



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina

Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud
Mental

Instituto Mexicano del Seguro Social
Centro Médico Nacional Siglo XXI
Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Álvarez”

TÍTULO:

“Creencias irracionales más frecuentes en pacientes con
enfermedad mental comparado con individuos sanos. Un
estudio comparativo y descriptivo”.

Proyecto de Tesis para obtener el Diploma de Especialista en
Psiquiatría.

Presenta:

Dra. Maricarmen Bernés Bolívar

Asesor Metodológico:
Dr. Martin Felipe Vázquez Estupiñán

México, D. F. Febrero 2015



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.

DOCTORA
DIANA GRACIELA MENEZ DIAZ
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR
MARTIN FELIPE VAZQUEZ ESTUPIÑAN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PSIQUIATRIA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR
MARTIN FELIPE VAZQUEZ ESTUPIÑAN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PSIQUIATRIA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3601
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI,
D.F. SUR

FECHA 28/04/2014

MTRO. MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Creencias irracionales más frecuentes en pacientes con enfermedad mental comparado con individuos sanos. Un estudio comparativo y descriptivo.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-3601-45

ATENTAMENTE

DR.(A). CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3601

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

CONTENIDO

RESUMEN	5
MARCO TEORICO	9
JUSTIFICACIÓN	41
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	42
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	43
OBJETIVOS.....	43
HIPOTESIS	43
METODOLOGIA.....	44
RESULTADOS	54
DISCUSIÓN	76
CONCLUSIONES	77
BIBLIOGRAFIA	78
ANEXOS	79

Resumen

Creencias irracionales más frecuentes en pacientes con enfermedad mental comparado con individuos sanos. Un estudio comparativo y descriptivo.

Introducción: La terapia cognitivo conductual (TCC) es el desarrollo de métodos científicamente comprobables para corregir y aliviar la psicopatología, neurosis, problemas psicoemocionales y todas aquellas condiciones disfuncionales asociadas con los pensamientos, sentimientos y acciones. Entre esta se engloba la Terapia Racional Emotivo Conductual, propuesta por el Dr. Albert Ellis, el elemento fundamental en esta rama de la TCC, se encuentra en la evaluación irracional y poco funcional que hace el individuo sobre sí mismo, los demás y el mundo que lo rodea. La evaluación se realiza a través de las exigencias absolutistas y dogmáticas en relación a estos tres aspectos.

Las creencias irracionales Ellis las agrupó en 10 básicas:

1. Es una necesidad extrema para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno.
2. Para considerarme a mí mismo como una persona válida, debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga.
3. Las personas que no actúan como “deberían” son viles, malvadas e infames, por lo que deberían ser castigadas por su maldad.
4. Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría.
5. La desgracia y el malestar humano están provocados por las circunstancias externas y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones.
6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
7. Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.
8. Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar.
9. Lo que me ocurrió en el pasado, seguirá afectándome siempre.
10. Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás.

Objetivo central: Conocer las creencias irracionales más frecuentes en pacientes con enfermedad mental que se encuentran hospitalizados en una unidad psiquiátrica comparados con individuos sanos.

Hipótesis: Se esperó encontrar una prevalencia mayor de creencias irracionales en pacientes con enfermedad mental con respecto a los individuos sin diagnóstico psicopatológico.

Material y Métodos: Se tomó una muestra de 53 pacientes con enfermedad mental que se encuentren ingresados en el hospital psiquiátrico "Héctor Tovar Acosta" del IMSS, en un periodo de tiempo de 2 meses. De la misma forma fueron tomados 53 individuos sanos que no tengan familiares de primer grado con diagnóstico psicopatológico.

A los participantes del estudio se les aplicó el inventario de creencias irracionales de Albert Ellis, el cual consta de 100 preguntas que se encuentran englobadas dentro de las 10 creencias irracionales más importantes que se manejan en la bibliografía.

Es un estudio cuantitativo, prospectivo, transversal, descriptivo y comparativo. Se plantea la técnica estadística ya mencionada para que se pueda describir y sintetizar los datos utilizando distribuciones de frecuencia, promedios, porcentajes y varianzas. Por el nivel de medición de las variables, los tipos de estadísticas planteadas son el nominal, el ordinal y/o de intervalo y proporción.

Resultados: Del 100% de la muestra, el 50% equivalió a un grupo de pacientes con Diagnóstico Psiquiátrico, que dentro de la frecuencia la mayoría encajó en el grupo de Depresión siendo el 18.8% de esta muestra. Con un promedio de 1.63 en frecuencia que se presentan creencias irracionales en esta población; siendo la creencia irracional más frecuente presentada la número 6 (Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra).

El otro 50% de la muestra equivale a los individuos sanos, quienes presentaron en un promedio de 1 creencia irracional en esta población; siendo la más frecuente la número 6 (Si algo es o puede

ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra).

Se obtuvo un coeficiente de contingencia de 0.014; Chi cuadrada de Pearson de 62.00 como valor absoluto sin asumir la hipótesis nula y con un intervalo de confianza del 95 %.

1. Datos del alumno	1. Datos del alumno
Apellido Paterno:	Bernés
Apellido Materno:	Bolívar
Nombre:	Maricarmen
Teléfono:	5552961984
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad:	Facultad de Medicina
Carrera:	Curso de Especialización en Psiquiatría
No. De Cuenta:	511210882
2. Datos del asesor (es):	2. Datos del asesor (es)
Apellido Paterno:	Vázquez
Apellido Materno:	Estupiñán
Nombre:	Martín Felipe
Apellido Paterno:	Gil
Apellido Materno:	Palafox
Nombre:	Irwin Bernardo
3. Datos de la tesis	3. Datos de la tesis
Título:	"Creencias irracionales más frecuentes en pacientes con enfermedad mental comparado con individuos sanos. Un estudio comparativo y descriptivo".
No. de paginas	89 páginas
Año:	2015
Número de registro	R-2014-3601-45

Marco teórico.

INTRODUCCIÓN

La terapia cognitivo conductual (TCC) es el desarrollo de métodos científicamente comprobables para corregir y aliviar la psicopatología, neurosis, problemas psicoemocionales y todas aquellas condiciones disfuncionales asociadas con los pensamientos, sentimientos y acciones.

Pone énfasis en ayudar a los pacientes a superar problemas personales y vivir de una forma más madura y satisfactoria, además de lograr un estilo de auto-determinación individual mediante un proceso educativo.

La terapia cognitivo conductual está basada en un grupo de técnicas de tratamiento cuyo objetivo es alterar los síntomas de problemas psicológicos a través de la modificación directa del pensamiento disfuncional que acompaña estos síntomas.^{1,3}

La cognición hace referencia a los determinantes centrales de los fenómenos psicológicos; la conducta se concibe como el resultado de un conjunto de procesos mentales aplicados al medio ambiente y al ser humano como un procesador activo y no como ejecutor pasivo.

También se refiere al estudio y el manejo de los eventos, procesos y estructuras mentales con los cuales el ser humano entra en contacto con el mundo exterior.

Lo conductual permite incrementar las habilidades manifiestas u observables, así como las no manifiestas u emocionales del ser humano.^{1,2,4}

ANTECEDENTES

- La TCC está basada en principios filosóficos:⁴
 - Filosofía Oriental.

Dentro de las principales se encuentra el Budismo (Siglo III a.c.), éste es un sistema de creencias basado en las enseñanzas de Siddhartha Gautama.

La liberación del sufrimiento humano a través del autoconocimiento y la práctica de acciones virtuosas. Relaciones de causa-efecto entre los fenómenos, rehusando a los dogmas y las creencias no basadas en la experiencia.

“Si podemos reorientar nuestros pensamientos, emociones y reordenar nuestra conducta, no sólo podemos aprender a afrontar el sufrimiento más fácilmente, sino que podemos prevenir una gran parte del mismo desde el principio, en primer lugar”. (XIV Dalai Lama).

“Lo que somos es el resultado de lo que hemos pensado; está fundado en nuestros pensamientos y está hecho de nuestros pensamientos”. (Buda, Siddhartha Gautama, 563 – 486 a.c.).

- Filosofía Griega (Siglo IV a.c.).

Epicúreo proponía la realización de la vida buena y feliz.

Se puede alcanzar la libertad y la tranquilidad guiándose por los principios de la razón y de la virtud. (Zenón, Crisipo, Epícteto).

Estoicismo: el pensamiento es lo único libre. La esencia de lo bueno y lo malo reside en la voluntad.

“Los hombres no se perturban por las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen”. (Epícteto 55-135 d.c.).

- Empiristas Ingleses (Siglo XVII).

Las emociones derivan de las asociaciones de ideas, y que para adquirir un nuevo conocimiento hay que liberarse de prejuicios, es decir, de conceptos erróneos preestablecidos.

- Factores que contribuyeron al desarrollo de las Terapias Cognitivo Conductuales: ^{1,2}
 - Insatisfacción de los enfoques no mediacionales (conductismo).
 - Rechazo de los modelos Psicodinámicos de la personalidad.
 - Problemas psicológicos no resueltos.

- Investigación desarrollada por psicólogos cognitivo conductuales.
- Publicación de la eficacia comprobada de las técnicas cognitivas.

- Fundamentos básicos de la Terapia Cognitivo Conductual: ^{2,4}
 1. La actividad cognitiva afecta la conducta, la TCC busca cambios primero en la cognición, lo que consecuentemente cambiará la conducta.
 2. La actividad cognitiva puede ser monitoreada y alterada.
 3. La conducta deseada cambia mediante la modificación de cogniciones.

- La Terapia Cognitivo Conductual está basada en 10 principios: ^{2,4}
 1. La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planeados en términos cognitivos.
 2. Requiere de una sólida alianza terapéutica.
 3. Enfatiza la colaboración y la participación activa.
 4. Está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados.
 5. Inicialmente destaca el presente.
 6. Es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas.
 7. Tiende a ser limitada en el tiempo.
 8. Las sesiones son estructuradas.
 9. Ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y actuar en consecuencia.
 10. Se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

- Existen 3 clases de Terapia Cognitivo Conductual: ⁵
 1. Terapia de habilidades de afrontamiento.

- a. Desarrollo de un repertorio de habilidades designadas para asistir al paciente en el afrontamiento de una variedad de situaciones estresantes. Adiestramiento en inoculación ante el estrés.
2. Terapias de reestructuración cognitiva.
- a. El malestar emocional es la consecuencia de pensamientos desadaptativos, por lo que el objetivo es establecer patrones de pensamiento más adaptativos.
 - b. Podemos enlistar los siguientes tipos de terapia:
 - i. Terapia Racional Emotivo Conductual
 - ii. Terapia Cognitiva
 - iii. Terapia de Esquemas de J. Young
 - iv. Terapia de Walter Riso
3. Terapias de solución de problemas
- a. Combinación de técnicas de reestructuración cognitiva y procedimientos de habilidades de afrontamiento.
 - b. Proceso cognitivo que hace disponible varias respuestas alternativas efectivas para resolver una situación problemática e incrementar la probabilidad de seleccionar la respuesta más efectiva.
- Procesos Cognoscitivos: ^{2,4,5}

Busca explicar la conducta del ser humano por medio del estudio de las formas en que las personas prestan atención, interpretan y utilizan la información disponible.

Considera al individuo como un procesador de información, sostiene que las personas recolectan, almacenan, modifican, interpretan y comprenden en forma continua tanto la información que se genera en su interior como de los estímulos ambientales.

- El modelo cognitivo según Judith Beck: ²

“Todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes”.

- Meta de la TCC según Judith Beck:²

“Obtener una mejoría permanente en los estados de ánimo y comportamientos a partir de una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento”.

HISTORIA

Llamativamente, en la cultura de una ciudad donde las ideas psicológicas han sabido ganar su lugar, la TCC, un modelo de intervención en clínica psicológica muy desarrollada en otros países, no ha tenido sino una escasa trascendencia.

Sólo en los últimos años se observa un modesto interés hacia la misma, favorecido quizás, por la búsqueda de alternativas más breves en los tratamientos psicoterapéuticos.^{13, 14}

La terapia cognitivo conductual posee cuatro pilares teóricos básicos. El primero de ellos, surge a fines del siglo pasado a partir de las investigaciones del fisiólogo ruso Ivan Pavlov, quien accidentalmente descubre un proceso básico de aprendizaje que luego llamaría Condicionamiento Clásico. Muy sucintamente dicho, se trata de un proceso por el cual los organismos aprenden relaciones predictivas entre los estímulos del ambiente.

En el experimento típico de Pavlov, un perro aprendía a salivar ante el sonido de un metrónomo cuando éste había sido presentado sucesivas veces antes de la administración de la comida. De esta manera, el sonido juega el papel de una señal que anticipa la aparición de un fenómeno relevante para la vida del organismo, el cual responde en consecuencia.

Sobre los trabajos de Pavlov es que se inspira uno de los autores más conocidos y más asociados a la Terapia Cognitivo Conductual, justamente, John B. Watson, quien aplicando los principios del condicionamiento clásico para remitir la fobia de un niño, funda las bases de lo que luego se conoce como el conductismo.

El conductismo Watsoniano representa las bases metodológicas del modelo teórico y los principios explicativos de los cuales se derivan las técnicas de intervención.

Comúnmente se realiza una distinción entre el “conductismo Watsoniano o radical” y el “conductismo metodológico”, este último es lo que hoy conservamos en TCC de los aportes de Watson; su énfasis en el comportamiento como tema de la psicología y en el uso del método científico como un modo de estudiarlo.

Hacia el año 1930, las investigaciones de F.B. Skinner plantean la existencia de otro tipo de aprendizaje, el condicionamiento instrumental u operante, proceso por el cual los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen. La gran cantidad de investigaciones desarrolladas a la luz de estos dos paradigmas mencionados pasaron a formar lo que se conoce como Teoría del Aprendizaje, la cual históricamente ha nutrido con hipótesis a la TCC.^{15,16,17}

Hacia la década de 1960 los trabajos encabezados por Albert Bandura comienzan a conformar un nuevo conjunto de hipótesis, cuyo énfasis recae en el papel que la imitación juega en el aprendizaje. Las investigaciones llevadas a cabo en esta línea cobran cuerpo en la “Teoría del aprendizaje social”, desde la cual se afirma que el aprendizaje no sólo se produce por medio de la experiencia directa y personal sino que, fundamentalmente en los seres humanos, la observación de otras personas así como la información recibida por medio de símbolos verbales o visuales constituyen variables críticas.^{13,14}

Bandura también se halla muy involucrado en la formulación de modelos cognitivos. De hecho hacia la misma época, un movimiento quizás algo reaccionario al conductismo radical, comienza a estudiar los inicialmente denominados “eventos privados”, es decir, pensamientos, diálogos e imágenes internas, creencias, supuestos, por sólo nombrar algunos de los tópicos cubiertos por los así llamados “modelos cognoscitivos”.^{13,14}

Mencionemos a Aaron Beck y Albert Ellis como dos de los representantes principales en lo que a la clínica se refiere. Aunque desarrollados de manera relativamente independiente, sus modelos de intervención terapéutica denominados, respectivamente, Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva; en lo esencial coinciden.

Ambos hacen hincapié en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones, aunque desde el inicio, admiten que no toda la vida emocional puede explicarse por el pensamiento.⁵

Por otra parte, el pensamiento del individuo refleja su sistema de interpretación del mundo, vale decir, un conjunto de creencias, supuestos y reglas subyacentes que por lo general no son plenamente conocidas por las personas.

Estos son, en breve, los cuatro pilares básicos de la Terapia Cognitivo Conductual: aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo.

De ellos se han desprendido múltiples líneas de investigación. En efecto, a fin de explicar la complejidad del comportamiento humano es preciso poner en conjunción no sólo los principios derivados de los paradigmas mencionados, sino considerar otros desarrollos de la investigación contemporánea que no se oponen ni excluyen a los aspectos aquí tratados.^{4, 5, 11}

Particularmente, en lo que se refiere a la práctica de la TCC, las técnicas utilizadas combinan en diversos grados principios provenientes de múltiples líneas de investigación. En suma, dado el carácter científico de la Terapia Cognitivo Conductual, ella se nutre de la investigación psicológica contemporánea. En este sentido, no es una teoría ni una escuela psicológica, sino que se caracteriza mejor como un marco metodológico. No importa tanto el origen de las hipótesis sino el que ellas hayan pasado por la prueba empírica que exigen los criterios metodológicos.⁵

La intervención terapéutica en TCC se estructura en tres pasos. El primero contempla la evaluación cuidadosa del caso, se refiere al momento de formular hipótesis explicativas acerca de los problemas que trae la persona y trazar los objetivos del tratamiento. Esas hipótesis conducen a la segunda fase, la intervención propiamente dicha, es decir, el empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados. Finalmente, la tercera fase, el seguimiento, consiste en la evaluación de la aplicación del programa terapéutico y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios.^{6, 9}

Una de las críticas más difundidas hacia la TCC afirma que los síntomas retornarán una vez eliminados, o sea, que habrá recaídas o sustitución de síntomas. Sin embargo, gran cantidad de

estudios de seguimiento ha demostrado que la mayoría de las veces este fenómeno no se produce.

Las investigaciones que reportan recaídas corresponden a trastornos en los cuales ninguna estrategia psicoterapéutica ha mostrado una eficacia significativa, tal es el caso de la Esquizofrenia o el Trastorno Antisocial de la personalidad. Por otra parte, los índices de eficacia de la TCC para algunos grupos de síndromes, como los trastornos de ansiedad, rondan el 90% de casos recuperados o muy mejorados en estudios de seguimiento a más de dos años.

Estos datos se vuelven especialmente relevantes si se considera la alta incidencia de este tipo de psicopatologías. No obstante en los trastornos por dependencia a sustancias psicoactivas, los índices de eficacia bajan abruptamente, sólo la mitad de los pacientes tratados en comunidades terapéuticas que operan con los principios de la TCC se mantienen abstinentes por más de dos años. Y aunque desalentadoras estas cifras, son las más elevadas que hasta la actualidad se han reportado en lo que a la dependencia química se refiere.³

Quizás, esta serie de críticas surjan en la concepción de que los tratamientos adecuados deben identificar indefectiblemente las “causas” de los síntomas. En verdad, en TCC no ignoramos las “causas” de los síntomas; todo lo contrario, ellas juegan un rol muy importante en la elección de las estrategias terapéuticas.

Sin embargo, no es en el contexto clínico donde procuramos esas causas; la clínica constituye el ámbito de aplicación de los conocimientos que han nacido y se han validado en otro contexto, el de la investigación. Él nos provee de hipótesis y teorías explicativas acerca del comportamiento humano, las cuales articulamos en cada caso individual a fin de elegir las estrategias terapéuticas adecuadas, justamente, en esto consiste el primer paso de la terapia, la evaluación.

Tal vez esta confusión se deba al hecho de que la TCC no está totalmente puesta en las “causas” relacionadas con la historia personal del paciente, sino muy especialmente en aquéllas provistas por las teorías explicativas del comportamiento humano.

En suma, el modelo cognitivo conductual constituye un movimiento contemporáneo de integración mucho más amplio que un paquete de técnicas. Posee lineamientos éticos y bases filosóficas así como metodológicas determinadas, acordes a la precisión y especificidad de las ciencias del comportamiento. ^{1,2,4}

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)

Es una forma de entender el pensamiento acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que la rodea, además de cómo pueden afectar los pensamientos y sentimientos.

La TCC puede ayudar a cambiar la forma de pensamiento (“cognición”) y cómo actúa (“conductual”), estos cambios ayudan al individuo a sentirse mejor. A diferencia de otras “terapias habladas”, la TCC se centra en problemas y dificultades del “aquí y ahora”, en vez de centrarse en las causas inconscientes de su angustia o síntomas en el pasado.

Distintos estudios controlados han demostrado su eficacia en el tratamiento de trastornos depresivos, ansiosos, de pánico, fobias, dependencia a sustancias, trastornos de la alimentación, problemas de pareja, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, hipocondría, esquizofrenia y dolor crónico. ³

Ayuda a entender problemas complejos desglosándolos en partes pequeñas. Esto sirve para ver cómo estas partes están conectadas entre sí y afectan al individuo. Estas partes de las que hablamos pueden ser una situación, problema, hecho o situación difícil; de éstas pueden derivarse pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos. Cada una de estas áreas puede afectar a las demás.

Cada una de estas áreas puede afectar a las demás. Sus pensamientos sobre un problema pueden afectar a cómo se siente física y emocionalmente. También puede alterar lo que usted hace al respecto.

“Todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes”. (J.S. Beck. Terapia cognitiva. “Conceptos básicos y profundización”. Gedisa: España. 2000).

- Hipótesis de la TCC

Las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y comportamientos de las personas.

Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino por el modo como las personas interpretan estas situaciones. (Beck, 1964; Ellis, 1962, citados en Beck, J. 2006).

- Modelo Cognitivo

Esquemas cognitivos:

- Esquemas cognitivos
- Esquemas afectivos
- Esquemas motivacionales
- Esquemas instrumentales
- Esquema de control

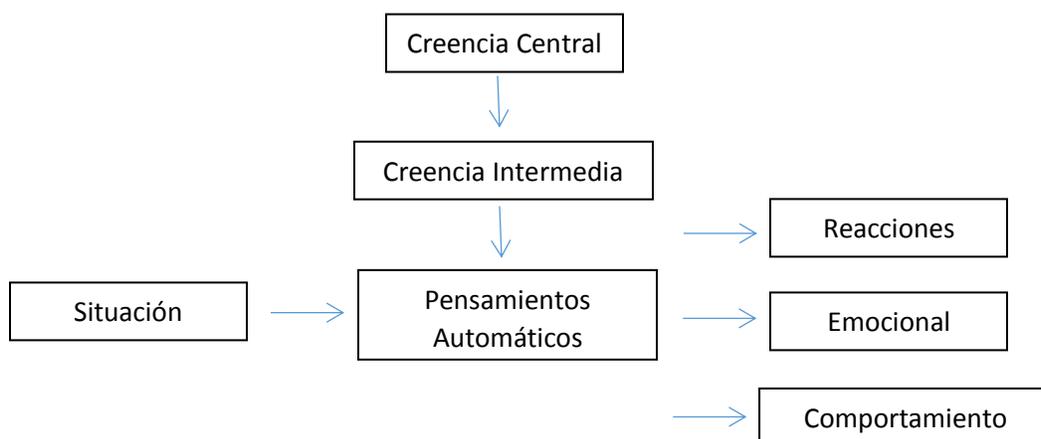
Procesos cognitivos:

- Sesgos confirmatorios (Snyder, 1981).
- Distorsiones cognitivas (Beck, 1970).

Productos cognitivos:

- Pensamientos automáticos.

- Esquema de Modelo Cognitivo



- Tipos de Creencias^{4,5}

Centrales: se forman a partir del significado que las personas dan a sus experiencias de la infancia (sobre todo a los hechos muy traumáticos o a otros más sutiles pero negativos) así como a experiencias crónicas. Son verdades absolutas. Algunos esquemas se activan sólo ante determinadas circunstancias.

- Esquemas: ideas globales, rígidas y absolutistas.
- Inconscientes.

Intermedias:

- Concepto → objetos, ideas. Por ejemplo: auto, madre.
- Reglas → “Debo cuidar y proteger a mis hijos siempre”.
- Actitudes → “Es terrible que ellos no me hagan caso”.
- Suposiciones → “Si yo cuido de ellos con entrega, no sufrirán”.

- Distorsión Cognitiva^{4,5}

Son los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales. Básicamente serían errores cognitivos.

- a) Inferencia Arbitraria: proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de evidencia empírica suficiente que la avale.
- b) Catastrofismo: proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va a ocurrir.
- c) Comparación: Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás.
- d) Pensamiento Dicotómico: Tendencia a colocar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás en categorías que sólo admiten dos posibilidades opuestas (bueno/malo).
- e) Descalificación de lo positivo: Proceso de rechazar o descalificar las experiencias, rasgos o atributos positivos.

- f) Razonamiento: Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta.
- g) Construir la valía personal en base a opiniones externas: Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de los otros.
- h) Adivinación: Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.
- i) Etiquetado: Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa.
- j) Magnificación: Tendencia a exagerar o magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento.
- k) Leer la mente: Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que lo apoye.
- l) Minimización: Procesos de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias.
- m) Sobregeneralización: Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias, o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas.
- n) Perfeccionismo: Esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección sin examinar lo razonable de estas normas perfectas, a menudo en un intento de evitar experiencias subjetivas de fracaso.
- o) Personalización: Proceso de asumir causalidad personal en las situaciones, eventos y reacciones de los otros cuando no hay evidencia que lo apoye.
- p) Abstracción Selectiva: Procesos de focalizarse exclusivamente en un aspecto, detalle o situación negativa, magnificando su importancia poniendo así toda la situación en un contexto negativo.
- q) Afirmaciones “debería”: Hace referencia a las expectativas o demandas internas sobre las capacidades, habilidades o conductas de uno mismo o de los otros, sin analizar si son razonables en el contexto en el que se están llevando a cabo.

- Pensamientos Automáticos:⁴

Son autoverbalizaciones, pensamientos o imágenes contenidos en esas distorsiones cognitivas derivadas de la unión de la valoración de los eventos y los supuestos personales.

No surgen de una deliberación o razonamiento, sino que parecen brotar de manera automática; suelen ser veloces y breves.

Son aceptados como ciertos, sin ser sometidos a evidencia.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVO – CONDUCTUAL (TREC)

La teoría de la TREC fue formulada por Albert Ellis en 1956 en Chicago, durante un congreso de la American Psychological Association.

Básicamente la propuesta de la TREC es que los pensamientos, sentimientos y conductas, actúan de una forma integrada en el individuo y que la perturbación emocional proviene, no de los hechos en sí, sino de la evaluación o interpretación que se hacen de esos hechos.

La forma funcional y práctica de pensar y evaluar lo que sucede, Ellis lo ha llamado “pensamiento racional” y lo contrario, es decir, cuando el comportamiento es poco funcional y práctico, debido a la evaluación que damos a los hechos, lo ha llamado “pensamiento irracional”.

Debemos aclarar que algo será “racional” o “irracional” en tanto la persona evalúe los hechos como perjudiciales emocionalmente para él, no para el terapeuta, en tanto estos pensamientos no le permitan conseguir sus metas y causen una perturbación emocional como puede ser ansiedad, depresión, ira, etc. Esto quiere decir que las emociones manejen a las personas y no éstas son quienes manejan sus emociones.

Cuando se dice que las emociones manejan a las personas quiere decir, que el individuo se enoja, deprime o angustia de forma que no le permite sentirse bien, no le permite lograr objetivos, lo inmoviliza emocionalmente, le produce consecuencias negativas en sus relaciones laborales, interpersonales, académicas, en la familia, en la pareja e incluso consigo mismo.^{6, 7, 8, 10, 11}

Un enfoque de la psicología que dio su contribución al desarrollo de la TREC fue el psicoanálisis en dos de sus figuras importantes:

- Karen Horney (1950), quien identificó y escribió acerca de la “tiranía de los deberías”, como elemento medular de la perturbación emocional.
- Alfred Adler (1927), quien se interesó en la relación entre la descalificación y devaluación que hacen las personas hacia ellas mismas y la ansiedad, así como el uso de un método cognitivo – persuasivo en el tratamiento psicológico.

Siempre dentro del campo de la psicología, se encuentra el aporte de dos pioneros del movimiento conductista como lo son: Watson y Rayner (1920), la utilización de sus técnicas, especialmente en la terapia sexual activo – directiva durante la década de los años cincuenta. ^{8,9}

Durante ésta época, la TREC se desarrolla y emerge. Ellis publica un estudio en el que da a conocer que las personas atendidas con este nuevo método, presentan una mejoría significativa comparada con el abordaje psicoanalítico. Las sesiones se reducen de 100 a 35. Además para él, la base de la perturbación psicológica es el pensamiento irracional y así introduce tal concepto definiendo la neurosis como: “el comportamiento estúpido de una persona inteligente, quien escoge pensar de manera poco funcional”. (Ellis, Caballo y Lega, 1999; p.33).

- El ABC de la Terapia Racional Emotivo Conductual ⁷

En este apartado explicaremos la forma en la que se conceptualiza la TREC.

Los acontecimientos activantes que son la A: cuando una persona que asiste a psicoterapia describe un acontecimiento que les perturba, el terapeuta debe pensar en tres elementos:

1. ¿Qué sucedió?
2. ¿Cómo percibió la persona lo sucedido?
3. ¿Cómo evaluó la persona lo que sucedió?

Los primeros dos elementos se relacionan con la A o el acontecimiento, el último elemento se refiere al sistema de creencias de la persona.

Otro aspecto importante de la TREC es que hace diferencia entre la realidad objetiva y la realidad percibida.

La primera es la realidad confirmable, el hecho en sí, lo que realmente sucedió y que se puede confirmar además de probar a través de los hechos. La segunda, es la realidad conforme la describe la persona y como supuestamente cree que es, es la realidad según la evaluación del individuo.

Es importante que en la TREC el término de creencia se utiliza para referirse a las cogniciones, pensamientos, creencias racionales e irracionales, son cogniciones evaluativas sobre descripciones de la realidad. Por esto, la propuesta de la TREC es que son las creencias evaluativas irracionales las que producen los problemas emocionales.

Las consecuencias o las C: por lo general, las personas que acuden a terapia refieren sentirse mal porque hay conflictos o problemas a nivel emocional, es decir, en el lenguaje de la TREC, acuden a terapia debido a C.

Hay individuos que pueden hablar sin problema sobre sus emociones y conductas relacionadas a ciertos hechos o acontecimientos activantes, ya que de acuerdo a su forma de pensar y su malestar emocional son debidos a esos hechos o situaciones. Sin embargo, para las personas que tienen dificultad en expresar sus emociones, se pueden inferir la presencia de ciertos estados emocionales (Lega, Caballo y Ellis, 1999):

1. Observando el comportamiento de la persona y usar como señales esas conductas.
2. Las consecuencias emocionales más frecuentes que presenta el individuo ante situaciones de la vida real.
3. Usando la teoría racional emotivo – conductual, para conocer el sistema de creencias de la persona y así poder inferir su emoción específica.

Un aspecto importante a destacar es que para la Terapia Racional Emotivo Conductual no todas las emociones son inapropiadas o serán objetivo de modificación. De hecho, las emociones son muy útiles en nuestra vida diaria, es parte de la supervivencia. La diferenciación que propone la TREC es entre las emociones que son beneficiosas y funciones de las que no ayudan o son disfuncionales. Se pueden diferenciar unas de otras, debido a que las emociones que se consideran dañinas son las que no permiten conseguir los logros y las metas propuestas, la persona no disfruta de su vida y puede tener como consecuencia un comportamiento nocivo para sí mismo. Al mismo tiempo, algunas emociones también dañan físicamente, como es el caso de la ansiedad que puede producir un trastorno a nivel físico como son la descarga adrenérgica presente en las crisis de angustia.

También existen emociones esperables en ciertas situaciones, por ejemplo, la tristeza debido a un duelo, sin embargo, cuando esa tristeza se prolonga durante mucho tiempo, es debilitante, la persona se aísla y se deteriora su capacidad de autocuidado, entonces se convierte en una emoción disfuncional y perturbadora, lo que sería un objetivo para la intervención terapéutica.

De hecho el poder diferenciar una emoción perturbadora de una no perturbadora, es uno de los aportes más útiles de la TREC.

El objetivo claro que se plantea a nivel terapéutico es “transformar el sufrimiento en emociones que, aunque negativas, sean apropiadas y adaptativas”.

- Emociones apropiadas: preocupación, tristeza, enojo, pesar, frustración.
- Emociones inapropiadas: ansiedad, depresión, enojo excesivo y peligroso, culpa y vergüenza. (Caballo, Leal, Ellis, 1999; p.25).

Las creencias o las B: están basadas en dos sistemas de creencias, las racionales y las irracionales, ambas son evaluaciones de la realidad y en las personas se dan ambos tipos de pensamiento.

Algunas características de las creencias irracionales que ayudan a su detección son:

1. No tienen una lógica consistente.

2. No se pueden probar a través de la realidad empírica.
3. Son absolutistas y dogmáticas.
4. Como consecuencia provocan emociones que perturban a la persona.
5. No ayudan a conseguir los objetivos trazados.

El Dr. Ellis sugiere que también hay que buscar entre los “debería de” y “tendría que”, ya que éstos son realmente indicios de un pensamiento absolutista y dogmático. Sin embargo, no siempre que una persona utilice los términos “debo de” o “tengo que” significa que esté hablando de demandas o exigencias, en algunas ocasiones se utilizan de forma inocua.

El problema se da cuando se utilizan como un imperativo como si fuera un dogma moral. El terapeuta deberá hacer la distinción entre si la expresión conlleva un significado absolutista tomando en cuenta el contexto de la persona y su estado emocional.

- Las bases de la Terapia Racional Emotivo Conductual

El elemento fundamental en la TREC de los trastornos psicológicos se encuentra en la evaluación irracional y poco funcional, que hace el individuo sobre sí mismo, los demás y el mundo que le rodea. La evaluación se realiza a través de las exigencias absolutistas y dogmáticas en relación a estos tres aspectos.

La propuesta de este enfoque es que esos “debo de” y “tengo que” rígidas agrupadas dentro de la triada cognitiva conllevan a tres conclusiones irracionales nucleares que son las creencias evaluativas llamadas “inferencias”, que son: el tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación (Caballo, Ellis y Lega, 1999).

1. Tremendismo: se tiende a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, se percibe como más del 100% malo, es pensar que las cosas no deberían ser tan malas como están saliendo.
2. Baja tolerancia a la frustración o la No soportantitis: es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación, de ahí la calificación de lo insufrible que resulta estar

pasando por esa situación; por eso también se experimenta la sensación de que no se puede ser feliz bajo ninguna circunstancia.

3. Condenación: es la tendencia a evaluar como “mala” la valía de alguien como persona o de uno mismo, como resultado de la conducta individual. Es pensar que alguien vale como persona en base a lo que ésta hizo o dejó de hacer de acuerdo a las demandas que se tengan. Esta condena se aplica al mundo y a la vida en general.

Además del trabajo de Albert Ellis con la TREC, a inicios de los años sesenta, Aaron Beck también da a conocer su trabajo dentro del enfoque cognitivo, para este autor, las personas escuchan sus pensamientos debido a las siguientes características que presentan:

1. Son mensajes específicos discretos, por ejemplo: “ella no te quiere”, “la gente piensa que eres tonto”, “si te pones esa ropa de verás ridículo”.
2. Parecen taquigrafiados, es decir, pocas y esenciales palabras o imágenes visuales breves.
3. No importa lo irracional que sean, igual se las creen.
4. Se viven como espontáneos, es decir, entran de golpe en la mente, algo pasa e inmediatamente se presenta una frase mental.
5. Se expresan en términos absolutistas.
6. Tienen a dramatizar, ven peligro en todas partes y siempre suponen lo peor.
7. Son relativamente idiosincráticos, sólo se tiene una perspectiva de la situación.
8. Son difíciles de desviar, ya que son creíbles, se filtran e integran inadvertidamente en el diálogo interno.
9. Son aprendidos, ya que hemos sido socializados para interpretar los sucesos en cierta forma.

Precisamente debido a estas características de las creencias, Ellis habla de que la TREC es un enfoque psicoeducativo, es decir, parte de la tarea del terapeuta en un proceso psicoterapéutico, es enseñar a la persona sobre su forma de pensar, esto en relación al ABC, se le enseñan las características mencionadas anteriormente y a prestarle atención a sus ideas y pensamientos para que a partir de ese aprendizaje, pueda ser posible el cambio.

1. Darse cuenta que son ellos mismos quienes crean en gran medida sus propias perturbaciones psicológicas y que, aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, tienen en general, una consideración secundaria en el proceso de cambio.
2. Reconocer claramente que poseen la capacidad de modificar de una manera significativa estas perturbaciones.
3. Comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen en gran medida de creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas.
4. Descubrir sus creencias irracionales y discriminar entre ellas y sus alternativas racionales.
5. Cuestionar estas creencias irracionales utilizando los métodos lógico – empíricos de la ciencia.
6. Trabajar en el intento de internalizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.
7. Continuar con este proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar métodos multimodales de cambio durante el resto de sus vidas.

LAS CREENCIAS IRRACIONALES

En una primera formulación, Ellis agrupó 11 creencias irracionales básicas:

11. Es una necesidad extrema para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno.
12. Para considerarme a mí mismo como una persona válida, debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga.
13. Las personas que no actúan como “deberían” son viles, malvadas e infames, por lo que deberían ser castigadas por su maldad.
14. Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría.

15. La desgracia y el malestar humano están provocados por las circunstancias externas y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones.
16. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
17. Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.
18. Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar.
19. Lo que me ocurrió en el pasado, seguirá afectándome siempre.
20. Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás.
21. Existe una solución perfecta para cada problema y si no la hallamos sería catastrófico.

Estas ideas irracionales fueron sintetizadas más adelante en tres ideas irracionales básicas, las exigencias absolutistas o necesidades perturbadores en forma de “deberías”, “es necesario que”, etc., con respecto a:

- a) Uno mismo. Por ejemplo: “Debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis actos”.
- b) Otros. Por ejemplo: “Deben actuar de forma agradable, considerada y justa”.
- c) El mundo. Por ejemplo: “Debe ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo o incomodidad”.

Así mismo, esas actitudes de exigencia y necesidad perturbadora, facilitarían las “distorsiones cognitivas” entre las que destacan:

- Sobregeneralizaciones y etiquetas negativas.
- Salto a conclusiones negativas.
- Adivinar el futuro.
- Fijarse en lo negativo.
- Descalificar lo positivo.
- Magnificar – minimizar.
- Razonamiento emocional.
- Personalizar.

- Estafa.

Otros autores han contribuido también a expandir las bases de la TREC, entre ellos destaca Russel Grieger, este autor propone que existen unas cogniciones más básicas (que condicionan o “tiñen” a todas las demás), a las que denomina “Posiciones de vida” (al resto de cogniciones de interés por tener cierta influencia y recurrencia en un sujeto dado, las denomina “valores y hábitos interpretativos”).

Las posiciones de vida son dicotómicas y la persona suele situarse en uno de los polos.

- Exigencia – Preferencia. Con la actitud de preferencia la persona acepta sus limitaciones de todo tipo y se centra en disfrutar y conseguir sus posibilidades.
- Yo como objeto (etiquetas globales). Frente al yo como contexto o como potencial.
- Vivir en función de lo que te apetece (dejándote llevar por tu estado psicológico del momento), frente a vivir en función de lo que te conviene (de tus metas a largo plazo) también denominado hedonismo a largo plazo.

El efecto de adoptar una postura u otra, también se relaciona con el tema de las “profecías autocumplidas”, es decir, en muchas ocasiones todo lo que se refiere a las emociones y conductas se cumple la máxima “si crees que puedes, puedes; y si crees que no puedes, no puedes”.^{6, 7, 8, 9, 10, 11}

- Creencias básicas del ser humano (discusión):¹²

Idea irracional	No funciona porque	Opciones racionales para el pensamiento irracional
1. Las personas tienen una necesidad imperiosa de ser amadas y aprobadas por casi todo el mundo, en casi todo lo	a) Es inasequible. Si presentas una conducta tuya a 100 personas, unas cuantas dirán que es el acto más bello del	Debes combatir la creencia de que es absolutamente necesario ser amado y aprobado por casi todo el

<p>que hacen.</p>	<p>mundo y otras dirán que es lo más estúpido. Las demás harán un juicio intermedio.</p> <p>b) Aun cuando busques el amor de unos cuantos, no siempre lo tendrás, y muchas veces por razones que están fuera de ti.</p> <p>c) Si logras que alguien te estime y crees que necesitarás su estima, comenzarás a preguntarte: ¿me estima bastante?, y si es así, ¿lo hará mañana?, y si aún es así, ¿dejará de estimarme algún día?</p> <p>Con este tipo de pensamientos, tu angustia no tendrá límites.</p>	<p>mundo en casi todo lo que haces.</p> <p>En lugar de esto, procura sostenerte sobre tus pies.</p> <p>Considera la aprobación de los demás como un objetivo deseable, pero no <i>necesario</i>; ten en cuenta las críticas de los demás, seriamente y con ánimo correctivo, sin herirte con las opiniones negativas y, principalmente y de modo continuo, esfuérzate por hacer lo que en verdad te gusta, y no lo que los demás creen que deberías hacer en la vida.</p>
<p>2. Debemos ser totalmente competentes, aptos y eficaces en todos los aspectos posibles.</p>	<p>a) Nadie posee absoluta competencia y maestría en todo. ¿Conoces a alguien que la tenga? Yo no. Y he leído que ni Leonardo Da Vinci ni Einstein podían hacerlo todo a la perfección.</p> <p>b) La realización nada tiene que ver con el mérito</p>	<p>Abandona la creencia que debes procurar ser del todo competente, apto y victorioso en todos los aspectos posibles.</p> <p>Trata de <i>hacer</i>, en lugar de hacer con perfección.</p> <p>Procura mejorar tus propias realizaciones y no las de los</p>

	<p>intrínseco, si crees que al hacer mejores cosas eres mejor, tu sistema de valores es frágil.</p> <p>c) Si te obsesionas con la perfección, tienes asegurada una vida de constante frustración. Puedes matarte en tu loca búsqueda de éxito. Tu miedo al fracaso no te dejará vivir.</p>	<p>demás. Esfuérzate si quieres por ser mejor artista, estudiante o dentista de lo que eres actualmente, pero no te engañes creyendo que serás una persona mejor si alcanzas tu meta. Desea intensamente y trabaja por alcanzar el éxito en el campo que elijas, pero no te engañes creyendo que no cometerás errores; los cometerás, de manera que disponte a aceptarlos.</p> <p>Los fracasos son indeseables pero no terribles. Nada tienen que ver con tu valor intrínseco como persona. Aprende de ellos.</p>
<p>3. Ciertas personas son malas, perversas, viles o inferiores y deben ser severamente castigadas o acusadas por sus defectos, pecados o malas acciones.</p>	<p>a) La idea de que ciertas personas son malas se deriva de la vieja doctrina teológica de la libre voluntad.</p> <p>b) La idea se basa en un concepto absolutista de la moral.</p> <p>c) Decir que alguien es malo porque ha cometido un acto</p>	<p>Despréndete de la idea de que ciertas personas son malas, perversas o viles y de que deberían ser severamente condenadas o castigadas por sus malas acciones.</p> <p>Acepta objetivamente los errores propios y ajenos, sin moralizar como acciones</p>

	<p>malo, equivale a confundir a una persona con sus actos.</p>	<p>equivocadas de las que puedes aprender y que intentarás corregir. Reconoce plenamente la habilidad propia y la ajena, y admite la posibilidad –más bien la certeza- de que tú y los demás seguirán cometiendo errores.</p> <p>Aprende a distinguir entre el hecho de que un individuo es responsable de sus acciones –como en efecto es- y que sea culpable. Cuando te acusas o acusas a los demás, eres perfeccionista y soberbio/a, y con ello invariablemente contribuyes a perturbarte y no a corregir las fallas.</p> <p>Nunca confundas a un individuo con sus actos, a una persona que actúa mal con una mala persona.</p>
<p>4. Es terrible, horrendo y catastrófico que las cosas no marchen de la manera que se quisiera que marcharan.</p>	<p>a) Aunque sea desagradable o inconveniente no obtener lo que se quiere en la vida, esto rara vez es horrible o</p>	<p>Combate la idea de que te resulta horrible y catastrófico que las cosas no marchen de acuerdo con tus deseos.</p>

	<p>catastrófico, a menos que uno así lo crea.</p> <p>Lo terrible, monstruoso o espantoso sería aquello que es más del 100% malo. Y esto no existe en la realidad, puesto que siempre es posible que haya algo peor.</p> <p>Si esto es así, entonces la realidad aún no ha alcanzado el 100% de lo malo. Luego, no es terrible; solamente se cree que lo es.</p> <p>b) Los niños no soportan frustraciones. No comprenden que si <i>ahora</i> se sienten frustrados no <i>siempre</i> será así. Un niño no puede comportarse filosóficamente ante las frustraciones, pero un adulto está en condiciones de hacerlo.</p> <p>c) Si tú mismo te haces infeliz por las frustraciones que recibes, te sentarás a llorar en lugar de intentar cambiar lo que te molesta.</p>	<p>Procura mejorarlas, y si por el momento no es posible cambiarlas, lo único sensato que puedes hacer es aceptarlas con tranquilidad y hacer planes para cuando llegue la ocasión del cambio.</p>
--	---	--

<p>5. Las causas de la desdicha humana son externas y el individuo tiene escasa o nula capacidad para controlar sus aflicciones o librarse de sus sentimientos negativos.</p>	<p>a) Los sucesos exteriores no pueden hacer más que dañarnos físicamente; el “dolor emocional” nos lo causamos nosotros mismos.</p> <p>b) Ni siquiera el daño físico que proviene del exterior puede lastimarnos tanto, a menos que nosotros contribuyamos activamente haciéndole propaganda catastrofizante.</p> <p>Si te fracturas un brazo y dices: “¡Qué horrible e insoportable dolor...! ¡Qué mala suerte la mía! ¿Por qué tenía que sucederme esto ahora?”, seguramente a tu molestia física se agregará sufrimiento emocional. Recuerda que puedes decirte: “Bueno... esto ya de por sí duele... Veamos qué ventajas tiene... Mmmm, podré leer esos libros que compré la semana pasada y que no he visto por falta de tiempo”.</p> <p>¿Crees que esto cambiaría un poco las cosas? ¡Desde</p>	<p>Rechaza la hipótesis de que la desdicha humana tiene causas externas, de que el individuo posee poca o ninguna capacidad para dominar sus penas o librarse de sus sentimientos negativos.</p> <p>Al contrario, comprende que la mayor parte de tu desdicha es creada por tu propio pensamiento irracional, y que puedes eliminar casi toda tu desesperación y cólera <i>cambiando tu modo de pensar o de hablar contigo mismo.</i></p>
---	--	---

	<p>luego que sí!</p> <p>c) Los pensamientos median la emoción de forma importante. Nos queda una buena porción de decisión acerca de la forma de sentir y de comportarnos.</p>	
<p>6. Si algo es o puede ser peligroso o temible, debemos preocuparnos terriblemente y sentirnos trastornados.</p>	<p>a) Si algo es peligroso, dos actitudes inteligentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hacer algo práctico para eliminar el peligro. - Si no es posible hacer nada, resignarse al hecho de que existe. <p>Aunque no lo creas, tu angustia no tiene el poder de hacer desaparecer el peligro.</p> <p>b) Lo peor que nos puede ocurrir es morirnos, y algún día tendrá que ser.</p> <p>c) Cualquier peligro –incluso la muerte- es menos desagradable que vivir aterrizado, huyendo, ocultándose o jadeando de miedo.</p> <p>Y sucede que la mayoría de las veces nosotros inventamos el</p>	<p>Desecha la idea de que si algo es o puede ser peligroso o temible <i>debes</i> estar terriblemente preocupado o trastornado por ello.</p> <p>Examina seriamente los verdaderos peligros que representan las cosas que temes y analiza cuáles son las probabilidades de que ocurran y produzcan consecuencias espantosas o terribles.</p> <p>Si quieres una vida plena y creadora, acepta ciertos peligros y riesgos inevitables que acompañan la existencia.</p>

	<p>peligro.</p>	
<p>7. Es más fácil rehuir dificultades y responsabilidades de la vida que poner en práctica formas de autodisciplina más satisfactorias.</p>	<p>a) El camino fácil pocas veces considera las consecuencias a largo plazo de una determinada decisión.</p> <p>b) La elección del camino fácil generalmente oculta un gran temor a fracasar.</p> <p>c) La elección del camino fácil impide alcanzar satisfacción y placer a largo plazo, y asegura mucha y continua ansiedad.</p>	<p>No eludas las dificultades de la vida. Acepta tus responsabilidades. Debes determinar cuáles son las actividades vitales, verdaderamente necesarias, por muy desagradables que sean, entrégate a ellas prontamente y sin rebeldía. Aunque la adquisición de un grado considerable de autodisciplina puede parecer demasiado “difícil”, a la postre es mucho más satisfactoria que el camino fácil, que con el tiempo resulta mucho más duro, menos satisfactorio y claramente autoderrotista.</p>
<p>8. Debemos contar con alguien más fuerte en quien confiar y de quien depender.</p>	<p>a) En una sociedad compleja, aunque somos <i>algo</i> dependientes uno de otro, <i>magnificar</i> esa dependencia y llevarla al extremo de querer que otros tomen nuestras decisiones y piensen por nosotros, es</p>	<p>Corre riesgos; decide por ti mismo/a. Haz cosas. Exponete a cometer algunos errores.</p> <p>No rechaces la ayuda de los demás por demostrar que eres fuerte, pero tampoco dejes que decidan por ti, que</p>

	<p>limitar inútilmente nuestra capacidad vital.</p> <p>b) La dependencia se relaciona inversamente con al independencia y el individualismo; mientras más dependas de los otros, más te impides ser tú mismo/a.</p> <p>c) Cuanto más dependas de los otros para hacer tus cosas, menos aprenderás a hacerlas, y tu dependencia será mayor.</p>	<p>piensen por ti, que te lleven de la mano por la vida.</p> <p>“El que quiere nacer –afirma Hesse- tiene que destruir un mundo”.</p>
<p>9. El pasado es sumamente importante, de manera que si algo nos afectó alguna vez, continuará haciéndolo de manera indefinida.</p>	<p>a) Quien se deja influir por las experiencias pasadas comete el error de la sobregeneralización; es decir, “si algo sucedió una vez, <i>tiene que seguir</i> sucediendo en el futuro”.</p> <p>b) Al dejarnos influir demasiado por el pasado, dejamos de buscar soluciones para un problema.</p> <p>c) Muchos aspectos de la conducta que fueron apropiados en un momento dado son inapropiados en</p>	<p>Abandona la creencia de que el pasado tiene suma importancia y de que si algo afectó una vez tu vida ha de seguir haciéndolo indefinidamente. Considera seriamente tu historia pasada, y haz lo posible por sacar de ella lecciones valiosas. Comprende que tu <i>presente es el pasado de mañana</i>. Cambiar el presente puede permitirte lograr un mejor futuro.</p>

	otro.	
10. El máximo de la felicidad humana puede lograrse por medio de la inercia y la inacción, y “gozando de uno mismo”, pasivamente y sin comprometerse.	<p>a) Los seres humanos no se sienten particularmente felices ni creen vivir realmente cuando están inertes, excepto durante periodos muy cortos.</p> <p>b) Mientras más inteligente y perceptivo sea el ser humano, más parece requerir de una actividad vital absorbente para mantenerse vivaz y dichoso.</p> <p>c) El bienestar humano parece consistir en orientarse hacia un objetivo.</p> <p>Si el objetivo es de largo alcance, la actividad parece más satisfactoria.</p>	<p>Combate la idea de que puede lograrse el máximo de felicidad por medio de la inercia, la inacción y del goce pasivo y sin compromiso. Haz un intento por comprometerte con algunas personas o cosas fuera de ti mismo. Busca las personas o cosas en las que puedas interesarte sinceramente, por ellas mismas, y no para obtener la aprobación social.</p> <p>Oblígate, por medio de actos de valor, a correr riesgo, a obrar contra tu propia inercia, a estar activamente vivo.</p>

- Otras creencias básicas del ser humano.¹²

Idea irracional	No funciona porque	Opciones racionales para el pensamiento irracional
11. La gente y las cosas deberían ser diferentes de cómo son; es catastrófico no	a) No hay razón para que la gente <i>deba ser</i> diferente de cómo es solamente porque	Renuncia a la idea de que las personas y las cosas tienen que ser diferentes de cómo

<p>encontrar inmediatamente soluciones perfectas para las desagradables realidades de la vida.</p>	<p>no <i>nos gusta</i> que sea como es. Hay razones psicológicas, sociales y económicas que hacen que la gente sea como es, y estas razones son independientes de nuestro capricho.</p> <p>La realidad es que las cosas y las gentes son como son, aunque no nos guste.</p> <p>b) El que la gente sea como es no puede afectarte a menos que tú lo permitas. Si exiges que las personas sean diferentes, aseguras tu frustración constante.</p> <p>c) Puedes trabajar para cambiarte a ti mismo (te costará tiempo y esfuerzo, pero puedes lograrlo); sin embargo, cambiar la conducta de todos aquellos cuyo comportamiento no te gusta, es realmente difícil.</p>	<p>son, y de que es catastrófico no encontrar soluciones perfectas a las realidades desagradables de la vida. A veces hay que aceptar componendas y soluciones razonables para los problemas de la vida, en lugar de soluciones perfectas y seguras.</p>
<p>12. Debemos preocuparnos por los problemas y perturbaciones de los demás.</p>	<p>a) La preocupación impide emprender una acción efectiva para modificar lo que</p>	<p>Aprende a reconocer el hecho de que las personas creamos nuestro propio</p>

	<p>no nos gusta de los problemas de los otros.</p> <p>b) Las personas se hacen infelices a sí mismas.</p> <p>c) En muchos casos, nada podemos hacer, porque los hechos ocurren lejos de nosotros, porque las personas no aceptarían nuestra ayuda o porque definitivamente no hay posibilidad de modificar el hecho con la angustia. Por ejemplo, si tu hermana perdió una pierna, ninguna angustia tuya podrá reintegrársela.</p>	<p>infierno emocional. Ayuda a los demás cuando puedas hacerlo, pero no te preocupes por los problemas ajenos. La preocupación bloquea tus recursos efectivos de acción.</p> <p>Nada ayuda a una persona ansiosa otra ansiosa. Tu depresión no contribuirá a eliminar la depresión de los demás.</p> <p>Si no puedes ayudar, acepta el hecho como tal: nunca será terrible o catastrófico.</p>
--	--	--

Justificación.

Los pacientes con enfermedad mental que se encuentran hospitalizados en unidades psiquiátricas por lo general tienden a presentar recaídas cada vez más frecuentes, esto a pesar de un adecuado tratamiento farmacológico.

Se ha observado en los servicios de admisión continua que existe una constante demanda de atención por parte de los pacientes y sus familiares.

Muchas ocasiones durante la entrevista se pueden encontrar múltiples y diversas distorsiones cognitivas no sólo en el paciente sino también en la familia, además de un manejo conductual no asertivo, lo que ocasiona que la disfuncionalidad del paciente se incremente y sea más difícil su reinserción social.

Además de todo esto, se elevan los costos de las instituciones sanitarias que prestan este servicio, por lo que realizar un estudio en el que se pueda medir las creencias irracionales de nuestros pacientes pudiera dar pauta a la creación de clínicas que trabajen con psicoterapia de tipo cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida y la funcionalidad global de nuestros pacientes y su familia, por tanto habría una disminución en los costos ya que probablemente se reduciría el número de internamientos por paciente.

Los fines personales que motivaron a plantear esta línea de investigación, fueron el interés por conocer la implicación de las diferentes distorsiones cognitivas en los distintos trastornos psiquiátricos, así como poder utilizar este conocimiento en beneficio de nuestros pacientes.

La Terapia cognitivo conductual de la que forma parte la Terapia Racional Emotivo Conductual ha despertado gran interés en las últimas décadas, en torno a ello se han desarrollado algunos trabajos de investigación, pero la mayoría de éstos se han limitado a su relación con técnicas de TCC aplicadas a un trastorno psicológico específico, sin embargo no existen estudios descriptivos en relación con la prevalencia de distorsiones cognitivas en los diferentes trastornos psiquiátricos y tampoco de individuos sin diagnóstico psicopatológico, por lo que este estudio podría ser el precedente de nuevas líneas de investigación, para posteriormente realizar una aplicación de

técnicas de manejo grupal encaminado a resolver las creencias irracionales que hacen disfuncionar a pacientes con enfermedad mental y ser medido en relación a la eficacia de esta terapia en los diferentes grupos que se abordarán en el presente estudio.

Como profesional de la salud mental sentí la necesidad de contribuir de algún modo, describiendo y difundiendo la prevalencia de las distorsiones cognitivas de pacientes con psicopatología e individuos que no presentan enfermedad mental para hacer una comparación y de esta manera contar con una base de datos epidemiológicos que orientasen a la realización de nuevas intervenciones, y posteriormente difundir la eficacia de los tratamientos que se desarrollan bajo esta perspectiva psicoterapéutica.

Planteamiento del problema.

Dado que se carece de estudios en relación a las creencias irracionales en pacientes con diagnóstico de enfermedad mental que se encuentren hospitalizados; se decidió la aplicación del cuestionario de creencias irracionales del Dr. Albert Ellis, para la evaluación tanto de la flexibilidad cognitiva como del número de creencias irracionales presentes en este grupo de pacientes.

La importancia de la psicoterapia asociada al tratamiento farmacológico se ha visto según la evidencia, que tiene un mejor resultado tanto para el paciente como para la familia y sociedad.

En especial la TCC se ha visto con mejores resultados por su factibilidad en cuanto al tiempo, medición y modalidad de cambio respecto a otro tipo de psicoterapias.

Por ello surge el siguiente planteamiento: Conocer las creencias irracionales más frecuentes en pacientes con enfermedad mental que se encuentran hospitalizados en una unidad psiquiátrica comparados con las creencias irracionales de individuos sanos.

Pregunta de Investigación.

¿Cuáles son las creencias irracionales más frecuentes en pacientes con enfermedad mental que se encuentran hospitalizados en la unidad psiquiátrica “Dr. Héctor Tovar Acosta”, comparados con las creencias irracionales de individuos sanos?

Objetivos.

Objetivo Principal: Conocer las creencias irracionales más frecuentes en pacientes con enfermedad mental que se encuentren internados en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Héctor Tovar Acosta”, comparado con controles sanos.

Objetivos Específicos:

- a) Medir la frecuencia de las creencias irracionales en pacientes con enfermedad mental que se encuentren hospitalizados en una unidad psiquiátrica.
- b) Medir la frecuencia de las creencias irracionales en individuos sanos.
- c) Comparar las creencias irracionales de los pacientes respecto a cada uno de los diferentes trastornos psiquiátricos diagnosticados.
- d) Comparar la frecuencia de las creencias irracionales entre pacientes con enfermedad mental e individuos sanos.
- e) Medir las variables socio-demográficas y relacionarlas con la frecuencia de distorsiones cognitivas en pacientes con enfermedad mental.
- f) Medir variables socio-demográficas y relacionarlas con la frecuencia de distorsiones cognitivas en individuos sanos.
- g) Describir si existe correlación entre las creencias irracionales con el diagnóstico psicopatológico de base en cada paciente.

Hipótesis.

Se espera encontrar una frecuencia mayor de creencias irracionales en pacientes con enfermedad mental con respecto a los individuos sin diagnóstico psicopatológico.

“Los pacientes con enfermedad mental presentan mayor prevalencia de creencias irracionales en comparación con individuos sanos”.

Hipótesis nula (Ho): No se encontrarán diferencias en la prevalencia de creencias irracionales entre pacientes con enfermedad mental comparados con individuos sanos.

Sujetos, Materiales y Método.

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio cuantitativo.

- a) Según el tiempo de registro de la información:
Prospectivo.
- b) Según el periodo y secuencia del estudio:
Transversal.
- c) Según análisis y alcance de los resultados:
Descriptivo y Comparativo.

El investigador tuvo un papel de observador de las variables.

Universo de trabajo.

Unidad de observación.- Se estudiaron pacientes con trastorno mental que se encontraban hospitalizados en la unidad psiquiátrica “Héctor Tovar Acosta” del IMSS, así como controles sanos (individuos sin diagnóstico psicopatológico).

- Criterios de inclusión:
 - 1) Pacientes con psicopatología diagnosticada, que se encontraban hospitalizados en la unidad psiquiátrica “Héctor Tovar Acosta” del IMSS.
 - 2) Se incluyeron todos los pacientes e individuos sanos que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.
 - 3) Pacientes y sujetos sanos que sabían leer y escribir.

- 4) Individuos sanos, que no tenían diagnóstico psicopatológico ni familiares de primer grado con enfermedad mental.
- Criterios de exclusión.
 - 1) Pacientes con diagnóstico psicopatológico o sujetos sanos que no aceptaron participar en el estudio o que no firmaron el consentimiento informado.
 - 2) Pacientes que presentaban deterioro cognitivo de moderado a grave.
 - 3) Pacientes que se encontraban en estado psicótico que no permitió contestar el cuestionario.
 - Criterios de eliminación.
 - 1) Pacientes con diagnóstico psicopatológico o individuos sanos que no concluyeron el procedimiento del estudio.
 - 2) Pacientes con diagnóstico psicopatológico o individuos sanos que desearon retirarse del estudio.

La selección de la muestra se hizo por conveniencia de los pacientes atendidos en el periodo de marzo a julio de 2014 en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Héctor Tovar Acosta”.

Se estudió todo el universo de pacientes e individuos sanos que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

Métodos e instrumentos de recolección de datos.

- 1) Cuestionario sociodemográfico (ver anexo).
- 2) Consentimiento informado (ver anexo).
- 3) Inventario de creencias irracionales (ver anexo).

Autor: Albert Ellis.

Traducción: Davis Mc.Kay y Eshelman, Roberto Navas.

Editado por: Psicho Metric.

Descripción del instrumento:

El inventario de creencias irracionales, es un registro de opiniones que se basa en las 10 principales ideas irracionales propuestas por Ellis, que según el autor causa y mantienen las perturbaciones emocionales.

El registro está constituido por 100 ítems en total, cuya facilidad de comprensión permite que sea administrado a sujetos a partir de los 12 años de edad, de manera individual o grupal, llevando su aplicación un tiempo aproximado de 30 minutos.

Aquí se evalúan las diez principales concepciones erróneas que son aprendidas e incorporadas en nuestro repertorio comportamental a lo largo de la crianza.

Categorías:

Las 10 categorías o ideas irracionales principales a las que se refiere el inventario son las siguientes:

1. Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.
2. Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende.
3. Ciertas personas son males, viles y perversas por lo que deberían ser castigadas.
4. Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.
5. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.
6. Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.
7. Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.
8. Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.
9. El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.
10. La felicidad aumenta con la inactividad, pasividad y el ocio indefinido.

Forma de Calificación:

Al responder en el registro se tienen dos opciones de respuesta: Sí estoy de acuerdo y No estoy de acuerdo.

Los ítems del 1 al 100, se agrupan en 10 grupos, de tal manera que en cada grupo se presentan las 10 creencias distorsionadas. Los ítems llevan como marca al costado, un paréntesis con uno o dos puntos: (.) (..).

En cuanto a la calificación se debe anotar un punto en cada espacio designado, si el ítem tiene un solo punto (.) y ha contestado “Estoy de acuerdo”, también si el ítem tiene dos puntos (..) y ha contestado “No estoy de acuerdo”.

Finalmente se suman las puntuaciones de cada creencia de forma independiente obteniendo así un puntaje total para cada una de ellas. Los ítems evalúan la frecuencia de las ideas irracionales, considerando CERO (0) como la inexistencia de la frecuencia y el puntaje de 10 como el más elevado. Las puntuaciones de 8 o arriba de 8 son consideradas como indicadoras de trastorno emocional. En general, mientras más alto sea el puntaje total por sección, mayor será el acuerdo con la idea irracional.

Calificación:

Para calificar el inventario de creencias irracionales, cada ítem está compuesto de 10 ítems cada uno, en el protocolo de respuestas ubique los ítems siguientes y escriba el total de puntos obtenidos en el recuadro correspondiente:

- 1) (1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, 91) Escriba el total en el recuadro correspondiente, cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional: “Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y aprobación de sus semejantes, familia y amigos”.

- 2) (2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82, 92) Escriba el total en el recuadro correspondiente, cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional; “Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende”.
- 3) (3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83, 93). Escriba el total en el recuadro correspondiente, cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional: “Ciertas personas son malas, viles y perversas, por lo que deberían ser castigadas”.
- 4) (4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, 94) Escriba el total en el recuadro correspondiente, cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional: “Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran”.
- 5) (5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, 95) Escriba el total en el recuadro correspondiente, cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional: “Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones”.
- 6) (6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, 96) Escriba el total en el recuadro correspondiente, cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional: “Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa”.
- 7) (7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, 97) Escriba el total en el recuadro correspondiente, cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional: “Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente”.
- 8) (8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88, 98) Escriba el total en el recuadro correspondiente, cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional: “Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo”.

9) (9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89, 99) Escriba en el recuadro correspondiente, cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional: “El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente”.

10) (10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100) Escriba el total en el recuadro correspondiente, cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional: “La felicidad aumenta con la inactividad, pasividad y el ocio indefinido”.

Variables.

DEPENDIENTES	INDEPENDIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de creencias irracionales en pacientes con enfermedad mental hospitalizados en una unidad psiquiátrica. • Frecuencia de creencias irracionales en controles sanos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género • Nivel académico • Estado Civil • Religión • Ocupación • Enfermedades médicas • Enfermedades psiquiátricas • Toxicomanías

Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Cuantitativa discreta Número de años
Género	Construcción diferencial de los seres humanos en tipos femeninos y masculinos.	Cualitativa nominal 1. Masculino 2. Femenino
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la	Cualitativa ordinal

	estancia de una persona en una escuela para estudiar y recibir enseñanza formal.	0=Sin escolaridad 1=Primaria 2=Secundaria 3=Bachillerato 4=Licenciatura 5=Post grado
Ocupación	Estado laboral actual del paciente o individuo control. ¿Trabaja actualmente?	Cualitativa nominal Categorías 0= desempleado 1= ama de casa 2= empleado 3= pensionado 4= estudiante
Estado Civil	Relación de pareja en la que se encuentra el paciente o individuo control.	Cualitativa Nominal 0= soltero 1= casado 2= unión libre 3= divorciado
Religión	Práctica o creencia espiritual del paciente o individuo control.	Cualitativa Nominal 0= Ninguna 1= Católica 2= Cristiana 3= Otra
Toxicomanías	Uso de sustancias legales o ilegales, con efectos psicotrópicos. Etilismo, Tabaquismo, Otras.	Cualitativa Nominal 0= No 1= Sí

Enfermedad Psiquiátrica	Trastorno psiquiátrico que presente el paciente durante su hospitalización, tomado del expediente clínico.	<p>Cualitativa Nominal</p> <p>0= Ninguno</p> <p>1= Depresión</p> <p>2= Trastorno de ansiedad</p> <p>3= Trastorno mixto ansioso depresivo</p> <p>4= Trastorno bipolar tipo I</p> <p>5= Trastorno bipolar tipo II</p> <p>6= Trastorno del humor orgánico</p> <p>7= Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.</p> <p>8= Fuga disociativa</p> <p>9= Trastorno esquizoafectivo</p> <p>10= Esquizofrenia paranoide</p>
Otra Enfermedad Médica	Presencia de enfermedad infecciosa, crónica, degenerativa u otro; sin tomar en cuenta el diagnóstico psiquiátrico de los pacientes.	<p>Cualitativa Nominal</p> <p>0= Ninguna</p> <p>1= Diabetes Mellitus tipo I</p> <p>2= Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>3= Artritis Reumatoide</p> <p>4= Hipertensión Arterial Sistémica</p> <p>5= Hipotiroidismo</p> <p>6= Colitis nervosa</p> <p>7= Crisis parciales con semiología psíquica</p> <p>8= Otoesclerosis</p> <p>9= Dislipidemia</p> <p>10= Enfermedad de Parkinson</p> <p>11= Insuficiencia venosa</p> <p>12= Lupus Eritematoso Sistémico</p>

		13= Esclerosis Múltiple
Creencias irracionales	El objetivo es identificar las ideas irracionales que tienen los individuos y que contribuyen inconscientemente a incrementar su nivel de disfuncionalidad en consecuencia a vivencias emocionales negativas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos. 2. Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende. 3. Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas. 4. Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran. 5. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como los acontecimientos inciden sobre sus emociones. 6. Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa. 7. Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente. 8. Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.

		<p>9. El pasado tiene más influencia en la determinación del presente.</p> <p>10. La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.</p>
--	--	---

Análisis Estadístico

Se elaboró una base de datos en Excel, la cual se transfirió al Software Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 20), para el análisis estadístico de los resultados.

Por el nivel de medición de las variables, los tipos de estadísticas empleadas son el nominal (moda, frecuencia, coeficiente de contingencia, chi cuadrada), el ordinal (mediana, percentiles, rangos, cuartiles) y / o de intervalo y proporción (promedio, desviación estándar, varianza, correlación de Pearson).

Aspectos Éticos

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, en base al título segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en seres humanos, artículo 17, el trabajo realizado se clasifica en la categoría 1, investigación sin riesgo, ya que no se realizó intervención o modificación intencionada de variables, así mismo se solicitó la firma del consentimiento informado para la participación voluntaria.

Recursos y Financiamiento

Recursos Humanos:

1. Residente de la Especialidad de Psiquiatría.
2. Asesor metodológico

Recursos Materiales:

Lápices, fotocopias del cuestionario sociodemográfico, fotocopias de cuestionario de evaluación, fotocopias del consentimiento informado, computadora, Software para realización de estadística.

Recursos Financieros

Fueron absorbidos por el investigador.

RESULTADOS

Se tomó una muestra con pacientes que presentaron enfermedad psiquiátrica y se encontraban hospitalizados en el Psiquiátrico “Dr. Héctor Tovar Acosta”, el total de la muestra fue de 53 pacientes (39 femeninos y 14 masculinos) [Gráfica 1]; la edad oscilaba entre los 20 a 71 años de edad (promedio de 41.9 años) [Gráfica 2]; la escolaridad en frecuencia se ubicó en bachillerato con un promedio en años escolares de 11.1 [Gráfica 3]; la mayoría de ellos fueron casados [Gráfica 5], católicos [Gráfica 6] y empleados [Gráfica 7]; dentro de las toxicomanías se observó un uso con mayor frecuencia de alcohol [Gráfica 8]; respecto a las enfermedades médicas asociadas, la Diabetes Mellitus tipo 2 [Gráfica 4], fue la que punteó en frecuencia. (Tabla 1).

Por otro lado, se englobaron en 10 categorías por Diagnóstico Psiquiátrico (Trastornos depresivos, Trastornos de ansiedad, Trastorno Bipolar tipo I, Trastorno Bipolar tipo II, Trastorno límite de personalidad, Trastorno mixto ansioso depresivo, Trastorno Esquizoafectivo, Esquizofrenia Paranoide, Trastorno del humor orgánico y Fuga disociativa). (Tabla 2).

Se tomó una segunda muestra de individuos sin diagnóstico de enfermedad mental (sanos), teniendo un total de 53 participantes, de los cuales 24 eran mujeres y 29 hombres [Gráfica 1]; las edades oscilaron entre 18 a 71 años (promedio de 39.01) [Gráfica 2]; la mayoría con posgrado principalmente residentes de medicina (promedio de años escolarizados >16) [Gráfica 3]; la muestra se caracterizó por una frecuencia mayor en cuanto a que eran solteros [Gráfica 5],

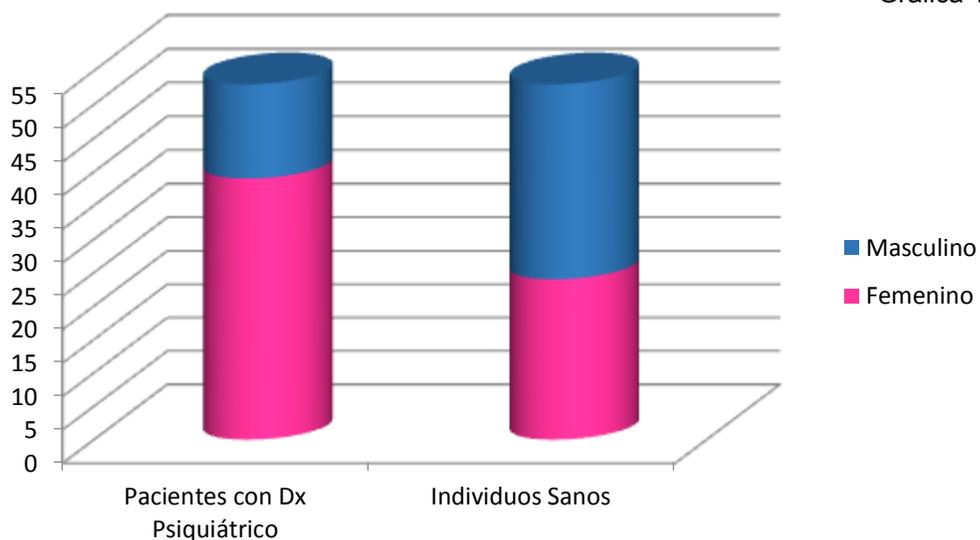
católicos [Gráfica 6] y empleados [Gráfica 7]; la enfermedad médica más asociada fue Hipertensión Arterial Sistémica [Gráfica 4]; sobre las toxicomanías predominó el uso de alcohol sobre demás sustancias [Gráfica 8]. (Tabla 1).

Tabla 1. Datos Sociodemográficos		
	Pacientes con Enfermedad Psiquiátrica	Individuos Sanos
Total	53	53
Género	Femenino = 39 Masculino = 14	Femenino = 24 Masculino = 29
Edad	De 20 a 71 años Promedio = 41.9 años Varianza = 192.24 Desviación Estándar = 13.865	De 18 a 71 años Promedio = 39.01 años Varianza = 222.05 Desviación Estándar = 14.901
Escolaridad	Moda = Bachillerato Promedio = 11.1 años	Moda = Posgrado Promedio = 16 años
Ocupación	Moda = Empleados	Moda = Empleados
Estado Civil	Moda = Casados	Moda = Solteros
Religión	Moda = Católicos	Moda = Católicos
Diagnósticos Médicos	Moda = Ninguno Frecuencia = Diabetes Mellitus tipo 2	Moda = Ninguno Frecuencia = Hipertensión Arterial Sistémica
Toxicomanías	Alcohol = + 22 , - 31 Tabaquismo = +17, -36 Otro = +6, -47	Alcohol = + 20, - 33 Tabaquismo = + 12, - 41 Otro = + 1, - 52

Tabla 2	
Población de Pacientes con Dx. Psiquiátrico	
Diagnóstico Psiquiátrico	No. de Pacientes hospitalizados en unidad psiquiátrica.
Trastorno Depresivo	28
Trastorno de Ansiedad	5
Trastorno Mixto Ansioso Depresivo	4
Trastorno Bipolar tipo I	5
Trastorno Bipolar tipo II	2
Trastorno Límite de Personalidad	1
Trastorno del Humor Orgánico	5
Trastorno Esquizoafectivo	1
Esquizofrenia Paranoide	1
Fuga disociativa	1

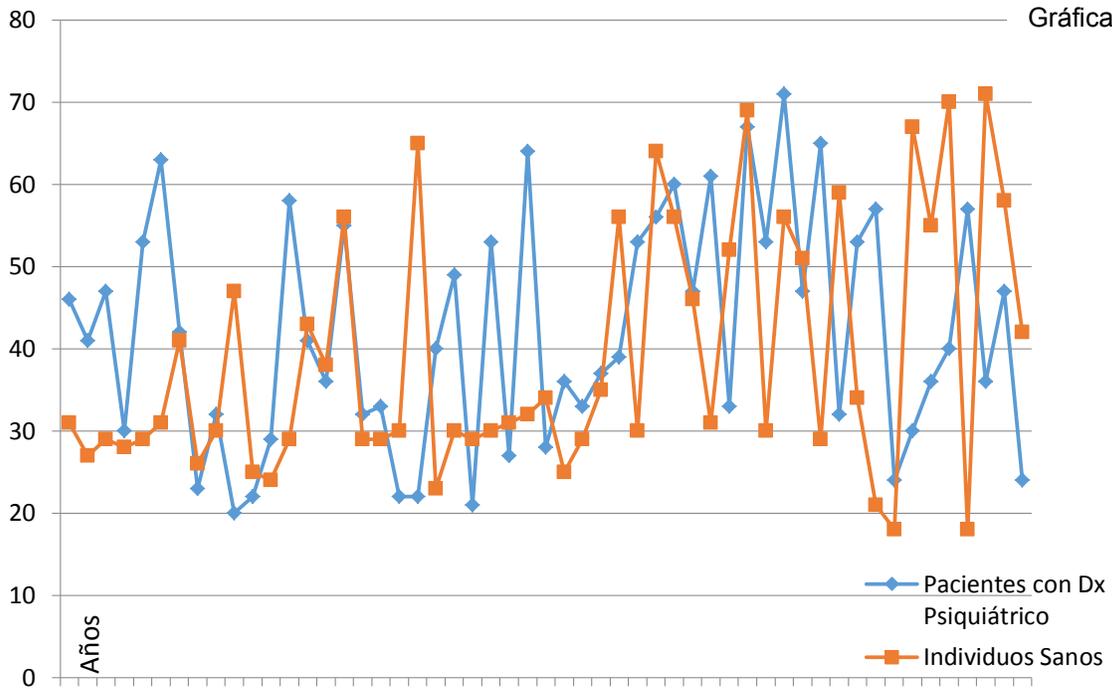
Género de pacientes con Dx psiquiátrico y de individuos sanos.

Gráfica 1



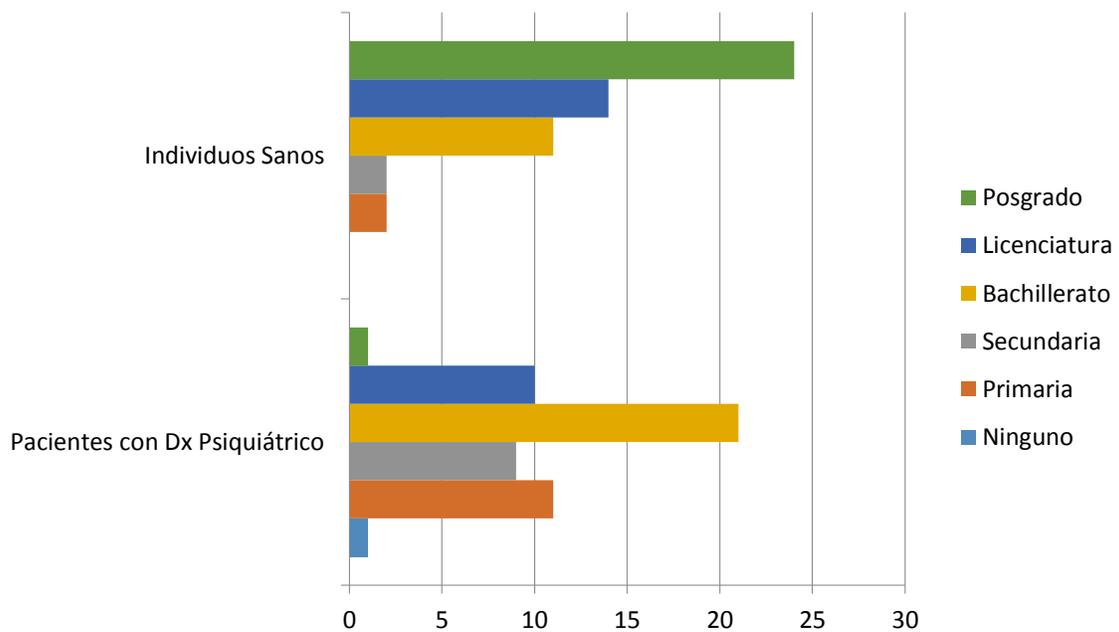
Edad de cada paciente con Dx psiquiátrico y de cada individuo sano.

Gráfica 2



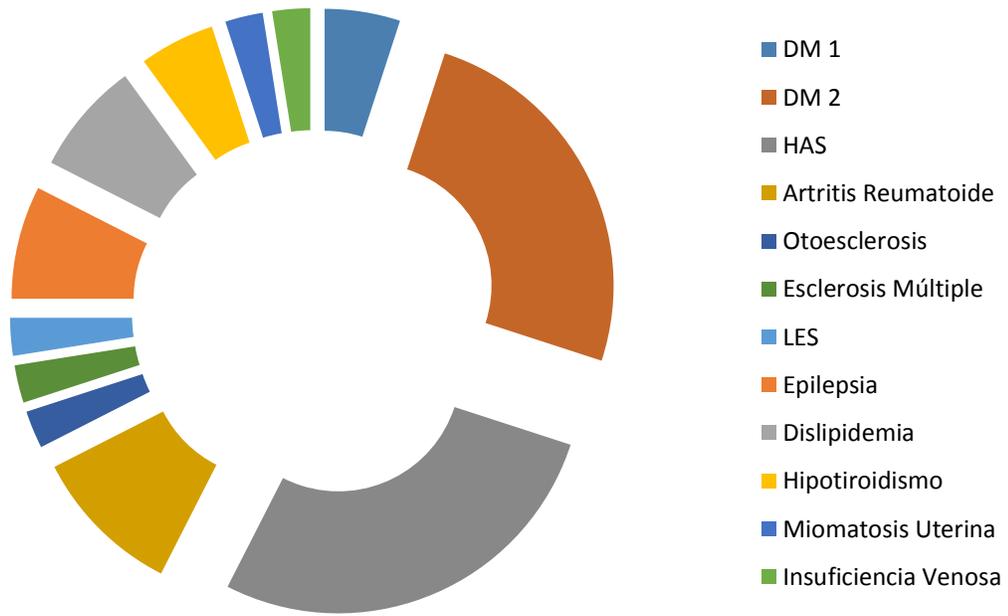
Escolaridad de cada paciente con Dx Psiquiátrico y de cada individuo sano.

Gráfica 3



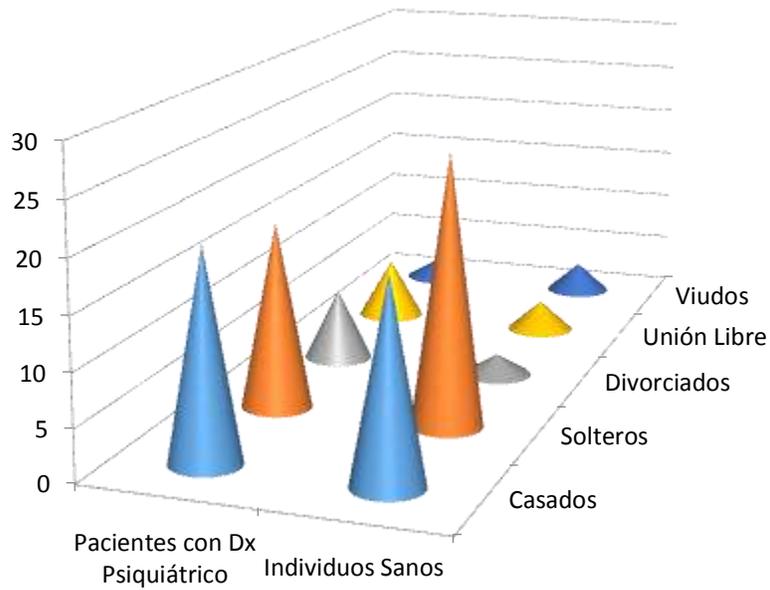
Diagnósticos Médicos Asociados

Gráfica 4



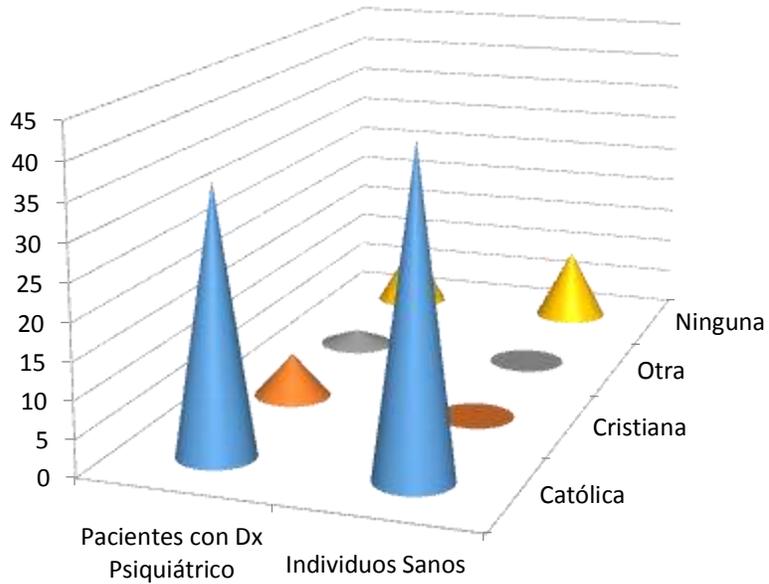
Estado Civil de Pacientes con Dx Psiquiátricos e Individuos Sanos

Gráfica 5



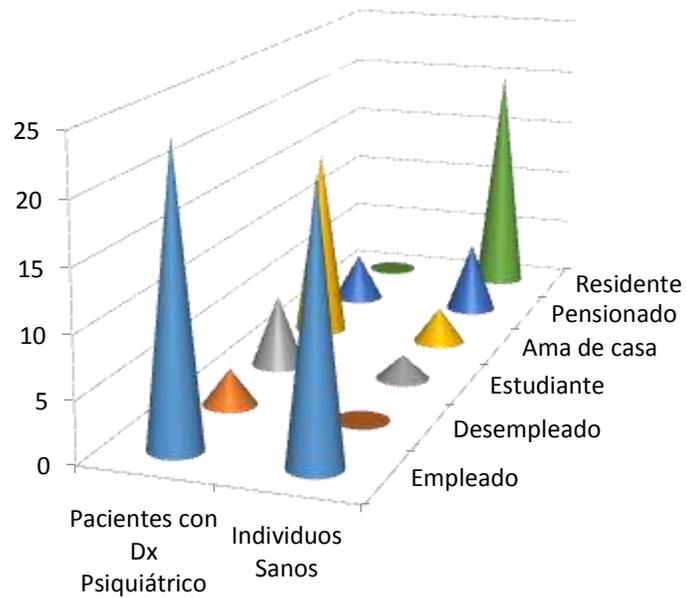
Religión de Pacientes con Dx Psiquiátrico y de Individuos Sanos

Gráfica 6



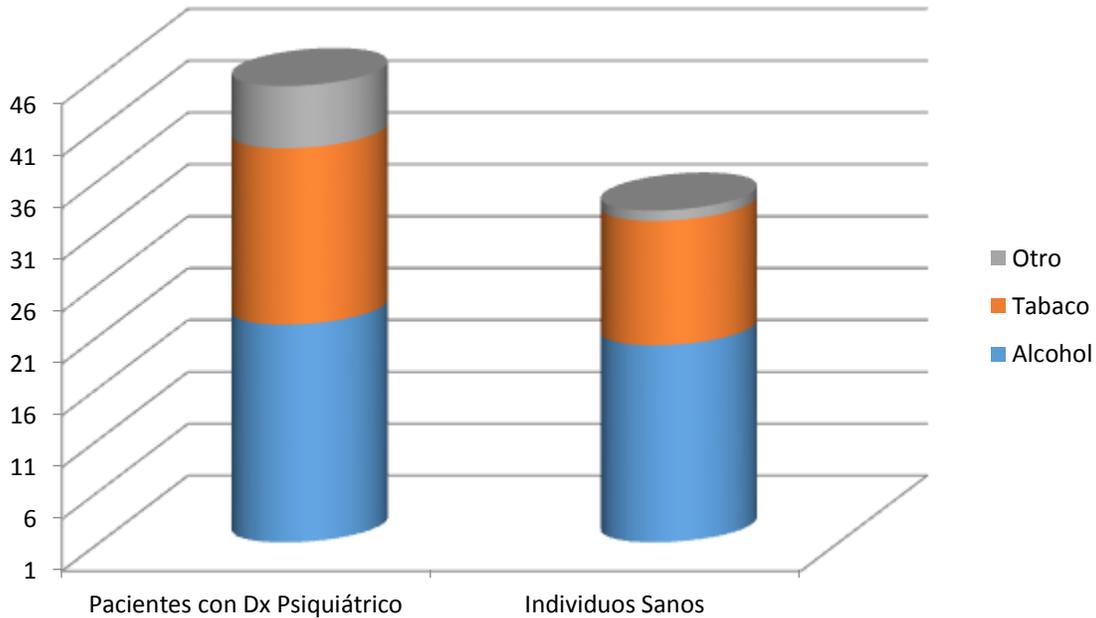
Ocupación de Pacientes con Dx Psiquiátrico y de individuos sanos

Gráfica 7



**Toxicomanías presentes en pacientes con Dx Psiquiátrico
e individuos sanos**

Gráfica 8



Respecto a las creencias irracionales, se encontró en el grupo de pacientes con diagnóstico psiquiátrico, que 23 pacientes de 53, tuvieron creencias irracionales de acuerdo al punto de corte 8, sobresaliendo las siguientes: 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Algunos de ellos con presencia de 1 a 4 creencias irracionales presentes por paciente. (Tabla 3).

De estos 23 pacientes, 19 fueron femeninos y 4 masculinos (Gráfica 9), con un promedio de edad de 38.4 y 34.7 años respectivamente (Gráfica 10); 10 pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo, 2 con Trastorno de Ansiedad, 4 con Trastorno del Humor Orgánico, 3 con Trastorno Mixto Ansioso Depresivo, 1 con Trastorno Límite de la Personalidad, 1 con Trastorno Bipolar tipo I, 1 con Trastorno Bipolar tipo II y 1 con Trastorno Esquizoafectivo (Gráfica 11). En relación a la escolaridad 11 con bachillerato, 5 con licenciatura, 3 con primaria, 3 con secundaria y 1 sin escolaridad (Gráfica 12); en cuanto a la ocupación encontramos 8 empleados, 2 desempleados, 10 amas de casa y 3 estudiantes (Gráfica 14); 12 son católicos, 5 cristianos y 6 no profesan ninguna religión (Gráfica 13); con respecto al estado civil se observa 9 solteros, 8 casados, 4 divorciados, 1 en unión libre y 1 viudo (Gráfica 16); de los diagnósticos médicos asociados encontramos 2 con colitis nervosa, 1 con epilepsia del lóbulo temporal, 1 con artritis reumatoide, 2 con hipertensión arterial

sistémica, 2 con hipotiroidismo, 1 con diabetes mellitus tipo 1, 1 con dislipidemia, resto sin enfermedad asociada. Se observaron 12 pacientes con etilismo, 8 con tabaquismo y 4 con uso de cannabis (Gráfica 15).

El número de creencias irracionales presentadas, 13 pacientes tuvieron 1 creencia irracional, 4 con 2, 5 con 3 y 1 con 4 creencias irracionales. La frecuencia con la que se presentaron las creencias irracionales manifestadas fueron que 4 pacientes presentaron la creencia 1, 4 con la creencia 2, 2 con la creencia 5, 14 con la creencia 6, 4 con la creencia 7, 4 con la creencia 8, 4 con la creencia 9 y 3 con la creencia 10. (Tabla 3).

Tabla 3.		
No. Pacientes	No. de Creencias Irracionales	Creencias Irracionales
1	2	2. Para considerarme a mí mismo como una persona válida, debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga. 6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
2	1	1. Es una necesidad extrema para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno.
3	2	6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra. 7. Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.
4	1	2. Para considerarme a mí mismo como una persona válida, debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga.

5	1	6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
6	1	6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
7	1	6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
8	3	6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra. 7. Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente. 8. Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar.
9	1	10. Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás.
10	1	6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
11	1	6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
12	1	10. Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás.
13	1	5. La desgracia y el malestar humano están provocados por las circunstancias externas y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones.

14	1	6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
15	1	9. Lo que me ocurrió en el pasado, seguirá afectándome siempre.
16	2	1. Es una necesidad extrema para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno. 6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
17	1	1. Es una necesidad extrema para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno.
18	4	6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra. 7. Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente. 8. Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar. 10. Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás.
19	2	2. Para considerarme a mí mismo como una persona válida, debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga. 6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
20	3	1. Es una necesidad extrema para el ser humano adulto, el ser amado y

		<p>aprobado por cada persona significativa de su entorno.</p> <p>2. Para considerarme a mí mismo como una persona válida, debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga.</p> <p>9. Lo que me ocurrió en el pasado, seguirá afectándome siempre.</p>
21	3	<p>1. Es una necesidad extrema para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno.</p> <p>8. Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar.</p> <p>9. Lo que me ocurrió en el pasado, seguirá afectándome siempre.</p>
22	3	<p>5. La desgracia y el malestar humano están provocados por las circunstancias externas y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones.</p> <p>6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.</p> <p>9. Lo que me ocurrió en el pasado, seguirá afectándome siempre.</p>
23	3	<p>6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.</p> <p>7. Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.</p> <p>8. Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar.</p>

Tomando en cuenta el corte de 8 puntos en el inventario de Creencias Irracionales del Dr. Albert Ellis, 8 de 53 individuos sanos del grupo control presentaron creencias irracionales, entre las que se encontraron las siguientes: 3, 10, 6 y 7. Ninguno de ellos sobrepasó un número de creencias de 1 por individuo. (Tabla 4).

De los individuos sanos que presentaron creencias irracionales se observó que 3 de fueron femeninos y 5 masculinos (Gráfica 9), teniendo un promedio de edad de 49 años en los femeninos y de 39 años de edad en los masculinos (Gráfica 10); se encontraron 2 de ellos con escolaridad en posgrado, 1 con licenciatura, 4 con bachillerato y 1 con primaria (Gráfica 12); sobre la ocupación 2 son estudiantes, 5 empleados y 1 pensionado (Gráfica 14); en el estado civil 4 son solteros, 3 son casados y 1 divorciado (Gráfica 16); en la religión 5 de ellos son católicos y 3 no profesan ninguna religión (Gráfica 13); sobre los diagnósticos médicos se encontraron 6 sanos, 1 portador de hipertensión arterial sistémica y 1 con artritis reumatoide; en toxicomanías 3 con etilismo, 3 con tabaquismo y 1 con uso de cannabis (Gráfica 15).

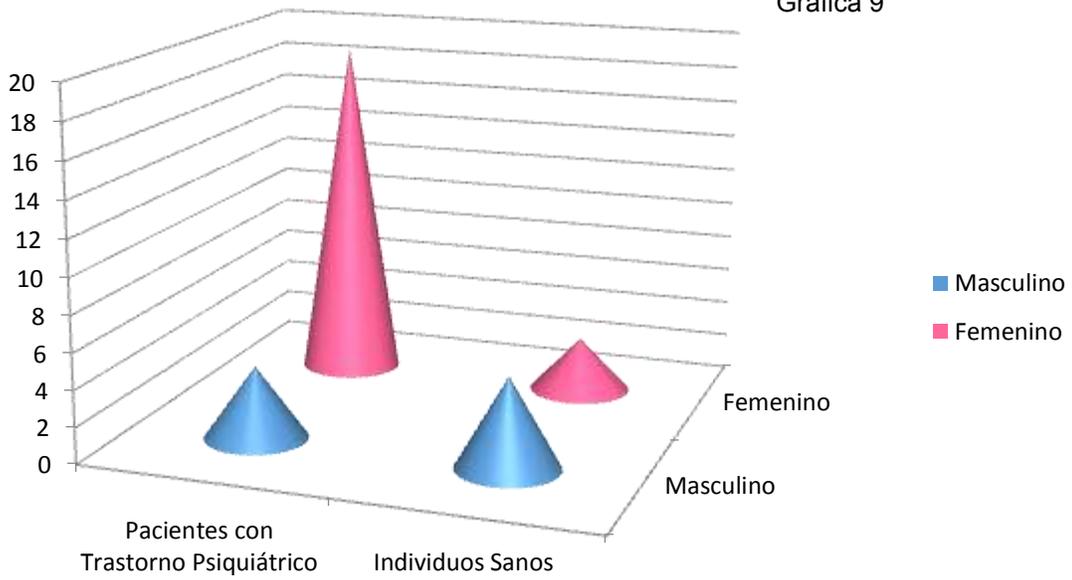
Sobre las creencias irracionales los 8 individuos sanos presentaron en frecuencia sólo 1 creencia irracional, 5 de ellos con la creencia irracional número 6, 1 con la creencia irracional 3, 1 con la creencia irracional 10 y 1 con la creencia irracional 7. (Tabla 4).

Tabla 4		
No. de Pacientes	No. de Creencias Irracionales	Creencias Irracionales
1	1	3. Las personas que no actúan como “deberían” son viles, malvadas e infames, por lo que deberían ser castigadas por su maldad.
2	1	10. Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y

		perturbaciones de los demás.
3	1	6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
4	1	6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
5	1	7. Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.
6	1	6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
7	1	6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
8	1	6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.

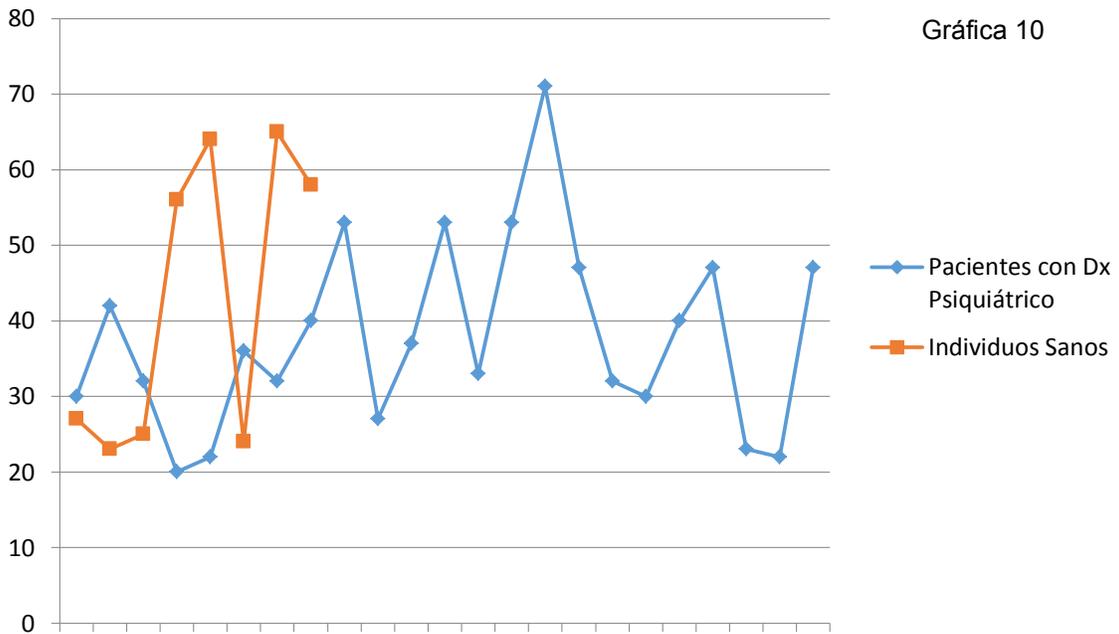
Grupos de Estudio comparados por Género

Gráfica 9



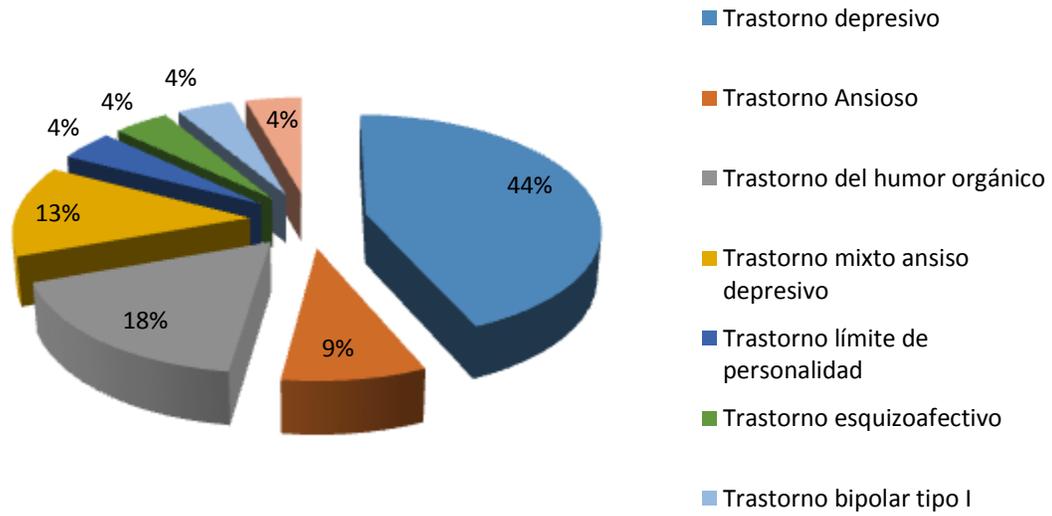
Grupos de Estudio comparados por Edad

Gráfica 10



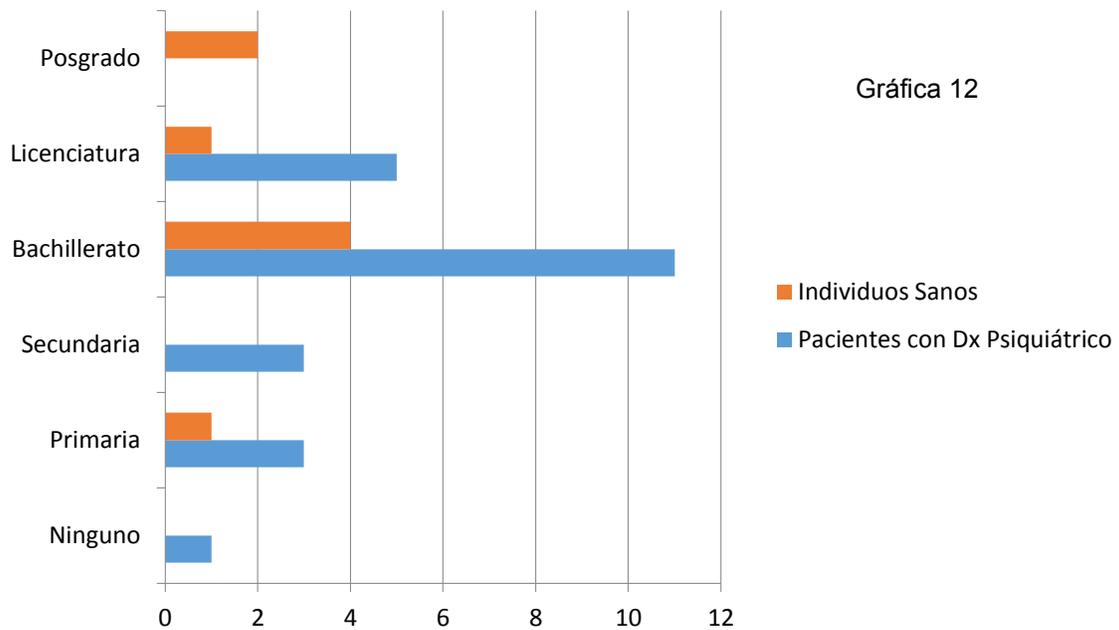
Diagnóstico Psiquiátrico

Gráfica 11



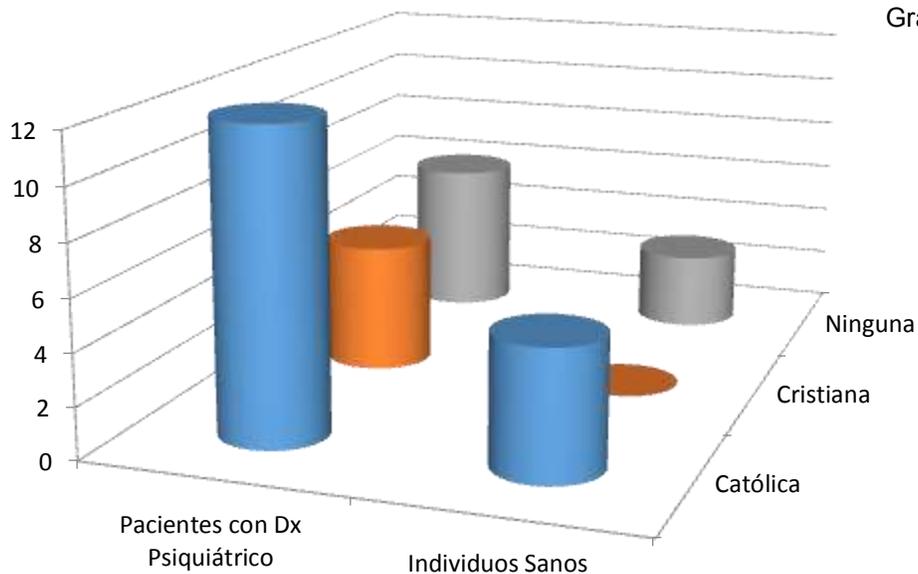
Grupos de Estudio comparados por Escolaridad

Gráfica 12



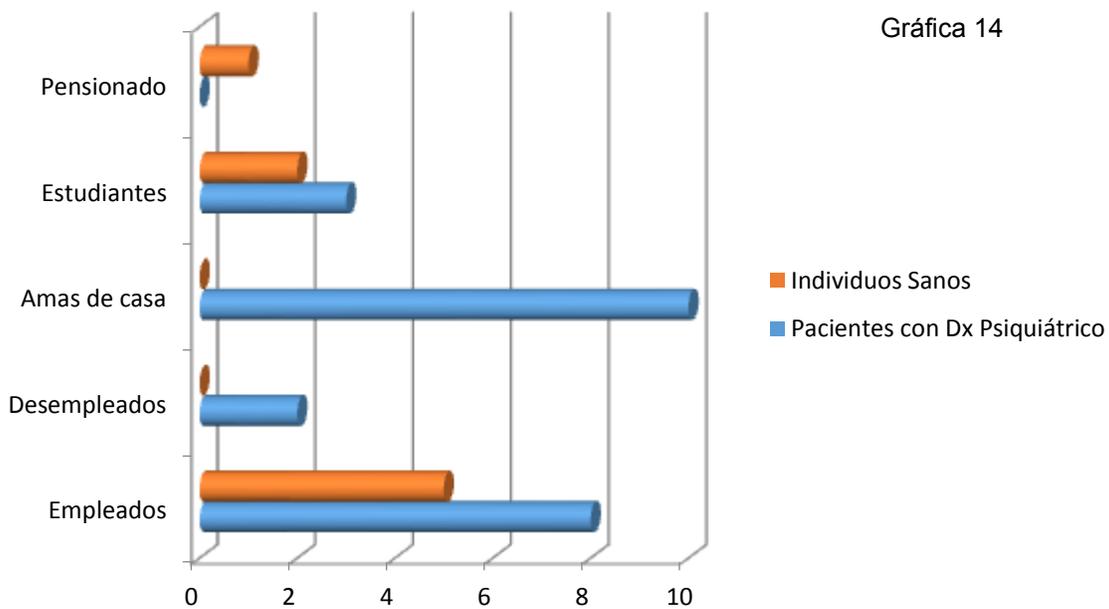
Grupos de Estudio comparados por Religión

Gráfica 13

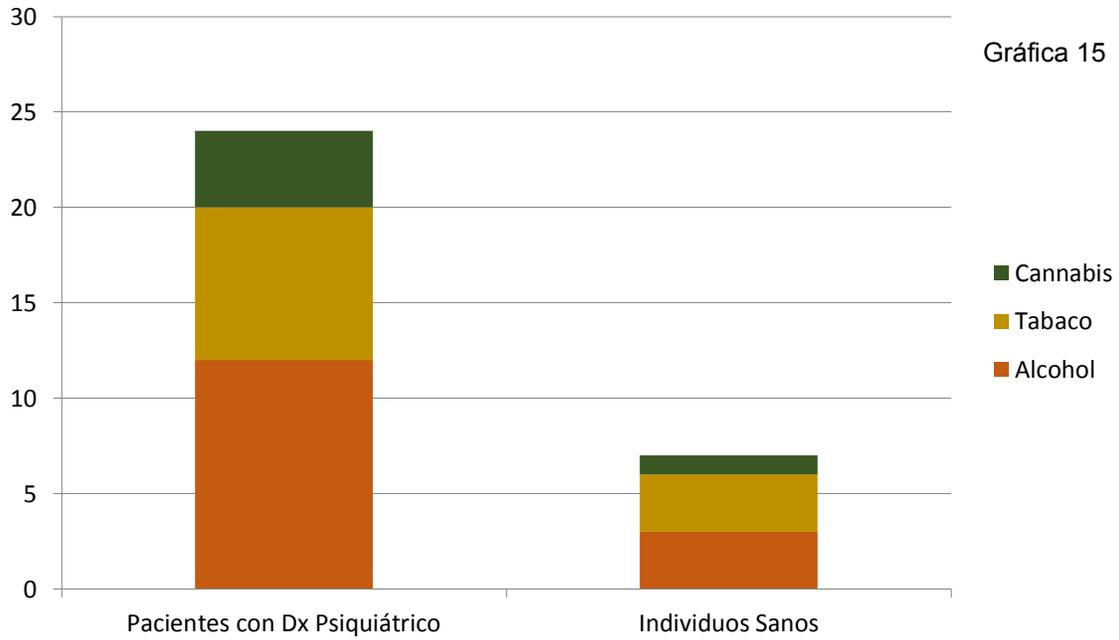


Grupos de Estudio comparados por Ocupación

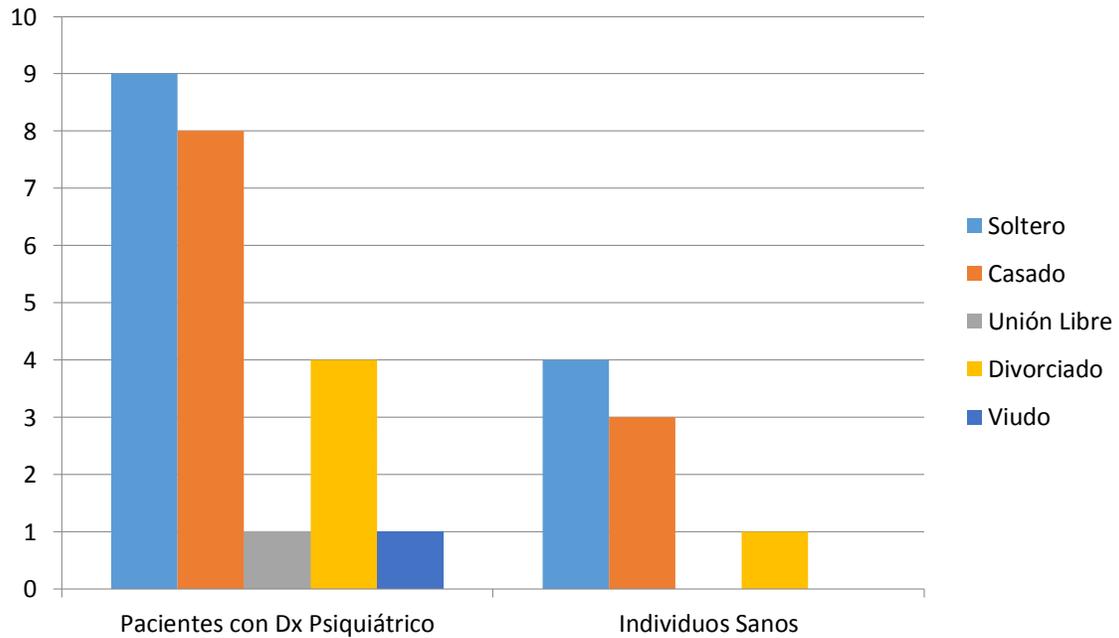
Gráfica 14



Grupo de Estudio comparados por Toxicomanías



Grupos de Estudio comparados por Estado Civil.



Por lo que traducimos que del 100% de la muestra, el 50% equivalió a un grupo de pacientes con Diagnóstico Psiquiátrico, que dentro de la frecuencia la mayoría encajó en el grupo de Depresión siendo el 18.8% de esta muestra. Con un promedio de 1.63 en frecuencia que se presentan creencias irracionales en esta población; siendo la creencia irracional más frecuente presentada la número 6 (Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra).

El otro 50% de la muestra equivale a los individuos sanos, del cual el 15.9% de esta población, presentaron un promedio de 1 creencia irracional en esta población; siendo la más frecuente la número 6 (Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra).

Se obtuvo un coeficiente de contingencia de 0.014; Chi cuadrada de Pearson de 62.00 como valor absoluto sin asumir la hipótesis nula y con un intervalo de confianza del 95 %.

Coeficiente de Contingencia

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
¿Cuál es tu diagnóstico psiquiátrico? * Frecuencia de creencias irracionales	106	99.1%	1	.9%	107	100.0%

Medidas Simétricas

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.607	.014
N of Valid Cases	106	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis

		Frecuencia de creencias irracionales					Total
		.00	1.00	2.00	3.00	4.00	.00
¿Cuál es tu diagnóstico psiquiátrico?	Ninguno	45	8	0	0	0	53
	Depresión	18	4	2	3	1	28
	Trastorno de Ansiedad	3	2	0	0	0	5
	Trastorno Mixto Ansioso Depresivo	1	2	0	1	0	4
	Trastorno Bipolar Tipo I	4	1	0	0	0	5
	Trastorno Bipolar Tipo II	1	1	0	0	0	2
	Trastorno del Humor Orgánico	1	2	1	1	0	5
	Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad	0	1	0	0	0	1
	Fuga Disociativa	1	0	0	0	0	1
	Trastorno Esquezoafectivo	0	0	1	0	0	1
	Esquizofrenia Paranoide	1	0	0	0	0	1
Total	75	21	4	5	1	106	

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	62.000(a)	40	.014
Likelihood Ratio	42.749	40	.354
Linear-by-Linear Association	7.214	1	.007
N of Valid Cases	106		

a 51 cells (92.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .01.

	Frecuencia de creencias irracionales	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
¿Cuál es tu diagnóstico psiquiátrico?	.00	75	100.0%	0	.0%	75	100.0%
	1.00	21	100.0%	0	.0%	21	100.0%
	2.00	4	100.0%	0	.0%	4	100.0%
	3.00	5	100.0%	0	.0%	5	100.0%
	4.00	1	100.0%	0	.0%	1	100.0%

	Frecuencia de creencias irracionales			Statistic	Std. Error	
¿Cuál es tu diagnóstico psiquiátrico?	.00	Mean		.9600	.21597	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		.5297	
			Upper Bound		1.3903	
		5% Trimmed Mean		.6556		
		Median		.0000		
		Variance		3.498		
		Std. Deviation		1.87040		
		Minimum		.00		
		Maximum		10.00		
		Range		10.00		
		Interquartile Range		1.00		
		Skewness		2.899	.277	
		Kurtosis		9.384	.548	
		Mean		2.0000	.50709	
		Lower Bound		.9422		

1.00	95% Confidence Interval for Mean	Upper Bound	3.0578	
	5% Trimmed Mean		1.8360	
	Median		1.0000	
	Variance		5.400	
	Std. Deviation		2.32379	
	Minimum		.00	
	Maximum		7.00	
	Range		7.00	
	Interquartile Range		3.50	
	Skewness		.978	.501
	Kurtosis		-.340	.972
	2.00	Mean		4.2500
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	-2.0315	
		Upper Bound	10.5315	
5% Trimmed Mean		4.1667		
Median		3.5000		
Variance		15.583		
Std. Deviation		3.94757		
Minimum		1.00		
		9.00		

		Maximum			
		Range	8.00		
		Interquartile Range	7.25		
		Skewness	.475	1.014	
		Kurtosis	-3.321	2.619	
	3.00	Mean	2.4000	.97980	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-3.3203	
			Upper Bound	5.1203	
		5% Trimmed Mean	2.2778		
		Median	1.0000		
		Variance	4.800		
		Std. Deviation	2.19089		
		Minimum	1.00		
		Maximum	6.00		
		Range	5.00		
		Interquartile Range	3.50		
		Skewness	1.531	.913	
		Kurtosis	1.745	2.000	

- a. ¿Cuál es tu diagnóstico psiquiátrico? is constant when Frecuencia de creencias irracionales = 4.00. It has been omitted.

Discusión

Las creencias irracionales que se fueron englobadas en 10 principales por el Dr. Albert Ellis y que son valoradas a través del inventario que lleva su nombre, se considera que con un puntaje mayor o igual a 8 es significancia de un trastorno emocional asociado a dicha creencia irracional.

Pocos son los estudios que se han realizado sobre las creencias irracionales asociados a Trastornos Psiquiátricos a su vez comparados con individuos control, pues se sabe con la literatura que todas las personas presentamos creencias irracionales pero la flexibilidad cognitiva puede variar, ello resulta en que mientras un idea irracional puntué más arriba, será mayor el apego cognitivo por esta creencia.

Durante la aplicación del inventario de Creencias Irracionales se pudo observar que la mayoría de la población estudiada, presentaron por arriba del punto 6 para las creencias irracionales, pero para efecto del estudio se tomó el punto de corte estipulado en la literatura de 8.

La frecuencia presentada en el grupo de pacientes con diagnóstico psiquiátrico si fue superior en más del doble con respecto a los individuos del grupo control, además de un promedio mayor en relación a frecuencia del número de creencias irracionales entre uno y otro grupo.

Lo que es de llamar la atención es que en ambos grupos la creencia irracional más frecuente presentada fue la 6 que se refiere a: "Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra"; por lo que se traduce que tanto los pacientes sin importar el diagnóstico psiquiátrico que presenten así como la población control, presentan una preocupación eminente ante el estrés y peligro, lo que podría traducirse con una amenaza constante en su ambiente cotidiano.

Conclusiones

Con este estudio se pudo observar que los pacientes con diagnóstico psiquiátrico presentan mayor frecuencia de creencias irracionales en comparación con los individuos control.

La diferencia existente entre cada grupo por diagnóstico psiquiátrico encontrado fue realmente irrelevante, pues existió una mayor prevalencia de Depresión sobre los demás diagnósticos, lo que se observó en los resultados descritos.

La creencia irracional más frecuente para ambos grupos fue la número 6 que habla sobre las amenazas o peligros que se pueden presentar en la vida cotidiana y por ello se puede presentar constantemente inquietud o preocupación de que ello ocurra.

Se presentaron algunas diferencias respecto a los datos sociodemográficos con la presencia de las creencias irracionales, siendo uno de los más importantes la escolaridad y edad de los pacientes e individuos sanos. Lo que nos hace pensar que existe mayor flexibilidad cognitiva en pacientes con un mayor grado de estudios y más jóvenes.

Los demás datos sociodemográficos no tuvieron una significancia con respecto a la presencia o ausencia de las creencias irracionales, al menos en el estudio que realizamos actualmente.

Por lo anterior comentado, se ve la necesidad de seguir realizando este tipo de estudios, pues puede ser de gran utilidad en la aplicación de una terapia cognitivo conductual o terapia racional emotiva, que coadyuve al tratamiento tanto de los pacientes con psicopatología, como en aquellos individuos que no la presentan. Para posteriormente comparar resultados pre y post intervención terapéutica lo que supondríamos una significancia en estos grupos.

Bibliografía

1. Caro, Isabel (1997). Manual de psicoterapias cognitivas. Editorial Paidós. Barcelona.
2. Beck, Judith (2006). Terapia Cognitiva, Conceptos Básicos y profundización. Editorial Gedisa. España.
3. Beck, A., Freeman, A. (1995). Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad. Editorial Paidós. España.
4. Ruiz, J., Cano, J. (2010). Manual de psicoterapia cognitiva. Parte I: Teoría y Fundamentos. <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2c.htm>.
5. Verástegui, S. (2004). Comunidades y diferencias entre las terapias de Ellis y de Beck. <http://www.coplaspalmas.org/07biblio/psicot/psicot13.pdf>
6. Lega Leonor I., Caballo Vicente E., Ellis Albert. Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Editorial Siglo XXI.
7. Ellis Albert, Abrahms Eliot. Terapia Racional Emotiva. Editorial Pax México.
8. Ellis Albert, Grieger Russel. Manual de Terapia Racional Emotiva. Volumen 2. Editorial Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer.
9. Caballo Vicente y cols. Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta". Editorial Siglo XXI. España. 1998.
10. Ellis, A., Caballo, V. y Lega, L. Terapia Racional Emotivo Conductual. Editorial Siglo XXI, México, D.F., 1999.
11. Ellis, A. Razón y Emoción en Psicoterapia. Editorial Siglo XXI, México, D.F. 1998.
12. Fanning, P. y McKay, M. Autoestima: evaluación y mejora. Editorial Martínez Roca, México, D.F. (sin fecha).
13. Navarro Cueva, R. (1994). Del condicionamiento clásico a la Terapia Cognitivo Conductual: hacia un modelo de integración. En Aprendizaje y comportamiento. Vol. 10, A.L.A.M.O.C., Lima.
14. Pérez Álvarez, M. (1996). La psicoterapia desde el punto de vista conductista. Biblioteca Nueva, Madrid. Primera parte: Historia epistemológica de la terapia de conducta.
15. Leary, Marck. (1991). Introduction to Behavioral Research Methods", Wadworth Publishing Company. Belmont, California.
16. Domjan, M. y Burkhard B. (1990). Principios de aprendizaje y conducta. Debate, Madrid. Cap. 3: El condicionamiento Clásico: fundamentos.
17. Labrador F. y Muñoz, J. (1997). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Pirámide, Madrid.
18. Tea-Cegos. Test de Creencias Irracionales de Ellis. 03E16 122 AY/10F92.

Anexo 1

A. Cuestionario sociodemográfico.

1. Nombre completo: _____
2. Sexo: _____
3. Edad: _____
4. Escolaridad: _____
5. Trabajo: _____
6. Estado civil: _____
7. Religión: _____
8. Diagnósticos psiquiátricos: _____
9. Diagnósticos médicos: _____
10. Alcoholismo: _____
11. Tabaquismo: _____
12. Toxicomanías: _____

B. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del protocolo: *“Creencias irracionales más frecuentes en pacientes con enfermedad mental comparado con individuos sin diagnóstico psicopatológico. Un estudio comparativo y descriptivo”.*

Investigador principal: Maricarmen Bernés Bolívar

Sede donde se realizará el estudio: Hospital Psiquiátrico “Héctor Tovar Acosta”, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Nombre del paciente:

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso

se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

(Enunciar brevemente cada uno de los apartados en un lenguaje no médico, accesible a todas las personas).

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO. (Razones de carácter médico y social).

El estudio se realiza para obtener un conocimiento certero de la frecuencia de las creencias irracionales en los pacientes con enfermedad mental que se encuentran hospitalizados, además de ser un estudio comparativo con personas que no tengan diagnóstico psicopatológico para así describir las diferencias y prevalencia de las distorsiones en ambas poblaciones.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos determinar la prevalencia de las distorsiones cognitivas en pacientes con psicopatología que se encuentran hospitalizados comparados con población sin psicopatología diagnosticada.

3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Con este estudio obtendremos un panorama con mayor precisión sobre la prevalencia de las distorsiones cognitivas en nuestros pacientes para así proponer medidas de intervención psicoterapéuticas como tratamiento integrador adherido al farmacológico.

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

De aceptar su participación en esta investigación, se le solicitará llenar un cuestionario con datos personales (los cuales son confidenciales), posteriormente se aplicará el inventario de creencias irracionales.

5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

Ninguno.

Este estudio consta de las siguientes fases:

Presentación del investigador con el paciente o persona que acepte participar en el estudio. Se expondrán las razones de la investigación y solicitará su consentimiento informado para la participación en dicha investigación. (Momento actual).

En caso de ser aceptado, se le aplicará el cuestionario socio-demográfico y a su término se aplicará el inventario de creencias irracionales.

6. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Investigador principal: Maricarmen Bernés Bolívar.

Sede donde se realizará el estudio: Hospital Psiquiátrico "Héctor Tovar Acosta" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Nombre del participante:

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo de investigación por las siguientes razones: (Este apartado es opcional y puede dejarse en blanco si así lo desea el paciente)

Si el paciente así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él, con motivo de su participación en el presente estudio.

<hr/>	<hr/>
Firma del participante	Fecha

<hr/>	<hr/>
Testigo	Fecha

<hr/>	<hr/>
Testigo	Fecha

c.c.p El paciente.

Anexo 2

C. Inventario de Creencias Irracionales

Este registro de opiniones tiene como misión poner de manifiesto sus ideas auto-limitadoras particulares que contribuyen, de forma encubierta, a su estrés e infelicidad. No es necesario que pienses mucho tiempo en cada pregunta. Escribe rápidamente la respuesta y pasa a la siguiente.

Asegúrate de que contestas lo que realmente piensas, no lo que crees que deberías pensar.

	P	NO DE ACUERDO	DE ACUERDO
1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás	*		
2. Odio equivocarme en algo	*		
3. La gente que se equivoca, logra lo que se merece	*		
4. Generalmente, acepto los acontecimientos con filosofía	**		
5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia	**		
6. Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación	*		
7. Normalmente, aplazo las decisiones importantes	*		
8. Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo	*		
9. "Una cebra no puede cambiar sus rayas"	*		
10. Prefiero, sobre todas las cosas, pasar el tiempo libre de una forma tranquila	*		
11. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo por qué manifestar respeto a nadie	*		
12. Evito las cosas que no puedo hacer bien	*		
13. Hay demasiadas personas malas que escapan del castigo	*		
14. Las frustraciones no me distorsionan	**		
15. A la gente no le trastornan los acontecimientos, sino la imagen que tiene de ellos	**		
16. Me producen poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros	**		
17. Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes	**		

	P	NO DE ACUERDO	DE ACUERDO
18. En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto	*		
19. Es casi imposible superar la influencia del pasado	*		
20. Me gusta disponer de muchos recursos	**		
21. Quiero gustar a todo el mundo	*		
22. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo	**		
23. Aquellos que se equivocan, merecen cargar con las culpas	*		
24. Las cosas deberían ser distintas a como son	*		
25. Yo provoco mi propio mal humor	**		
26. A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza	*		
27. Evito enfrentarme a los problemas	*		
28. Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía	*		
29. Sólo porque una vez algo afectó tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en un futuro	**		
30. Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer	**		
31. Puedo gustarme a mí mismo, aun cuando no guste a los demás	**		
32. Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo	**		
33. La inmoralidad debería castigarse severamente	*		
34. A menudo me siento trastornado/a por situaciones que no me gustan	*		
35. Las personas desgraciadas, normalmente se deben este estado a sí mismas**	**		
36. No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra	**		
37. Normalmente, tomo las decisiones tan pronto como puedo	**		
38. Hay determinadas personas de las que dependo mucho	*		

	P	NO DE ACUERDO	DE ACUERDO
39. La gente sobrevalora la influencia del pasado	**		
40. Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo	**		
41. Si no gusta a los demás es su problema, no el mío	**		
42. Para mí es muy importante lograr el éxito en todo lo que hago	*		
43. Pocas veces culpo a la gente de sus errores	**		
44. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten	**		
45. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo	**		
46. No puedo soportar correr riesgos	*		
47. La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan	*		
48. Me gusta valerme por mi mismo/a	**		
49. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser	*		
50. Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo	*		
51. Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás	*		
52. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno/a malo/a que sea en ellas	**		
53. El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena	*		
54. Si las cosas me desagradan opto por ignorarlas	**		
55. Cuanto más problemas tiene una persona, menos feliz es	*		
56. Raramente me siento ansioso/a al pensar en el futuro	**		
57. Raramente aplazo las cosas	**		
58. Yo soy el/la único/a que realmente puede entender y solucionar mis problemas	**		
59. Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad	**		

	P	NO DE ACUERDO	DE ACUERDO
60. Tener demasiado tiempo libre, resulta aburrido	**		
61. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no tengo necesidad real de ello	**		
62. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo	*		
63. Todo el mundo es, esencialmente, bueno	*		
64. Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme	**		
65. Nada es intrínsecamente perturbador; si lo es se debe al modo en que lo interpretamos	**		
66. Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro	*		
67. Me resulta difícil hacer las tareas desagradables	*		
68. Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí	**		
69. Somos esclavos de nuestro pasado	*		
70. A veces desearía poder irme a una isla tropical y tenderme en la playa, sin hacer nada más	*		
71. A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte	*		
72. Me trastorna cometer errores	*		
73. No es equitativo que "lueva igual sobre el justo que sobre el injusto"	*		
74. Yo disfruto honradamente de la vida	**		
75. Debería haber más personas que afrontaran lo desagradable de la vida	*		
76. Algunas veces, me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo	*		
77. Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora	**		
78. Pienso que es fácil buscar ayuda	*		
79. Cada vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre	*		
80. Me encanta estar tumbado	*		

	P	NO DE ACUERDO	DE ACUERDO
81. Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mí	*		
82. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia	*		
83. Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca	**		
84. La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver	*		
85. Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo	**		
86. Raramente pienso en cosas como la muerte	**		
87. No me gustan las responsabilidades	**		
88. No me gusta depender de los demás	**		
89. La gente nunca cambia, básicamente	*		
90. La mayoría de las personas trabaja demasiado y no descansa lo suficiente	*		
91. Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador	**		
92. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien	**		
93. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean	**		
94. Raramente me importunan los errores de los demás	**		
95. El hombre construye su propio malestar interno	**		
96. Muchas veces me sorprende planeando lo que haré si me encuentro en determinadas situaciones de peligro	*		
97. Si tengo que hacer algo, lo hago a pesar de que no sea agradable	**		
98. He aprendido a no estar pendiente de nada que no esté relacionado con mi bienestar	**		
99. No miro atrás con resentimiento	**		
100. No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado y sin hacer nada	*		

A. Preguntas con un solo asterisco (*) al final: Si ha contestado "Estoy de acuerdo", anóte punto en el espacio indicado para la puntuación y que está representado por la letra (P).

B. Preguntas con dos asteriscos () al final:** Si ha contestado "No estoy de acuerdo", anóte punto en el espacio indicado para la puntuación y que está representado por la letra (P).

1)	1, 11, 21, 31,41, 51, 61,71, 81 y 91	TOTAL <input type="text"/>
2)	2, 12, 22, 32,42,52,62,72,82 y 92	TOTAL <input type="text"/>
3)	3, 13, 23, 33,43,53,63,73, 83 y 93	TOTAL <input type="text"/>
4)	4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, 94	TOTAL <input type="text"/>
5)	5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, 95	TOTAL <input type="text"/>
6)	6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, 96	TOTAL <input type="text"/>
7)	7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, 97	TOTAL <input type="text"/>
8)	8, 18, 28, 38,48, 58,68,78, 88,98	TOTAL <input type="text"/>
9)	9,19,29,39,49,59,69,79,89,99	TOTAL <input type="text"/>
10)	10, 20,30,40,50,60,70,80,90, 100	TOTAL <input type="text"/>