. Procedimiento	52
10. Tratamiento estadístico de los datos	53
Capítulo VI	
RESULTADOS	54
1.1 Diferencias en la evaluación de las actitudes antes y después de la terapia cognitivo conductual.	59
DISCUSIÓN	62
CONCLUSIÓN	68
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	69
SUGERENCIAS	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXO	74

INTRODUCCIÓN

El interés de llevar a cabo esta investigación se debe a que en la actualidad, la sociedad muestra una creciente necesidad de ayuda psicoterapéutica, y esa búsqueda se encamina cada vez más hacia encontrar métodos más seguros que nos hagan cambiar las actitudes que en un momento determinado lleguen a afectar nuestra vida cotidiana.

Las presiones que la vida impone, los cambios de trabajo, las enfermedades, los períodos de soledad, problemas familiares, la pérdida de una persona amada, son factores emocionales que no sólo pueden ser un desafío a nuestra actividad y a nuestros valores, sino que superan las fuerzas que tenemos y llegan a afectarnos de una manera casi determinante.

En esas situaciones que en algún momento se vive, participan también factores que actúan perjudicando las actitudes, y es por ello que se busca ayuda profesional.

Dentro de la ciencia de la psicología existen diferentes concepciones y maneras de entender y percibir al ser humano, entre ellas se encuentra la terapia cognitivo conductual la cual ha logrado aportar avances importantes en lo que se refiere a la terapia de problemas relacionados a la manera en que las personas interactúan con su medio ambiente y en la forma en que sus cogniciones afectan y modifican de manera directa la interpretación, percepción y manera de responder ante dicho ambiente.

El objetivo de la presente investigación es saber si se logra un cambio de actitud hacia la familia y el área laboral a través de la terapia cognitivo conductual, en los pacientes que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos y que son canalizados a la terapia de grupo por su médico tratante.

Para evaluar las actitudes se aplicará un cuestionario del diferencial semántico del idioma español, elaborado con base en los estudios de Díaz Guerrero y Salas (1975) antes y al final de la terapia cognitivo conductual con el propósito de saber si se logra el cambio de actitud hacia la familia y el área laboral en un grupo de pacientes que asistieron a la terapia cognitivo-conductual.

CAPITULO I

ACTITUDES

1.1 DEFINICIÓN DE ACTITUDES

La actitud han sido definida desde varios puntos de vista y existen en la literatura un gran número de definiciones las cuales revisaremos brevemente para obtener semejanzas y diferencias:

Thurstone (1927, cit Reidl, 1996) señala que es el grado de afecto positivo o negativo asociado a un objeto psicológico.

Bogardus dice que las actitudes son “la tendencia a actuar a favor o en contra de un factor circundante, que adquiere un valor positivo o negativo”.

En 1956 A. Culliver, escribe que las actitudes son pautas conceptuales preliminares

Para Allport (1975 cit Salazar, 1980) es el estado mental y neural de la disposición a responder organizado a través de la experiencia y que ejerce una influencia directa y/o dinámica en la conducta. Krech, Crutchfield y Ballachey (1962) y otros autores aceptaron esta definición pero además distinguieron tres componentes en la actitud: un componente cognitivo (la creencia), uno afectivo- valorativo y un tercero connotativo (intenciones y propósitos). Para estos tres exponentes la actitud es un sistema permanente de tres componentes centrados sobre un objeto singular: las creencias sobre el objeto (el componente cognitivo); el afecto conectado con el objeto (el componente afectivo) y la disposición a actuar respecto del objeto (el componente de tendencia a la acción).

Así mismo, estos autores coinciden en señalar que las actitudes son una representación individual de la cultura social a la que pertenece un individuo y toman importancia con relación a su injerencia en el estudio de grupos; su funcionalidad cognitiva se refiere a los contenidos del conocimiento, errados o correctos con los cuales los individuos enfrentan el medio social. De esta manera

desarrollan actitudes favorables hacia objetos que conducen a la obtención de recompensas y, desfavorables ante objetos que conducen a la obtención de un castigo. Así las personas asumen actitudes por identificación para mantener una relación a nivel de rol con alguien significativo, es decir, mediante una función adaptativa; las actitudes pareciera que proporcionan una guía de las conductas apropiadas de los individuos frente algunos objetos (Salazar,1980). En las dos primeras definiciones se puede observar que la actitud se refería a una disposición afectiva y valorativa.

Por otra parte, Kelman (1953 cit Salazar, 1980), plantea que las actitudes facilitan la catarsis de tensiones internas y la creación de una identidad, asumiendo actitudes específicas que ayudan a manejar conflictos internos.

Díaz Guerrero (1973 cit Valdez, 1991) plantea que la actitud expresa el significado connotativo o afectivo que un individuo atribuye a un objeto y que obedecerá a la cultura subjetiva de los sujetos.

Es importante mencionar, que en este sentido, los estereotipos suponen la asignación de un conjunto de rasgos a un grupo y, los estereotipos y las creencias configuran un patrón actitudinal que matiza la vida social, política, económica y afectiva de los individuos (Salazar, 1980).

Para Asch (1952 cit en Hollander, 1985), las Actitudes son disposiciones duraderas formuladas por la experiencia anterior.

Para Rokeach (1986 cit en Hollander 1985) una Actitud es una organización aprendida y relativamente duradera de creencias acerca de un objeto o de una situación, que predispone al individuo a favor de una respuesta preferida. Adopto un significado muy extenso de “creencia” que resultaba equivalente al de “actitud”. Toda “creencia” está compuesta por: cognitivo, afectivo -valorativo y connotativo.

Para Bem (1970, cit en Periman y Crozby, 1985) las actitudes son lo que nos gusta y lo que nos disgusta, son nuestras afinidades y aversiones hacia los objetos, situaciones personas o grupos y cualquier otro aspecto identificable de nuestro ambiente, incluso ideas abstractas, políticas y sociales.

Para Katz (cit en Dawes, 1975) la Actitud es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable y desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto del mundo. Incluye el núcleo afectivo o sensible de agrado o desagrado y los elementos cognoscitivos o de creencias que escriben el efecto de la actitud, sus características y sus relaciones con los objetos.

Desde hace varios años existen investigaciones abocados a la medición de la actitud pretendiendo medir la presencia de reacciones emocionales. Entre ellas está la medición de la respuesta psicogalvánica, la respuesta del ritmo cardiaco y el uso de reportes verbales que dieron lugar a escalas de actitudes (Salazar, 1980).

Thomas y Znaniacki (1918) lo definieron como “un estado mental del individuo dirigido hacia un valor”. Se definió como un proceso en el que el sujeto esta dirigido hacia un objeto de relevancia social lo que determina las respuestas de este mismo, estos autores consideraron el estudio de las actitudes como un tema importante de la psicología social. Posterior a esto se introdujo el término de actitud por que se necesitaba un concepto para explicar la acción social proyectiva, dirigida intencionalmente y no instintiva. Esa acción se consideraba determinada por la relación del sujeto con un objeto sociable, de carácter valioso. Por lo mencionado anteriormente los autores de estos conceptos distinguían entre esas disposiciones a actuar, los instintos y disposiciones innatas

La actitud se refería sólo a disposiciones adquiridas de la gente perteneciente a un medio social determinado.

Mac Grath define actitud como una predisposición emprendida a responder de manera positiva o negativa a ciertos objetos. Una actitud es para él, una orientación hacia una manera de sentir y creer acerca de algo (objeto); son aprendidas y pueden ser generalmente específicas. Representan predisposiciones a responder favorable o desfavorablemente hacia el blanco de la actitud, pero no son respuestas abiertas.

Hollander (1967) toma a las actitudes como percepciones respecto de personas cosas, o sucesos en el medio ambiente. Señala que tienen cualidades de motivación, en la medida en que dirigen la conducta, y la define de la siguiente manera, “es una organización de creencias aprendidas y relativamente permanentes, respecto a un objeto o situación que dispone a la persona hacia alguna respuesta preferida”.

Para Newcomb, las actitudes representan orientaciones persistentes del individuo hacia su medio, mientras que los motivos representan orientaciones que son temporales que se pueden repetir. Señala además que las actitudes, tienden a permanecer relativamente sin cambios, si los individuos siguen percibiendo los objetos en un marco de referencia estable, pero es probable que cambie dicho marco cuando los acontecimientos demuestren que ya no es adecuado.

De estas definiciones se puede destacar que las actitudes básicamente tienen componentes (Rodríguez, 1986):

Cognoscitivo: Integrado por las creencias que tienen las personas acerca del objeto

Psicológico: Las creencias son de tipo evaluativo e incluyen cualidades deseables o indeseables, aceptables e inaceptables, buenas o malas.

Emocional: Se refiere a los sentimientos ligados al objeto, califican en amor-odio, admiración-desprecio, gusto- disgusto, favorable-desfavorable.

Conductual: Incorpora la disposición del individuo para efectuar la conducta para responder al objeto actitudinal.

Las actitudes pueden ser consideradas como una asociación entre un objeto dado y su evaluación. Los objetos de actitud pueden ser situaciones sociales, personas y problemas (Sánchez y Zúñiga, 2004)

1.2 LA FUNCIÓN DE LAS ACTITUDES

La organización de las actitudes se construye a partir de las creencias y de los valores y estas también se ven afectadas por la función que cumplen (Katz, 1960, 1968). Katz sostuvo que las mantenemos por cuatro razones:

1. Función de ajuste para maximizar los premios y minimizar los costos del entorno.
2. Función de defensa del yo: para protegernos en contra de los conflictos internos y de las amenazas externas contra el yo.
3. Función expresiva de valor: para indicar el tipo de persona que somos
4. Función de conocimiento: para darle significado y orden a nuestro mundo.

La función que una actitud desempeña determinará su lugar en la red de ellas (Herek, 1986; Shavitt y Brock, 1986).

En sus investigaciones recientes Shavitt (1989; 1990) y sus colegas (Han y Shavitt 1994; Shavitt, Lowrey y Han, 1992) destacan tres funciones: utilitarias, identidad social y perseveración de la autoestima. La función utilitaria se parece a la de ajuste o del conocimiento, pues las actitudes rigen las decisiones de la vida diaria indicando los costos/beneficios de su objeto. La función de identidad social se parece mucho a la función expresiva de valor, en el sentido de que con las actitudes indicamos nuestro estatus o relación con el prestigio. La función de preservación de la autoestima es similar a la función defensiva del yo, porque sostenemos estas posiciones para proteger la autoestima.

1.3 CAMBIO DE ACTITUDES

Las actitudes pueden relacionarse con otras, influenciarlas y a su vez, ser influenciadas por ellas.

Pocas actitudes se encuentran aisladas, la mayoría de las actitudes forman algo parecido a grupos, pues forman una estructura compleja y coherente y pueden servir como indicadores de la unidad de la personalidad

Podemos ser influenciados en nuestras actitudes por otros, y también podemos influenciar a otros en sus actitudes, por lo tanto se pueden eliminar o modificar actitudes negativas que se tengan ya sea hacia el trabajo, la familia, la pareja o incluso con nosotros mismos que interfieran para comenzar nuevos procesos o formas de desarrollarnos en estos aspectos de nuestra vida.

Para fines de estudio, es importante mencionar lo anterior, ya que con ello podríamos iniciar el cambio de actitud a través de la terapia de grupo cognitivo conductual.

Cabe mencionar que las actitudes se desarrollan durante el proceso de la satisfacción de necesidades. Una vez que el individuo se enfrenta con varios problemas relacionados a la satisfacción de una necesidad, comienza a desarrollar una serie de actitudes propicias hacia los objetos y hacia aquellas personas que satisfacen sus impulsos, tanto a nivel de objetivos, como también de medios para alcanzarlos.

Es importante la situación grupal en las actitudes. Se dice que la pertenencia de un individuo a un grupo ayuda a determinar la formación de sus actitudes y así como muchas de nuestras actitudes están formadas por la influencia familiar, podemos decir que las actitudes hacia la terapia también están apoyadas por los miembros de la terapia de grupo, por lo cual las actitudes constantemente reflejarán las creencias, normas y valores del grupo.

Según Cohen (1957), Klapper (1960), y Rosenberg (1956), plantean que generalmente la información por si misma es insuficiente para cambiar actitudes o

para influenciar la conducta. Para que se lleve a cabo el cambio algo de motivación o excitación parece ser necesaria. Existen estudios que plantean que los efectos de la excitación en actitudes que utilizan la excitación del miedo parecen indicar que producir niveles de ansiedad, relativamente altos interfieren en el cambio de actitud (Goldstein,1959), Haefner 1956, Janis y Feshbach, 1953, 1954). Por lo cual se sugiere que la interferencia es producida por reacciones defensivas, así como por negar la vulnerabilidad a la amenaza, lo cual crea resistencia a la persuasión mientras aquello reduce la tensión generada por la comunicación (Janis y Feshbach, 1953).

Por ello existe una suposición que explica que las reacciones de negación ocurren a causa de que las recomendaciones ensayadas del comunicador son insuficientes en reducir el impulso del miedo (Hovland, Janis y Kelley, 1953, Janis y Feshbach, 1953). Por lo tanto Heber encontrado persuasión reducida con comunicaciones altas en miedo no indica una superioridad general en apelaciones de temor mínimo. De hecho, es posible que el miedo facilite la aceptación de las acciones inmediatas a causa de que la recomendación pueda instantáneamente reducir el miedo (Janis y Feshbach).

La relación que existe entre el miedo generado y la efectividad de una comunicación persuasiva ha probado ser una de las más complejas. En los veinte años o más desde que Janis y Feshbach (1953) reportaron por primera vez una relación negativa entre el nivel de miedo y la cantidad de cambio de actitud, muchos investigadores han puesto atención en este tema. En un intento por integrar los diferentes resultados y resolver aparentes conflictos, teóricos recientes han intentado especificar los componentes funcionales del miedo por un lado, y por otro, dimensiones relevantes de variables de diferencia situacional e individual, un ejemplo de esto es el miedo como un estado de “drive” aprendido ha sido postulado a poseer dos propiedades:

De Conducción: como un “conductor”, incrementos en el nivel del miedo se podría llegar a esperar aumentarían la probabilidad de tendencias de respuesta o cambio de actitud.

De señal: asociadas al miedo son típicamente negativas en carácter (hostilidad, agresión, evitamiento).

Provocar estas respuestas debería inhibir la efectividad persuasiva. Estas consideraciones han llevado a alguno a postular una relación no monotónica entre el miedo despertado y el cambio de actitud.

Específicamente, es sugerido que incrementos en el miedo facilitarían cambio de actitud hasta arriba de algún nivel óptimo, después, cuando las señales inhibitorias vengán a ser crecientemente salientes, están lleven a una efectividad disminuida con miedo incrementado.

1.4 EVALUACIÓN DE ACTITUDES

El año de 1928 marca la aceptación de la actitud en la psicología social. Al demostrar que se puede medir, que se puede determinar gradaciones, queda convertida en variable y se convierte en uno de los constructos más importantes y distintivos en la disciplina. Desde entonces hasta hoy en día, se desarrollaron teorías acerca de la formación de actitudes, de su estructura y composición, de su cambio, de su determinación o no de la conducta, de sus bases motivacionales, de sus funciones.

William Maguire, profundo conocedor y partícipe del estudio de las actitudes, identifica tres cimas: la primera, lograda por la medición y el escalamiento de la actitud; la segunda, que corresponde a la época de las teorías de cambio de actitud abarca dos décadas de 1950 hasta el final de los años sesenta. La tercera es la actual, marcada por un renovado interés por la actitud. Se inicia alrededor de 1980 y la investigación se dirige a la estructura actitudinal.

Otro investigador Allport examinó 16 definiciones de actitud antes de presentar la propia, señalando que el común denominador en ellas es la preparación, la activación y el alerta para responder.

La complejidad de la actitud podía salvarse si se le reducía a sus componentes. Por compleja que fuera, se podía medir en partes. Aun así Allport advertía: “El precio que se debe pagar por la bipolaridad y cuantificación en tales casos es, por supuesto, un extremo y a menudo absurdo elementalismo “. Y tal como él mismo planteaba, es más fácil medir las actitudes que definir las. Como se sabe, años antes de la aparición de Allport, Thurstone había solucionado el problema de la medición. Esto indudablemente permitió el reconocimiento del concepto actitud y su ingreso pleno al mundo de la ciencia.

Para solucionar el problema Thurstone pensó a la actitud como el afecto a favor o en contra de un objeto psicológico, polaridad que ya había señalado un año antes Bogardus quien la definía como “... tendencia para actuar a favor o en contra de...”. Debe hacerse hincapié en que la actitud es afectividad medible y el objeto no es cualquiera, sino psicológico. Como él asienta, Thurstone, usa actitud para definir la acción potencial hacia el objeto solamente en cuanto a su favorabilidad o desfavorabilidad. Es la dimensión única, donde el afecto positivo o negativo son los polos de un continuo lineal. El objeto psicológico puede ser físico o bien una idea, plan de acción, forma de conducta, un ideal, un principio moral, un símbolo, un eslogan o emblema. De hecho “se puede referir a cualquier idea hacia la cual el sujeto exprese afecto positivo o negativo”.

Cuatro años después Likert presentó bases del modelo de medición de cinco puntos. A partir de aquí ya no había obstáculos para evaluar las actitudes hacia todos los objetos imaginables y en todos los grupos necesarios por que desde siempre las actitudes han provocado un interés práctico. Thurstone asumía la existencia de cambios en la actitud, no consideraba que este concepto hipotético pero real fuera una constante constitucional, era susceptible de cambiar fuera por razones ignoradas o por la presencia de un factor persuasivo conocido, por tanto recomendaba estar atento a las fluctuaciones que presentaran las mediciones y atender el uso de procedimientos propios de la medición que evitaran o

minimizaran el error. El autor hacía referencia en que se debía asumir que una escala de actitud se use sólo en aquellas situaciones en que puede esperarse razonablemente que la gente diga la verdad acerca de sus opiniones o convicciones. También afirmaba la existencia de actitudes contradictorias en una misma persona y que las actitudes cambian con frecuencia, aun en el mismo grupo e individuos. La subordinación teórica a la lógica de medición de Thurstone permitió alcanzar la primera de las cimas idénticas por los especialistas: inaugura la época de la medición actitudinal. La experiencia pasada modifica la tendencia conductual del organismo. La actitud deviene entonces en disposición conductual y como tal coordina la conducta en el ambiente.

Capítulo II

2. DEPRESIÓN

Depresión: latín. DE: Hacia abajo y PREMERE: Comprimir.

La Depresión es un trastorno psiquiátrico del estado de ánimo que se caracteriza por un síndrome afectivo que puede presentarse en forma aguda o crónica: pero más abundantemente episódico o recurrente, esta se caracteriza por estado de abatimiento, tristeza, que pueden llegar a ser reactivos a eventos desafortunados y presentarse de manera transitoria, sin ser estado patológico. Además también puede presentarse como síntoma aislado pero más persistente, acompañado a otras patologías.

La depresión afecta a todas las clases sociales y a todas las culturas y representa uno de los principales problemas que aquejan a la población del mundo.

Los estados depresivos le quitan a las personas su espíritu de lucha, la capacidad para plantearse un proyecto de vida personal y social además de trabajar en él y sobre todo de disfrutar de la vida.

Si se habla de la depresión de una manera clínica y de acuerdo con el autor Kaplan (1989) los síntomas necesarios para diagnosticar la depresión son la triada compuesta por:

1. Incapacidad para experimentar placer (anhedonia)
2. Reducido interés por el entorno (retraimiento)
3. Escasa energía.

Además son comunes las dificultades de concentración, cálculo, razonamientos y la realización de tareas mentales complejas, frecuentemente se presenta indecisión , en los episodios de depresión mayor son comunes la ideación y los intentos de suicidio.

Cabe mencionar que la población que participó en la investigación cursa con una depresión mayor, la cual ha influido en su vida diaria, tanto en el aspecto familiar como en el laboral por lo cual son canalizados a la terapia de grupo.

Para fines de la presente investigación, me enfocaré a describir la depresión desde una perspectiva social y cultura.

Las investigaciones de género que se han desarrollado, al considerar las diferencias de sexo en la depresión, han enfatizado los efectos psicológicos negativos al adherirse a los tradicionales roles de género y el efecto opresor a nivel interpersonal y social. Saucedo, Magallon González y Ornellas (2001) Este análisis de género explica que la adherencia rígida a los roles tanto en hombres como en mujeres, crea un esfuerzo que es vivenciado como un estado de tensión psicológica. En este sentido Pelicier (1989) comenta que en las condiciones culturales actuales de nuestro mundo occidental, la depresión aparece vinculada más a los modos de vida y expresión de la mujer. Este fenómeno cultural tiende a borrarse con el progreso, en la igualdad de los estatutos y de las formas de vivir, sin embargo, indica que el hombre se expresa más a menudo a través de la cólera o la intoxicación alcohólica sus efectos depresivos.

Por otra parte Araya, Rojas y Fritsh (2000) estudiaron la asociación de episodios depresivos y diversas variables sociodemográficas, controlando específicamente el sexo. Argumentan que los roles que asumen la mujer y el hombre en diversos periodos de su vida pueden influenciar el riesgo de enfermarse, Según estos autores el rol del hombre cambia de manera importante al retirarse de su vida laboral activa. Coinciden con otros autores al señalar que el rol de la mujer en la edad reproductiva solo tiene a la familia como fuente de gratificación y si trabaja, lo hace en situaciones en desventaja con el varón, situación que empeora si la mujer es casada pues sufre una doble desigualdad. Además se comenta que la presencia de los hijos en el hecho de presentar depresión pudiera estar vinculado con los diferentes roles del padre y la madre en nuestra sociedad. Mientras las mujeres se ven más afectadas por la presencia de hijos mayores de 18 años, los

episodios depresivos de los hombres se asocian más la presencia de hijos de edad escolar. Concluyen afirmando que para poder avanzar en la comprensión de las diferencias en la posibilidad de presentar depresión, se deben considerar los aspectos sociales y culturales.

Dentro de los aspectos sociales podemos encontrar un factor importante que es la familia debido a que esta es la más antigua de las instituciones sociales humanas. Es un hecho que el medio ambiente humano para la mayor parte de los individuos en desarrollo es la familia y esto nos lleva de la mano al estudio de los factores familiares dentro del proceso total del desarrollo. (Nariall, 1976). La familia como institución necesita de una estructura adecuada para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individualización al tiempo que proporciona un sentido de pertenencia (Minuchin, 1991).

Varios estudios han señalado que la familia se comporta como unidad. En 1984 Jackson introdujo el término "homeostasis familiar" para designar esta conducta (Sátir 1986) este término hace referencia al deseo de la familia por mantener las relaciones; a que los miembros ayuden a mantener el equilibrio en forma abierta y en forma encubierta; las pautas de comunicación de las familia revelan este equilibrio.

Desafortunadamente, cada vez más lazos familiares se debilitan, debido a que los padres tiene que trabajar y se ven obligados a dejar a sus hijos a cargo de otras personas o llegan a desentenderse de ellos; la violencia familiar es cada vez más alta y repercute en la incidencia de desintegración familiar, los divorcios hoy en día incrementan cada vez más. Algunos estudios señalan que la experiencia de una separación o de un divorcio es diferente para las mujeres y los hombres; si bien para ambos supone un acontecimiento de la vida estresante, que incrementa en ambos géneros el riesgo de aparición de sintomatología psiquiátrica, sólo el hombre supone un riesgo para el desarrollo de un primer episodio de depresión mayor

Hallazgos más recientes y relevantes relacionados con el trastorno depresivo manifiestan que el estado civil es considerado tradicionalmente como un fuerte predictor de la salud mental. Pero la relación entre el estado civil y depresión no es una relación lineal. En general se han detectado tasas más altas de depresión en las mujeres casadas que entre los hombres casados (Bebbington 1991). , lo cual nos indica que la relación entre el estado civil y satisfacción es diferente para la mujer y el hombre: mientras que éste obtiene más beneficios desde una perspectiva material, instrumental o de servicios, la mujer busca una satisfacción emocional en la relación, que no se asegura sólo con la presencia ni una vida sexual garantizada.

La situación ocupacional también ha mostrado ser un factor de riesgo de trastornos afectivos. El efecto del rol ocupacional en la salud mental de la mujer parece depender de su estado civil, función parental y status socioeconómico. Naturalmente los factores económicos y el nivel social interrelacionan con las funciones sociales. Así, si comparamos mujeres con situaciones ocupacionales diferentes y pertenecientes a clases sociales distintas, el efecto de la ocupación varía: mientras que en el caso de mujeres con ingresos bajos, el grupo de “trabajadoras” muestran niveles más elevados de sintomatología afectiva, sobre todo aquellas con hijos pequeños, lo contrario parece ser cierto para el caso de mujeres pertenecientes a clases sociales medias/altas e ingresos económicos más elevados.

Las mujeres casadas en nuestra sociedad desempeñan múltiples funciones . Tradicionalmente han asumido la función de cuidadoras, no solo de hijos, sino también de los miembros familiares enfermos, así como de los ancianos, sean estos los propios padres o los suegros. Esta situación de sobrecarga conduce a un colapso emocional, a una peor condición física, a un empobrecimiento de las relaciones sociales y a un riesgo de comprometer su propia promoción profesional (Crimlisk, 1996). A esto añadimos la práctica ausencia de un reparto del trabajo doméstico, contamos con datos que muestran diferencias importantes en el número de horas que la mujer dedica al trabajo doméstico frente al hombre, lo que

supone un menor número de horas dedicadas al descanso y al sueño, así como las actividades de ocio. Todo ello coloca a la mujer en una clara situación de desventaja social, que le predispone a una mayor vulnerabilidad para desarrollar trastornos afectivos y emocionales en este caso la depresión.

Las desventajas de la función social de la mujer en la sociedad actual conducen a una baja autoestima, dependencia y bajas aspiraciones, factores psicológicos todos ellos que se han invocado como predisponentes a la depresión, en los grupos de terapia que se manejan en la institución la mayor parte de la población llega con estos tipos de problema y ya en la entrevista clínica podemos percatarnos de que estos factores han influido en su desarrollo personal tanto en el ámbito familiar como en el social

En la mujer y en el hombre la depresión aparece como respuesta a la pérdida. Mientras que los hombres se deprimen a consecuencia de pérdidas de objetivos, las mujeres lo hacen en relación con problemas de pérdida de relaciones interpersonales (Rodríguez de la Vega, 1993). La experiencia de la depresión en mujeres se acentúa en un contexto social que devalúa las relaciones, es decir, que las valora como un signo de debilidad, de dependencia y de inmadurez, esto trae como consecuencia que en la mayoría de las ocasiones existan problemas de pareja y/o relaciones destructivas.

Las perspectivas sociales y culturales de la depresión han tenido su origen en el trabajo de diagnóstico y tratamiento social en el que se enfatizan las condiciones sociales y aspectos culturales de los trastornos mentales.

En esta investigación la depresión fue tratada a través de la terapia de grupo con enfoque cognitiva conductual

Capítulo III

3. MODELOS DE PSICOTERAPIA

3.1 TERAPIA COGNITIVA

La terapia Cognitiva nace en los años 60 y 70, con las aportaciones de especialistas como Aarón Beck, Albert Ellis, Donald Meichenbaum, que desilusionados del psicoanálisis buscaron de manera independiente, una nueva alternativa.

La Terapia Cognitiva está fundamentada en la idea del papel causal de los pensamientos y creencias sobre las emociones y conductas (Foa, 1985). Tanto la percepción como la conducta parecen organizarse a partir de la observación de las consecuencias de los actos. En ocasiones las personas llegan inferir relaciones causales donde no las hay y en otras ocasiones no las advertirán cuando efectivamente existen. La terapia cognitiva intenta modificar los pensamientos automáticos, sistema de creencias e ideas irracionales

Los principales objetivos que se propone la terapia cognitiva son, en primer lugar, comprender la relación de las cogniciones con las emociones y la conducta. En segundo lugar, desarrollar habilidades para identificar los pensamientos automáticos negativos y captar sus consecuencias, para llegar a generar pensamientos alternativos, más adecuados y objetivos con respecto a la realidad y a la vez desarrollar destrezas cognitivas.

La denominación de “Terapia Cognitiva” se aplica directamente a la de Beck (Beck 1976), pero por extensión incluye también la terapia racional emotiva de Albert Ellis, la de solución de problemas de Thomas D’Zurrilla, la de autoeficacia de Albert Bandura, autocontrol de Frederick Kanfer, la autoinstruccional de Donald Meichebaum entre otras.

Cabe mencionar que las aproximaciones cognitivas que se utilizan generalmente en los grupos de terapia con los cuales se llevara a cabo la investigación son las siguientes (Pallares 2002):

3.1.1 ENTRENAMIENTO AUTOINSTRCCIONAL DE MEICHENBAUM (Meichenbaum, 1987)

El entrenamiento consta de tres fases:

1.- Fase de conceptualización en la cual se persiguen principalmente dos objetivos: por una parte , recoger e integrar datos que permitan una comprensión del problema, mediante la entrevista, autoregistros y observación conductual, y por otra, instruir al paciente a evaluar, analizar e interpretar sus problemas de forma autónoma, proporcionándole un marco conceptual.

2.- Fase de Adquisición y práctica de habilidades. Consta de un entrenamiento de las habilidades instrumentales y paliativas (relajación) y de la práctica de habilidades mediante el uso de la imaginación, del rol-playing y de la interiorización de frases que regulen las respuestas de afrontamiento.

3.- Fase de aplicación y seguimiento. Una vez que el sujeto ha adquirido la capacidad de responder con eficacia ante las situaciones, el último paso es poner en práctica las respuestas de afrontamiento. Para ello deben impulsarse la aplicación de las habilidades mediante una exposición gradual in vivo y procurar el mantenimiento y la generalización a través de estrategias de recuperación ante los fracasos y recaídas, así como revisiones de seguimiento de hasta 1 año.

3.1.2 TERAPIA RACIONAL EMOTIVA DE ELLIS (Ellis, 1958)

Esta terapia racional emotiva (TRE) defiende una filosofía de vida que incluye: humanismo ateo, pensamiento científico, aceptación de riesgos e incertidumbre, auto-dirección y tolerancia de uno mismo y de los demás. El terapeuta deberá discutir con el paciente la formación de nuevas estructuras cognitivas, Asimismo se aplicaran técnicas de relajación.

La TRE reconoce los cambios de conducta para producir cambios cognitivos y utiliza la desensibilización como técnica de autoexposición.

3.1.3 TERAPIA COGNITIVA DE BECK (Beck 1976)

El programa de Beck se desarrolla en las siguientes etapas: identificación de las situaciones en las que el paciente asume una responsabilidad exagerada, toma de conciencia de la dimensión realista de sus percepciones, corrección de los pensamientos inadecuados y, por último, desarrollo de percepciones apropiadas, verificando in vivo su correcto funcionamiento.

3.1.4 INTENCIÓN PARADOJICA (Ascher, 1981),

La intención paradójica enseña al paciente a detener su lucha contra sus atemorizantes síntomas y a incrementar su intensidad como si buscara anticipar la consecuencia desastrosa temida (Ascher 1981). En esta estrategia está implícito un esfuerzo por cortar el ciclo del miedo al miedo, así como un distanciamiento de sus síntomas mediante el uso del sentido del humor, del sarcasmo y lo absurdo. (Vallejo, R.J. 1998).

El reconocimiento de que los constructos cognitivos podían desempeñar un papel importante en la terapia cognitivo-conductual se produjo sin beneficio de la base empírica que había sido usada en el desarrollo de los métodos de intervención que tenían sus orígenes en el condicionamiento clásico y operante.

3.2 TERAPIA CONDUCTUAL

La terapia conductual parte del principio de que la conducta patológica, al igual que la normal, se aprende de acuerdo con las leyes del condicionamiento clásico y operante. Este tipo de terapia tiene sus inicios en los años 50 y entre sus representantes clásicos podemos destacar a Pavlov, Skinner, H.J. Eysenk, J. Wolpe.

El objetivo de la terapia conductual es ayudar al paciente a obtener un nuevo comportamiento que influya de manera positiva en sus estructuras cognitivas y emocionales. La terapia conductual extiende sus efectos hasta llegar a ciertos rasgos de personalidad considerados como estables o inmodificables. Además este tipo de terapia, ayuda al paciente a ser más asertivo y tratar sus miedos de manera directa.

3.3 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

De la unión de los supuestos y procedimientos conductuales y cognitivos surgió la **terapia cognitivo conductual**.

Dentro de la cultura de un país donde las ideas psicológicas han sabido ganar su lugar, la terapia cognitivo-conductual es un modelo de intervención clínica que ha tenido una escasa trascendencia. Solo en los últimos años se ha mostrado un interés hacia esta misma, quizás por la exploración de alternativas breves en los tratamientos psicológicos., ya que hoy en día posee más aplicaciones clínicas, numerosos trastornos se están tratando actualmente con este tipo de terapia y el campo de aplicación se ha ido ampliando de manera progresiva conforme aparecen investigaciones nuevas. Hay aplicaciones específicas para los trastornos de ansiedad, para la depresión, esquizofrenia disfunciones sexuales, juego patológico de trastornos de personalidad, etc. Sin embargo, a pesar de su eficacia actual, no están todavía muy claros los fundamentos teóricos que subyacen a la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, en contraste con los principios de la terapia de conducta clásica que proviene de la investigación básica sobre el aprendizaje humano. Los procedimientos y los procesos cognitivos para el cambio de conducta constituyen una característica importante en la terapia de conducta actual.

La terapia cognitivo conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de reducir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento)

como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados, proporcionando al paciente nuevas experiencias de aprendizaje más adaptativas.

La terapia cognitiva-conductual busca modificar o alterar patrones de pensamiento que se cree que contribuyen a los problemas del paciente

Es importante mencionar los diferentes conceptos que los teóricos de esta terapia han contribuido a la psicología.

Para Beck (1995) la terapia cognitiva conductual es la aplicación de un modelo cognitivo a un desorden particular, empleando para ello técnicas diseñadas para modificar las creencias disfuncionales y los errores del proceso de información característicos de cada desorden, esta definición va más allá, al mencionar algunas de las principales características que distinguen a la terapia cognitivo-conductual, ya que toda terapia de este tipo debe de ser activa en la medida en que el paciente es el mismo que cumple con las tareas encargadas por el terapeuta cuyo papel es el de director y aplicador de las técnicas cognitivas diseñadas para modificar las creencias erróneas del paciente, todo es en un lapso de tiempo limitado que generalmente debe ser corto

SEIT. S y Franche R. (1991), mencionan que la terapia cognitivo conductual difiere de la terapia convencional en dos aspectos importantes. En general definen la terapia cognitivo-conductual como un procedimiento activo, directivo, estructurado de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psicológicas. Este procedimiento va encaminado a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y falsas creencias.

Para Frojan, el punto común de varios de los autores es el principio de que la mente humana es un producto de actividad simbólica constructiva y que la realidad es el producto de los significados particulares que crean los individuos. No es que haya una realidad y los pacientes distorsionen esa realidad construyendo con ello sus problemas, sino que hay múltiples realidades y la tarea del terapeuta es ayudarle al paciente a hacer consciente de cómo crean esa realidad y las consecuencias de dicha construcción.

La terapia cognitivo conductual parte de las siguientes suposiciones (Ingram & Scott, 1990):

- Ψ Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de los acontecimientos mismos.
- Ψ El aprendizaje está mediado cognitivamente.
- Ψ La cognición media la función emocional y conductual.
- Ψ Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse.
- Ψ La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta.
- Ψ Tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales para el cambio son deseables y se pueden integrar en las intervenciones.

Existen dentro de la ciencia de la psicología diversas concepciones y maneras de entender y percibir al ser humano, y entre ellas encontramos la terapia cognitivo conductual a la que podemos definir como una forma de tratamiento a corto plazo, que se identifica por ser activa, directiva y en la cual el terapeuta y el paciente trabajan de manera continua, primero en la estructura formal de sus sesiones de

intervención y segundo en los tipos de problemas en los que se centra, es decir, en la medida en que es el mismo paciente el que cumple con las tareas encargadas por el terapeuta cuyo papel es el de director y aplicador de las técnicas cognitivas diseñadas para modificar las creencias erróneas del paciente. Este método terapéutico afirma que los pensamientos causaran las emociones y por lo tanto se actuará en consecuencia. La terapia cognitivo conductual, busca propiciar el cambio actuando sobre el pensamiento y su correlato con la emoción y la conducta, tratando de encontrar en cada paciente cuales son las creencias y pensamientos que en ocasiones llegan a ser erróneas con respecto a la realidad y que han provocado que se actué de determinada manera experimentando ciertas emociones, es decir un individuo no responde solamente ante, los estímulos físicos y observables del medio ambiente, ya que también las cogniciones de la persona son importantes en la respuesta emitida ante ese medio ambiente.

Podemos entender como cogniciones todas aquellas creencias, pensamientos, ideas y experiencias que el individuo posee que le permiten interpretar y percibir su entorno de una manera determinada y de esta manera emitir una conducta.

Los psicólogos clínicos cognitivo-conductuales creen que el cambio de conducta tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo; este último se origina a través de una serie de posibles intervenciones, incluyendo la práctica de nuevas conductas, el análisis de patrones erróneos de pensamiento y la enseñanza de un dialogo con uno mismo más adaptativo (Brewin, 1996), estando relacionado también el mantenimiento posterior de los logros alcanzados con los cambios cognitivos

Tolman (1934) afirmaba que los organismos desarrollaban cogniciones sobre distintos estímulos y que la formación de estas cogniciones constituían el aprendizaje. En general, los teóricos cognitivos como son Kofka 1935, Lewin 1942, Tolman 1934, planteaban que el aprendizaje implicaba fundamentalmente la

estructuración del campo cognitivo y la percepción de relaciones entre acontecimientos ambientales.

Dobson y Block (1988) plantean una serie de factores que contribuyeron para hacer posible el desarrollo de la terapia cognitivo-conductual:

1. Insatisfacción con los enfoques no mediacionales, a finales de los años 70, para la explicación de toda la conducta humana. En esta parte cabe mencionar el trabajo de Bandura (1965,1971), sobre el aprendizaje vicario. En este enfoque, el individuo aprende observando a otra persona realizar una conducta; esta conducta se aprende mejor si luego el que observa la pone en práctica, sin embargo no es una condición necesaria.
2. Rechazo del modelo psicodinámico de la personalidad y la terapia. Así por ejemplo, el primer terapeuta cognitivo-conductual, Albert Ellis, provenía de una tradición psicoanalítica que abandonó debido a su insatisfacción con ella. De igual manera la revisión de la literatura empírica sobre los modelos psicodinámicos indicaba que los resultados de la psicoterapia tradicional eran más bien pobres (Eysenck 1969; Rachman & Wilson 1971).
3. Determinados problemas eran difícilmente tratables con procedimientos no cognitivos (p.ej. las obsesiones), por lo que el desarrollo de técnicas cognitivas conductuales han logrado llenar ese vacío.
4. La importancia de la investigación de la psicología cognitiva, en especial los modelos de procesamiento de la información para la cognición.
5. La destacada presencia en la literatura psicológica de determinados psicólogos que se definían así mismos como de orientación cognitivo-conductual entre ellos destacan Beck 1967, Ellis 1962, Mahoney 1974, Meichbaum 1973.

6. La publicación de estudios sobre la eficacia demostrada de los procedimientos cognitivo-conductuales.

Aunque se han desarrollado diversos tratamientos efectivos basados en principios de aprendizaje conductual tradicionales, para inicios de los setenta estaba claro que varias condiciones clínicas encontradas con frecuencia(como la depresión) no se manejaban con facilidad mediante tratamientos basados en el condicionamiento clásico y operante. En cierto sentido, las limitaciones de la psicodinámica y el conductismo radical estimularon la mezcla actual de métodos conductuales y cognoscitivos. Esta combinación también se facilitó por la presencia de varios modelos teóricos que incorporaron variables cognoscitivas junto con el rigor científico y experimental que aprecian los conductistas.

Para poder cerrar el abismo entre la práctica psicodinámica tradicional y la teoría del aprendizaje, Rotter desarrolló la teoría del aprendizaje social la cual explica el comportamiento como un conjunto del reforzamiento y las expectativas, es decir las personas eligen comportarse como lo hacen debido a que se espera que el comportamiento elegido conduzca a una meta o resultado de algún valor. Esta teoría del aprendizaje social facilitó una fusión de enfoques que todavía está en progreso. Al evaluar la utilidad de esta teoría del aprendizaje social en la práctica de la psicoterapia tradicional y la terapia del comportamiento, deben considerarse los siguientes puntos expuestos por Rotter (1970):

1. La psicoterapia es considerada como una situación de aprendizaje y la labor del terapeuta es capacitar al paciente para lograr cambios en el comportamiento observable y en el pensamiento
2. Una estructura de solución de problemas es una forma útil de ver las dificultades de la mayoría de los pacientes.
3. Frecuentemente, la función del terapeuta es guiar el proceso del trabajo en equipo, de modo que no sólo se debiliten comportamientos y actitudes inadecuados sino que se aprendan conductas más satisfactorias y constructivas.

4. En repetidas ocasiones es necesario cambiar las expectativas irreales; al hacerlo, uno debe darse cuenta cómo surgieron ciertos comportamientos y expectativas y cómo fue que el paciente aplicó mal o generalizó de más la experiencia previa.
5. En la terapia, el paciente debe aprender a interesarse en los sentimientos, expectativas, motivos y necesidades de otros.
6. Las experiencias nuevas o diferentes en la vida real a menudo pueden ser mucho más efectivas que las que ocurren sólo durante la situación de terapia.
7. En general, la terapia es una especie de interacción social.

Otra contribución importante que facilitó el giro cognoscitivo en la terapia del comportamiento es el trabajo de Bandura, ya que demostró la importancia del aprendizaje indirecto y la función de los mediadores cognoscitivos en el afecto y en la ejecución, en su modelo propuesto, Bandura afirma que las expectativas de eficiencia personal surgen de logros reales, persuasión verbal, experiencia indirecta y estados fisiológicos de paciente.

Por lo tanto cabe destacar la idea de que el aprendizaje es un proceso activo y no pasivo; es decir, muchas características personales y procesos cognoscitivos influyen en el comportamiento, en ocasiones en forma independiente de estímulos, situaciones o reforzadores. Por consiguiente se desarrollaron tratamientos que se centraban en estos factores mediadores cognoscitivos y personales.

Entre las características de la terapia cognitivo–conductual, en evidente diferencia con las psicodinámicas, están su perspectiva empírica(métodos comprobados empíricamente), actitud del terapeuta, centrada principalmente en el presente (problemas, actitudes, conductas y creencias), sesiones muy estructuradas con metas y actividades concretas para cada una de las sesiones, así como para todo el tratamiento aunque con cierta flexibilidad, limitación del número de sesiones que generalmente son de 15 sesiones, el terapeuta es activo e incluso directivo, que colabora con el paciente para que este vaya descubriendo y modificando sus cogniciones distorsionadas y elabore otras alternativas. Para ello se llevan a cabo estrategias y técnicas, como las que se mencionan en el siguiente apartado

3.4 ESTRATEGIAS Y TECNICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

3.4.1 RELAJACIÓN

El médico fisiólogo E. Jacobson fue quien ideó esta técnica y afirma que la neurosis de angustia y otras enfermedades afines son provocadas o agravadas por la contracción muscular mientras que la relajación muscular produce estados fisiológicos opuestos (Benson, H. 1995) La relajación progresiva acentúa la relajación de los músculos voluntarios, es decir todos aquellos sobre los que se tiene control consciente. Esta técnica se propone alcanzar un control creciente sobre el músculo hasta que el individuo sea capaz de conseguir niveles muy bajos de tensión en los principales grupos musculares.

El método de Jacobson se basa principalmente en la percepción mental del estado de contracción y distensión muscular y en el control mental de la activación muscular para llegar a percibir la ausencia de la tensión (Vallejo, J. & Gaston, C. 1998).

La relajación no se limita solo a la disminución de la activación fisiológica, sino que también aunque sea de forma indirecta a través de los estados psicológicos positivos, se produce una reestructuración cognitiva con la disminución de los pensamientos y emociones negativas y aumento de las positivas, incluso consigue una mejora estable en la forma de percibirse a si mismo y al entorno. La relajación facilita el acceso a la memoria de la información objetiva, con lo que resulta más fácil hallar alternativas a los pensamientos referentes al peligro (Peveler, R & Johnston, D.W. 1986).

La relajación puede considerarse como un estado de confianza e integridad carente de expectativa. La inducción periódica de este estado rompe el círculo vicioso mantenedor de la angustia. Permitiendo una reorganización psíquica y una mejor adaptación al medio.

3.4.2 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Cuando explicamos el origen de las emociones, algunos dan más prioridad a la cognición que otros (Lazarus, R.S 1991). Se atribuye a la cognición un papel esencial, al introducir el concepto de evaluación cognitiva, que considera puede ser un proceso plenamente consciente y racional, pero también menos consciente y primitivo.

Aunque para algunos no está claro si el papel predominante lo tiene la emoción o la cognición y afirman que las emociones pueden ocurrir automáticamente, sin evaluación cognitiva (Zajonc, R.B, 1984) la terapia cognitiva establece que las emociones negativas con frecuencia, reciben la influencia de nuestros pensamientos, supuestos, creencias, predicciones, sesgos en el procesamiento de la información, es decir, no reaccionamos a los acontecimientos, sino a la interpretación que hacemos de los acontecimientos. De hecho, la emoción cambia cuando el pensamiento relacionado con una emoción cambia. Tampoco es la emoción la que nos hace actuar de una manera determinada, es la cognición la que suele provocar la emoción y da permiso para actuar de una manera u otra. Realmente, la relación entre cognición y emoción es de reciprocidad. No solo las emociones son consecuencia de ciertas cogniciones, sino que también algunas emociones son causa de cogniciones (Teasdale, J.D.1997).

En general el objetivo principal de la reestructuración cognitiva es descubrir y explicitar esos pensamientos o diálogos internos; analizarlos y comprender la distorsión, donde está el error; proponer otro pensamiento alternativo. (Pallares, M.E, 2002).

3.4.3 AFRONTAMIENTO

Se puede definir como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como opresoras o desbordantes de los propios recursos.

El afrontamiento posee dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). El afrontamiento dirigido al problema y el dirigido a la emoción se influyen el uno al otro y ambos pueden potenciarse o interferirse (Lazarus, R. & Folkman S. 1991).

3.4.4 PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

A la mayoría de las personas no les resulta fácil identificar y expresar sus pensamientos automáticos. Por varias razones (Clark, D.M. 1997) son muy frecuentes, suenan como si fuesen verdades evidentes y, además, suelen ser tan rápidos que pasan inadvertidos, es fundamental desarrollar la habilidad de identificarlos y explicitarlos

El sujeto es más consciente de la emoción que del pensamiento correspondiente, pues se trata de pensamientos muy breves y espontáneos, que pueden tener forma verbal, de imagen, o de ambas. Lo aceptamos como verdaderos sin reflexión ni evaluación

Los pensamientos automáticos se pueden expresar en forma de interrogaciones por ejemplo “¿Mejorare algún día?”. En realidad, pienso que no mejorare. La duda y la interrogación, con frecuencia, encubren una afirmación en sentido negativo. (Pallares, M.E. 2002).

3.4.5 AUTOINSTRUCCIONES

Esta técnica está diseñada por Meichenbaum y se refiere al proceso de enseñar a los pacientes a hablarse a sí mismos de otra manera. El objetivo de esta técnica es modificar el diálogo interno para facilitar el afrontamiento de una determinada situación.

Las autoverbalizaciones negativas, acompañadas de una atención selectiva a estímulos internos de ansiedad, facilitan las respuestas de evitación y escape, y

por el contrario, las autoinstrucciones positivas, que actúan como una anticipación de consecuencias agradables y como un refuerzo después de la conducta realizada tienen un importante poder de motivación para hacer frente a las dificultades.

El ejercicio en auto instrucciones debe estar dirigido mas al inicio de conductas positivas por ejemplo “voy a estar tranquilo” que la inhibición de conductas negativas “no voy a ponerme nervioso”.

Las autoinstrucciones aprendidas deben ser variadas y ajustarse al lenguaje habitual y al estilo cognitivo de cada paciente, así como aplicarse con tanta frecuencia como sea posible. El objetivo, es automatizarlas de forma en que el paciente pueda llegar a percibir las como espontáneas. (Pallares, M.E. 2002).

3.4.6 VISUALIZACIÓN

La técnica de visualización es tan potente que se ha venido usando en terapia como un modo de aliviar dolores de todo tipo.

Un sin número de situaciones que en el momento de visualizarlas nos afectan orgánicamente como ya hemos experimentado solo imaginar la experiencia ya nos produce ansiedad y desazón, en suma el dolor y sufrimiento previo definitivamente innecesarios, se cree tan firmemente que sucede tal como lo imaginamos.

Aunque muchos de los métodos cognitivo-conductuales que fueron desarrollados en los años sesenta siguen vigentes, han existido cambios en la terapia cognitivo-conductual de los noventa. Defendiendo originalmente que la conducta en los pacientes debería ser considerada como específica a una muestra dada de determinadas circunstancias, los terapeutas cognitivo-conductuales presentan en la actualidad un mayor reconocimiento de las consistencias de conducta que deben ser tratados durante la terapia además reconocen también a la importancia de la misma relación terapeuta-paciente como una posible muestra de las dificultades del paciente y como un vehículo útil para implementar el cambio terapéutico.

Las terapias cognoscitivas y las terapias conductuales han quedado integradas recientemente en forma de intervenciones cognitivo-conductuales. Los procedimientos de intervención que reflejan una postura cognoscitivo-conductual están basados en los principios siguientes:

- 1) El organismo humano responde a las representaciones cognoscitivas del medio, no al medio propiamente dicho,
- 2) Esas representaciones cognoscitivas están relacionadas con el proceso de aprendizaje,
- 3) La mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognoscitivamente y,
- 4) Los pensamientos, los sentimientos y las conductas son causalmente interactivos.

La terapia aplicada se realizó de manera grupal la cual se describe en el siguiente apartado.

1. PSICOTERAPIA DE GRUPO

*Aprender sin utilizar el pensamiento es trabajo perdido;
el pensamiento sin aprender es peligroso*
CONFUSIO

La psicoterapia de grupo surgió del interés de colocar al paciente en un ambiente terapéutico que reflejase de manera más realista las situaciones de la vida cotidiana, que promovieran más la igualdad entre los miembros del grupo, entre los pacientes y el líder.

Adler en 1922 fundó un instituto debido a que le intrigaba tanto la idea de que la terapia de grupo debía estar alejada del poder e influencia del líder, y estar concentrada en el poder e influencia que cada uno de los miembros de la terapia producía en los demás. Su enfoque sobre el apoyo y los estímulos de los miembros del grupo entre sí, ha sido un elemento básico en el desarrollo de la teoría de grupos.

Lewin postuló que conforme cada miembro del grupo ejerce influencia sobre los demás miembros y altera su comportamiento, a su vez, los valores y el ambiente del grupo influyen en cada miembro del mismo. Este concepto se llamó *Teoría de campo*. La principal contribución de los conceptos y procesos de la terapia de grupo fue ver a éste como una entidad con sus propias cualidades, valores y personalidad.

En los años setenta, la tendencia fue alejarse filosóficamente de las psicoterapias que parecían ser más autoritarias, enfocadas en los sucesos pasados y /o que incluían gran cantidad de interpretaciones por parte de los terapeutas, y se dirigieron hacia las teorías psicoterapéuticas que se enfocaban más en el aquí y el ahora, hacia la comprensión cognoscitiva por parte del paciente y hacia la solución práctica de los problemas. El terapeuta fue catalogado más como un consultor emocionalmente disponible, y se estableció el escenario para la creciente demanda de psicoterapeutas de grupo capacitados en forma profesional..

El grupo de psicoterapia se distingue de los grupos de apoyo por la clara definición de las metas que llevan a nuevas profundidades en la auto comprensión y cambio en el comportamiento..

El Dr. Ellis fue el primero de los terapeutas cognoscitivos que presentó el concepto de que las conductas inadaptadas son aprendidas y, por consiguiente, pueden ser desprendidas.

En la terapia cognitivo-conductual de grupo que se llevo a cabo se busca un contrato con cada miembro, y con el grupo como un todo, para compartir intereses, pensar en voz alta y encontrar las soluciones a los problemas, los miembros del grupo son incitados a retarse unos con otros para pensar con objetividad y claridad, y para practicar diferentes formas de comunicación y de conducta. Tanto el terapeuta como el grupo se ofrecerán formas positivas de verse a sí mismos. Durante la terapia los miembros comparten experiencias difíciles y son “instruidos” acerca de las estrategias para ayudarles a ver estas experiencias negativas en formas mas constructivas. Este reencuadre de sucesos puede aligerar la carga emocional de antiguas formas de pensamientos y funcionamientos autodestructivos. Cualquier miembro del grupo puede ofrecer ideas, compartir información, hacer preguntas comprensivas y recibir elogios por esta iniciativa. En la terapia de grupo el terapeuta y los miembros del grupo se convierten en modelos para las diferentes formas de ver un asunto y para demostrar conductas positivas. Este sistema puede ser muy enriquecedor para los pacientes, a medida que se experimentan funcionando de manera tan útil tanto para los demás como para el terapeuta.

El terapeuta cuestiona suposiciones e insiste en que los miembros del grupo afronten asuntos importantes. Se ofrece apoyo y estímulo cuando un paciente lucha por formular una nueva forma de pensamiento y conducta, por otra parte, busca oportunidades para analizar los “guiones” o “esquemas” a fin de ayudar a comprender los agobios de los viejos pensamientos y las reacciones negativas que son llevadas de la juventud a la adultez. Se les proporciona permiso explícito para discutir cualquier tema o sentimiento.

En general, la manera en que se llevaron a cabo las sesiones fue, en primer lugar verificar los síntomas de estado de ánimo, se establecer una agenda para la sesión, se resumir la sesión anterior, discutir los puntos de la agenda, asignar una nueva tarea y evaluar la sesión actual, no utilizando un formato “único” para las diversas sesiones, se propone una continuidad temática entre las sesiones

De acuerdo a estas técnicas que se utilizan en la terapia de grupo cognitivo conductual, en esta investigación se evaluaron las actitudes (antes y después del proceso terapéutico) hacia la familia y el área laboral de los pacientes a través del Diferencial Semántico que se expone en el siguiente punto.

Capítulo IV

4. DIFERENCIAL SEMÁNTICO

El diferencial semántico, designado con las siglas D.S., es un método para observar y medir el significado psicológico de los conceptos, a pesar de que cada persona ve las cosas es una forma un tanto diferente, todos los conceptos tienen un núcleo de significado. Esto se observa en que las personas tienden a compartir las definiciones verbales y conductuales de las cosas. De esta manera se puede afirmar que todo concepto posee un significado cultural común. También tiene otros significados, algunos de los cuales son comunes a diversos tipos de personas y algunos son más o menos de idiosincrasia.

Anteriormente el psicólogo se veía limitado en la medición de los significados por carecer de las herramientas adecuadas. Ahora bien, el problema es muy diferente de los problemas que surgen al tratar con otras variables como lo son la emoción y la inteligencia, ya que de igual manera pueden ser evaluados por las teorías existentes.

Esta técnica, fue diseñada y elaborada por Charles E. Osgood (1952 cit Valdez, 1991), con el fin de medir el significado connotativo de las palabras y para diferenciar el significado de un concepto con respecto a otro, de ahí el nombre de diferencial semántico. Para fundamentar lo anteriormente mencionado, se propone la teoría del significado centrada sobre el proceso de mediación representacional, donde supone que los signos tienen un carácter representacional, cuya naturaleza se aprende. No hay una conexión directa entre él y el objeto al cual representa, ya que el estímulo se convierte en signo en tanto provoca en el organismo ideas o pensamientos (disposiciones) de naturaleza semejante o igual a las producidas por el objeto significado. Tales pensamientos son estímulos mediadores entre el signo e el objeto representado; es decir, forman el significado del objeto. Ahora bien, si el concepto o signo se encuentra dentro del “Espacio Semántico” que está

compuesto por un número determinado pero desconocido de factores o dimensiones del significado.

Osgood planteó: bajo qué condiciones un estímulo que no es el significado se vuelve un signo de ese significado. Después de muchos estudios llegó a la siguiente conclusión: "Siempre que algún estímulo que no sea el significado sea contiguo al significado, adquirirá un aumento de asociación con alguna porción de esta conducta total surgida debido al significado como un proceso representativo mediador". El D.S sería el índice para medir los procesos representativos en la conducta del lenguaje de acuerdo a las teorías del aprendizaje.

Cabe mencionar que el D.S no es un test psicológico en el sentido generalizado del término; es decir, un instrumento con un número definido de reactivos, clasificaciones y baremos específicos. Constituye pues una técnica muy generalizada de medida, que exige una adaptación de su forma y contenido según el tipo de problema a investigar.

Ni los conceptos que se evalúan, ni las escalas bipolares pueden considerarse típicos, debido a que estos dependen al estudio que se va a llevar a cabo. Así por ejemplo, se pueden determinar diferencias del significado entre personas, grupos, culturas, etc., y se podrán hacer inferencias respecto a conductas frente a los objetos representados por signos. Es así que la medida del significado es una forma de medir la actitud.

El D.S es esencialmente una combinación de asociaciones controladas y procedimientos de escalas en donde se le da al sujeto un concepto y un grupo de escalas de adjetivos bipolares, con los que va a juzgar y él tiene que indicar para cada escala la dirección de asociación y su intensidad en la escala bipolar.

De esta manera el D.S consta de varias escalas (cada una es un par de adjetivos bipolares) escogidos entre muchos para un determinado propósito de investigación, y de los conceptos que deben evaluarse con ellos. Las escalas o adjetivos suelen ser escalas estimativas de siete puntos, cuyo origen fue determinado empíricamente.

En otros términos cada uno mide y a veces dos de los factores o dimensiones básicas en las que según los hallazgos de Osgood se basan las escalas éstas son:

1. Evaluación
2. Potencia
3. Actividad

A estos factores (EPA) se les describe como:

1) Evaluación: Está formado por adjetivos de carácter evaluativo, que permiten al sujeto valorar el concepto, tales como: bueno-malo, bonito-feo, agradable-desagradable, etc.

2) Potencia: Son aquellos adjetivos que le dan al sujeto una idea de fuerza o poder, como son: fuerte-débil, tosco-delicado, etc.

3) Actividad: son adjetivos que expresan al sujeto una idea de movimiento, como: rápido-lento, caliente-frío, etc.

Con algunas medidas de esta clase, pueden obtenerse medidas confiables relativas a la persona que responde. Lo común es que un concepto se clasifique en varias escalas asociadas con una sola dimensión y que los resultados se promedien para obtener un porcentaje de factor correspondiente a cada dimensión. Las medidas (EPA) son adecuadas cuando el interés del investigador se centra en respuestas afectivas.

El Diferencial Semántico ha sido usado como medida de actitud en múltiples proyectos. Osgood y colaboradores (1957) publicaron estudios exploratorios en los cuales se usó el Diferencial Semántico para calcular el cambio de actitud como resultado de un gran número de programas.

El factor evaluativo del Diferencial Semántico parece encontrar todos los criterios para una adecuada medida de la actitud. La actitud la identificamos como una de

las más grandes invenciones del significado en general y para extender los procedimientos del Diferencial Semántico, hacia una importante área social, así como en la clínica

Se ha dicho que las actitudes son aprendidas e implícitas, son estados del organismo que son adquiridos de la misma manera que otras actividades internas, son adquiridas.

Es importante señalar que se deben cumplir determinados criterios para trabajar de manera adecuada con el Diferencial Semántico. Estos son metodológicos, escalares, estadísticos y prácticos, que se pueden resumir de la siguiente manera:

1. Selección de escalas bipolares:

Seleccionar conceptos que guarden relación con el problema de investigación. Existen dos requisitos que rigen la selección y empleo de los conceptos:

- a) suscitar cierta respuesta en los sujetos para producir una varianza entre ellos.
- b) que abarquen cierto grado de espacio semántico.

En la selección de las escalas pueden usarse 9, divididas en 3 evaluativas, 3 de potencia y 3 de actividad, aunque en ocasiones pueden presentarse únicamente evaluativas, debido a que son las más representativas.

2. Procedimiento, recolección de datos y presentación del instrumento

El instrumento se presenta con adjetivos bipolares separados entre sí por siete espacios semánticos, cuyo valor se presenta a continuación:

+3: +2: +1: 0: -1: -2: -3
1 2 3 4 5 6 7

La actitud del sujeto se toma como favorable si cae hacia el polo +3 o desfavorable hacia el -3; si la puntuación cae en la escala de origen 4 ó 0, es definida como un índice de neutralidad de la actitud. La intensidad de la actitud es

indicada mediante qué tan lejos de la dimensión evaluativa del origen se encuentra la puntuación

El significado tiene una localización en el espacio semántico; por lo tanto es cierto que diferentes actitudes impliquen diferentes conductas hacia los objetos significantes.

3. El tratamiento estadístico depende del tipo de diseño.

El Diferencial Semántico ha sido utilizado principalmente en cuatro campos de la psicología

- a) Medición de Actitudes
- b) Investigación Transcultural
- c) Área Social
- d) Área Clínica

Como podemos darnos cuenta a lo largo de esta descripción del Diferencial Semántico es un instrumento sumamente útil en las manos del psicólogo.

La elaboración del Diferencial Semántico en México: El Dr. Díaz Guerrero ha dirigido varias investigaciones utilizando el Diferencial Semántico en México y después de estandarizar las construcción de escalas bipolares, obtuvo una lista de 60 escalas bipolares, donde la estructura aparece claramente diferenciada y es así como surge

“El Diferencial Semántico del Idioma Español”

Con base en la técnica de Osgood y tomando en cuenta la estandarización de las escalas bipolares de Díaz Guerrero, se elaboró el grupo de reactivos para esta investigación (ver anexo). Las cuales se dirigen específicamente a temas relacionados con la terapia que se imparte tales como la familia, la pareja y el trabajo, sin embargo las escalas bipolares fueron retomadas de la tesis “Evaluación de un programa para mejorar la relación trabajador de la salud – derechohabiente en el ISSSTE” de Alberto Guillermo Dávila Alpizar.

Esto se debe a que las escalas bipolares utilizadas en esa investigación fueron adecuadas para describir lo que en el reactivo se les solicitaba contestar.

En cuanto a la elaboración de los reactivos fue a conveniencia de los objetivos de la investigación por lo cual están dirigidos hacia el tema de la familia en los cuales se incluye al padre, la madre y a los hijos, además de la manera en que perciben a la pareja y por otra parte también están enfocados al área laboral. Esto debido a que en mi experiencia con otros grupos de terapia en esta misma institución, he detectado que estos son los problemas principales expresados por los pacientes por lo cual el objetivo de la terapia es cambiar estas actitudes y enseñar a los pacientes nuevas habilidades para que controle su vida de manera más eficaz. Esto debido a que los trastornos psicológicos son los resultados de experiencias inadaptadas de aprendizaje en que las fuerzas ambientales conforman y mantienen conductas inconvenientes.

4.1 CORRELATOS DE ACTITUDES Y MODELOS DE PSICOTERAPIA

Diferencias cognitivas y conductuales de la depresión entre hombres y mujeres

Sergio González Escobar y José Luis Valdez Medina.

Los trastornos mentales son problemas que aquejan a todo mundo, sin importar raza género o condición social. Las estadísticas de los problemas mentales no difieren en función del género, sin embargo la frecuencia de aparición de algunos trastornos sí. En ese sentido Matud, Guerreiro y Matías (2006), señalan que es más probable que las mujeres tengan más ansiedad y depresión, mientras que los hombres presentan tasas más altas de trastornos de personalidad antisocial y de abuso de sustancias (Kessler et al 1988). No cabe duda de que el sexo es de suma importancia al estudiar los trastornos depresivos, sin embargo se ha prestado mucha atención a la mortalidad asociada con las enfermedades mentales más que a los determinantes específicos en hombres y mujeres, así como a los mecanismos que promueven y protegen su salud mental. Se observa que en el caso de los hombres a diferencia de las mujeres, los síntomas de la depresión no

son reconocidos tan fácilmente debido a que culturalmente se les considera como instrumentales a los primeros y expresivas a las segundas (Díaz living, Díaz Guerrero, Helmreich y Spence, 1981). A pesar de que las investigaciones reportan una mayor cantidad de depresión en mujeres que en hombres, existe una carencia de información en cuanto a las pautas cognitivas y conductuales que manifiestan tanto hombres como mujeres cuando se encuentran con ese estado de ánimo, es por ello, que el objetivo de la presente investigación sea el de conocer si existen diferencias en las respuestas cognitivas y conductuales entre hombres y mujeres cuando se sienten deprimidas.

Participantes: se trabajo con una muestra no probabilística intencional, compuesta por 541 habitantes de la ciudad de Toluca, Estado de México; 1273 hombres y 268 mujeres, cuyas edades oscilan entre 20 y 40 años.

Instrumento: Se empleó el cuestionario para la medición de depresión de González y Valdez.

Procedimiento: Las aplicaciones de los instrumentos se realizaron en forma individual en los domicilios particulares o centros de trabajo de los participantes.

Resultados:

Los resultados obtenidos a partir de la prueba t de student por factor y sexo, permiten observar diferencias estadísticamente significativas; lo que quiere decir que las mujeres emplean mayor frecuencia pensamientos y comportamientos para evitar la depresión, así como una mayor cantidad de manifestaciones físicas cuando las presentan en comparación de los hombres. Los resultados por factor permitieron observar que las mujeres emplean comportamientos que les permiten salir de la depresión. En este sentido se muestran tanto expresivas como instrumentales, en tanto que pueden comunicar lo que sienten pero además llevan a cabo comportamientos para evitarlo.

La actitud del personal de Salud sobre la Mercadotecnia

Renán García Falconi y Heberto Romeo Priego Álvarez

En la actualidad hay un número creciente de instituciones públicas que usan dentro de sus esquemas gerenciales estrategias de marketing. Lo cual mejora el proceso administrativo ya que contribuye a la “planeación, ejecución y conceptualización de precios, promoción y distribución de ideas, mercancías y términos para crear intercambios que satisfagan objetivos individuales y organizacionales” (Priego Álvarez, 1995). La mercadotecnia, como también se le conoce, ha sido conceptualizada como aquellas actividades que relacionan con éxito una organización con su ambiente (Hunt, 1996) ó como aquella actividad humana dirigida a satisfacer carencias y deseos a través de procesos de intercambio (Kotler, 1984). La mercadotecnia entonces+, es una herramienta de administración y gerencia que es bien aceptada por personas en puestos directivos, familiarizados con esta, y entre los usuarios de los servicios de aquellas instituciones. Por lo tanto, el propósito del presente trabajo fue analizar el impacto que la actividad realizada en el sector salud y nacionalidad tienen sobre las actitudes hacia la mercadotecnia de diversos profesionales,

Participantes: la selección de los participantes fue a conveniencia de los objetivos de la investigación y estuvo formada por 60 personas 27 de ellas eran egresados de la maestría en salud poblacional, 14 directivos de sector salud, 9 eran personal operativo con formación en salud pública, todos ellos en México, y 10 médicos de la Republica de Cuba.

Instrumento: Las actitudes hacia la mercadotecnia se definieron como la opinión que tienen las personas sobre la práctica e impacto de la mercadotecnia y fueron medidas con la Escala de Actitudes sobre la Mercadotecnia.

Procedimiento: El estudio fue observacional y transversal, con un diseño de cuatro grupos que desempeñaban tres tipos de roles diferentes y la nacionalidad. Las variables incluidas en el diseño fueron el papel que las personas juegan dentro del sector salud y nacionalidad y las actitudes hacia la mercadotecnia. Si accedían a participar deberían de firmar un formato de consentimiento informado. La duración de la entrevista fue de aproximadamente 50 minutos.

Resultados:

El análisis de varianza Simple para evaluar el impacto de los roles en el sector salud y la nacionalidad sobre las actitudes hacia la mercadotecnia, reveló que el rol y la nacionalidad tienen efectos significativos. La prueba de Scheffé demostró que los egresados tienen actitudes más positivas que los directivos, el personal operativo y los especialistas de Cuba. La diferencia es significativa entre los egresados y el personal operativo. En los datos de la mercadotecnia como elemento para la satisfacción de necesidades de empleados se encontró que los directivos tienen actitudes más positivas que los egresados, el personal operativo y los especialistas de Cuba. En la actitud sobre mercadotecnia social los especialistas cubanos tienen actitudes más positivas que los egresados, directivos y el personal operativo.

Los resultados de este estudio están de acuerdo con los hallazgos de Krohn y Flynn 2001 en el sentido de que el personal operativo de servicios de salud posee actitudes menos positivas hacia la mercadotecnia al igual que los médicos tienen actitudes negativas hacia la publicidad de los servicios. Los egresados de maestría poseen actitudes más positivas que los directivos del sector salud, miembros del personal operativo y que los especialistas cubanos. El entrenamiento recibido por los egresados en lo referente a la gerencia y la mercadotecnia se refleja en tal actitud. De acuerdo con lo anterior el estudio ejemplifica lo encontrado en la literatura y permite señalar que el conocimiento adquirido en programas de formación académica facilita la implementación y desarrollo de estrategias mercadológicas en el sector salud.

Cambio de actitudes hacia las dietas en adolescentes de bachillerato: un experimento considerando las bases duales de las actitudes

Rafael E. Sánchez Mayorga, Carlos C. Contreras Ibáñez y Alicia Saldívar Garduño.

La sobrevaloración de la esbeltez en nuestras sociedades se asocia con las conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes, anorexia y bulimia principalmente, a través de la distorsión de la imagen corporal propia (Lake,

Staiger y Glowinski, 2000). A pesar de no ser un problema reciente, estos fenómenos han cobrado visibilidad debido a ciertos casos notables relacionados con dietas estrictamente llevadas, Un trastorno alimentario puede ser detonado por una dieta sumamente restrictiva, mal manejada, pero su mantenimiento por lo general va más allá de un problema alimentario, hacia aspectos sociales.

Empleando el Modelo de Pro habilidad de Elaboración el objetivo de esta investigación es reducir la favorabilidad de dos tipos de predisposición (de base afectiva y de base cognitiva) hacia las dietas entre adolescentes de una muestra de la ciudad de México, a través de información que enfatiza el aspecto afectivo y el cognitivo de las consecuencias negativas de realizar esta conducta sin supervisión médica. La muestra se conformo por 226 mujeres adolescentes del CCH Oriente seleccionadas por muestreo intencional 5to semestre.

Con base en los estudios previos se eligieron tres variables que pudieran estar interviniendo como causa de formación y cambio de actitudes hacia realizar dietas para adelgazar sin control médico, lo que conlleva a un diseño factorial de 8 grupos experimentales. Se manipularon a) la motivación personal: relevancia personal alta y baja, b) las características de la fuente del mensaje: fuente experta y no experta y c) el contenido afectivo o cognitivo del mensaje.

Este estudio indagó algunos elementos importantes acerca de la actitud hacia las dietas en las adolescentes y en esa medida obtener factores que nos ayuden a prevenir la excesiva valoración de la esbeltez y el descuido en la alimentación por la realización de dietas para reducir de peso sin supervisión médica.

La actitud de ambivalencia que tienen las adolescentes pues mientras opinan negativamente hacia esa conducta sus sentimientos hacia realizarla son favorables. Para cambiar la valoración emocional positiva encontramos que se puede emplear principalmente un mensaje emotivo que muestre las consecuencias aversivas de las dietas, y en segundo lugar una fuente de información calificada como experta en el área; aquí no tiene efecto la relevancia o implicación de las jóvenes en el tema.

Consistente con estudios previos(Sánchez y Saldívar 2005) y como se esperaba teóricamente, las personas cambian sus actitudes por heurísticos, evitando el

escrutinio de los mensajes persuasivos y se dejan llevar por las características de la fuente, justo lo que define la ruta periférica en el modelo de Petty y Caccioppo 1986. Por otro lado la motivación personal y los elementos afectivos en el mensaje tendrían efectos directos para un alto escrutinio hacia el mensaje y así facilitan el cambio de actitud por la ruta centra. Es importante seguir realizando estudios sobre actitudes considerando sus bases, tanto las emocionales como la informacionales, para incorporar esta ambivalencia en modelos de cambio y formación de actitudes, empresa en el cual la Psicología Social puede fundamentar formas de prevención de problemas de salud pública.

CAPITULO V

MÉTODO

1. Planteamiento del problema

Los tipos de problemas en los que se centra la terapia cognitivo conductual que se imparte en la institución, son actitudes hacia la familia y el área laboral, debido a que en mi experiencia con otros grupos de terapia en esta misma institución, he detectado que estos son los problemas principales expresados por los pacientes por lo cual el objetivo de la terapia es cambiar estas actitudes y enseñar a los pacientes nuevas habilidades para que controle su vida de manera más eficaz por lo tanto el problema de investigación se resume de esta manera: **¿Los grupos de terapia cognitivo-conductual del hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE del área de psiquiatría, presentaron cambios en la actitudes hacia la familia (esposo (a) o pareja, hijos, padre, madre) y el área laboral (trabajo, compañeros de trabajo) después de haber participado en 15 sesiones de terapia cognitivo conductual?**

Es importante señalar que todos los pacientes poseen un importante factor cognitivo que puede transformarse en problema para el paciente.

2. Tipo de Estudio: Experimental

3. Tipo de Diseño: Pre- Test Post –Test. Se aplicó El diferencial semántico antes de iniciar la terapia cognitiva conductual, posteriormente al concluir las 15 sesiones de terapia se aplicó nuevamente el cuestionario.

4.Variables

Variable dependiente: actitud hacia la familia y el área laboral en los pacientes que acuden a la terapia de grupo.

Ψ Definición Conceptual: Las actitudes pueden ser consideradas como una asociación entre un objeto dado y su evaluación. Los objetos de actitud pueden ser situaciones sociales, personas y problemas (Sánchez y Zúñiga,2004).Se puede destacar que las actitudes básicamente tienen cuatro componentes (Rodríguez, 1986):

Cognoscitivo: Integrado por las creencias que tienen las personas acerca del objeto.

Psicológico: Las creencias son de tipo evaluativo e incluyen cualidades deseables o indeseables, aceptables e inaceptables, buenas o malas.

Emocional: Se refiere a los sentimientos ligados al objeto, califican en amor-odio, admiración-desprecio, gusto- disgusto, favorable-desfavorable.

Conductual: Incorpora la disposición del individuo para efectuar la conducta para responder al objeto actitudinal.

Ψ Definición Operacional: Esta variable se evaluará con una escala Likert de 12 reactivos “El Diferencial Semántico del Idioma Español” Con base en la técnica de Osgood y tomando en cuenta la estandarización de las escalas bipolares de Díaz Guerrero, se elaboro el grupo de reactivos para esta investigación. Osgood y col. (1957)

Variable Independiente: Modelo de Psicoterapia Cognitivo Conductual

Ψ Definición Conceptual: Las sesiones que se llevaron a cabo se impartieron a través de a terapia cognitivo conductual la cual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de reducir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior esta produciendo actualmente consecuencias des adaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir

el malestar o la conducta no deseada, proporcionando al paciente nuevas experiencias de aprendizaje más adaptativas.

Ψ Definición Operacional: La terapia se lleva a cabo en el consultorio 1 del servicio de psicología del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE con una duración aproximada de 2 horas, cada grupo consta de 20 pacientes cada uno, en su mayoría mujeres. En este tiempo el terapeuta tiene como objetivo corregir los patrones cognitivos erróneos de conducta del paciente.

5. Hipótesis

Hi: La Terapia Cognitivo Conductual logra un cambio de actitud hacia la familia y el área laboral en el paciente que asiste a terapia de grupo.

Ho: La Terapia Cognitivo Conductual no logra un cambio de actitud hacia la familia y el área laboral en el paciente que asiste a terapia de grupo.

6. Sujetos

La muestra estuvo conformada por 60 pacientes que acuden al Servicio de Psiquiatría en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE que son canalizados por su médico psiquiatra a la terapia de grupo que se lleva a cabo en este mismo Servicio, cuyas edades oscilan entre los 30 y 40 años de edad, y poseen un diagnóstico de depresión moderada

La muestra estuvo dividida en tres grupos, de manera aleatoria

7. Instrumento

Para realizar la evaluación de la actitud del paciente hacia la familia y el área laboral se utilizó la escala likert del Diferencial Semántico del idioma Español el cual consta de doce reactivos, es un método para observar y medir el significado psicológico de los conceptos. Esta técnica, fue diseñada y elaborada por Charles E. Osgood (1952 cit Valdez, 1991), con el fin de medir el significado connotativo

de las palabras y para diferenciar el significado de un concepto con respecto a otro, de ahí el nombre de diferencial semántico (Ver anexo).

ESCALAS	INDICE ALFA
1. MI ESPOSO (A) O PAREJA GENERALMENTE ES:	.410
2. MIS HIJOS (AS) GENERALMENTE SON:	.492
3. MI PADRE ES (ERA) GENERALMENTE:	.482
4. MI MADRE ES (ERA) GENERALMENTE:	.468
5. MI TRABAJO GENERALMENTE ES:	.455
6. MIS COMPAÑEROS (AS) DE TRABAJO SON:	.562

8. Escenario

Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”, del ISSSTE ubicado en Avenida Universidad 1321 Col Florida Delegación Álvaro Obregón en el Servicio de Psiquiatría consultorio 1 en un horario de 10:00 am a 12:00 pm. La terapia se lleva a cabo en un aula de 6 x 5 metros en la cual las sillas están colocadas alrededor del aula y en la parte de enfrente se encuentra el escritorio en el que se sientan los 2 terapeutas y 1 co - terapeuta en la parte posterior izquierda se encuentra un pizarrón el cual se utiliza durante la terapia para ejemplificar o escribir sugerencias de bibliografía

9. Procedimiento

Los pacientes que acuden a consulta psiquiátrica son canalizados por su Doctor después de que este ya ha tenido una entrevista previa y consultas anteriores, posteriormente se envían al servicio de psicología para realizar una entrevista a través de la cual se detecta si este puede ser incorporado a la terapia de grupo tomando en cuenta que el paciente no presente alucinaciones o se encuentre en un estado psicótico ya que esto influiría de manera inadecuada en el proceso terapéutico, cabe mencionar que la mayoría de los pacientes están ingiriendo medicamentos antidepresivos.

En la primera sesión se pidió a los pacientes que respondieran el diferencial semántico para fines de una investigación, sin embargo se les dio la opción de no responderlo si ellos no lo deseaban, aunque cabe mencionar que todos accedieron a responderla. La aplicación tuvo una duración aproximada de 20 minutos. La terapia se lleva a cabo una vez a la semana entre 12 y 15 sesiones. La duración de una sesión puede variar de acuerdo con la técnica que se está utilizando y con el tipo de paciente, sin embargo en este caso la duración es 2 horas, teniendo en cuenta que es una terapia de grupo. Y es importante atender todas las dudas o crisis que se puedan llegar a presentar en cierto momento, En cada sesión se trata de ver un tema, el primero generalmente es “Depresión” para que el paciente pueda identificarse pero sobre todo entender lo que es la depresión, como apoyo se les recomienda bibliografía y se lleva a cabo una retroalimentación del texto cada dos semanas según el libro que se haya recomendado, por ejemplo se les sugieren libros que hablan de relaciones de pareja, con los hijos y de auto ayuda. En la penúltima sesión programada se pide a los pacientes que organicen un convivio para el cierre de terapia en esta sesión podemos analizar quien a mejorado en cuanto animo y en la última sesión se realiza el convivio que ellos mismos organizaron y pueden conversar, entenderse, opinar y logramos percatarnos de los cambios que se han venido dando a través del proceso terapéutico., estas celebración en grupo apoya y alienta las metas de la terapia.

10. Tratamiento estadístico de los datos

Mediante el paquete estadístico SPSS/PC (statics program of social sciences/ personal computer) se realizó un análisis de frecuencias a todas las variables, tanto demográficas como las que integran las escalas actitudinales. Posteriormente, se aplicó a estas últimas el análisis de consistencia interna (Alfa de Cronbach); y para conocer las medias por cada una de las escalas se aplico la tabla de Contingencia (cross tabs), antes y después de la terapia Cognitivo – Conductual.

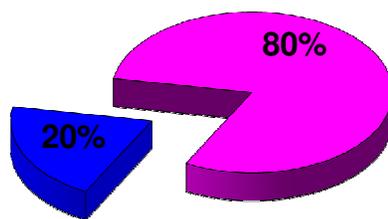
Para saber si existía una correlación entre las variables demográficas (sexo y edad) y los reactivos, se utilizó la correlación de Pearson en la cual solo se encontró una sola correlación significativa (.001) que corresponde al reactivo de “Mi trabajo generalmente es:” con la variable de sexo. Sin embargo en las demás correlaciones no existieron valores significativos.(ver página 0000)

RESULTADOS

Una vez recopilados los datos del cuestionario del “Diferencial Semántico” elaborado por Charles E. Osgood que se utilizó para responder al objetivo de la investigación, se realizó un análisis estadístico utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0, para conocer las características de la población se llevo a cabo un análisis de frecuencias. Los resultados obtenidos se presentan conforme a la distribución del cuestionario.

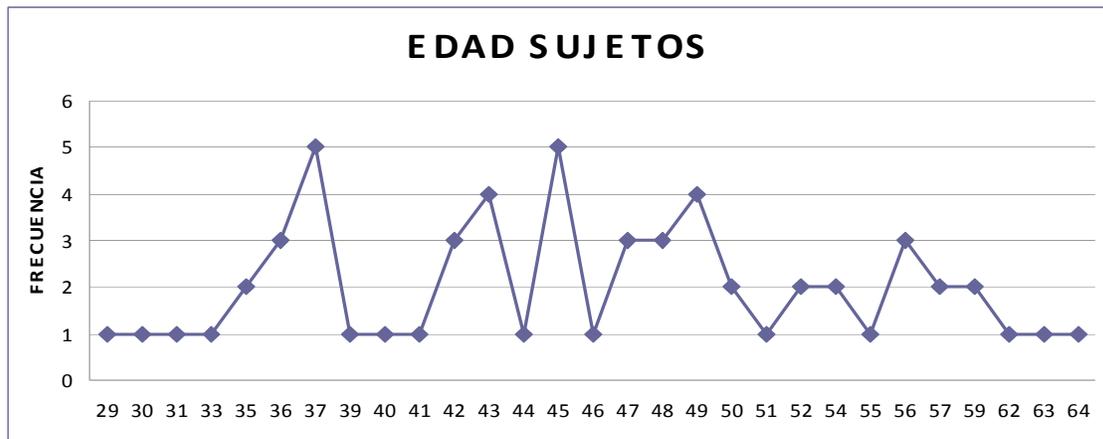
Se obtuvieron los siguientes resultados:

SEXO DE LOS SUJETOS



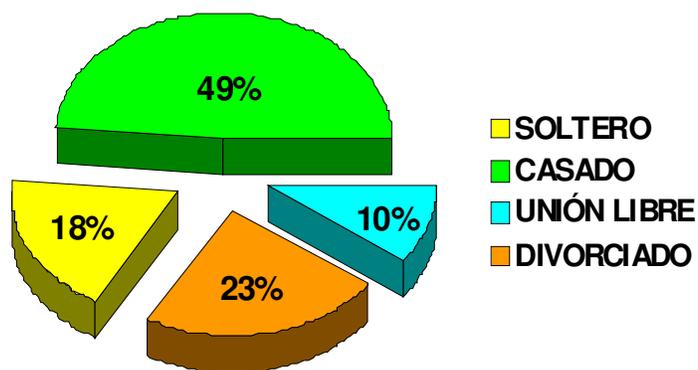
■ MUJERES ■ HOMBRES

Se puede observar en la gráfica de sexo de los sujetos que el mayor porcentaje de pacientes que acudieron a terapia de grupo fueron de sexo femenino siendo el 80% , mientras que el sexo masculino es de 20%.



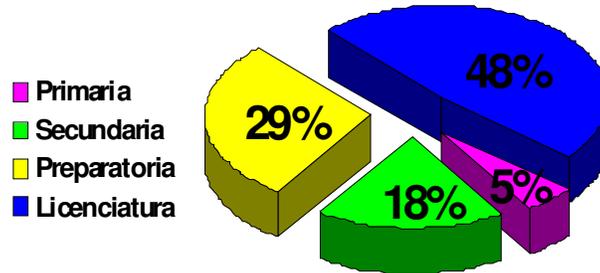
En la gráfica de la edad de los sujetos se muestra que el rango de edad de los pacientes que asistieron a terapia es de 29 a 64 años de edad siendo el promedio de 45 años con 7 meses.

ESTADO CIVIL DE LOS SUJETOS



En cuanto al estado civil de los pacientes que asistieron a terapia de grupo podemos observar que el 49% son casados, el 23% divorciados, el 18% son pacientes solteros, mientras que el 10 % vive en unión libre.

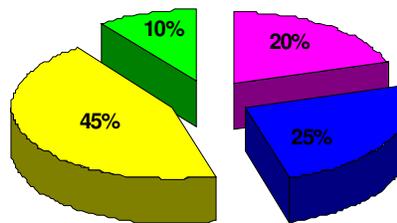
ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES



Con respecto a la escolaridad de los pacientes, en su mayoría, cuentan con una licenciatura siendo el 47%, en tanto que el 28% cuenta con la preparatoria, mientras que el 18% y 5% solo cursaron la secundaria y primaria respectivamente.

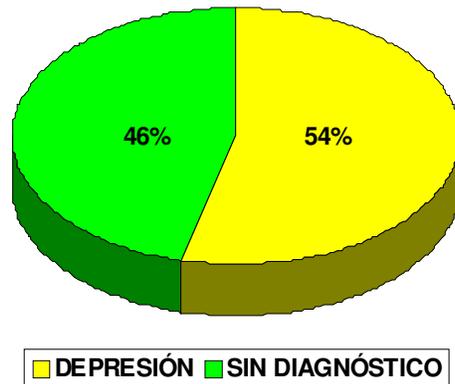
OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES

■ Ama de casa ■ Profesionista
■ Empleado Federal ■ Jubilados



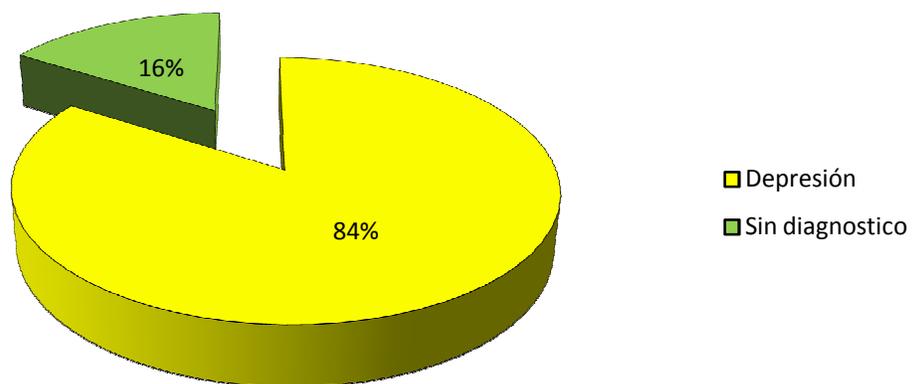
En la gráfica podemos observar que el 45% de los pacientes son empleados federales, el 25% ejercen su profesión, el 20% son amas de casa y el 10% son pacientes que ya se han jubilado.

DIAGNÓSTICO QUE REPORTABAN LOS PACIENTES



La gráfica representa el porcentaje de pacientes que reportaron tener un diagnóstico de depresión (53%) mientras que el resto de los pacientes reportaba no tener diagnóstico (46%) cabe señalar que todos los pacientes canalizados a la terapia de grupo fueron diagnosticados con depresión por sus médicos tratantes.

DIAGNOSTICO QUE REPORTARON LOS PACIENTES DESPUES DE LA TERAPIA



Como se muestra en la grafica después de la terapia el 84% de los pacientes reporto tener un diagnóstico de Depresión mientras que el 16% señalaba no tener diagnóstico.

La siguiente tabla muestra los resultados que se obtuvieron en la correlación de Pearson entre las variables demográficas (sexo y edad) y los reactivos:

Cuadro 1

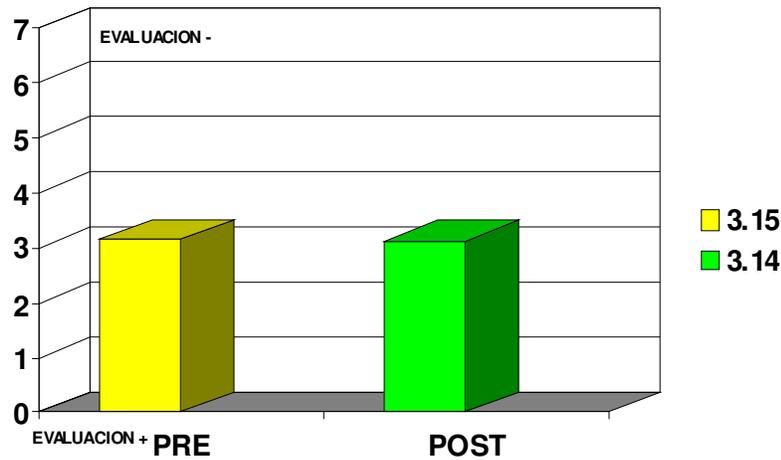
	Leven's Test for Equality of Variances	
	F	Sig
Total p41 Equal variances assumed	12.398	.001

Como se puede observar en el cuadro 1 el nivel de significancia del total p41 (Mi trabajo generalmente es) en correlación con la variable de sexo es de .001, lo cual indica que existen diferencias entre hombres y mujeres en relación a su actitud hacia su trabajo después de la terapia cognitivo conductual, ya que posterior a la terapia su actitud es más favorable que antes de asistir a las sesiones.

Posteriormente, se aplicó a estas últimas el análisis de consistencia interna (Alfa de Cronbach); y para conocer las medias por cada una de las escalas se aplicó la tabla de Contingencia (cross tabs), antes y después de la terapia Cognitivo – Conductual, los resultados se muestran en el siguiente apartado.

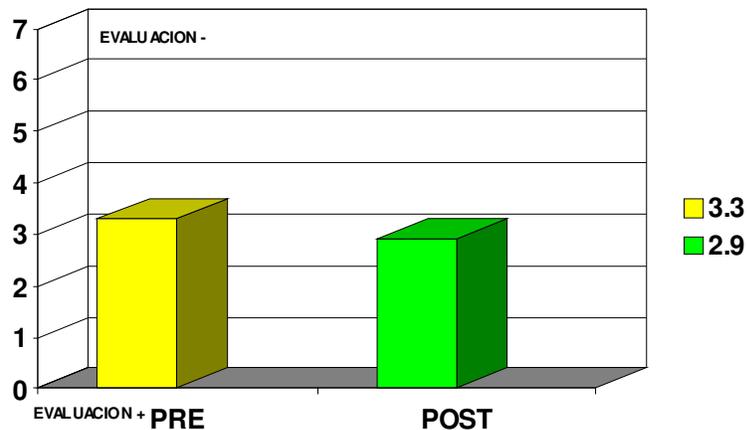
1.1 DIFERENCIAS EN LA EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES ANTES Y DESPUÉS DE LA TERAPIA

Gráfica 1. Mi esposo o pareja generalmente es:



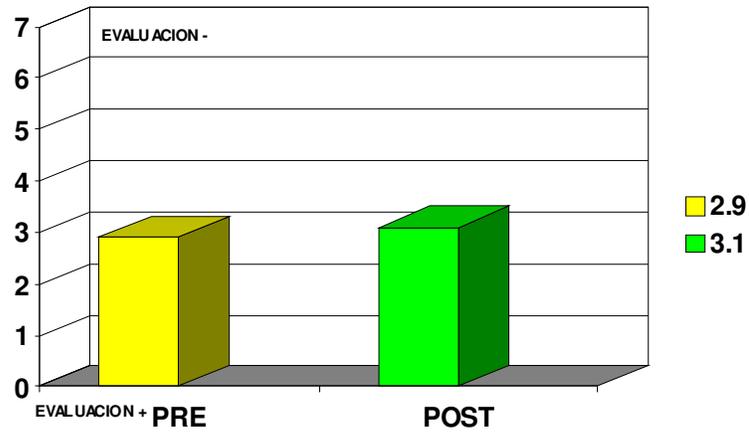
En la gráfica 1 se puede observar que la actitud que presentaron los pacientes después de la terapia cognitivo conductual hacia su pareja cambió de una imagen desfavorable a una favorable, sin embargo estas diferencias no fueron significativas.

Gráfica 2. Mis hijos (as) generalmente son:



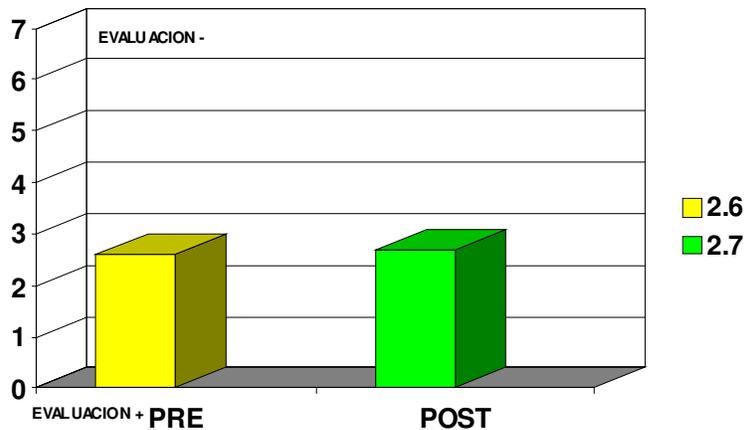
En la gráfica 2 se observa que los pacientes percibían a sus hijos de una manera más desfavorable antes de acudir a terapia cognitivo conductual y al término de esta los percibían de manera más favorable.

Gráfica 3. Mi padre es (era) generalmente:



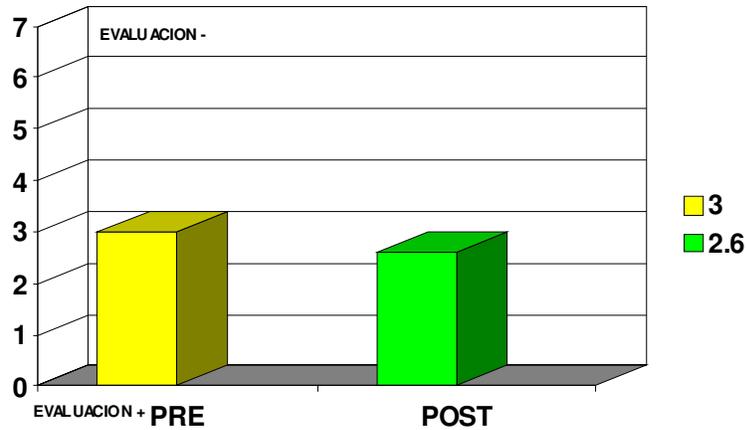
En la grafica 3 se muestra que los pacientes a su padre de manera favorable sin embargo después del tratamiento de terapia cognitivo conductual la actitud cambio de manera desfavorable.

Gráfica 4. Mi madre es (era) generalmente:



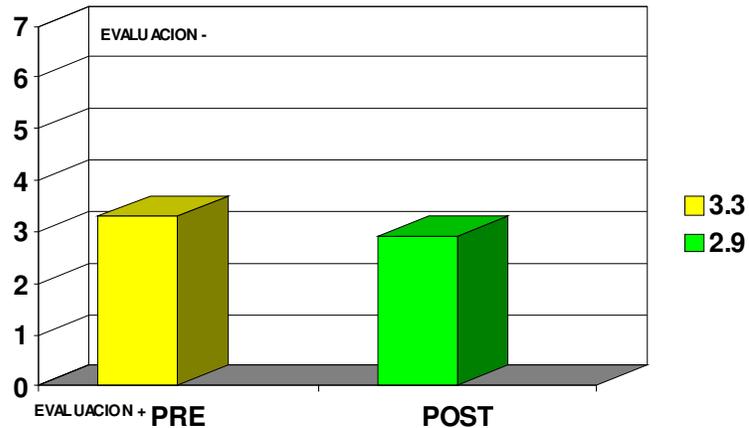
En la grafica 4 se observa que los cambios de actitud no son tan significativos sin embargo después de la terapia los pacientes mostraron una actitud más desfavorable hacia su madre.

Gráfica 5. Mi trabajo generalmente es:



En la gráfica 5 se puede observar que la actitud hacia su trabajo antes de la terapia era evaluada por los pacientes de manera desfavorable sin embargo al término de la terapia cognitivo conductual es más favorable.

Gráfica 6 Mis compañeros (as) de trabajo son:



La grafica 6 muestra que los pacientes evaluaban a sus compañeros de trabajo de manera desfavorable y al término de la terapia los evaluaron de manera más favorable.

DISCUSIÓN

Como se puede constatar a lo largo de los capítulos de la tesis, si se alcanzó el objetivo que se planteó, el presente estudio pretendió identificar si los grupos de terapia cognitivo-conductual del hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE del área de psiquiatría, presentaron cambios en la actitudes hacia la familia (esposos (a) o pareja, hijos, padre, madre) y el área laboral (trabajo, compañeros de trabajo) después de haber participado en 15 sesiones de terapia cognitivo conductual.

Las diferencias en la actitud hacia el esposo (a) o pareja, posterior a la participación de la terapia cognitivo conductual, se observó una actitud más favorable hacia el esposo (a) o pareja sin embargo estas diferencias no fueron tan significativas.

Estos resultados se pueden explicar de acuerdo a las afirmaciones de Frojan, quien señala que el punto común de varios de los autores es el principio de que la mente humana es un producto de actividad simbólica constructiva y que la realidad es el producto de los significados particulares que crean los individuos. No es que haya una realidad y los pacientes distorsionen esa realidad construyendo con ello sus problemas, sino que hay múltiples realidades y la tarea del terapeuta es ayudarle al paciente a hacer consciente de cómo crean esa realidad y las consecuencias de dicha construcción. En este caso la imagen que formaban respecto a su esposo(a) o pareja era distorsionada debido a que no lograban ser objetivos y en ocasiones llegaban a justificar el maltrato que sufren por parte de su pareja, sin embargo a lo largo de las 15 sesiones se les ayudo hacer más consciente. Esta idealización de la pareja a través de las diferentes técnicas que se llevan a cabo en terapia de grupo

Las diferencias en la actitud hacia los hijos(as), posterior a la participación de la terapia cognitivo conductual, se observó una actitud más favorable hacia ellos.

Estas afirmaciones se pueden explicar a través de las afirmaciones de Nathaniel, 1993 donde nos dice que es evidente que el medio familiar puede producir un impacto importante ya sea para bien o para mal. Los padres pueden alimentar la confianza y el amor propio o producir obstáculos en el aprendizaje de tales actitudes. Es más fácil para los padres poder sobrellevar los retos o determinadas circunstancias familiares o cuidados del hijo cuando ambos comparten las responsabilidades (Santrock, 2003).

Lo más apropiado para una crianza adecuada consiste en que los padres puedan preparar a un hijo para que sobreviva de manera independiente en la edad adulta, ya que de esta manera cuando sus hijos se una edad adulta sean jóvenes más seguros de sí mismos, responsables y capaces de responder a los retos de la vida de forma competente. De este modo serán autosuficientes y no sólo económicamente sino que además lo serán también intelectual y psicológicamente.

Los hijos crecen en un contexto social, y gran parte del desarrollo de la individuación y la autonomía sólo puede tener lugar a través de la relación con otros seres humanos (Nathaniel, 1995).

Las diferencias en la actitud hacia su padre, posterior a la participación de la terapia cognitivo conductual, se observó una actitud más desfavorable hacia él.

Estos resultados se pueden explicar de acuerdo a las afirmaciones de Hernández-Guzmán, 1999 que expone que los estilos parentales son relaciones que guardan un vínculo estrecho con la forma en que se relacionan los padres con los hijos, también están relacionados con la disciplina e influyen en la salud psicológica de los hijos. Esta relación está enmarcada por el contexto cultural del grupo de pertenencia y el valor que el grupo atribuye al periodo de la infancia y cuidados infantiles, y es el reflejo de las presiones del medio ambiente y de las creencias (Caldwell y Ricciut, 1973). Por lo expuesto anteriormente los estuarios de crianza varían de acuerdo con la sociedad valores y costumbres, aun mas, de familia a

familia en la misma sociedad donde se comparten los mismos códigos de socialización.

Darling y Steinberg 1993 han atribuido a los estilos de crianza el clima emocional entre padres e hijos donde los padres expresan sus conductas.

El método terapéutico afirma que los pensamientos causaran las emociones y por lo tanto se actuará en consecuencia. La terapia cognitivo conductual, busca propiciar el cambio actuando sobre el pensamiento y su correlato con la emoción y la conducta, tratando de encontrar en cada paciente cuales son las creencias y pensamientos que en ocasiones llegan a ser erróneas con respecto a la realidad y que han provocado que se actué de determinada manera experimentando ciertas emociones.

Generalmente los padres delimitan la autonomía de los hijos e instalan valores y autocontrol al tiempo que se cuidan de no mirar su curiosidad, iniciativa y aptitudes. Para lograrlo se deben equilibrar los aspectos de control y calidez.

El control paterno se refiere a que tan restrictivos son los padres. Cuando lo son demasiado, cortan la libertad de los hijos para poder seguir sus impulsos y refuerzan la obediencia a las reglas y verifican que se cumplan las obligaciones. En cambio, los padres que no son restrictivos controlan menos, exigen menos y reprimen menos el comportamiento y la expresión de las emociones. Por lo tanto al enseñar al paciente a equilibrar la manera en que conviven con sus hijos a través de todo el proceso terapéutico observamos un cambio de actitud hacia ellos.

Las diferencias en la actitud hacia su madre, posterior a la participación de la terapia cognitivo conductual, se observó una actitud más desfavorable hacia ella, sin embargo las diferencias no son tan significativas (pre 2.6, post 2.7).

Como sabemos dentro de la familia la persona que posee un papel muy importante es la madre debido a que las primeras interacciones que un individuo tiene con el mundo son a través de ella ya que ella es la principal proveedora de

sus necesidades básicas. Esta interacción genera un vínculo que se le ha llamado apego, el cual consiste en una relación activa, de afecto recíproco y duradero entre dos personas. Ainsworth (1979, en Craig, 1997) afirma que: una parte primordial del plan básico de la especie humana es que los infantes desarrollen vínculos afectivos con una figura maternal.

El estudio del apego y las reacciones emocionales nos muestran la importancia del lazo de la madre y del hijo sobre el desarrollo infantil del yo. En la teoría del apego, las emociones juegan un papel muy importante en el desarrollo cognoscitivo ya que las emociones son el resultado de actividades cognoscitivas y son fuerzas positivas y parte del desarrollo.

Varios estudios han señalado que la familia se comporta como unidad. En 1984 Jackson introdujo el término "homeostasis familiar" para designar esta conducta (Sátir 1986) este término hace referencia al deseo de la familia por mantener las relaciones; a que los miembros ayuden a mantener el equilibrio en forma abierta y en forma encubierta; las pautas de comunicación de la familia revelan este equilibrio.

De esta manera podemos explicar que el cambio de actitud que presentaron los pacientes que acudieron a la terapia cognitivo conductual se debe al tipo de apego o estilo parental en el que vivieron y se desarrollaron.

Por lo tanto podemos observar que el hecho de poder identificar el tipo de apego que se maneja en los pacientes se llevó a cabo por medio de la terapia cognitivo conductual, la cual busca propiciar el cambio actuando sobre el pensamiento y su correlato con la emoción y la conducta, tratando de encontrar en cada paciente cuáles son las creencias y pensamientos que en ocasiones llegan a ser erróneas con respecto a la realidad y en este caso en cuanto a su actitud hacia su madre y que han provocado que este actué de determinada manera experimentando ciertas emociones, en este caso después del proceso terapéutico describiendo los desfavorables es decir un individuo no responde solamente ante, los estímulos

físicos y observables del medio ambiente, ya que también las cogniciones de la persona son importantes en la respuesta emitida ante ese medio ambiente.

Podemos entender como cogniciones todas aquellas creencias, pensamientos, ideas y experiencias que el individuo posee que le permiten interpretar y percibir su entorno de una manera determinada y de esta manera emitir una conducta.

Las diferencias en la actitud hacia su trabajo, posterior a la participación de la terapia cognitivo conductual, se observó una actitud más favorable hacia el trabajo que desempeñan.

Estos resultados se pueden explicar de acuerdo a las afirmaciones de Krech, Crutchfield y Ballachey (1962) quienes señalan que las actitudes son una representación individual de la cultura social a la que pertenece un individuo y toman importancia con relación a su injerencia en el estudio de grupos; su funcionalidad cognitiva se refiere a los contenidos del conocimiento, errados o correctos con los cuales los individuos enfrentan el medio social. De esta manera desarrollan actitudes favorables hacia objetos que conducen a la obtención de recompensas y, desfavorables ante objetos que conducen a la obtención de un castigo. Así las personas asumen actitudes por identificación para mantener una relación a nivel de rol con alguien significativo, es decir, mediante una función adaptativa; las actitudes pareciera que proporcionan una guía de las conductas apropiadas de los individuos frente algunos objetos (Salazar, 1980).

Cabe mencionar que al correlacionar estadísticamente este reactivo con el sexo de los pacientes, resultó que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a su actitud hacia como perciben de trabajo, esto se logro a través de tareas que se encomendaban en la terapia para poder apreciar desde un punto de vista mas adecuado su labor y proporcionando una estructura de solución de problemas como una forma útil de ver las dificultades que la mayoría de los pacientes distinguía en su trabajo

Las diferencias en la actitud hacia los compañeros (as) de trabajo, posterior a la participación de la terapia cognitivo conductual, se observó una actitud más favorable hacia los compañeros con los que conviven en el área laboral.

Estos resultados se pueden explicar de acuerdo a las afirmaciones de Bem (1970, cit en Periman y Crozby, 1985) quien señala que las actitudes son lo que nos gusta y lo que nos disgusta, son nuestras afinidades y aversiones hacia los objetos, situaciones personas o grupos y cualquier otro aspecto identificable de nuestro ambiente, incluso ideas abstractas, políticas y sociales.

Los individuos pueden formar un grupo más o menos bien definido en la medida en que conviven, en la medida en que interactúan entres sí y en la medida en que todos influyen en la conducta de los demás. En el transcurso de la terapia cognitivo se utilizo la reestructuración cognitiva para descubrir y explicitar esos pensamientos o diálogos internos; analizarlos y comprender la distorsión, donde está el error; proponer otro pensamiento alternativo. (Pallares, M.E, 2002). Que se tenía respecto a los compañeros de trabajo y así poder establecer que emociones negativas que con frecuencia, reciben la influencia de nuestros pensamientos, supuestos, creencias, predicciones, sesgos en el procesamiento de la información, es decir , no reaccionamos a los acontecimientos, sino a la interpretación que hacemos de los acontecimientos, que vivían con sus compañeros de trabajo.

Por lo tanto para cada área que se trabajo durante el tiempo que llevo a cabo la terapia cognitivo conductual podemos definirla como una forma de tratamiento a corto plazo, que se identifica por ser activa, directiva y en la cual el terapeuta y el paciente trabajan de manera continua, primero en la estructura formal de sus sesiones de intervención y segundo en los tipos de problemas en los que se centra, es decir, en la medida en que es el mismo paciente el que cumple con las tareas encargadas por el terapeuta cuyo papel es el de director y aplicador de las técnicas cognitivas diseñadas para modificar las creencias erróneas del paciente. Este método terapéutico afirma que los pensamientos causaran las emociones y por lo tanto se actuará en consecuencia. La terapia cognitivo conductual , busca propiciar el cambio actuando sobre el pensamiento y su correlato con la emoción y

la conducta, tratando de encontrar en cada paciente cuales son las creencias y pensamientos que en ocasiones llegan a ser erróneas con respecto a la realidad y que han provocado que se actué de determinada manera experimentando ciertas emociones. Finalmente observamos que al concluir la terapia cognitivo conductual el 84% de los pacientes aceptaron que cursaban una depresión e identificaron los síntomas y los aspectos que influyen ellos para desarrollar una depresión, concibiendo que esta afecta a todas las clases sociales y a todas las culturas y representa uno de los principales problemas que aquejan a la población del mundo.

Los estados depresivos les quitan a las personas su espíritu de lucha, la capacidad para plantearse un proyecto de vida personal y social además de trabajar en él y sobre todo de disfrutar de la vida.

CONCLUSIÓN

El cambio de actitud tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo; este último se origina a través de una serie de intervenciones, incluyendo la práctica de nuevas conductas, el análisis de patrones erróneos de pensamiento y la enseñanza de un dialogo con uno mismo más adaptativo” (Brewin, 1996).

Por consiguiente, a lo largo de la investigación concluimos que después de la intervención del proceso terapia cognitivo conductual las actitudes de los pacientes hacia familia (esposo (a) o pareja, hijos, padre, madre) y el área laboral (trabajo, compañeros de trabajo) cambio no solo de manera favorable sino además a tener una actitud desfavorable hacia su madre como lo pudimos constatar en la investigación, además de que existen diferencias significativas en los hombres y mujeres con respecto a la actitud hacia su trabajo, lo cual nos indica que la terapia cognitivo conductual promovió la modificación de las cogniciones las cuales llevaron a cambiar las emociones y la conducta del paciente.

Se cumplió el propósito de la terapia cognitivo conductual la cual proporciono la ayuda necesaria para que el paciente tomara conciencia de la combinación de múltiples factores que intervienen en su conducta, este aprendizaje se logro con la colaboración activa del paciente y el terapeuta ya que esta relación terapeuta – paciente estuvo basada en el compromiso de trabajar con un objetivo común.

Por lo anterior concluyo que la terapia cognitivo conductual es un modelo de terapia adecuado para los pacientes que asisten a consulta en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE ya que considero que responde a las necesidades del paciente que busca encontrar una solución a los problemas que le aquejan y que le impiden llevar una vida tranquila y adecuada tanto en el ámbito familiar como en el laboral.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Cabe mencionar que aunque los pacientes lograron cambiar su conducta en función de las intervenciones, no siempre procesan cognitivamente sus logros terapéuticos.

El diseño utilizado en la investigación no resulta conveniente para fines de establecer una causalidad: no hay manipulación ni grupo de comparación, y es posible que actúen varias fuentes de invalidación interna, por ejemplo, la historia del paciente, podrían ocurrir otros acontecimientos capaces de generar cambios, además del proceso terapéutico, ya que los pacientes estaban además en un tratamiento farmacológico.

Por otra parte sería importante llevar un seguimiento de las actitudes de los pacientes después de determinado tiempo de concluir la terapia, para que, de esta manera no se deje de lado como se ha desenvuelto el paciente en su entorno tanto personal como social después de finalizado el proceso terapéutico.

SUGERENCIAS

Como principal sugerencia podemos citar que es importante llevar a cabo un seguimiento de los pacientes al concluir la terapia, y de esta manera saber cómo es que continua su estado de ánimo si ha mejorado o a tenido algún inconveniente y conocer si continua en tratamiento farmacológico.

Establecer estrategias que puedan llevarse a cabo al concluir la terapia para que los pacientes puedan seguir detectando cuando surjan pensamientos, sentimientos y problemas que puedan llegar a presentarse, dejando una cita abierta en caso de que el paciente tenga dificultades

Por otra parte sería conveniente que los grupos de terapia que se forman en la institución sean más pequeños puesto que al ingresar a varios pacientes a pesar de ser una terapia de grupo esta tiene una alta demanda ya que considero que en ocasiones había pacientes que no tenían la oportunidad de expresar sus opiniones, debido al tiempo y a la agenda que se manejaba en el grupo.

Apoyar a los pacientes en cuanto a la bibliografía facilitando la obtención de libros, folletos o apuntes acerca del problema, para que de esta manera se fomente en el paciente independencia, enfatizando el aprendizaje, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades para cuando concluya la terapia y así pueda consultar esta bibliografía cuando sea necesario.

Dado que durante la terapia se observó que uno de los principales problemas es la cultura y la organización social, debemos modificar determinadas creencias y estereotipos mediante una socialización en las instituciones formales de la educación, basada en las nuevas ideas e imágenes.

Por último sería conveniente investigar más acerca de la manera en que los pacientes afrontan los problemas ya que esto es uno de los factores fundamentales para la prevención de las recaídas.

También resultaría interesante realizar un estudio en el cual exista un grupo control para observar el efecto de la terapia con pacientes con medicamentos y sin medicamentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Andrade Salinas Cèsar (2009) Estilos parentales y problemas en niños (Tesis facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de Mexico)

Allport, F. H. (1955). Theories of Perception and the concept of estructura. Nueva York

Araya, R. Rojas, G. y Fritsh, R (2000). Depresión y género en Santiago de Chile. Acta Psiquiátrica y Psicológica en América Latina. 46(4) 325-335

A Polaino- Lorente. (2000) La Depresión. Barcelona Edit. Martinez Roca

Bebbington P, Dean C, Der G, Hurry Y, Tennant C. Gender.(1991) Parity and the Prevalence of minor affective disorders. Br J Psychiatry

Beck A. Rush A y cols (1979) Terapia Cognitiva De La Depresión. Nueva York Ed. Guilford.

Bogardus E, S (1931) Fundamentals of Social Psychology. Century Press, Nueva York.

Buela Casal Gualberto (1991). Manual de Psicología Clínica Aplicada. Madrid. Siglo XXI

Caballo V. (1998) Manual Para El Tratamiento Cognitivo Conductual De Los Trastornos Psicológicos. España Ed. Paidos.

Caro Isabel. Comp. (1997) Manual de Psicoterapias Cognitivas. España. Paidos. 3^{ra} edición

Craig G. J (1997) Desarrollo Psicológico (Traducido por J. F Davila 7^a Edición) México Prentice Hall (Original publicado en 1996)

Crimlisk H Welch S. (1996). Women and Psychiatry. Br Psichiatry

Cullari Salvatore (2001) Fundamentos de la Psicología Clínica. México Pearson Educación

Dawes, Robin , M.(1975) Fundamentos y técnicas de medición de actitudes. México Limusa

Díaz Guerrero, R. y Salas, M. (1975) El Diferencial Semántico Del Idioma Español, México Ed. Trillas

Entrenamiento En Competencias De Afrontamiento y Terapia Cognitivo Conductual. España. Decleé de Brouwer Bilbao.

Goldfried Marvin R. (1996) De la Terapia Cognitivo Conductual a la Psicoterapia de Integración. Henao Bilbao. Desclée De Brouwer. S.A

Hernández Sampieri Roberto (2003). Metodología de la Investigación. México. Mc Graw Hill.

Hollander Edwin, Paul (1985). Principios y métodos de psicología social. Buenos Aires. Amorrourto

Hollander, P.E (1985) Composición y Adquisición de las Actitudes. Principios y métodos de la psicología social. México. Mac Graw Hill

Kaplan, H. I y Sadock, B.J. (1989) Tratado de Psiquiatría. España. Masson Salvat.

Kelman H. C. ((1953) Attitude Changes as a Function of Response Restriction. Human Relations.

Kendall Philip C. (1988).Psicología Clínica. México. Limusa

Krench David, Crutchfield Richard S. Ballachey Egerton (1965). Psicología Social. España. Biblioteca Nueva.

Lara t. I. Gómez y Fuentes (1992) Cambios Socioculturales En Los Conceptos De Obediencia Y Respeto En La Familia Mexicana: Un Estudio Relacionado Con El Cambio Social. Revista Mexicana de Psicología 9(1), 21-26

Lazarus, R & Folkman s. (1991). El Proceso De Afrontamiento: Una Alternativa A Las Formulaciones Tradicionales. México, DF. Ed. Roca.

Leal Cercas Carmen. (2000). Trastornos Depresivos en la Mujer. Barcelona México Edit. , Masson

Leonor I. Lega Caballo & Albert Ellis (1997)_La Terapia Cognitivo Conductual Y La Tre, Teoría Y Practica De La Terapia Racional Emotiva. España SIGLO XXI Editores

López V.R. (2000) Medición De La Percepción En Los Estilos De Crianza Madre-Hijo (Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Marun G. (1996) De La Terapia Cognitiva Conductual A La Psicoterapia De Integración. Descleé de Brouwer Bilbao.

Mendoza García (2004) Enfoques Contemporáneos De La Psicología Social En México De Su Génesis A La Ciberpsicología. México. TEC Monterrey, Porrua.

Minuchin S. (1991) Técnicas de Terapia Familiar. México. Paidos

Navarro C. (1994) Del Condicionamiento Clásico A La Terapia Cognitivo Conductual. El Aprendizaje Y Comportamiento. Vol. 10 Lima A.L.A.M.O.C.

Nerrial. (1976) Desarrollo Individual y Desarrollo Familiar. Barcelona. Herder

Pelicier, Y. (1989). Prevención De La Depresión En La Mujer. Psicopatología 9(2), 105-108

Reich Ben.(1980) Valores Actitudes Y Cambio De Conducta. México. Compañía Editorial Continental.

Rodríguez de la Vega B, Bayón C, Franco B, Cañas F. (1993) Depresión y relaciones significativas en la mujer. En: Mas J, Tesoro A (coord.). Mujer y salud mental. Mitos y realidades. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Ruiz S. y Imbernón G. (1999) Psicoterapia Cognitiva De Urgencia. Ed. ESMD-UBEDA 1ra edición.

Salazar Vallejo Michel (2000) Formación continuada en fundamentos de psiquiatría : autoevaluación. Barcelona. México. Masson

Sánchez Aragón Rozzana, et al La Psicología Social En México Volumen XI

Santock, John. (2003) Psicología del desarrollo de la infancia. Madrid. McGraw Hill Interamericana

Saucedo, I., Magallón, C., González, S. y Órnelas, C. (2001). Violencia Doméstica: Modelo de Intervención en Unidades de Salud.

Trull. Timothy J. E. Jerry Phares. (2003).Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión. México. Thomson. sexta edición

Thurstone, Louis Leon, (1967) La medición de la inteligencia; la aptitud y el interés. Buenos Aires. Paidos

Vallejo Ruiloba (1998) Introducción a la Psicopatología y la psiquiatría. Barcelona. Masson

William J. Mc Guire (1999) Constructing Social Psychology: Creative And Critical Processes._New York Cambridge University.

ANEXO

CUESTIONARIO

NOMBRE:
OCUPACIÓN:
ESCOLARIDAD:
ESTADO CIVIL:
DIAGNOSTICO:

EDAD:

INSTRUCCIONES

Este cuestionario consta de una serie de frases seguidas de 10 pares de adjetivos separados por varios pequeños espacios vacíos, usted indicara, en cada renglón que tan cercanamente, en su opinión la frase está relacionada con los adjetivos de cada par:

Ejemplo: Este explica el significado de cada uno de los espacios:

Rápido _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : Lento

Muy	Bastante	Ligera-	Igualmente	Ligera-	Bastante	Muy
Rápido	Rápido	mente	rápido y lento	mente	Lento	lento
		Rápido		lento		

No ponga más de una cruz en un renglón y no omita ninguno de los renglones; conteste con rapidez pero, por supuesto, no descuidadamente.

1. MI ESPOSO (A) O PAREJA GENERALMENTE ES:

EXCELENTE	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	PESIMO
ANTIGUO	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	MODERNO
AGRADABLE	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	DESAGRADABLE
AFECTUOSO	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	DISTANTE
TRABAJADOR	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	PEREZOSO
DESCORTES	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	AMABLE
RESPONSABLE	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	IRRESPONSABLE
ACTIVO	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	PASIVO
ADMIRABLE	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	DESAGRADABLE
GROSERO	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	EDUCADO

2. MIS HIJOS (AS) GENERALMENTE SON:

EXCELENTE	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	PESIMO
ANTIGUO	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	MODERNO
AGRADABLE	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	DESAGRADABLE
AFECTUOSO	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	DISTANTE
TRABAJADOR	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	PEREZOSO
DESCORTES	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	AMABLE
RESPONSABLE	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	IRRESPONSABLE
ACTIVO	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	PASIVO
ADMIRABLE	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	DESAGRADABLE
GROSERO	: ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ :	EDUCADO

3. MI PADRE ES (ERA) GENERALMENTE:

EXCELENTE	: _____	PESIMO
ANTIGUO	: _____	MODERNO
AGRADABLE	: _____	DESAGRADABLE
AFECTUOSO	: _____	DISTANTE
TRABAJADOR	: _____	PEREZOSO
DESCORTES	: _____	AMABLE
RESPONSABLE	: _____	IRRESPONSABLE
ACTIVO	: _____	PASIVO
ADMIRABLE	: _____	DESAGRADABLE
GROSERO	: _____	EDUCADO

4. MI MADRE ES (ERA) GENERALMENTE:

EXCELENTE	: _____	PESIMO
ANTIGUO	: _____	MODERNO
AGRADABLE	: _____	DESAGRADABLE
AFECTUOSO	: _____	DISTANTE
TRABAJADOR	: _____	PEREZOSO
DESCORTES	: _____	AMABLE
RESPONSABLE	: _____	IRRESPONSABLE
ACTIVO	: _____	PASIVO
ADMIRABLE	: _____	DESAGRADABLE
GROSERO	: _____	EDUCADO

5. MI TRABAJO GENERALMENTE ES:

EXCELENTE	: _____:	PESIMO
ANTIGUO	: _____:	MODERNO
AGRADABLE	: _____:	DESAGRADABLE
AFECTUSO	: _____:	DISTANTE
TRABAJADOR	: _____:	PEREZOSO
DESCORTES	: _____:	AMABLE
RESPONSABLE	: _____:	IRRESPONSABLE
ACTIVO	: _____:	PASIVO
ADMIRABLE	: _____:	DESAGRADABLE
GROSERO	: _____:	EDUCADO

6. MIS COMPAÑEROS (AS) DE TRABAJO SON:

EXCELENTE	: _____:	PESIMO
ANTIGUO	: _____:	MODERNO
AGRADABLE	: _____:	DESAGRADABLE
AFECTUSO	: _____:	DISTANTE
TRABAJADOR	: _____:	PEREZOSO
DESCORTES	: _____:	AMABLE
RESPONSABLE	: _____:	IRRESPONSABLE
ACTIVO	: _____:	PASIVO
ADMIRABLE	: _____:	DESAGRADABLE
GROSERO	: _____:	EDUCADO