



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

TEMA:

**“IDEAS IRRACIONALES Y LA RESISTENCIA AL TRATAMIENTO
EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO
SAGRADO CORAZÓN DE QUITO, PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE
2016”**

AUTORAS:

**VILLASHAGÑAY CALLE CECILIA
VIZUETE CHINACHI HELEN DAYANA**

TUTOR:

PSC. CL. DAVID MOSCOSO

RIOBAMBA - ECUADOR

2016



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

APROBACIÓN DEL TUTOR

Culminado el trabajo de investigación por parte de las señoritas: VILLASHAGÑAY CALLE CECILIA Y VIZUETE CHINACHI HELEN DAYANA, con el tema “IDEAS IRRACIONALES Y LA RESISTENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN DE QUITO, PERÍODO ABRIL- SEPTIEMBRE 2016”.

Para optar por el TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO.

Certifico que el mencionado es auténtico y original, cumple con las normas de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO y contiene todos los aspectos descritos en el proyecto.

En consecuencia, autorizo su presentación para el trámite correspondiente.

Ps. Cl. David Moscose

David Moscose
Psicólogo Clínico
R. J. 22.2 B. 127 N° 422



PÁGINA DE REVISIÓN

Los miembros del Tribunal de Graduación del proyecto de investigación de título:

“IDEAS IRRACIONALES Y LA RESISTENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN DE QUITO, PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2016”.

Presentado por: Villashagñay Calle Cecilia y Vizúete Chinachi Helen Dayana

Y dirigida por: Psc. Cl. David Moscoso

Una vez revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

Para constancia de lo expuesto firman:

Psc. Cl. Lilian Granizo

Presidente del Tribunal

Firma

Psc. Cl. David Moscoso

Miembro del Tribunal

Firma

Psc. Cl. Soledad Fierro

Miembro del Tribunal

Firma

DERECHO DE AUTORÍA

La responsabilidad del contenido de este proyecto de graduación, nos corresponde exclusivamente a Villashagñay Calle Cecilia, Vizuete Chinachi Helen Dayana y al Psicólogo Clínico David Moscoso; y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Cecilia Villashagñay Calle
060291197-6



Helen Dayana Vizuete Chinachi
150111005-8

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento a la Universidad Nacional de Chimborazo, en especial a la Carrera de Psicología Clínica por la excelente calidad científica, profesional y humanística que recibimos a través de sus catedráticos.

Agradecemos a todos los docentes quienes con sus conocimientos y amplia experiencia no ayudaron en este proceso de estudio.

Al Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, por abrirnos las puertas para adquirir experiencia y conocimientos al realizar nuestras prácticas pre profesionales y por ser el campo de estudio para nuestro trabajo de investigación.

A nuestro tutor Psc. Cl. David Moscoso por compartir sus conocimientos, por sus sabias orientaciones, paciencia y dedicación en la elaboración de esta tesis.

Cecilia Villashagñay y Helen Vizuete

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta Tesis a Dios y a mis padres por darme la vida y las fuerzas necesarias para seguir adelante, superando las adversidades que se me presentaban sin desfallecer en el intento.

A mi hija Erika Gabriela quien ha sido el pilar fundamental para seguir adelante en mis estudios y ser un ejemplo para ella.

A mis hermanos por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A mi compañera de tesis Helen Vizuete, por brindarme su amistad, y por compartir dificultades superando los obstáculos para alcanzar un objetivo en común.

Cecilia Villashagñay Calle

Quiero dedicar a Dios que me ha dado la vida y fortaleza para superar los obstáculos y dificultades presentes a lo largo de toda mi vida.

A mi esposo Alex por su amor y apoyo incondicional; en especial a mi hijo Ian David por ser el pilar fundamental y la fuerza que me impulsa a luchar día a día por mis sueños.

A mis padres Olger y María, quienes me dieron la vida, consejos y ayuda desmedida en todo momento.

A mis hermanos y sobrinos por enseñarme a ser perseverante y contar con ellos en todo momento.

A mi compañera y amiga de tesis Ceci, por su cariño y apoyo en este proceso de estudio.

“Todo lo puedo en Cristo que me fortalece” Filipenses 4:13

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	Pág.
PORTADA	i
PÁGINA DE REVISIÓN	ii
DERECHO DE AUTORÍA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
RESÚMEN	ix
SUMARY	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
1. MARCO REFERENCIAL	3

1.1.	El problema de investigación	3
1.1.1.	Problematización del problema	3
1.1.2.	Formulación del problema	4
1.2.	Preguntas directrices o problemas derivados	4
1.3.	Objetivos	5
1.3.2.	Objetivo General	5
1.3.3.	Objetivos Específicos	5
1.4.	Justificación	5
CAPÍTULO II		
2.	MARCO TEÓRICO	7
2.1.	Antecedentes de investigaciones realizadas	7
2.2.	Fundamentación teórica	8
2.2.2.	Ideas o creencias irracionales	8
	Definiciones	8
	Características	10
	Sistema de creencias	10
	Emociones apropiadas e inapropiadas para Albert. Ellis	11

Clasificación de las ideas irracionales	12
Idea Irracional N. ° 1	13
Idea Irracional N. ° 2	15
Idea Irracional N. ° 3	17
Idea Irracional N. ° 4	19
Idea Irracional N. ° 5	21
Idea Irracional N. ° 6	22
Idea Irracional N. ° 7	24
Idea Irracional N. ° 8	26
Idea Irracional N. ° 9	27
Idea Irracional N. ° 10	29
Idea Irracional N. ° 11	30
2.2.3. Resistencia al tratamiento	32
Definiciones	32
Formas comunes de resistencia	33
a) Resistencia “saludable”	33
b) Resistencia motivada por un mal emparejamiento cliente - terapeuta	34

c) Resistencia resultante de las perturbaciones transferenciales de los clientes	34
d) Resistencias causadas por los problemas de relación de los terapeutas	34
e) Resistencia relativa a las actitudes moralistas de los terapeutas	35
f) Resistencia por miedo a revelarse	36
g) Resistencia creada por miedo a la incomodidad	36
h) Resistencia de la ganancia secundaria	37
i) Resistencia procedente de sentimientos de desesperanza	37
j) Resistencia motivada por el auto-castigo	37
k) Resistencia motivada por miedo al cambio o miedo al éxito	38
l) Resistencia motivada por oposicionismo y rebelión	38
Indicadores para reconocer la Resistencia	39
2.2.4. Depresión	40
Definición	40
Prevalencia	41
Criterios Diagnósticos	41
2.2.5. Técnicas de reestructuración cognitiva para modificar las ideas irracionales para pacientes diagnosticados con depresión	44

1. Flecha descendente	44
2. Resolución de problemas	44
3. Autorregistro	44
4. Técnica del semáforo	45
5. Desensibilización del autocontrol	45
6. Entrenamiento de habilidades sociales/asertividad	45
2.3. Hipótesis	46
2.4. Variables	46
2.4.2. Variable Independiente	46
2.4.3. Variable Dependiente	46
2.5. Definiciones de términos básicos	46
CAPÍTULO III	
3. MARCO METODOLÓGICO	49
3.1. Diseño de la investigación	49
3.2. Tipo de investigación	49
3.3. El nivel de la investigación	49
3.3.1. Nivel descriptivo	49

3.4.	Población y muestra	50
3.4.1.	Población	50
3.4.2.	Muestra	50
3.5.	Criterios de inclusión	50
3.6.	Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	50
3.6.1.	Método	50
3.6.2.	Técnicas	51
3.6.3.	Instrumentos	51
CAPÍTULO IV		
4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	53
4.1.	Test de creencias irracionales	53
4.2.	Encuesta de resistencia al tratamiento	57
4.3.	Relación de variables	61
4.4.	Comprobación de la hipótesis	65
CAPÍTULO V		
5.	LINEAMIENTO ALTERNATIVO	66

5.1. Modelo de intervención psicológica para pacientes diagnosticados con depresión que presentan ideas irracionales	66
---	----

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
--	-----------

6.1. Conclusiones	72
-------------------	----

6.2. Recomendaciones	74
----------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	75
---------------------	-----------

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 <i>Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE-10</i>	41
Tabla N° 2 <i>Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10</i>	42
Tabla N° 3 <i>Resultados del test de creencias Irracionales en los pacientes</i>	53
Tabla N° 4 <i>Resultados de la encuesta de Resistencia al Tratamiento</i>	57
Tabla N° 5 <i>Resultados de la relación entre las ideas irracionales y la resistencia al tratamiento</i>	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 <i>Pacientes con ideas irracionales</i>	53
Gráfico N° 2 <i>Resultados del nivel de Resistencia al Tratamiento</i>	58
Gráfico N° 3 <i>Resultados de la relación entre las ideas irracionales y la resistencia al tratamiento</i>	62

RESÚMEN

La presente investigación se realiza en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón ubicado al norte de Quito durante el periodo Abril – Septiembre del 2016, en el que participan pacientes de la Unidad de Intervención en Crisis diagnosticados con depresión, el propósito de la misma es la asociación de las ideas irracionales en la resistencia de los pacientes, lo que podría generar un problema en el tratamiento de la depresión; para este estudio se realiza la identificación de las ideas irracionales y el reconocimiento de la posible resistencia al tratamiento, finalmente se diseña un plan psicoterapéutico en base a las ideas irracionales para disminuir y manejar la resistencia. El trabajo se justifica por su valor teórico, utilidad práctica, y por los beneficios que genera tanto a la sociedad e institución. Se sustenta con material bibliográfico sobre las ideas irracionales y la resistencia al tratamiento de Albert Ellis. En lo inherente al diseño de la investigación es cuantitativo no experimental, utiliza el método inductivo partiendo de hechos particulares para llegar a conclusiones generales. La población es de 20 pacientes diagnosticados con depresión; se emplea la observación clínica, se aplica el test de creencias irracionales y una encuesta formada por 10 preguntas cerradas puntuadas de 0 a 3 directas e inversas. Se puede concluir que las ideas irracionales más relevantes en los pacientes con depresión de la Unidad de Intervención en Crisis son: indefensión, culpabilización, perfeccionismo y dependencia mismas que se asocian en la resistencia en: hacer cambios en su vida, hablar de situaciones desagradables que le ha pasado, son más susceptibles que el resto de personas respecto a algunos temas cuando se le pregunta, sienten que nadie les comprende, piensan que nadie se preocupa mucho por lo que les sucede; lo que dificulta el tratamiento y por ende la recuperación.

Abstract

This research was developed in the psychiatric institute “Sagrado Corazon” in the city of Quito during April – September 2016, with the participation of depressing patients from the crisis intervention unit. The purpose of this activity is associating irrational ideas from problematic patients. To this study the identification of the irrational ideas and the recognition of the resistance to the treatment are done, finally a psychotherapeutic plan is designed based on the irrational ideas to diminish and to handle the resistance. The work is justified by its theoretical value, practical utility, and by the benefits generated by both society and institution. It is supported by bibliographical material on the irrational ideas and the resistance to the treatment of Albert Ellis. In the inherent to the design of the research is non experimental quantitative, it uses the inductive method starting from particular facts to arrive at general conclusions. The population is 20 patients diagnoses with depression; clinical observation is used, the irrational belief test is applied and a survey consisting of 10 closed questions punctuated from 0 to 3 direct and inverse. It is concluded that the most relevant irrational ideas in patients with depression in the crisis intervention unit are: defenselessness, guilt, perfectionism and dependence themselves that are associated with resistance in: making changes in their lives, talking about unpleasant situations has passed, are more susceptible that other people to some issues when asked, feel that nobody understand them, think that nobody cares much for what happens to them; which makes treatment difficult and therefore recovery



SIGNATURE

Reviewed by Solis, Hugo
Language Center Teacher



INTRODUCCIÓN

Esta investigación hace referencia a las ideas irracionales y la resistencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con depresión. Las ideas irracionales se pueden definir como un constructo hipotético personal que se desarrolla a partir de la infancia y genera diferentes estados emocionales y reacciones conductuales negativas que impiden al paciente mejorar su situación. En pacientes diagnosticados con depresión se ha podido identificar ideas irracionales que están relacionadas a la sintomatología depresiva.

La resistencia al tratamiento es el rechazo que presenta el individuo afectado hacia el ofrecimiento de ayuda o tratamiento terapéutico por parte de familiares o profesionales de la salud mental. De acuerdo con la Terapia Racional- emotiva RET:

(...) los clientes que se resisten contraproducentemente a la terapia implícita o explícitamente tienden a mantener tres filosofías o creencias irracionales (Ci) principales: (1) “Debo hacerlo bien al cambiarme a mí mismo, y soy un incompetente, un cliente incurable si no lo hago”; (2) “Tú (El terapeuta y los demás) me debes ayudar a cambiar, y serás una persona despreciable si no lo haces”; y (3) “El cambio de mí mismo debe ocurrir rápida y fácilmente, y es horrible si no es así”. Concomitantemente con estas creencias irracionales, los resistentes se sienten ansiosos, depresivos, coléricos y autocompasivos acerca del cambio, y estos sentimientos perturbados bloquean su fuerza para cambiar. Conductualmente, los resistentes abandonan, aplazan la decisión, permanecen inertes, y sabotean sus autopromesas para cambiar. (Ellis & Grieger, 1990, pág. 262)

La resistencia al tratamiento se puede generar por varios factores tales como: problemas de relación entre terapeuta – paciente, por antecedentes de tratamientos no

exitosos, miedo a no obtener los objetivos deseados, temor a realizar cambios y a ser juzgados, por presentar sentimientos de desesperanza y autocastigo; los mismos que están ligados a las 11 ideas irracionales descritas por Ellis, siendo un desencadenante para que los pacientes se resistan a recibir tratamiento psicoterapéutico. Por tanto es de nuestro interés el abordaje de las ideas irracionales y la resistencia al tratamiento, para lo cual se plantea un plan psicoterapéutico que contribuya al trabajo que se brinda a los pacientes diagnosticados con depresión de la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito.

El presente trabajo investigativo consta de cinco (V) capítulos establecidos en los siguientes parámetros:

CAPÍTULO I: Conformado por el Marco Referencial, el cual se describe el problema, justificación y los objetivos planteados sobre las creencias irracionales y la resistencia al tratamiento en pacientes diagnosticado con depresión.

CAPÍTULO II: Consta de la Fundamentación Teórica, que contiene la información bibliográfica sobre el tema.

CAPÍTULO III: Constituye el Marco Metodológico, conformado por el diseño de la investigación, tipo de investigación, nivel de la investigación, población y muestra.

CAPÍTULO IV: En el que consta el Análisis e Interpretación de resultados mediante la tabulación y gráficas.

CAPÍTULO V: En el que se encuentra el plan alternativo.

CAPÍTULO VI: Conformado por las Conclusiones y Recomendaciones a la que se llegó después de realizar la investigación.

CAPÍTULO I

1. MARCO REFERENCIAL

1.1. El problema de investigación

En las prácticas pre-profesionales realizadas en el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito en la Unidad de Intervención en Crisis se observa la presencia de ideas irracionales en pacientes diagnosticados con depresión, tales como: cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad; es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida; y, la historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual y que algo que le ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente. Además se evidencia cierta resistencia en este tipo de población, lo que probablemente puede generar dificultades en el tratamiento; por lo que se decidió investigar acerca de esta problemática; la cual se lleva a cabo en esta institución, en el período Abril - Septiembre 2016.

1.1.1. Problematización del problema

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2012):

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares, en el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cuando el paciente ha atentado contra su propia vida es la causa principal donde el profesional recomienda el internamiento en un centro de atención en salud mental para

que siga el tratamiento pertinente para su recuperación. (OMS, 2012). Sin embargo, debido a la estigmatización que todavía existe de este trastorno, muchos de los afectados no reconocen su enfermedad y no buscan tratamiento.

Los pacientes con depresión que presentan ideas irracionales y niveles de resistencia, pueden generar dificultades en el tratamiento y en su recuperación, debido a que estas ideas son el marco de referencia y determinante en la forma de pensar, sentir y actuar en los pacientes, las mismas que causan emociones negativas duraderas en contra de sí mismos o de los que lo rodean.

Esta investigación se realiza en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón en la Unidad de Intervención en Crisis sobre cómo se asocian de las ideas irracionales en la resistencia al tratamiento que presentan los pacientes diagnosticados con depresión.

1.1.2. Formulación del problema

¿Cómo se asocian las ideas irracionales en la resistencia al tratamiento en pacientes con depresión de la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito?

1.2. Preguntas directrices o problemas derivados

- ¿Cuáles son las ideas irracionales que presentan los pacientes con depresión?
- ¿Existe resistencia al tratamiento en pacientes con depresión?
- ¿Qué técnicas de modificación para ideas irracionales se pueden integrar en el desarrollo de un plan psicoterapéutico que permita manejar las resistencias?

1.3. Objetivos

1.3.2. Objetivo General

- Determinar la asociación de las ideas irracionales en la resistencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con depresión de la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón".

1.3.3. Objetivos Específicos

- Identificar las ideas irracionales de los pacientes con depresión.
- Establecer la existencia de la resistencia al tratamiento en pacientes con depresión.
- Determinar la relación entre las ideas irracionales y la resistencia al tratamiento.
- Diseñar un plan psicoterapéutico en base a las ideas irracionales para manejar la resistencia que dificulta el tratamiento.

1.4. Justificación

Debido a las dificultades que se presenta en un proceso de tratamiento en pacientes con depresión, se ha considerado pertinente determinar la asociación de las ideas irracionales y la resistencia que dificulta el tratamiento; ya que, según Ellis, “Las creencias son estructuras cognitivas que se desarrollan a partir de experiencias tempranas del individuo, así como de factores ambientales, culturales y biológicos. (Ellis & Grieger, 1990); siendo esta investigación una contribución en la atención psicoterapéutica que reciben los pacientes en la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito. Al trabajar en las ideas irracionales y los niveles de resistencia que presentan estos pacientes es posible generar insight o conciencia de la enfermedad y con ello lograr resultados positivos en cuanto a su recuperación.

Según la terapia racional – emotiva (RET) y la terapia cognitivo- conductual (CBT) “los clientes que se resisten contraproducente e irracionalmente a seguir los procedimientos terapéuticos y las tareas asignadas, en gran parte lo hacen debido a sus cogniciones o creencias implícitas o explícitas”. (Ellis & Grieger, 1990); por lo que es importante determinar cuáles son las ideas irracionales que están involucradas en el proceso de resistencia. De esta manera la investigación se torna útil si se toman en cuenta los resultados obtenidos con el fin de trabajar sobre las ideas irracionales de los pacientes diagnosticados con depresión, para reducir o eliminar la resistencia, así proporcionar un tratamiento que mejore el estado de salud mental y la calidad de vida del paciente, manteniendo un nivel de satisfacción y equilibrio interno.

“La triada cognitiva de la depresión consta de tres patrones cognitivos principales que induce a los pacientes a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático con una visión negativa”. (Beck, Rush, Shaw, & Gary, 2010, pág. 19); por lo tanto es necesario tratar de mejorar esta problemática en este tipo de población ya que la depresión es muy frecuente en la sociedad.

La finalidad de los resultados de esta investigación es que al identificar las ideas irracionales en los pacientes con depresión, se pueda desarrollar planes terapéuticos más eficientes para abordar esta problemática disminuyendo o eliminando la resistencia al tratamiento, de esta manera obtener resultados óptimos en la recuperación de los pacientes evitando recaídas y mejorando el pronóstico.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigaciones realizadas

En cuanto a estudios previos, no existe ningún trabajo de investigación realizado sobre el tema específico que se propone. Se han realizado varios estudios, de los cuales mencionaremos los más relevantes:

En la Universidad Autónoma de México, se analizó la presencia de ideas irracionales y padecimientos psicológicos en una muestra de 51 hombres perpetradores y 56 mujeres receptoras de violencia de pareja, con edades comprendidas entre los 20 y 67 años, y edad media de 35 años. Las valoraciones fueron hechas considerando el perfil de ideas irracionales, planteadas a partir de la Teoría Racional Emotiva de Albert Ellis y la presencia de padecimientos psicológicos como depresión, ansiedad y estrés postraumático, tanto para perpetradores como para receptoras de forma independiente. Los resultados mostraron que “las mujeres receptoras de violencia presentan más ideas irracionales, siendo las más frecuentes, las asociadas a demandas (perfeccionismo) y ansiedad (baja tolerancia a la frustración), y se correlacionan con la presencia de padecimientos psicológicos como depresión y ansiedad, no así para estrés postraumático”. (Jurado & Rascón, 2011, págs. 83-99)

En la Universidad de Asunción, Paraguay; se realizó una investigación de tipo descriptivo-correlacional que tuvo por objetivo el describir la relación entre las creencias irracionales e indicadores depresivos en estudiantes universitarios. La investigación se realizó con 94 estudiantes del curso de admisión. Los instrumentos aplicados son el Inventario de Creencias Irracionales de Ellis (1962) y el Inventario de Depresión de Beck (1996), para luego establecer la relación existente entre ambas variables. En el Inventario de Beck no se observan diferencias significativas en relación al sexo. En el inventario de

Ellis los valores medios más altos en ambos sexos se hallaron en el patrón 6. (Coppari, 2010, págs. 44-59)

En Madrid – España, García, Álamo y García (2011), realizaron un estudio sobre Antecedentes de la resistencia al cambio: factores individuales y contextuales, el presente trabajo profundiza y amplía el estudio de los factores que determinan la resistencia al cambio de los empleados, incorporando nuevos antecedentes individuales relacionados con la personalidad y contextuales de carácter estructural que, en conjunción con variables relativas a la gestión del proceso de cambio y a sus consecuencias, permiten ofrecer nuevas evidencias. El análisis empírico realizado en una muestra de 143 empleados de 7 organizaciones confirma la influencia que los valores culturales, la implicación en el cambio, los beneficios percibidos y la autoestima ejercen sobre los comportamientos resistentes ante las iniciativas de cambio, pero además se demuestra la capacidad de la autoestima en el trabajo para condicionar el efecto de los valores culturales sobre la resistencia del empleado. Así mismo, se ofrecen implicaciones prácticas de utilidad para los responsables organizativos en relación con la gestión de procesos de cambio. (García, Álamo, & García, 2011, págs. 231- 246)

2.2. Fundamentación teórica

2.2.2. Ideas o creencias irracionales

Definiciones

Las creencias se definen como un constructo hipotético que abarca tres clases distintas de fenómenos cognitivos:

- a) Pensamientos que un individuo está elaborando y de lo que está consciente en un determinado momento.

- b) Pensamiento de lo que el individuo no está consciente.
- c) Creencias abstractas que el individuo mantiene en general. Las personas mantienen no se expresan, pero constituyen el marco de referencia que usan para evaluar o juzgar y así el llegar a conclusiones sobre los que se esperaba de ellos, de los otros y del mundo (esquema cognitivo). Se pueden diferenciar basándose en si reflejan cualidades absolutas e imperativas (irracionales) o cualidades relativas o condiciones (racionales). (Oblitas, 2008, pág. 208)

Calvete y Cardeñoso (citado por Coppari, 2010), definen:

Las creencias son estructuras cognitivas que se desarrollan a partir de experiencias tempranas del individuo así como de factores ambientales, culturales y biológicos. Las creencias pueden entenderse como un marco de referencia o conjunto de reglas que determinan nuestra forma de ser en el mundo, el modo en que evaluamos las situaciones, a los otros y a nosotros mismos, y la forma en que interactuamos con los demás. (pág. 33)

“En definitiva, las creencias racionales conducen a conductas de autoayuda, mientras que las creencias irracionales propician conductas destructivas para la sociedad y el individuo” (Coppari, 2010). De acuerdo con lo expuesto con los autores, las creencias o ideas irracionales son adquiridas en el ser humano desde etapas tempranas, las mismas que influyen en la forma de pensar, sentir y actuar siendo un factor determinante en cada situación presente.

Para Ellis, “la irracionalidad es cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que lleva a consecuencias auto-derrotistas o autodestructivas que interfieran de forma significativa con la supervivencia y felicidad del organismo”. (Navas R, 1981). Al ser la irracionalidad una cognición mal instaurada en el individuo, se producen conductas perjudiciales, destructivas y dañinas para sí mismo.

Características

Almansa (2011), aduce: Las creencias irracionales se caracterizan por:

- A. Ser lógicamente inconsistentes (parten de premisas falsas o resultan de formas incorrectas de razonamiento).
- B. Ser inconsistentes con la realidad (no concordantes con los hechos; distinto a lo observable).
- C. Ser dogmáticas, absolutistas, expresadas con demandas (en vez de preferencias o deseos). Aparecen términos como: necesito, debo, debe, no puedo, jamás, etc. En lugar de: prefiero, es mejor, no me gusta, es peor, etc.

Estas demandas pueden estar dirigidas hacia:

- Uno mismo, ej. "yo debo ser exitoso".
- Hacia los otros, ej. "tú debes escucharme".
- Hacia el mundo en general, ej. "la vida debe ser fácil".

D) Conducir a conductas o emociones inapropiadas o auto-saboteadoras.

E) No ayudar o impedir el logro de los objetivos de la persona. (pág. 6)

Para detectar las creencias o ideas irracionales se debe cumplir con las características mencionados anteriormente, teniendo en cuenta que las mismas pueden llegar a interferir en grados extremos en la vida de la persona, siendo este el eje principal para descubrir la presencia de estos pensamientos irracionales.

Sistema de creencias

De acuerdo a Almansa (2011): El sistema de creencias a las que A. Ellis alude comprende la siguiente gama de cogniciones:

- Observaciones que se limitan a lo observado: "El hombre está caminando".

- Inferencias que incorporan hipótesis o supuestos que pueden ser acertados u erróneos: "El hombre que está caminando, intenta llegar a la oficina, está apurado".
- Evaluaciones preferenciales: "Me gusta dormir la siesta". "Deseo aprobar el examen"
- Evaluaciones demandantes o "debo-perturbadoras:" "Necesito absolutamente dormir la siesta"; "Debo aprobar el examen". (pág. 6). El sistema de creencias que A. Ellis hace referencia está ligado a la forma en como percibimos nuestro entorno y a la manera de inferir el mismo.

Las evaluaciones serán denominadas por Ellis "creencias" y calificadas de "irracionales" las demandantes y de "racionales" las preferenciales. Las evaluaciones demandantes (llamadas por Ellis: creencias irracionales) se caracterizan por su rigidez y total intolerancia a la frustración. Las creencias irracionales también llamadas evaluaciones demandantes, son aquellas que generan conductas y/o emociones disfuncionales que perjudican el bienestar del ser humano. (Ellis A. , 1994, pág. 6). De acuerdo con lo expuesto por Ellis las diferentes ideas o creencias irracionales que se presentan en el individuo, están enfocadas a la visión negativa que se tiene sobre uno mismo, lo demás y hacia el mundo.

Emociones apropiadas e inapropiadas para Albert. Ellis

1. Las emociones negativas inapropiadas son las que:

- a) Nos llevan a experimentar una enorme cantidad de dolor psíquico, sufrimiento y disconformidad, desproporcionado con respecto a la situación.
- b) Nos impulsan a comprometernos en conductas contraproducentes, en contra de nuestros intereses.
- c) Nos impiden desplegar la conducta necesaria para alcanzar nuestras propias metas.
- d) Están asociadas a las "creencias irracionales". (Almansa, 2011, pág. 5)

Las emociones negativas inapropiadas son aquellas que le impiden al individuo a cumplir con sus metas y propósitos, además de generar conductas autodestructivas y perjudiciales hacia sí mismo y el entorno en que se desenvuelve.

2. Las emociones negativas apropiadas son las que:

- a) Nos alertan de que nuestras metas están siendo bloqueadas pero no nos inmovilizan.
- b) Nos impulsan a comprometernos en conductas de auto-superación.
- c) Nos alientan a la ejecución de la conducta necesaria para alcanzar las propias metas.

(Almansa, 2011, págs. 5-6).

Las emociones negativas apropiadas son menos intensas y duraderas que advierten a la persona de pensamientos y emociones contraproducentes, siendo este un motivo para que el ser humano descarte dicha emoción negativa que a la larga influye en su estado emocional.

Clasificación de las ideas irracionales

Según Ellis (citado por Navas, 1981), describe:

(...) 11 creencias irracionales que a su juicio, son las que en específico conducen a los individuos a iniciar y mantener sus perturbaciones emocionales. También nos dice que muchas de las creencias ilógicas son transmitidas culturalmente, aparte de las tendencias innatas hacia este aspecto que poseen los seres humanos; a menudo, a pesar de superar dichas creencias, persiste la tendencia a regresar a patrones de conducta disfuncionales producto del sobreapredizaje de las creencias irracionales y errores del pensar ilógico.
(pág. 78)

Idea Irracional N.º 1

Ellis, Albert (2006) plantea: “La idea de que es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad”.

El creer que uno debe ser aprobado por las personas importantes es irracional por siete razones:

- El exigir que se deba ser aprobado por todos los que a uno le gusten fija un objetivo inalcanzable y perfeccionista.
- Aun cuando no se consiga la aprobación de todos los que consideren importantes, si se necesita de forma extrema su aprobación segura estando preocupado constantemente por el hecho de cuanto le aceptaran o si todavía le dan el visto bueno. Por consiguiente, un grado considerable de ansiedad debe acompañar a la necesidad extrema de ser amado.
- Es imposible, no importa los esfuerzos que se hagan, que uno siempre sea simpático. Suponiendo que se pudiera, en teoría, ganar la aprobación de prácticamente cada persona que se quisiera, habría que gastar mucho tiempo y energía en ellos de forma que quedarían pocas posibilidades para otras actividades provechosas.
- Al intentar de forma incesante el ser aprobado por los demás, invariablemente se llega a ser servil y zalamero, y por consiguiente se abandonan muchas de sus propias necesidades y preferencias, llegando a ser bastante menos autodirectivo.
- Si de forma obligatoria y obsesiva se busca la aprobación de los demás, lo cual se tendrá que hacer si arbitrariamente se ha hecho la definición de que el ser aprobado es más una necesidad que una preferencia, habrá una tendencia de conducirse de forma

tan insegura y molesta para los otros que a menudo terminarían perdiendo su aprobación y respeto y por consiguiente destruirían sus propios objetivos.

- El amar, más que el ser amado, es una actividad de expresión propia creativa y absorbente, pero la necesidad extrema de ser amado tiende más a ser inhibitoria que a apoyar el amor.

Las personas racionales deberían más certeramente luchar por una vida productiva, creativa y de amor. Deberían intentar, no erradicar todos sus deseos de aprobación, sino extirpar las necesidades excesivas y arrolladoras de amor.

- Deberían intentar honestamente ser aprobados en muchos casos por razones prácticas (como el compañerismo o un ascenso profesional) más que (como un niño) buscar el ser amado por «sí mismo», por su « alma inmortal » o por el hecho de aumentar su (falso) propia estima. Comprenderían que la verdadera autoconsideración nunca viene de la aprobación de los demás, sino del cariño a uno mismo y de seguir la mayoría de nuestros propios intereses, independientemente de que los demás lo aprueben o no.
- Deberían, cuando no se es amado o aprobado por los que les gustaría que estuvieran a su lado, admitir que es fastidioso y frustrante, pero abstenerse de creer que es horroroso y catastrófico.
- No deberían ni conformarse, ni rebelarse, sino preguntarse a sí mismo de vez en cuando: « ¿Qué quiero hacer en realidad, en el curso de mi relativamente corta vida? » Más que « ¿Qué creo que les gustaría a los demás que hiciera? ».
- Teniendo en cuenta que es deseable y práctico la aprobación de los demás, se debería intentar hacerlo de forma planificada, inteligente y tranquila. (págs. 60-61)

Idea Irracional N. ° 2

Ellis, Albert (2006) argumenta: “La idea que para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles”.

Mucha gente o la mayoría de ella en nuestra sociedad, creen que si no son muy competentes, suficientes y capaces en todos los aspectos o por lo menos en un aspecto importante, son unos inútiles y pueden muy bien acobardarse o morir. Esta es una idea irracional por varias razones:

- Ningún ser humano puede ser totalmente competente y descartar en todos los aspectos o en la mayor parte de ellos; la mayoría de la gente no destaca de hecho ni en un solo aspecto importante. Pero el exigir que se deba tener éxito es hacerse a uno mismo víctima de la ansiedad y de los sentimientos de inutilidad personal.
- Aunque el tener éxito de forma razonable y el conseguirlo tiene distintas ventajas, la energía necesaria para conseguirlo normalmente genera tensión excesiva e hipertensión y con la aparición de enfermedades psicosomáticas.
- El individuo que tiene la obligación de obtener un éxito clamoroso no solo está desafiándose a sí mismo para comprobar su propio poder, sino que invariablemente se está comportando con los demás y luchando por ser mejor. No tiene sentido el estar comparándose de forma envidiosa con los logros de los demás, puesto que no se tiene ningún control sobre el comportamiento de ellos sino solo sobre el de uno mismo.
- El definir la valía personal en función de los éxitos extrínsecos y el sostener que para ser feliz se debe superar a los demás, significa suscribirse a una filosofía fascista y en absoluto democrática.

- El concentrarse en la creencia de que se debe tener éxito y ser competente a menudo aparta al individuo de un objeto importante que es vivir feliz: es decir, a través de la experimentación hay que descubrir cuáles son los intereses propios más positivos y agradables en la vida, y con decisión.
- La preocupación por el éxito normalmente da como resultado un enorme miedo a probar suerte, o a cometer un error, o a fracasar en ciertas tareas por lo que el miedo tiende a entorpecer de forma sucesiva los éxitos por los que uno está luchando.

Un individuo, en lugar de concentrarse de forma ilógica en su necesidad de tener éxito en todos los problemas y cometidos con que se encuentre en la vida, actuará de forma bastante más razonable si sigue esta trayectoria:

- Debe intentar actuar, más que destruirse a sí mismo en el intento de actuar bien. Debe concentrarse en disfrutar, no solo con el resultado, si no con el proceso de lo que hace.
- Cuando intenta actuar bien, debe hacerlo por su propia satisfacción, más que por agradar o ser mejor que los demás.
- Cuando intenta actuar bien para su propia satisfacción, debe insistir en hacerlo no perfectamente bien ni en luchar por la superación, si no por su propia superación.
- Debe, de vez en cuando, poner en cuestión sus luchas y preguntarse honestamente si está luchando por alcanzar un objetivo en sí, o en alcanzar un objetivo para su propia satisfacción.
- Si quiere actuar bien en cualquier asunto o problema, debe aprender a aceptar sus errores y confusiones en vez de horrorizarse ante ellos e intentar mejorar la situación.

(págs. 62-63)

Idea Irracional N.º 3

Ellis, Albert (2006) refiere: “La idea de que cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad”.

Muchos individuos se sienten alterados, enfadados y rencorosos porque creen que algunas personas por lo general se incluyen ellos mismos de forma especial, son gente mala; que a causa de su maldad actúan de forma inmoral; y que el único medio de impedir que actúen de esa manera es haciéndoles sentir culpables y castigándoles. Estas ideas no son válidas ni racionales porque:

- La idea de que algunas personas son malas o infames viene de la antigua doctrina teológica del libre albedrío, la cual presupone que cada persona tiene la libertad de actuar «correcta» o «erróneamente». Si alguien hace uso del libre «albedrío» en forma «errónea», en un malvado «pecador».
- Cuando las personas actúan de forma que ellos mismo, u otros, consideran «errónea» o «inmoral» parece que lo hacen porque, en análisis final, son demasiado simples, ignorantes o perturbados emocionalmente para evitar el hacerlo. Una «mala» acción no hace una «mala» persona. Lo que existe es una evidencia de una conducta indeseable por parte del individuo que, por su bien y por el de los demás, sería preferible que cambiase.
- Por su carácter biosocial (que incluye su herencia y su aprendizaje), el hombre es un animal falible del que solo se puede esperar errores. No es realista esperar que no sea así y condenarlo por ser como es y por decepcionar las expectativas perfeccionistas de uno.
- En teoría el llamar infame a quien actúa mal y culparle o castigarle por sus actos erróneos (y tal vez antisociales), está basada en la suposición de que la culpa y el

castigo normalmente inducen al ser humano a abandonar, usar un camino erróneo y actuar mucho mejor en el futuro.

- En el campo teórico debemos esperar que el castigar un individuo (en vez de reeducarle de forma objetiva) por actuar mal tendrá efectos muy pobres en el aprendizaje. Si una persona comete un error (tanto por acción como omisión) a causa de su simpleza innata, el hecho de culparle no le hará menos simple ni más inteligente.
- La culpabilidad, la hostilidad y la cólera son casi seguro la causa más importante y sería de la mayoría de las perturbaciones humanas. Si los niños no fueran educados en la filosofía de la culpabilización propia y ajena por errores actuales o posibles, es difícil que llegara a sentirse ansiosos, culpables o deprimidos u hostiles, intolerantes y ostentosos.

En lugar de estar tan preocupados por nuestras malas actuaciones o las de los demás, el individuo racional debe tener en cuenta el siguiente enfoque en los errores de acción u omisión:

- No deberá criticar o culpar a los demás por sus fallos, sino comprender que invariablemente cometen tales actos por simpleza, ignorancia o perturbación emocional.
- Cuando la gente le culpabilice a uno, primero deberá preguntarse si algo ha hecho mal, y si lo ha hecho, intentar mejorar su conducta; pero si no lo ha hecho, comprender que la crítica de la demás gente a menudo es problema de él y representa por su parte algún tipo de defensa o perturbación.
- Deberá intentar entender porque la gente actúa así, hacer un esfuerzo para ver las cosas desde el marco de referencia de ellos cuando creen que están equivocados.

- Deberá intentar comprender que sus propios errores, como de los demás, normalmente son el resultado de la ignorancia o de la perturbación emocional; no debe culparse nunca por ser ignorante, estar perturbado o tener fallos. (págs. 64-66)

Idea Irracional N.º 4

Ellis, Albert (2006) menciona: “La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen”.

Es asombroso ver cómo millones de personas en la tierra se sienten terriblemente abatidas y tristes cuando las cosas no son de la forma que le gustaría que fueran, o cuando el mundo es como es. Pero el que este de forma permanente tan deprimidos o abatidos porque están frustrados es completamente ilógico por muchas razones:

- No hay ninguna razón para creer que las cosas deberían ser de forma diferente a la que son, al margen de lo que es injusta o desafortunada que sea la situación actual de cada uno. El que unas determinadas condiciones o una gente repugnante no nos guste es completamente razonable, pero el llegar a estar seriamente perturbado porque la realidad es la realidad, es absurdo. A veces sería agradable que las cosas fueran de diferente manera, o que tuviéramos lo que esperamos de la vida, en lugar de lo que en realidad tenemos.
- El estar de forma permanente abatidos por una serie de circunstancias dadas no nos ayudará a mejorarlas. Al contrario cuando más abatidos estemos por los aspectos desagradables de la vida, más desorganizados que ineficaces serán nuestros esfuerzos encaminados a mejorar las condiciones de nuestra existencia.
- Cuando las cosas no son como nos gustaría que fueran, cierto que debemos luchar, y a veces con mucha fuerza, para cambiarlas. Pero cuando es imposible cambiarlas, lo que

a menudo ocurre, la única cosa sana que se puede hacer es estar filosóficamente resignados con nuestro destino y aceptar las cosas como son.

- Aunque a primera vista parece bastante plausible la hipótesis de Dollard y Miller de que la frustración lleva inevitablemente a la frustración, un análisis detenido de las pruebas a favor de dicha hipótesis muestra tal como Pastore ha indicado que realmente no es la frustración cuán total sino una actitud subjetiva y moralista hacia dicha frustración la que provoca hostilidad y agresión. Aunque nos veamos frustrados o privados de algo que deseamos, no es necesario que nos sintamos muy desdichados, a no ser que definamos nuestra preferencia como una necesidad extrema.

En lugar de quedarse ilógicamente abatido por las circunstancias frustrantes de la vida o por las injusticias reales o imaginadas del mundo, un ser humano racional puede adoptar las siguientes actitudes:

- Si ciertas circunstancias son intrínsecamente desagradables, lo mejor que puede hacer es afrontarlas con calma e intentar que sean mejores.
- De forma más concreta, podría percibirse su propia tendencia a sentir las inevitables situaciones desafortunadas como catastróficas, diciéndoles: ¡Oh Dios mío! ¡Qué situación más terrible! ¡No puedo soportarla!, cuestionar y desafiar esta tendencia, y transformar sus frases interiorizadas: «es demasiado negativo que las condiciones sean tan frustrantes, pero no me eliminará; y estoy seguro que puedo soportarlos porque son desafortunadas pero no catastróficas».
- Siempre que sea posible, debe intentar sacar al máximo provecho de las situaciones frustrantes, aprender de ellas, aceptarlas como un desafío e integrarlas de forma útil en su vida.
- Cuando se esté fastidiado por sensaciones físicas desagradables, como un dolor de cabeza, se debe hacer lo posible por eliminarlo, y si no se logra erradicar, se debe

poner en práctica alguna forma de distracción. Deberá aceptar sus inevitables irritaciones y enojos, y comprender que no aumentan porque se fuerce a sentirse enfadado cuando está enojado. (págs. 67-69)

Idea Irracional N.º 5

Ellis, Albert (2006) indica: “La idea de que la desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones”.

La mayoría de la gente en nuestra sociedad cree que lo que les hace desgraciados es el resto de la gente y los acontecimientos y que si estas fuerzas externas fueran diferentes ellos no se sentirían tan abatidos. Piensan que no colaborarán en su abatimiento cuando se da alguna mala circunstancia, y no tienen control sobre ellos mismos o sus emociones en estas circunstancias. Esta idea no es válida por varias razones:

- Es imposible que nadie pueda ser perjudicado por ataques verbales o gestos, a menos que se dejen perjudicar o en realidad se perjudiquen ellos mismos. No son las palabras o los gestos lo que hieren, sino las propias actitudes y reacciones ante estos símbolos
- Siempre que se diga «me duele el que mis amigos no sean amables», o «no puedo soportar el que las cosas vayan mal», lo que se está diciendo no tiene sentido. Estas frases no hacen referencia nada significativa y el contenido es totalmente definido. Lo que en realidad se quiere decir es: «Yo soy el causante de mi perturbación cuando me digo a mi mismo el que mis amigos no sean amables es algo terrible» o «que el que las cosas vayan mal es algo horroroso y no puedo soportar este tipo de situación»
- La verdad es que para la mayoría de gente en nuestra sociedad es difícil controlar o cambiar sus emociones, en gran parte porque rara vez lo intentan para obtener así una

cierta práctica; y cuando lo intentan ocasionalmente lo hacen de forma imprecisa, descuidada y torpe.

En lugar de creer erróneamente que las emociones están fuera de todo control, el individuo inteligente e informado reconocerá que la infelicidad en gran parte (aunque no completamente) viene de dentro y su origen es esa misma persona infeliz. Entonces, en relación con sus propias emociones negativas y autodestructivas, se impondrá las siguientes tareas:

- Siempre que considere que se va a sentir muy abatido (distinguiendo del sentimiento de pena por alguna pérdida o de enojo por alguna frustración), enseguida debe reconocer que es el quien está creando esa emoción negativa, por una reacción impensada ante una situación o persona. De forma terminante afrontará el hecho de que es el primer causante y que como él las origina, también puede erradicarlas.
- Después de observar de forma objetiva sus intensas emociones de infelicidad, averiguará el origen de sus frases ilógicas que las están creando y pensará en ellas. Al analizar y cambiar sus propias verbalizaciones de forma radical, podrá transformar y contrarrestar las acciones y emociones autodestructivas por aquellas a las que se estaba imponiendo. (págs. 69-72)

Idea Irracional N. ° 6

Ellis, Albert (2006) menciona: “La idea de que algo es o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra”.

La mayoría de la gente en nuestra sociedad se obstina en creer que si está en peligro o si existe alguna posibilidad de que les acontezca algo que temen, tiene que permanecer

preocupado por ese peligro real o en potencia. Esto es una idea irracional por varias razones:

- En primer lugar, si se está muy preocupado o súper alterado por un asunto posiblemente arriesgado, por lo general la excitación y el nerviosismo es tal que de hecho impide ver de forma objetiva si ese «riesgo» es real o exagerado.
- La ansiedad intensa ante la posibilidad de que un peligro ocurra, con frecuencia impide afrontarlo con eficacia cuando realmente ocurre.
- El preocuparse mucho ante la posibilidad de que algo terrible ocurra, no solo evita que suceda, sino que a menudo contribuye a su aparición.
- El inquietarse por una situación peligrosa por lo general lleva a exagerar las posibilidades de que esto ocurra.
- Por tanto, el preocuparse por hechos inevitables donde determina que las posibilidades de que algo ocurra o disminuya, y además no solo se parecen las desventajas de los hechos temidos si no que dan lugar a otras adicionales y a veces mucho más castrantes, que son las de estar preocupados por algo mucho tiempo antes de que ocurra de verdad.
- Por lo tanto el dramatizar sobre los posibles resultados de una enfermedad o un mal no conduce a nada aun cuando hay bastantes posibilidades de que este mal aparezca. Un ser humano racional, en lugar de perjudicarse así mismo siendo exageradamente temeroso, deberá adoptar una serie de actitudes antes los posibles obstáculos y peligros que le pueden aparecer en su vida:
- Deberá comprender que la mayoría de las preocupaciones no las causan los peligros externos, si no que el origen es que se esté diciendo así mismo: « ¿No sería terrible si esto tan peligroso ocurre? » «seria espantoso que pasara esto y no pudiera hacerlo frente de forma conveniente»

- Deberá enseñarse a sí mismo que sus miedos irracionales no le ayudan a evitar los peligros, de hecho a menudo los aumentan y normalmente lo que hacen es debilitar y frustrar mucho más que los temibles sucesos que le hacen sentir tanto miedo.
- Debe comprender que muchos o la mayoría de sus miedos no son más que formas encubiertas de miedos a lo que los demás piensan de él; debe cuestionarse y desafiar constantemente esta clase de temores y darse cuenta de lo tonto que es por lo general.
- Deberá de vez en cuando hacer las cosas que más miedo le dan, como hablar en público, expresar sus puntos de vista a un superior o defender sus derechos- para demostrarse a sí mismo que no hay nada intrínsecamente negativo en ello.
- No deberá alarmarse porque miedos que ya se habían superado aparezcan de nuevo de forma temporal, pero deberá trabajar para erradicarlos una vez más, afrontándolos claramente y pensando en ellos, hasta que hay pocas posibilidades o ninguna de que la vuelvan afectar. (págs. 72-74)

Idea Irracional N. ° 7

Ellis, Albert (2006) plasma: “La idea de que es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida”.

Mucha gente siente que es mucho más simple hacer solo lo que es «fácil» o «natural» lo que es intrínsecamente agradable, y evitar las dificultades y responsabilidades. Las ideas de que esta gente es falsa en distintos aspectos.

La idea de que exista una forma fácil de resolver las dificultades solo se considera en relación con el momento exacto de la decisión, pero no se tienen en cuenta los muchos problemas y malestares que engendra. El «placer» del momento puede dar como resultado horas, días e incluso años de infelicidad.

- Aunque el esfuerzo que se necesita para evitar una decisión o una dificultad con frecuencia parece que es fácil de llevarlo a cabo y no tiene consecuencias, en realidad es arduo y largo, ya que se pasan literalmente muchas horas de tortura y debate con uno mismo. Y el malestar que esto crea es diez veces mayor que el que uno se imagina que puede existir si de verdad se compromete en ello.
- La confianza en uno mismo, en un último análisis, surge de ser algo, y nunca de evitarlo. Estamos seguros de que podemos hacer algo en el futuro esencialmente lo hemos hecho ya en el pasado y en el presente y hemos tenido algunos éxitos. Por consiguiente, si alguien puede en gran parte de su vida evitar problemas difíciles y responsabilidades, es probable que consiga una vida «más fácil», pero casi seguro que paralelamente la existencia será muy insegura
- Mucha gente supone que una vida fácil, evasiva y sin responsabilidades es algo muy valioso. En definitiva la vida es actividad, movimiento, experiencia, creatividad; y los seres humanos no conocen ciertos tipos de satisfacción muy importantes cuando se centra en evitar aspectos de la vida y sugerentes.

En lugar de evitar muchos retos, dificultades y responsabilidades de la vida, el individuo racional puede muy bien seguir estos puntos:

- Se debe imponer la disciplina de realizar las tareas necesarias después de haberse convencido de forma lógica que son necesarias, de forzarse literalmente a realizarlas y terminarlas lo más pronto posible.
- Si rechaza el enfrentarse a ciertos problemas y responsabilidades de la vida, no debe aceptar como un hecho la idea de que es indolente «por naturaleza» o «de forma biológica», sino que debe suponer que detrás de cada rechazo existe toda una cadena de frases que indican una falta de ansiedad o rebeldía

- Pero si intentará ayudar a sus actividades disciplinadas, si es necesario planificando esquemas, imponiéndose metas razonables y logros intermedios.
- Deberá aceptar de forma filosófica que cuanto más razonable y desafiante sea su vida, y más problemas tenga que resolver, posiblemente sea más interesante, sobre todo visto a largo plazo. (págs. 74-76)

Idea Irracional N. ° 8

Ellis, Albert (2006) manifiesta: “La idea de que se debe depender de los demás y que se necesita alguien más fuerte en quien confiar”.

Aunque en teoría aprobamos la libertad y la independencia en nuestra sociedad, muchos de nosotros creen que debemos depender de nosotros y que necesitamos alguien más fuerte en quien confiar. Esta es una idea irracional por varias razones:

- Aunque es verdad que nosotros somos algo dependientes de los demás en esta sociedad tan compleja, sin embargo no hay razón para que esta dependencia se maximice y literalmente se exija que los demás elijan o piensen por nosotros. Seamos colaboradores, pero no serviles.
- Cuando más se confía en los demás, más seguro es que en un primero o último análisis, se dejen muchas cosas que se querían hacer en la vida, y se elijan cosas, forzando por la necesidad extrema, que los demás quieren que uno haga. La dependencia esta inversamente relacionada con el individualismo y la independencia.
- Cuando más se confía en que sean los demás lo que les guíen a uno y les ayuden hacer cosas, menos tenderá hacerlas por sí mismo y como consecuencia a aprender de ellas. La dependencia, es un círculo vicioso, conduce a disminuir la confianza y aumentar la ansiedad. El ser dependiente configura una idea del autoestima y la segura que nunca termina y nunca se encuentra.

- Cuando se depende de los demás, se pone uno mismo a merced de ellos, y por consiguiente a merced de fuerzas externas que por lo general no se pueden controlar.

En lugar de luchar por depender de otras personas, el individuo racional deberá hacer todo lo que pueda por sostenerse con sus dos pies y pensar y actuar como crea conveniente.

Algunos objetivos concretos por lo que puede luchar en relación con este aspecto son:

- Deberá aceptar el hecho de que estará solo en este mundo, y que no es necesariamente terrible el apoyarse uno mismo y ser responsable de sus decisiones.
- Debe comprender muy claramente que nunca es algo terrible el fracasar en la consecución de un objetivo, que los seres humanos secamente con su valía como ser humano.
- No debe, de forma rebelde y defensiva rechazar cualquier ayuda de los demás, para probarlo «fuerte» que y como puede valérselas por sí mismo el solo; a veces se debe buscar y aceptar la «ayuda» de los demás, cuando es realmente necesaria. (págs. 76, 77)

Idea Irracional N. ° 9

Ellis, Albert (2006) argumenta: “La idea de que la historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que ocurrió alguna vez y que le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente”.

Mucha gente cree y actúa partiendo de la base de que algo que en alguna ocasión afectó en su vida de forma significativa, o le fue útil en un momento dado de su existencia, debe de seguir siendo así para siempre. Esto es irracional por varias razones:

- Si alguien se permite una influencia excesiva de su historia pasada, está cayendo en el error lógico de la súper generalización, ya que presuponen que cuando una cosa es verdad en alguna circunstancia, es verdad en todas las circunstancias.

- Por lo general existen distintas alternativas para cualquier problema que tienen diferentes grados de perfección y eficacia. Cuanto más influenciados estén por las soluciones utilizadas con éxito en el pasado, menos probable es que se puedan buscar otras alternativas mejores y posibles para resolver los problemas actuales.
- Las llamadas influencias del pasado pueden ser utilizadas como una poderosa excusa para evitar un cambio en el presente. Esta utilización del pasado como excusa para no resolver los problemas en el presente normalmente conduce al ciclo más viciado de perturbación emocional.
- Exagerando la importancia de los años de formación, se tiende a utilizar la frase cierta: «ya que en mi infancia aprendí hacer las cosas de forma neurótica, ahora me resulta muy difícil cambiar», pero sé cómo se sustituye el final de forma no legítima «... me resulta imposible cambiar, por lo tanto puedo renunciar a resolver mi problema y seguir neurótico sin ningún tipo de esperanza»

En lugar de sobre valorar la importancia del pasado y actuar de acuerdo a lo que los psicoanalistas llaman las relaciones de transferencia, el individuo racional debe asumir los siguientes tipos de actitudes:

- Puede aceptar el hecho de que el pasado es importante y estar seguro de la influencia significativa de sus experiencias pasadas en muchos aspectos. Pero debes saber también que su presente del pasado del mañana y que esforzándose en transformarlo, puede conseguir que el mañana sea diferente, y presumiblemente más satisfactorio que el hoy.
- En lugar de continuar haciendo cosas de forma automática en el presente, porque antes lo hacía así, puede parar y pensar en el hecho de repetir sus actos pasados. Cuando se encuentre muy agarrado por alguna influencia pasada que considere que es perniciosa, debe luchar de forma enérgica y persistente en dos niveles, el verbal y el activo:

haciéndose propaganda negativa sobre la importancia de continuar actuando como antes, y forzándose a cambiar su conducta en situaciones apropiadas.

- En lugar de rebelarse con rencor contra todas y la mayoría de las influencias pasadas, debe valorar, cuestionar, desafiar y rebelarse sólo contra aquellas ideas adquiridas que son claramente perjudiciales en el momento actual. (págs. 78-79)

Idea Irracional N.º 10

Ellis, Albert (2006) plantea: “La idea de que uno debería sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones en los demás”.

Muchas personas consideran que lo que otra gente hace o cree es lo más importante para sus vidas, y que por tanto deben estar claramente preocupados por los problemas de las perturbaciones de ellos. Esta idea es falsa en varios aspectos:

- Los problemas del resto de la gente con frecuencia tienen un poco o nada que ver con nosotros y no hay ninguna razón por la que debamos sentirnos muy preocupados, cuando sean diferentes a nosotros o no estamos de acuerdo con su forma de actuar.
- Aun cuando las personas están tan perturbadas que hagan cosas que nos molestan o nos hieren, la mayoría de nuestros enojos no provienen de sus conductas, sino de la idea de injusticia que se percibe tras su forma de actuar.
- Cuando nos disgustamos por la conducta de los demás, suponemos que tenemos un gran poder sobre ellos, y que el hecho de disgustarnos mejorará de forma mágica su conducta, pero por supuesto que no será así.
- Aun cuando inducimos a los demás a cambiar porque estamos molestos por sus actos, pagamos un alto precio por la creación de nuestra propia perturbación. Pero para la mayoría, el estar terriblemente perturbado por la conducta de otros no les ayuda ni a ellos mismos ni a los demás.

- El disgustarse por la forma de conducirse de otras personas, a menudo favorece el que se deje de lado lo que debería ser preocupación principal, es decir la forma en que nos comportamos y las cosas que hacemos.

En lugar de sentirnos molestos cuando la gente actúa de forma negativa o hacer cosas que nos gustaría que no se hiciera, haríamos mucho mejor si adoptamos las siguientes actitudes en este orden:

- Debemos preguntarnos si realmente merecen la pena preocuparse por la conducta de los demás, desde el punto de vista de ellos y de nuestros propios, y debemos interesarnos sólo cuando nos preocupen lo suficiente, cuando pensemos que les podemos ayudar a cambiar o que nuestra ayuda puede ser útil al intervenir en el asunto.
- Cuando aquellos por los que definitivamente nos preocupemos estén actuando mal, no debemos de preocuparnos demasiado por su conducta, sino que de forma objetiva y tranquila intentar hacerles ver sus errores y ayudarles con cariño en sus obstáculos y dificultades
- Si no podemos eliminar la conducta autodestructiva y enojosa de los demás, debemos al menos intentar no estar enojados nosotros por ello y renunciar a la idea de mejorar una situación mala. (págs. 79-81)

Idea Irracional N. ° 11

Ellis, Albert (2006) menciona: “La idea de que invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe”.

Millones de hombres y mujeres de hoy en día consideran que deben tener soluciones perfectas y seguras a los problemas que les acosa, y que si tienen que vivir un mundo de

imperfecciones e inseguridades de seguro que no podrán sobrevivir felizmente. Esta búsqueda de la seguridad, el control absoluto y la verdad perfecta es muy racional en varios aspectos:

- Por lo que se sabe, no existe ni seguridad, ni perfección ni verdad absoluta en el mundo. Ya que las cosas son así y que la búsqueda de seguridad sólo origina expectativas falsas y ansiedad en conexión con estas expectativas, la única cosa sana que se puede hacer es aceptar la realidad, no la no cometer nunca la estupidez de decir que se debe conocer la realidad totalmente, o que se tiene que controlarla, o que deben existir soluciones perfectas a todos sus problemas.
- Si una persona insiste que sería catastrófico que no pudiera resolver sus problemas de forma inmediata, entonces, por su insistencia, y cómo ésta solución perfecta e inmediata no es posible, le ocurriría algo catastrófico (como un intenso estado de pánico desesperanzada ineficacia).
- El perfeccionismo, por lo general, limitan las posibles soluciones a los problemas e induce a resolverlos de forma mucho menos «perfecta» que si no se fuera perfeccionista.

En lugar de insistir que debe haber una solución perfecta y rápida para un problema dado y que tiene que existir un control seguro y total ante las necesidades de su vida, sería mucho mejor para un ser humano que intenta resolver sus problemas de esta manera:

- Cuando se enfrente a un problema importante en su vida, deberá primero pensar en varias soluciones posibles y elegir, de éstas alternativas, la que sea más práctica y factible, en lugar de la que sea perfecta.
- Deberá aceptar el hecho de que las decisiones y los planes límites por lo general (aunque no siempre) son inadecuados y no son factibles y deberá considerar los puntos

de vista moderados y las apreciaciones intermedias que subyacen en esa decisión extrema que está meditando.

- Sabiendo que por lo general que los humanos aprenden a base de intentos y de equivocaciones, deberá estar deseando experimentar, hacer distintos planes y ver si funcionan y seguir buscando y experimentando nuevas posibles soluciones a sus problemas. (págs. 81-82)

Según lo expuesto por Ellis, el ser humano desde que nace adquiere ideas o creencias irracionales en el ambiente que se desarrolla, las mismas que a la larga desencadenan estados emocionales negativos, por tanto el contexto cultural, social y familiar son factores influyentes para el mantenimiento y aparición de las ideas irracionales.

2.2.3. Resistencia al tratamiento

Definiciones

Resistencia

La resistencia puede definirse como falta o rechazo al rol determinado por la estructura terapéutica. De éste modo la resistencia puede variar de acuerdo al encuadre del terapeuta. Algunas formas, sin embargo, son comunes a todos los encuadres (faltar a las sesiones, llegar tarde, descreer de la terapia o del terapeuta, entre otros). (Chappa & Dowd, 2008, pág. 210)

Turkat y Meyer (citado por Ellis & Grieger, 1990) define:

La resistencia es la conducta del cliente que el terapeuta etiqueta como antiterapéutica, ya que es simple y comprensiva; y, como sus autores sugieren, pueden también ser operativizada para cada experiencia individual del cliente y verse como esa forma

específica de conducta que es observada cuando este cliente particular actúa no terapéuticamente de acuerdo a su terapeuta en estas situaciones particulares. (pág. 262).

Resistencia al tratamiento

Rechazo o renuencia por parte de un individuo a aceptar un tratamiento psicológico o médico, o falta de disposición para obedecer las instrucciones o los regímenes prescritos por el terapeuta o médico. En la psicoterapia es una falta de una respuesta positiva por parte de un cliente a las técnicas utilizadas, o ruptura en la ALIANZA TERAPÉUTICA, al parecer del cliente, que exige el empleo de otras estrategias o esfuerzos para reparar la alianza por parte del terapeuta (...) (Viveros, 2010, pág. 446). La resistencia se genera tanto por el paciente como por el terapeuta, la misma que no permite avanzar y continuar con el encuadre preestablecido.

Formas comunes de resistencia

Ellis (1990), expone algunas de las clases estadísticamente comunes de resistencia que los terapeutas encuentran:

a) Resistencia “saludable”

Desde una perspectiva racional-emotiva, los clientes que se resisten por razones saludables se están diciendo a sí mismos explícita o implícitamente creencias racionales (Cr) tales como, “Mi terapeuta está probablemente equivocado sobre si tengo este síntoma o sobre los orígenes del mismo. ¡Es demasiado malo! Será mejor ignorar sus interpretaciones y quizá ir a otro terapeuta”. En la teoría ABC de la RET, en A (suceso activador) los clientes experimentan las interpretaciones e instrucciones de su terapeuta. En B (el sistema de creencias), los clientes se dicen a sí mismos las creencias racionales notadas, y en C (Consecuencias emocionales y conductuales) se sienten adecuadamente apenados acerca de las malas percepciones de su terapeuta acerca de sus perturbaciones y

se resisten activamente a estas percepción en estos casos, y se «resiste» a hacer un tratamiento eficaz, es ¡su terapeuta! (Ellis & Grieger, 1990, pág. 263)

b) Resistencia motivada por un mal emparejamiento cliente - terapeuta

Ellis & Grieger (1990) manifiestan:

Los clientes a veces están mal emparejados “de forma natural” con sus terapeutas, esto es, dirigir la elección o ser asignado a un terapeuta que no les gusta, por cualquier cosa. De esta forma, pueden tener un terapeuta que, sus gustos o preferencias idiosincráticas, es demasiado joven o demasiado viejo, demasiado liberal o demasiado conservador, demasiado masculino o demasiado femenino, demasiado activo o demasiado pasivo. Debido a este mal emparejamiento, no tienen demasiado rapport con su terapeuta y por lo tanto se resisten, más de lo que se resistirían con un terapeuta más preferible. (págs. 263-264).

c) Resistencia resultante de las perturbaciones transferenciales de los clientes

De acuerdo a Ellis “En la RET, adoptamos la postura de que estas relaciones transferenciales perturbadas a veces pero no necesariamente ocurren y que, cuando suceden, están generalmente precipitadas por algunas creencias irracionales (Ci)”. “Siempre y cuando tengan lugar relaciones transferenciales perturbadas en la terapia, los practicantes racional emotivos buscarán las creencias irracionales (Ci) que están detrás de estas ideas, y en consecuencia enseñándoles cómo superar estas clases de resistencias de relación”. (Ellis & Grieger, 1990, págs. 264-265)

d) Resistencias causadas por los problemas de relación de los terapeutas

Los terapeutas, como los clientes, también tienen a veces sus dificultades en las relaciones. Estas pueden ser de tres tipos principalmente: (1) Naturalmente a los terapeutas

puede que no les guste alguno de sus clientes, particularmente aquellos que son desagradables, estúpidos, antipáticos, y todo tipo de personas poco atractivas. (2) Los terapeutas pueden tener lo que los psicoanalistas llaman severas dificultades contra transferenciales y pueden por lo tanto ser intolerantes con sus clientes. (3) Los terapeutas puede que no tengan sentimientos negativos personales hacia sus clientes pero pueden ser insensibles a los sentimientos de estos clientes y pueden no saber cómo mantener buenas relaciones terapéuticas con ellos. (Ellis & Grieger, 1990, pág. 264)

Si los terapeutas son víctimas de contratransferencia y son negativos con los clientes debido a sus propios problemas e intolerancias, estos pueden ser resueltos buscando o debatiendo las creencias irracionales (Ci) que están creando sus prejuicios. (Ellis & Grieger, 1990, pág. 265)

e) Resistencia relativa a las actitudes moralistas de los terapeutas

Además de las resistencias relativas al terapeuta ya mencionado, un rasgo común que muchos terapeutas poseen y que les bloquea para ayudar a sus clientes es su moralismo: la profunda tendencia a condenarse a sí mismos y a otros por actos malos o estúpidos. Incluso aunque pertenecen a la profesión de ayuda, frecuentemente creen que sus clientes perturbados seriamente no deberían, no tienen que ser de la forma en que son, especialmente cuando estos clientes abusan de sus terapeutas, son impuntuales, se niegan a pagar su factura, y cualquier otra forma de comportamiento detestable o antisocial. Muchos terapeutas por lo tanto abierta o solapadamente condenan a sus clientes por sus actos erróneos y consecuentemente ayudan a estos clientes a condenarse a sí mismos y llegar a estar más, en vez de menos, perturbados. Naturalmente muchos de tales clientes se resisten a menudo a la terapia. (Ellis & Grieger, 1990, págs. 265-266)

f) Resistencia por miedo a revelarse

Ellis & Grieger (1990), indican:

Una de las formas más comunes de resistencia procede del miedo de revelación de los clientes. Encuentran incómodo hablar de sí mismos libremente o confesar pensamientos, sentimientos, y acciones que ven como vergonzosas. Por lo tanto se resisten a abrirse en terapia y descubrir el origen de alguna de las cosas que encuentran más molestas.

La RET mantiene que los clientes se resisten a la terapia porque tienen miedo de revelar pensamientos “vergonzosos” de sí mismos, generalmente lo hacen así porque son bastante conscientes de estos sentimientos o tienen más bajo su nivel de consciencia (Ellis & Grieger, 1990, pág. 267)

g) Resistencia creada por miedo a la incomodidad

Probablemente la clase más común y más fuerte de resistencia en la terapia es la motivada por la baja tolerancia a la frustración o lo que la RET llama ansiedad perturbadora.

En la RET esta importante forma de resistencia se atribuye al hedonismo a corto plazo, las demandas miopes de los clientes que alcanzan el placer del momento incluso aunque esto puede frustrarles a largo plazo. Las principales creencias irracionales que conducen a la baja tolerancia a la frustración (BTF) o ansiedad perturbadora son “Es demasiado duro cambiar, y no debería ser tan duro! Es horrible que tenga que pasar penas para conseguir ganancias terapéuticas” “No puedo tolerar la incomodidad de hacer mi tarea, incluso aunque estoy de acuerdo con mi terapeuta en que es deseable para mí hacerlo”. “El mundo es un lugar horrible cuando me fuerza a trabajar tan duro para cambiar” “La vida debería ser más fácil que eso”. (Ellis & Grieger, 1990, pág. 268)

h) Resistencia de la ganancia secundaria

Ellis & Grieger, (2006), mencionan:

Al usar el análisis de la RET, a menudo encontramos que la resistencia por las ganancias secundarias es estimulada por diversas Creencias Irracionales. Al usar la RET, mostramos a los clientes como debatir y vencer estas Creencias Irracionales y de este modo ser capaces de lograr la mayor recompensa. (pág. 269)

i) Resistencia procedente de sentimientos de desesperanza

Turkat & Meyer, 1982 (citado por Ellis, 2006), indican: “Un número considerable de clientes parecen resistirse al cambio porque sienten fuertemente que no tienen esperanza de modificar su conducta perturbada, que ellos están desesperados y no pueden cambiar”. (pág. 269)

Los pensamientos y los sentimientos acerca de la desesperanza del estado de perturbación de uno son parte de lo que la RET llama los síntomas secundarios de la perturbación. Como ha señalado en otra parte estos síntomas secundarios tienden a validar la teoría de la RET o la teoría cognitivo conductual de la neurosis. Sobre el nivel de la perturbación primaria, la gente desea lograr sus metas (tales como éxito y aprobación), fallar en hacerlo así, y en vez de concluir sanamente, habría sido bonito conseguir lo que quería pero ¡no pudo ser! Lo intentaré de nuevo la próxima vez, irracionalmente concluyen, ¡Debería haber conseguido éxito y aprobación y ya que no pude hacer lo que debía hacer es horrible y estoy condenado a no ser bueno como persona! (Ellis & Grieger, 1990, págs. 269-270)

j) Resistencia motivada por el auto-castigo

Asumiendo que esta clase de resistencia existe, se supone que procede de estas creencias irracionales: Ya que he cometido actos tan viles, lo que de ningún modo debería

haber hecho, soy un individuo totalmente inútil que merece sufrir. Por consiguiente merezco estar continuamente perturbado y no haré ningún esfuerzo real para usar la terapia para ayudarme a mí mismo. Si los clientes tienen estas ideas activamente, la RET más apropiada sería mostrarles cómo combatir sus creencias irracionales CI. (Ellis & Grieger, 1990, pág. 270)

k) Resistencia motivada por miedo al cambio o miedo al éxito

Ellis & Grieger (2006) plantea:

Cuando los clientes se resisten a la psicoterapia, porque tienen miedo al cambio o al éxito, la RET busca sus Ci, tales como, No debo dejar mis síntomas, ya que el cambio sería demasiado incómodo y no puedo aguantar tal cambio!” “No puedo cambiar mi conducta neurótica y hacerlo mejor en la vida porque eso sería demasiado arriesgado. Podría encontrar un gran fracaso más adelante, cuando no debo; por eso sería horrible! Estas y otras Ci similares que subyacen en el miedo al cambio o al éxito son relevadas y eliminadas durante la terapia racional emotiva, para así minimizar esta clase de resistencia al cambio. (págs. 270-271)

l) Resistencia motivada por oposicionismo y rebelión

Cuando los clientes se resisten a la terapia debido a su oposición, la RET busca sus creencias irracionales, tales como «Tengo que controlar mi destino totalmente; e incluso aunque mi terapeuta esté solo a mi lado y esté trabajando duro para ayudarme, no debo permitirle que me diga lo que tengo que hacer”. “Es horrible si soy dirigido por mi terapeuta” “No puedo soportarlo”. Debería tener perfecta libertad para hacer lo que me gusta, incluso si mis síntomas me están matando”. La RET revela y ayuda a los clientes a romper sus Ci, y también selectivamente hace uso de la intención paradójica. (Ellis & Grieger, 1990, pág. 271)

Indicadores para reconocer la Resistencia

1. Paciente con alto nivel de resistencia

- a) Tiene problemas para entender o seguir directivas.
- b) No es abierto a nuevas experiencias.
- c) Es pasivo - agresivo.
- d) No cumple con citados compromisos.
- e) Cree que el terapeuta está tratando de aprovecharse de él.
- f) Permanece obstinadamente en una misma posición.
- g) Se enoja abiertamente con el terapeuta.
- h) No cumple con las tareas asignadas.
- i) Con frecuencia es litigante.
- j) Es rencoroso.
- k) Necesita mantener un grado importante de autonomía.
- l) Se resiste a la influencia externa.
- m) Rechazan las interpretaciones del terapeuta.
- n) Expresa un tipo de resistencia ansiosa. (Mussi, 2006, pág. 87)

2. Paciente con bajo nivel de resistencia

- a) Acuerda rápidamente con la realización de las tareas asignadas para el hogar.
- b) Siguen las directivas terapéuticas.
- c) Aceptan las interpretaciones del terapeuta.
- d) Tolera los eventos que están fuera de su control.
- e) Busca directividad en el terapeuta.
- f) Es sumiso a la autoridad.

g) Adopta una postura no defensiva y abierta a la experiencia. (Mussi, 2006, págs. 87, 88)

2.2.4. Depresión

Definición

Coppari (2010) define:

Conjunto de síntomas tanto fisiológicos como cognitivos y conductuales. La depresión puede ser interpretada como una alteración de la capacidad para captar, sentir y manifestar afectos. En los casos más severos de depresión puede haber una completa transformación de la realidad y sentimientos increíblemente irracionales relacionados con ideas de pecado, culpa y enfermedad. (pág. 34). La depresión es un trastorno mental que afecta a toda clase de persona sin importar la edad, sexo y/o condición social; manifestándose de diferente forma en cada individuo de la manera en cómo se interpreta los hechos de la vida.

Además la depresión es un trastorno de tipo emocional que se muestra como un estado de infelicidad y abatimiento, que puede tratarse de algo situacional o quedar fijado de forma estable y permanente. Beck definió depresión como “un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos.” (Coppari, 2010, págs. 34-35). La depresión se centra fundamentalmente en la afectación de diferentes áreas tales como: conductual, afectiva, cognitiva y fisiológica, siendo característico el estado de ánimo bajo, sentimientos de minusvalía e incapacidad, visión negativa y pesimista del futuro, sentimientos de culpa, entre otros.

Prevalencia

Las depresiones son tan prevalentes en la población general (3% a 5%) y tan comunes en la consulta médica (12,2% al 25% de todos los pacientes), que es imposible que los psiquiatras puedan tratar adecuadamente a todas las personas que las sufren. Más aún, según Watts solo un 0,2% de los pacientes deprimidos consulta al psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acude a la consulta médica (Zarragoitía, 2011, pág. 12)

Criterios Diagnósticos

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos, y los más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación. Su importancia radica en la utilización de criterios diagnósticos homogéneos entre los diferentes profesionales.

Tabla N° 1 Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
D. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos
• Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
• Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
• Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual
• Empeoramiento matutino del humor depresivo
• Presencia de enlentecimiento motor o agitación

- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
- Notable disminución del interés sexual

Fuente: OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor, en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos) (Tablas 2 y 3). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad y el episodio debe durar al menos dos semanas.

Tabla N° 2 Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

<p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas • El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. ▪ Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. • 3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad
<p>C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad ▪ Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada ▪ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida

- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso

D. Puede haber o no síndrome Somático*

Episodio depresivo leve: Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo

Fuente: OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.

Esta guía de práctica clínica asume la clasificación y definiciones de depresión recogidas en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE 1032 con los códigos F32 (episodios depresivos) y F33 (trastorno depresivo recurrente) y por la American Psychiatric Association (DSMIV) 33, con los códigos 296.2X (trastorno depresivo) y 296.3X (trastorno depresivo recidivante).

2.2.5. Técnicas de reestructuración cognitiva para modificar las ideas irracionales para pacientes diagnosticados con depresión

1. Flecha descendente

Según Nezu, Nezu y Lombardo (2011), argumentan:

La técnica de flecha descendente es una útil herramienta adicional a la reestructuración cognitiva, de manera específica, esta técnica contribuye a identificar la interpretación de los pensamientos intrusivos, al desafiar las suposiciones del paciente y destacar las consecuencias de los pensamientos desadaptativas. (pág. 162)

2. Resolución de problemas

Nezu et al. (2011), mencionan:

La terapia de resolución de problemas ofrece entrenamiento en un modelo sistemático de resolución de problemas cotidianos para mejorar la capacidad de afrontar situaciones estresantes.

El estilo de resolución de problemas se refiere a las actividades cognitivo- conductuales básicas que emprende la gente, cuando intenta enfrentar problemas en su vida diaria. Se identifican tres estilos; el primero de ellos es la solución racional de problemas, y es un estilo adaptativo que implica la aplicación sistemática y planteada de diversas habilidades. (pág. 293)

3. Autorregistro

El autorregistro de Ellis incluye situación activadora; cogniciones; consecuencias emocionales y conductuales; y –durante el tratamiento– evaluación de las cogniciones; y efectos cognitivos, emocionales y conductuales de esta evaluación. (Ellis A. , 1994)

4. Técnica del semáforo

Proponen el semáforo como metáfora orientada a la promoción de estrategias de resolución de problemas en situaciones conflictivas. Cuando te enojas piensas en la luz roja. Ahí paras. Pasas luego a la luz amarilla. Ahí piensas tres alternativas. Recién cuando las tengas puedes pasar a luz verde. Ese es el momento de actuar. (Kendall & Braswell, 1993). Esta técnica está especialmente indicada para la enseñanza del Autocontrol de las Emociones Negativas: ira, impulsividad, agresividad, etc.

5. Desensibilización del autocontrol

Según Nezu et al (2011), mencionan:

La desensibilización de autocontrol es una variante de la desensibilización sistemática, procedimiento de reducción de ansiedad que implica que un individuo bien relajado imagine una serie gradual de situaciones cada vez más angustiantes. Esta técnica primero enseña al individuo a cobrar mayor conciencia de sus grados de ansiedad mediante la escala SUDS. De forma similar a la exposición imaginaria, el terapeuta lee en voz alta una serie de situaciones que provocan cada vez más ansiedad y que fueron previamente identificadas como pertinentes para un paciente determinado. (pág. 295)

6. Entrenamiento de habilidades sociales/asertividad

Según Nezu et al. (2011), refieren:

Las “habilidades sociales” son un concepto amplio que abarca una gran variedad de habilidades y competencias necesarias para interactuar bien con los demás.

Aquí entran las habilidades de asertividad, comunicación, no verbales (p. ej., evitar el contacto visual *versus* mantenerlo), de conversación, para salir en una cita, etc. (...). Si son eficaces, es probable que las habilidades sociales sean las responsables del éxito

académico, laboral y social del individuo; por otra parte, cuando son deficientes llegan a ser causa de una amplia variedad de problemas de angustia y psicológicos.

Las deficiencias de estas habilidades pueden ser una función de falta de conocimientos; carencia de destreza; falta de motivación; y ausencia de discriminación (es decir, una persona es incapaz de determinar las condiciones en las que ciertos comportamientos son adecuados o inadecuados). (págs. 296, 297)

2.3. Hipótesis

Las ideas irracionales asociadas a la resistencia dificultan el tratamiento en los pacientes con depresión del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito.

2.4. Variables

2.4.2. Variable Independiente

- Ideas irracionales

2.4.3. Variable Dependiente

- Resistencia al tratamiento

2.5. Definiciones de términos básicos

1. Ansiedad: “Emoción que se caracteriza por la aprensión y síntomas somáticos de tensión en que un individuo anticipa un peligro, catástrofe o desgracia inminente”. (Viveros, 2010, pág. 32)

2. Cognición: “Toda forma de conocimiento y conciencia, como en la percepción, pensamiento, recuerdo, razonamiento, juicio, imaginación y resolución de problemas. Junto con el afecto y la conación, es uno de los tres componentes de la mente tradicionalmente identificados”. (Viveros, 2010, pág. 84)

3. **Dependencia:** Estado en que se espera intuitivamente o se busca activamente la ayuda de otros para recibir apoyo emocional o financiero, protección, seguridad o cuidado diario. La persona dependiente se apoya en los demás para recibir orientación, tomar decisiones y recibir cuidado. (Viveros, 2010, pág. 126)
4. **Emoción negativa:** “Reacción emocional desagradable, a menudo perturbadora, que expresa un AFECTO NEGATIVO. LA emoción negativa no conduce al progreso en la consecución de las metas propias”. (Viveros, 2010, pág. 165)
5. **Insight:** “En psicoterapia, tener consciencia de las fuentes subyacentes de la dificultad emocional, cognitiva o conductual en uno mismo o en otra persona”. (Viveros, 2010, pág. 269)
6. **Intervención en crisis:** Uso breve, paliativo más que específicamente curativo, de la psicoterapia u orientación para ayudar a individuos, familias y grupos que han pasado por una experiencia sumamente perturbadora, como un duelo o un desastre inesperado. Intervención psicológica proporcionada en una base de emergencia, en el corto plazo, para individuos que experimentan crisis de salud mental, como intento de suicidio. (Viveros, 2010)
7. **Recuperación:** “Es el periodo durante el cual el individuo manifiesta un progreso constante en términos de una restauración mensurable de las capacidades, habilidades y funciones después de una enfermedad o lesión, proceso de recobrar o localizar información almacenada en la memoria”. (Viveros, 2010, pág. 435)
8. **Psicoterapia:** Cualquier servicio psicológico que ofrece un profesional capacitado que utiliza principalmente formas de comunicación e interacción para evaluar, diagnosticar y tratar las reacciones emocionales, las formas de pensamiento y los patrones de comportamiento disfuncionales de un individuo, una familia o grupo. (Viveros, 2010, pág. 418)

9. Tratamiento: “Aplicación de medidas apropiadas que se diseñan para aliviar una condición patológica”. (Viveros, 2010, pág. 551)

CAPÍTULO

III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es cuantitativa porque las variables se pueden medir en su nivel de existencia, no experimental ya que no se realizará ninguna manipulación sobre las variables, se las estudiará en su contexto normal y diario; en el que se identificará las ideas irracionales y el nivel de resistencia al tratamiento que presentan los pacientes con depresión de la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito.

3.2. Tipo de investigación

3.2.1. De campo: Es una investigación de campo ya que el estudio se realizará en la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Quito, lugar en el cual se aplicará los diferentes métodos de estudio para cumplir los objetivos planteados.

3.2.2. Transversal: La investigación se realizará en un periodo determinado, Abril – Septiembre 2016.

3.3. El nivel de la investigación

3.3.1. Nivel descriptivo

La investigación se basa en el nivel descriptivo, ya que podremos identificar mediante la aplicación de baterías psicológicas como: El Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso la presencia de ideas irracionales y a través de la encuesta medir el nivel de resistencia al tratamiento de los pacientes con depresión.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

Para llevar a cabo nuestra investigación se toma como población a 20 pacientes diagnosticados con depresión de la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito, período abril – septiembre 2016.

3.4.2. Muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra no se utilizó ninguna fórmula estadística, ya que se trabajó con la misma población de 20 pacientes diagnosticados con depresión, internados durante el período abril- septiembre 2016 en la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito, además se realizó criterios de inclusión propuestas por los investigadores.

Los criterios de inclusión son los siguientes:

3.5. Criterios de inclusión

- Pacientes de la Unidad de Intervención en Crisis.
- Pacientes que aceptaron formar parte de esta investigación, y firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes con episodio depresivo moderado y grave, trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado y grave sin síntomas psicóticos.

3.6. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

3.6.1. Método

Método inductivo: La presente investigación está basada en el método inductivo ya que se parte de la observación de los hechos de que las ideas irracionales pueden estar

asociadas a la resistencia al tratamiento, y de la aplicación de reactivos psicológicos al grupo poblacional bajo estudio, seguido de un análisis para finalizar con una generalización a partir de lo obtenido.

3.6.2. Técnicas

Observación clínica: Esta técnica ayuda a observar las diferentes reacciones y manifestaciones del estado de ánimo de los pacientes con depresión de la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito.

Reactivo Psicológico: Es un instrumento estandarizado y validado que se utiliza para medir o evaluar característica o rasgos psicológicos de los individuos.

3.6.3. Instrumentos

Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso (1999): Este instrumento fue desarrollado por Calvete y Cardeñoso (1999) para evaluar 10 ideas irracionales. Consta de 56 ítems con seis opciones de respuesta: TD: Totalmente en desacuerdo, BD: Bastante en desacuerdo, AD: Algo en desacuerdo, AA: Algo de acuerdo, BD: Bastante de acuerdo, TD: Totalmente de acuerdo. Con las formas de evaluación de la escala de Likert. Las ideas irracionales que se incluyen en este instrumento son: necesidad de aprobación por parte de los demás (idea irracional 1), altas auto expectativas (idea irracional 2), culpabilización (idea irracional 3), intolerancia a la frustración (idea irracional 4), preocupación y ansiedad (idea irracional 6), irresponsabilidad emocional (idea irracional 5), evitación de problemas (idea irracional 7), dependencia (idea irracional 8), indefensión (idea irracional 9) y perfeccionismo (idea irracional 11).

Encuesta de Resistencia al Tratamiento: Esta encuesta está diseñada para medir el nivel de resistencia que presentan los pacientes, la misma que consta de 10 preguntas con respuestas de selección siempre, frecuentemente, a veces y nunca; con una puntuación de 0 a 3 puntos en preguntas inversas (1, 2, 10) y preguntas directas (3, 4, 5, 6, 7, 8,9).

CAPÍTULO

IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Test de creencias irracionales

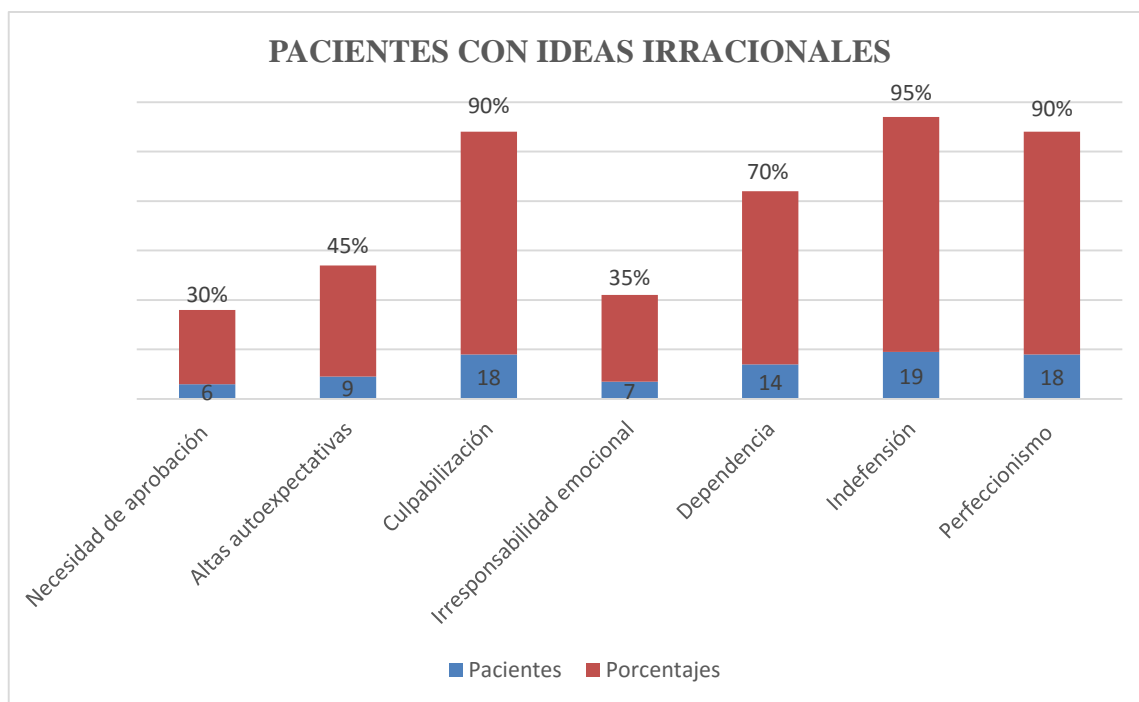
Tabla N° 3 Resultados del test de creencias Irracionales en los pacientes

Creencias Irracionales	Pacientes	Porcentajes
Necesidad de Aprobación	6	30%
Altas auto expectativas	9	45%
Culpabilización	18	90%
Irresponsabilidad Emocional	7	35%
Dependencia	14	70%
Indefensión	19	95%
Perfeccionismo	18	90%

Fuente: Pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, De Quito

Elaborado Por: Cecilia Villashagñay, Vizuete Helen

Gráfico N° 1 Pacientes con ideas irracionales



Fuente: Pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, De Quito

Elaborado Por: Villashagñay Cecilia, Vizuete Helen.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

ANÁLISIS

Luego de haber aplicado el Test de Creencias Irracionales a 20 pacientes con depresión, se obtiene los siguientes resultados:

El 95 % que corresponde a 19 pacientes presentan la idea irracional de indefensión que corresponde a la idea irracional “la historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que ocurrió alguna vez y que le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente”.

El 90 % que corresponde a 18 pacientes presentan culpabilización que corresponde a la idea irracional “cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad”.

El 90% que corresponde a 18 pacientes presentan perfeccionismo que corresponde a la idea irracional “invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe”.

El 70% que comprende a 14 pacientes presentan dependencia que corresponde a la idea irracional “se debe depender de los demás y se necesita alguien más fuerte en quien confiar”.

El 45% que comprende a 9 pacientes presentan altas auto expectativas que corresponde a la idea irracional para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles”.

El 35% que comprende a 7 pacientes presentan irresponsabilidad emocional que corresponde a la idea irracional “la desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones”.

El 30% que comprende a 6 pacientes presentan necesidad de aprobación que corresponde a la idea irracional “es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad”.

INTERPRETACIÓN

El 95% de los pacientes presentan la idea irracional de que “la historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que ocurrió alguna vez y que le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente”; por tanto la gente cree y actúa partiendo de que el pasado se puede utilizar como excusa para evitar enfrentarse a los cambios en el presente, exagerando la importancia de su pasado.

El 90% de los pacientes presentan la idea irracional de que “cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad”; sintiéndose alterados, enfadados y rencorosos porque creen que algunas personas incluyéndose ellos mismos, son gente mala, que a causa de su maldad actúan de forma inmoral y para impedir esta situación es haciéndoles sentir culpables y castigándoles, la misma que conlleva a un conflicto personal o social.

El 90% de los pacientes presentan la idea irracional de que “invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe”; por tanto consideran que deben tener soluciones perfectas y seguras a los problemas que les acosa, y que si tienen que vivir un mundo de imperfecciones e inseguridades de seguro que no podrán sobrevivir felizmente.

El 70% de los pacientes presentan la idea irracional “se debe depender de los demás y se necesita alguien más fuerte en quien confiar”; estas personas permiten que los demás elijan o piensen por ellos, actuando así por decisión de otros; esta situación influye en su confianza y autoestima.

El 45% de los pacientes presentan la idea que “para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles”; por tanto estas personas son muy exigentes consigo mismas para conseguir el éxito total, el cual les conduce al fracaso y a cometer errores, generando conflicto con otros, estrés y enfermedades psicosomáticas.

El 35% de los pacientes presenta la idea irracional “la desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones”, las personas tienden a sobrevalorar los acontecimientos y comentarios de los demás, perdiendo el control sobre ellos mismos o sus emociones en estas circunstancias.

El 30 % de los pacientes presenta la idea irracional “es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad”; el exigir ser aprobado por los demás fija un objetivo inalcanzable y perfeccionista, lo que provoca preocupación e inseguridad dejando de lado sus propias necesidades.

4.2. Encuesta de resistencia al tratamiento

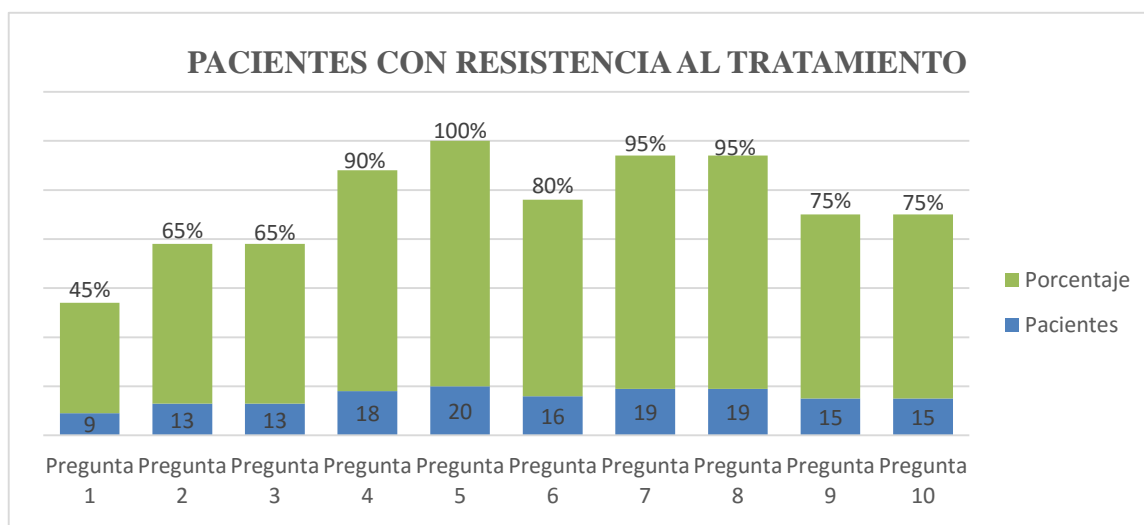
Tabla N° 4 *Resultados de la encuesta de Resistencia al Tratamiento*

PREGUNTAS	PACIENTES	PORCENTAJE
1. ¿Cree usted que las personas con problemas emocionales deberían acudir a un profesional de la salud mental?	9	45%
2. ¿Le importa a usted lo que le sucede?	12	60%
3. ¿Cree usted que es más susceptible que el resto de personas respecto a algunos temas cuando se le pregunta?	13	65%
4. ¿Cree usted que los demás deben resolver sus problemas personales?	18	90%
5. ¿Cree usted que a las personas les molesta mucho pensar en hacer cambios en su vida?	20	100%
6. ¿Ha pensado usted alguna vez que nadie se preocupa mucho por lo que le sucede?	16	80%
7. ¿A usted le cuesta mucho trabajo hablar de situaciones desagradables que le ha pasado?	19	95%
8. ¿Cuándo las cosas le van mal, se da por vencido/a fácilmente?	19	95%
9. ¿Siente usted que nadie le comprende?	15	75%
10. ¿Cree que para usted es mejor hablar de sus problemas y preocupaciones con alguien, que tomar calmantes?	15	75%

Fuente: Pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, De Quito

Elaborado Por: Villashagñay Cecilia, Vizuete Helen.

Gráfico N° 2 Resultados del nivel de Resistencia al Tratamiento



Fuente: Pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, De Quito

Elaborado Por: Villashagñay Cecilia, Vizuete Helen.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

ANÁLISIS

De los 20 pacientes encuestados, se obtiene los siguientes resultados:

El 100% de los pacientes con depresión les molesta hacer cambios en su vida.

El 95% de los pacientes con depresión muestran resistencia para hablar de situaciones desagradables que le ha pasado.

El 95% de los pacientes con depresión se dan por vencidos/as fácilmente cuando las cosas les va mal.

El 90% de los pacientes con depresión creen que los demás deben resolver sus problemas personales.

El 80% de los pacientes con depresión piensan que nadie se preocupa mucho por lo que les sucede.

El 75% de los pacientes con depresión sienten que nadie les comprende.

El 75% de los pacientes creen que es mejor tomar calmantes que hablar de sus problemas y preocupaciones con alguien.

El 65% de los pacientes no les importa lo que les sucede.

El 65% de los pacientes son más susceptibles que el resto de personas respecto a algunos temas cuando se le pregunta.

El 45% de los pacientes creen que las personas con problemas emocionales no deben acudir a un profesional de la salud mental.

INTERPRETACIÓN

El 100% de los pacientes les molesta hacer cambios en su vida, la misma que puede estar motivada por miedo al cambio, al futuro o al éxito lo que provoca dificultad en el proceso de tratamiento. Estas personas no desean experimentar cambios porque se sienten seguros con su situación y prefieren continuar con la incomodidad que genera su sintomatología.

El 95% de los pacientes muestran resistencia a hablar de situaciones desagradables que le ha pasado, reservándose sus problemas en lugar de expresarlo con profesionales de la salud por vergüenza, temor a ser juzgados o etiquetados, debido a estas circunstancias presentan dificultad en recibir un tratamiento psicoterapéutico.

El 95% de los pacientes se dan por vencidos/as fácilmente cuando las cosas les va mal, este tipo de personas se resisten cuando no han logrado alcanzar sus objetivos y metas propuestas en un tiempo deseado, por tanto consideran que no tienen esperanza de modificar su conducta dejando de lado todo tipo de ayuda que le brinda el profesional de la salud mental y sus familiares.

El 90% de los pacientes creen que los demás deben resolver sus problemas personales, esta resistencia es un indicador de inseguridad y dependencia, ocasionando que los demás

piensen y tomen decisiones por ellos; estos pacientes delegan la responsabilidad a otras personas.

El 80% de los pacientes piensan que nadie se preocupa mucho por lo que les sucede, estas personas consideran que los demás ven sus problemas como algo insignificante sin darle demasiada importancia a su estado de salud, lo que impide su desenvolvimiento durante el proceso psicoterapéutico.

El 75% de los pacientes sienten que nadie les comprende, esta situación puede reflejarse en los problemas de relación terapeuta- paciente y familiares, lo que interfiere en el tratamiento y por ende dificulta la recuperación.

El 75% de los pacientes creen que es mejor tomar calmantes que hablar de sus problemas y preocupaciones con alguien; estos pacientes no prefieren hablar de sus problemas con un profesional de la salud por temor a ser juzgados, etiquetados; lo que interfiere en el tratamiento y su recuperación.

El 65% de los pacientes no les importa lo que les sucede, ya que desde su punto de vista consideran que su problema de salud mental es algo temporal e insignificante por tal motivo realizan actos sabotadores que dificultan el proceso de tratamiento y por ende su recuperación.

El 65% de los pacientes se muestran más susceptibles que el resto de personas respecto a algunos temas cuando se le pregunta, caracterizándose por ser personas inseguras que prefieren evitar situaciones que les causan malestar emocional.

El 45% de los pacientes creen que las personas con problemas emocionales no deben acudir a un profesional de la salud mental, por tanto estas personas son propensas a resistirse al proceso de tratamiento debido a que no tienen conciencia de su enfermedad; además por la estigmatización que existe en cuanto a la atención que brindan los profesionales de la salud mental.

4.3. Relación de variables

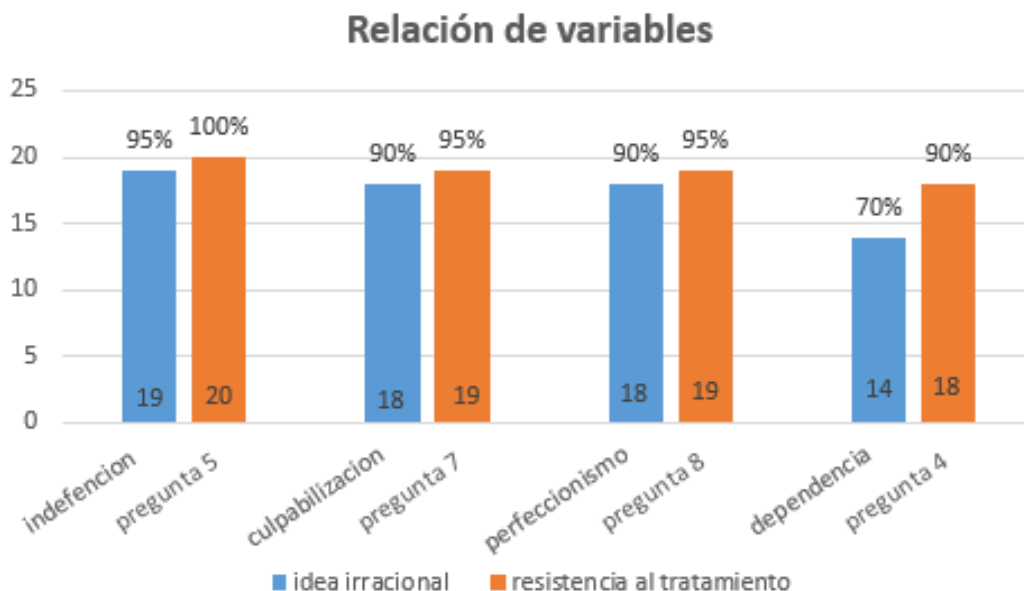
Tabla N° 5 Resultados de la relación entre las ideas irracionales y la resistencia al tratamiento.

Idea irracional	Pacientes	Porcentaje	Resistencia al tratamiento	Pacientes	Porcentaje
Indefensión	19	95%	Pregunta 5 Les molesta mucho pensar en hacer cambios en su vida	20	100%
Culpabilización	18	90%	Pregunta 7 Les cuesta mucho trabajo hablar de situaciones desagradables que le ha pasado	19	95%
Perfeccionismo	18	90%	Pregunta 8 Cuándo las cosas le van mal, se da por vencido/a fácilmente.	19	95%
Dependencia	14	70%	Pregunta 4 Cree usted que los demás deben resolver sus problemas personales.	18	90%

Fuente: Pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, De Quito

Elaborado Por: Villashagñay Cecilia, Vizuete Helen

Gráfico N° 3 *Resultados de la relación entre las ideas irracionales y la resistencia al tratamiento*



Fuente: Pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, De Quito
Elaborado Por: Villashagñay Cecilia, Vizúete Helen

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

ANÁLISIS

Luego de haber aplicado el Test de Creencias Irracionales y la encuesta de Resistencia al Tratamiento a 20 pacientes de la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” diagnosticados con depresión, se obtiene los siguientes resultados:

El 95% que corresponde a 19 pacientes presentan la idea irracional de indefensión que se relaciona con el 100% que comprende a 20 pacientes que muestran resistencia al tratamiento por que les molesta mucho pensar en hacer cambios en su vida.

El 90% que pertenece a 18 pacientes presentan la idea irracional de culpabilización que están asociadas al 95% que representa a 19 pacientes que muestran resistencia al

tratamiento porque les cuesta mucho trabajo hablar de situaciones desagradables que le ha pasado.

El 90% que comprende a 18 pacientes presentan la idea irracional de perfeccionismo que está relacionado al 95% que pertenece a 19 pacientes que muestran resistencia al tratamiento en que cuando las cosas le van mal se dan por vencidos/as fácilmente.

El 70% que corresponde a 14 pacientes presentan la idea irracional de dependencia, las mismas que están asociadas al 90% que representa a 18 pacientes que se resisten al tratamiento porque creen que los demás deben resolver sus problemas personales.

INTERPRETACIÓN

El 95 % de pacientes que presentan la idea irracional “la historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que ocurrió alguna vez y que le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente” muestran resistencia al tratamiento en un 100% por que les molesta mucho pensar en hacer cambios en su vida; estas personas tienden a utilizar su pasado como una excusa para enfrentarse a los cambios en el presente, de esta manera no intentan buscar alternativas a sus problemas.

El 90% de pacientes con la idea irracional “cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad” se resisten al tratamiento en un 95% porque les cuesta mucho trabajo hablar de situaciones desagradables que le ha pasado; estas personas se sienten culpables por los actos cometidos contra ellos mismos u otras personas, por lo que prefieren callar sus problemas manteniendo su conflicto emocional y no hacen ningún esfuerzo para ayudarse a sí mismos.

El 90% de pacientes presentan la idea irracional “invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no

se encuentra sobreviene la catástrofe” que está relacionada al 95% de resistencia al tratamiento ya que cuándo las cosas le van mal se dan por vencidos/as fácilmente; estas personas prefieren no arriesgarse por miedo al cambio o al fracaso, además tienen miedo que al menor error pueden experimentar un malestar emocional más fuerte lo que les impiden cumplir con sus objetivos durante el proceso terapéutico.

El 70% de pacientes presentan la idea irracional “se debe depender de los demás y se necesita alguien más fuerte en quien confiar”, las mismas que están asociadas a la resistencia al tratamiento en un 90% porque creen que los demás deben resolver sus problemas personales; estas personas se caracterizan por ser inseguras y tener baja autoestima, esto se ve reflejado durante el tratamiento terapéutico en la dificultad que muestran al tomar sus propias decisiones y no adoptar una postura adecuada ante los problemas.

La presencia de ideas irracionales y resistencia al tratamiento que presentan estos pacientes, es un factor que influye en el tratamiento antes, durante y después de un proceso terapéutico; siendo las ideas irracionales el marco de referencia en la forma de pensar, sentir y actuar, lo que afecta la salud mental de las personas que presentan dichas ideas y por ende su recuperación. Teniendo en cuenta lo que manifiesta Ellis y Grieger (1990) “Los clientes que se resisten contraproducente e irracionalmente a seguir los procedimientos terapéuticos y las tareas asignadas, en gran parte lo hacen debido a sus cogniciones o creencias implícitas o explícitas”.

4.4. Comprobación de la hipótesis

A través de la aplicación de instrumentos de recolección de datos sobre las ideas irracionales y la encuesta de resistencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con depresión de la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito, se obtiene los siguientes resultados en pacientes que presentan ideas irracionales: un 95% indefensión, el 90% culpabilización, el 90% perfeccionismo y el 70% dependencia; las mismas que están asociadas a un nivel alto de resistencia al tratamiento en hacer cambios en su vida, les cuesta mucho trabajo hablar de situaciones desagradables que le ha pasado, cuando las cosas le van mal se dan por vencidos/as fácilmente y creen que los demás deben resolver sus problemas personales. Por tanto podemos constatar a través de los resultados obtenidos que la presencia de las ideas irracionales se encuentran asociadas en la resistencia al tratamiento en este tipo de población. Finalmente la hipótesis central de esta investigación es comprobada.

CAPÍTULO V

5. LINEAMIENTO ALTERNATIVO

5.1. Modelo de intervención psicológica para pacientes diagnosticados con depresión que presentan ideas irracionales

El modelo de intervención psicológica está dirigido a los pacientes diagnosticados con depresión en la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito que presentan ideas irracionales asociadas a la resistencia al tratamiento, este plan psicoterapéutico está enfocado en la corriente cognitiva-conductual, el mismo que tiene como objetivo disminuir la resistencia al tratamiento que se genera por la ideas irracionales con la finalidad de evitar recaídas, logrando que el paciente pueda identificar y modificar sus ideas irracionales, las mismas que le conducen a emociones y conductas negativas.

Idea irracional		
“La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que le ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente”.		
Técnica	Objetivo	Descripción
Flecha descendente	Identificar la interpretación de los pensamientos intrusivos.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué no puede dejar su pasado? • ¿Por qué piensa que su pasado le afecta en su vida actual? • ¿Qué le impide dejar su pasado? • ¿Qué le molesta de su pasado? • ¿Cómo se sentiría si deja su pasado? • ¿Qué es lo que debe hacer para dejar de lado su pasado?

<p>Resolución de problemas</p>	<p>Lograr que los pacientes identifiquen los medios efectivos para sobrellevar y resolver los problemas que surgen en la vida cotidiana.</p>	<p>El modelo de solución de problemas, según Nezu et al. consta de las siguientes fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación del problema: ¿Por qué considera usted que su problema actual tiene que ver con su pasado? 2. Formulación y definición del problema: Recabar información sobre el problemas, ej. ¿quién o quienes están implicados en el problema?, ¿qué fue lo que sucedió?, ¿cuándo y dónde sucedió?, ¿por qué sucedió?, ¿cómo reaccionó ante este problema? ¿qué es lo que puede hacer realmente al respecto? 3. Elaboración de soluciones alternativas: Solicitar al paciente que genere varias alternativas a su problema. 4. Toma de decisiones: ¿conseguiré solucionar mi problema con esta alternativa?, ¿qué efecto genera sobre mí y los demás?, ¿qué sucederá a corto y largo plazo?, ¿cuánto tiempo y esfuerzo me llevara dejar mi pasado para enfocarme en el presente?, ¿es viable la solución que voy a tomar? 5. Ejecución de la solución y verificación: el paciente pondrá en práctica las soluciones planteadas, deberá estar atento a los cambios que se van produciendo, además de realizar una evaluación de los resultados esperados y finalmente deberá realizar un refuerzo

		positivo para sí mismo.
Autorregistro	Elaborar un autorregistro para que el paciente pueda reconocer el papel que juegan sus pensamientos negativos en lo que siente y lo que hace.	<p>Explicarle al paciente en que consiste el autorregistro a través de ejemplos de situaciones de su vida, para que pueda identificar, reconocer la emoción que experimento en ese momento y cuál fue su conducta al respecto; posteriormente se solicita que genere alternativas ante esa situación.</p> <p>A continuación se le pide que realice la misma actividad con otra situación, para verificar si ha sido comprendida; para que finalmente pueda realizar solo.</p>
Idea irracional		
“Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad”.		
Técnica	Objetivo	Descripción
Flecha descendente	Identificar la interpretación de los pensamientos intrusivos referentes a la idea irracional que presenta.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué cree que la gente es vil, malvada e infame? • ¿Y qué pasaría si alguien piensa eso de usted? • ¿Por qué piensa que la gente debe ser castigada? • ¿Qué actos cometen estas personas para que los considere de esa manera? • ¿Cómo se considera usted como persona?
Autorregistro	Identificar, analizar y buscar	<p>Solicitar al paciente que registre:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Hora ii. Situación

	alternativas ante las irracionalidades de sus pensamientos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Emoción. 2. Pensamientos ante esa situación 3. La conducta que se genera 4. Cuáles son las alternativas racionales.
Autocontrol/ Técnica del semáforo	Desarrollar el autocontrol de las emociones negativas ante situaciones problemáticas.	<p>Solicitar al paciente que asocie los colores del semáforo con las emociones y la conducta que experimenta en situaciones problemáticas:</p> <p>Rojo: Detenerse antes de obrar - Atención del entorno - toma de conciencia focalizada.</p> <p>Amarillo: Prepararse (fase de Introspección). Analizar la información y planificar un plan de acción.</p> <p>Verde: Pasar - revisar el plan una vez más- Acción - Decisión final - Implementación (obrar).</p>
Idea irracional		
“Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe”.		
Técnica	Objetivo	Descripción
Flecha descendente	Identificar la interpretación de los pensamientos intrusivos.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Si este pensamiento fuera verdad, qué supondría para usted? • Supongamos que esto fuera cierto ¿Qué habría de malo en ello? • Supongamos que esto fuera cierto ¿Qué es lo peor que podría pasar si eso no se diera? • Supongamos que esto fuera cierto ¿Qué sucedería entonces? • Supongamos que esto fuera cierto ¿En que afectaría a usted?

Resolución de problemas	Motivar al paciente a enfrentar los problemas y a tomar decisiones de forma asertiva.	El modelo de solución de problemas según D´Zurilla Goldfried (1971): 1. Orientación del problema. 2. Definición y formulación del problema 3. Propuestas de alternativas 4. Toma de decisiones 5. Llevar el plan a la práctica y comprobar resultados
Desensibilización de autocontrol	Entrenar al paciente en habilidades de afrontamiento.	Para realizar esta técnica es recomendable que el paciente se encuentre relajado, posteriormente se le indica que imagine una escena de las menos provocadoras de ansiedad; cuando siente angustia, el terapeuta le indica que practique de nuevo la autorrelajación. Dicho proceso continúa hasta que la situación deje de provocar ansiedad. Después se avanza en la jerarquía de situaciones.
Idea irracional		
“Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar”.		
Técnica	Objetivo	Descripción
Flecha descendente	Identificar la interpretación de los pensamientos intrusivos.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Haces lo que realmente te propones? • ¿Antepones los deseos de los demás ante los tuyos? • ¿Qué es lo que realmente haces al tomar una decisión? • Si esto fuera verdad ¿Qué es lo sucedería? • Si esto fuera verdad ¿Cómo te sentirías?
		Se le pedirá al sujeto que escriba en fichas una serie de frases racionales que le

<p>Autocontrol/ auto instrucciones</p>	<p>Modificar las autoverbalizaciones que el paciente realiza ante cualquier problema, sustituyéndolas por otras, para afrontar una situación de manera positiva.</p>	<p>sirvan para contrarrestar sus pensamientos irracionales, que las lea varias veces al día para memorizarlas, y que se las diga cada vez que se enfrente a las situaciones que le generen emociones y/o conductas desadaptadas. Ej. ¿Qué es lo que tengo que hacer?, ¿cómo puedo hacerlo?, lo estoy haciendo bastante bien, si cometo un error puedo continuar.</p>
<p>Entrenamiento de habilidades sociales/asertividad (role playing)</p>	<p>Desarrollar interacciones más satisfactorias en las diferentes áreas sociales de la vida del paciente.</p>	<p>El psicólogo adopta el papel de paciente creando escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se va introduciendo alternativas para su puesta en práctica sobre las decisiones (alternativas) que tomaría en situaciones diferentes.</p>

CAPÍTULO

VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- Se pudo concluir que las ideas irracionales más relevantes en los pacientes con depresión de la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito son: “la historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que le ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente”, “cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad”, “invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe”, “se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar”; estas ideas irracionales son determinantes en la vida de la persona , las mismas que interfieren en el estado emocional de los pacientes, en su tratamiento y recuperación, generando conductas autoderrotistas y autosaboteadoras en contra de sí mismos y los demás. Las personas que presentan estas ideas irracionales tienen una visión negativa a exagerar los hechos o acontecimientos de su vida, lo que impide que cumplan con sus objetivos planteados.
- Mediante la observación clínica y aplicación de la encuesta de resistencia al tratamiento en los pacientes con depresión de la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito en el período Abril- Septiembre 2016, se pudo identificar que los indicadores de resistencia al tratamiento que presentan estos pacientes se refleja en un nivel alto porque: les molesta mucho pensar en hacer cambios en su vida, les cuesta mucho trabajo hablar de situaciones desagradables que le ha pasado, cuando las cosas le van mal se dan por vencidos/as fácilmente y creen que los demás deben resolver sus problemas personales; estas

formas de resistencias interfieren en la aceptación y colaboración durante el tratamiento provocando que el paciente se oponga a las recomendaciones, sugerencias o modificaciones de su sentimientos o pensamientos que realiza el terapeuta, la resistencia se ve reflejada a través de conductas negativas como: el no cumplir con las normas preestablecidas por el terapeuta, es pasivo-agresivo, no realiza las tareas asignadas, se enoja fácilmente, tiene dificultad para expresar su malestar emocional, entre otras.

- A través de los datos estadísticos obtenidos en la investigación se puede concluir que en la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito en el período Abril- Septiembre 2016, los pacientes con depresión que presentan ideas irracionales en un alto porcentaje en: indefensión está relacionada a la resistencia al tratamiento debido a que les molesta mucho pensar en hacer cambios en su vida; culpabilización que está asociada a la resistencia al tratamiento porque les cuesta mucho trabajo hablar de situaciones desagradables que le ha pasado; perfeccionismo que está relacionada a la resistencia al tratamiento porque cuándo las cosas le van mal se dan por vencidos/as fácilmente; y dependencia que está asociada a la resistencia al tratamiento ya que creen que los demás deben resolver sus problemas personales. La presencia de las ideas irracionales mencionadas con anterioridad intervienen en el proceso terapéutico en la aceptación o rechazo de un tratamiento.
- El plan psicoterapéutico está enfocado a la contribución con el trabajo que brindan los profesionales de la salud mental a pacientes con depresión de la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito, el mismo que está diseñado a identificar y modificar las ideas irracionales para disminuir el nivel de resistencia al tratamiento que presenta esta población.

6.2. Recomendaciones

- Se recomienda a los profesionales de la salud mental de la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito, considerar las ideas irracionales 9, 3, 11 y 8, porque son las más frecuentes en los pacientes con depresión que ingresan a esta unidad; lo que ayudaría a disminuir el nivel de resistencia antes, durante y después de un tratamiento.
- Para manejar las diferentes formas de resistencia al tratamiento porque: les molesta mucho pensar en hacer cambios en su vida, les cuesta mucho trabajo hablar de situaciones desagradables que le ha pasado, cuando las cosas le van mal se dan por vencidos/as fácilmente y creen que los demás deben resolver sus problemas personales; se sugiere a los profesionales de la salud mental de la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito, primero abordar las ideas irracionales, ya que por motivo de sus pensamientos erróneos no siguen el tratamiento de manera adecuada.
- Se recomienda aplicar los instrumentos utilizados en la investigación a los pacientes con depresión para identificar la presencia de ideas irracionales y el nivel de resistencia al tratamiento.
- Se sugiere a los profesionales de la salud mental que conforman la Unidad de Intervención en Crisis del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito la aplicación del plan psicoterapéutico planteado, el mismo que contribuye a disminuir la presencia de las ideas irracionales en pacientes con depresión para manejar la resistencia al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Albarran, A., & Macías, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray. *Investigación en Salud, IX(2)*, 118-124. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14290206>
- Almansa, C. (2011). *Las doce creencias irracionales que sustentan la neurosis*. Sedibac.
- Bastidas, G. (2012). *Definición y relación de la Fisiatría y la Psiquiatría*. Ambato: UTA.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. . Bilbao. : Desclée de Brouwer.
- Chappa, H., & Dowd, T. (2008). Influencia de la Reactancia Comportamental en la Interrupción Prematura del Tratamiento. *REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA, Vol. XVII(3)*, 209-214. Obtenido de http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/429/racp_xvii_3_pp209_214.pdf
- Coppari, N. (2010). Relación entre Creencias Irracionales e Indicadores Depresivos en Estudiantes Universitarios. Asunción: Universidad Católica.
- D'Zurilla, T. y. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal Abnormal Psychology*, 117-126.
- Dialnet. (2004). *Dialnet-Conceptos Irracionales Prototípicos De La Depresión Una*. Obtenido de <http://Dialnet-ConceptosIrracionalesPrototipicosDeLaDepresionUnaA-4865238.pdf>
- Ellis, A. (1994). Obtenido de <http://www.cat-barcelona.com/pdf/filosofia/aellis2.pdf>

- Ellis, A. (2006). *RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA*. Bilbao: DESCLÉE DE BROWER.
- Ellis, A. (2006). *RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA* (7 ed.). España, Madrid: DESCLÉE DE BROWER.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual De Terapia Racional- Emotiva* (Vol. Volumen 2). Bilbao, España: DESCLÉE DE BROWER.
- García, A., Álamo, F., & García, F. (2011). Antecedentes de la resistencia al cambio: factores individuales y contextuales. *Asociación Científica de Economía y Dirección de Empresas*, 14(4), 231-246. Obtenido de file:///C:/Users/Home/Desktop/80722239003.pdf
- Guzmán Grados, P. (2012). *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Obtenido de cybertesis.unmsm.edu.pe:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3302/1/Guzman_gp.pdf
- Jacobson, E. (1948). *Relajación Progresiva*. Chicago.
- Jurado, G., & Rascón, M. (2011). IDEAS IRRACIONALES Y PADECIMIENTOS PSICOLÓGICOS: ANÁLISIS EN PERPETRADORES Y RECEPTORAS DE VIOLENCIA DE PAREJA. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 11, 83- 99.
- Kendall, P., & Braswell, L. (1993). *Cognitive-Behavioural Therapy for Impulsive Children*.
- Lankton, C., & Lankton, S. (1989). *Tales on Enchantment: Goal-Oriented Metaphors for Adults an Children in*. New York: Brunner Maze.
- Monzón, S. (2012). EL TRABAJO DE LAS RESISTENCIAS DESDE LA PSICOTERAPIA PSICODRAMÁTICA BIPERSONAL. *1*(1), 124-130. Obtenido

de

http://www.revistapsicoterapiaypsicodrama.org/archivos/Anterior01/9_Compartir_Exp_clinica_el_trabajo_de_las_resistencias.pdf

Mussi, C. (2006). ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES TERAPEÚTICAS. En *COMO MEJORAR LOS RESULTADOS EN PSICOTERAPIA*. Buenos Aires: POSADAS-MISIONES.

Navas R, J. (1981). *Revista Latinoamericana de Psicología*. Bogotá: Konrad Lorenz.

Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2011). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo - conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México, D.F.: Manual Moderno.

Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2011). – *Nezu, Arthur; Nezu. ChFormulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo – conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.

Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México D.F.: Cengage Learning Editores.

OMS. (2012). *La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento*. Ginebra.

Parra, P. (14 de Julio de 2014). <http://www.elcomercio.com>. Obtenido de <http://www.elcomercio.com/tendencias/depresion-enfermedadmental-salud-suicidio.html>

Shafer, D. (1996). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. California: Brooks Cole.

Shrodes, C. (1949). *Bibliotherapy: a theoretical and clinical - experimental study*.

UBEDA, E. (s.f.). *redsanan.org*. Obtenido de Manual de Psicoterapia Cognitiva:
<http://www.redsanar.org/drfobia/Terapias/manual7.htm>

Vélez, H., Rojas, W., Borrero, J., & Restrepo, J. (2012). *Fundamentos de Medicina Psiquiátrica*.

Viveros, S. (Ed.). (2010). *APA Diccionario conciso de Psicología*. Mexico: Manual Moderno.

Zarragoitía, I. (2011). *Depresión, Generalidades y Particularidades*. La Habana: Ecimed.

ANEXOS

ANEXO: 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: Ideas irracionales y la resistencia al tratamiento en pacientes con depresión del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Quito, período abril – septiembre 2016.

	SI	NO
1. He leído o me han leído el resumen informativo, comprendo los riesgos y los beneficios que conlleva la investigación.		
2. He dispuesto de tiempo suficiente para efectuar todas mis preguntas y he recibido contestación a todas ellas.		
3. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirar o pedir que retiren mis datos en cualquier momento.		
4. Entiendo que, al acceder a participar en esta investigación, consiento la recogida de información personal con fines investigativos.		
5. Comprendo que no recibiré ningún beneficio económico en el futuro, el beneficio será mejorar el tratamiento de rehabilitación en la unidad de Intervención en Crisis.		
6. Sé cómo ponerme en contacto con los investigadores en caso de necesitarlo.		
7. Autorizo a los investigadores tomar fotos sin que aparezca mi rostro con el objetivo de tener evidencia física de la investigación.		

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

C.C.: _____

Quién informó: _____

Fecha: _____

Firma: _____

C.C.: _____

ANEXO: 2

TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES (VERSIÓN CORREGIDA Y ABREVIADA)

A continuación se presentan una serie de ideas acerca de diversos aspectos de la vida. Deberá indicar en qué medida describen su forma de pensar habitual con la siguiente clave de acuerdo:

TD= Totalmente en desacuerdo

BD= Bastante en desacuerdo

AD= Algo en desacuerdo

AA= Algo de acuerdo

BD= Bastante de acuerdo

TD= Totalmente de acuerdo

	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Es importante para mí que los demás me aprueben.	1	2	3	4	5	6
Me gusta el respeto de los otros pero no necesito tenerlo.	6	5	4	3	2	1
Quiero gustar a todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
Puedo gustarme a mí mismo incluso cuando no les agrado a otras personas.	6	5	4	3	2	1
Si no gusto a otras personas es su problema no el mío.	6	5	4	3	2	1
Aunque me gusta la aprobación, no es una auténtica necesidad para mí.	6	5	4	3	2	1
Es molesto pero no insoportable que te critiquen.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Necesidad de Aceptación por parte de	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Odio fallar en cualquier cosa.	1	2	3	4	5	6
Me gusta tener éxito en cualquier cosa pero no siento que lo tenga que lograr.	6	5	4	3	2	1
Para mí es extremadamente importante tener éxito en todo lo que hago.	1	2	3	4	5	6
No me importa realizar cosas que no puedo hacer bien.	6	5	4	3	2	1
Se puede disfrutar de las actividades por si mismas sin importar lo bueno que sea en ellas.	6	5	4	3	2	1

Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Altas Autoexpectativas	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Las personas que actúan mal merecen lo que les ocurre.	1	2	3	4	5	6
Demasiada malas personas escapan al castigo que merecen.	1	2	3	4	5	6
Aquellos que actúan mal deben ser castigados.	1	2	3	4	5	6
La inmoralidad debería castigarse intensamente.	1	2	3	4	5	6
Todo el mundo es básicamente bueno.	6	5	4	3	2	1
Nadie es malvado, incluso cuando sus actos lo sean.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Culpabilización	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Es mejor aceptar las cosas como son, incluso si no me gustan.	6	5	4	3	2	1
Las cosas deberían ser diferentes de cómo son.	1	2	3	4	5	6
Es terrible pasar por situaciones que no me gustan	1	2	3	4	5	6
Es difícil para mí realizar tareas desagradables.	1	2	3	4	5	6
Creo que puedo soportar los errores de los demás.	6	5	4	3	2	1
Una vida de facilidades rara vez es recompensante	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Intolerancia a la frustración	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
No hay motivo para temer peligros inesperados o sucesos futuros.	6	5	4	3	2	1
Si no puedo evitar que ocurra algo, es mejor no preocuparse por ello	6	5	4	3	2	1
No puedo soportar correr riesgos.	1	2	3	4	5	6
Es mejor no pensar en cosas tales como la muerte o grandes desastres.	6	5	4	3	2	1
Es conveniente planificar lo que haría en diferentes situaciones peligrosas.	1	2	3	4	5	6

Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Preocupación y ansiedad	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Si una persona quiere, puede ser feliz casi bajo cualquier circunstancia.	6	5	4	3	2	1
Las personas no se ven perturbadas por las situaciones sino por la forma en que las ven.	6	5	4	3	2	1
Yo soy la causa de mis propios estados de ánimo.	6	5	4	3	2	1
Normalmente las personas que son desdichadas se han hecho a sí mismas de esa manera.	6	5	4	3	2	1
Una persona no permanecerá mucho tiempo enfadada o triste a menos que se mantenga a si misma de esa	6	5	4	3	2	1
Nada es insoportable en sí mismo, solo en la forma en que tú lo interpretas	6	5	4	3	2	1
La persona hace su propio infierno dentro de sí mismo.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Irresponsabilidad Emocional	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Es mejor posponer las decisiones importantes.	1	2	3	4	5	6
Es preferible tomar las decisiones tan pronto como se pueda.	6	5	4	3	2	1
Es mejor evitar las cosas que no puedo hacer bien.	1	2	3	4	5	6
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Evitación de Problemas	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Todo el mundo necesita alguien de quien depender para ayuda y consejo.	1	2	3	4	5	6
Considero adecuado resolver mis propios asuntos sin ayuda de nadie.	6	5	4	3	2	1
Encuentro fácil aceptar consejos.	1	2	3	4	5	6
Soy el único que realmente puede entender y afrontar mis problemas.	6	5	4	3	2	1
Creo que no tengo que depender de otros	6	5	4	3	2	1

He aprendido a no esperar que otros se preocupen acerca de mi bienestar.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Dependencia	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Siempre nos acompañaran los mismos problemas.	1	2	3	4	5	6
Es casi imposible superar las influencias del pasado.	1	2	3	4	5	6
Por el hecho de que en una ocasión algo afecte de forma importante a tu vida, no significa que tenga que ser necesariamente así en el futuro.	6	5	4	3	2	1
Rara vez pienso que experiencias del pasado me estén afectando ahora.	6	5	4	3	2	1
Somos esclavos de nuestras propias historias	1	2	3	4	5	6
Una vez que algo afecta a tu vida siempre lo hará.	1	2	3	4	5	6
La gente nunca cambia básicamente.	1	2	3	4	5	6
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Indefensión	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Existe una forma correcta de hacer cada cosa.	1	2	3	4	5	6
No hay una solución perfecta para las cosas.	6	5	4	3	2	1
Rara vez hay una forma fácil de resolver las dificultades de la vida.	6	5	4	3	2	1
Todo problema tiene una solución correcta.	1	2	3	4	5	6
Rara vez hay una solución ideal para las cosas.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Perfeccionismo	Suma:					
Tras contestar el test anterior y calcular la puntuación para cada una de las creencias sumando los puntos correspondientes a cada frase, compare sus puntuaciones con los datos que se ofrecen en la siguiente tabla (provisionalmente no están disponibles los datos a todas las creencias pero en breve lo estarán.						

Esto le ayudará a conocer mejor algunos de sus esquemas o creencias y podrá iniciar estrategias de cuestionamiento de los mismos.

	VALORES MÁS FRECUENTES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS
NECESIDAD DE APROBACION	Entre 25 y 29
ALTAS EXPECTATIVAS	Entre 21 y 24
CULPABILIZACION	Entre 17 y 23
IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL	Entre 24 y 30
DEPENDENCIA	Entre 17 y 21
INDEFENSION	Entre 13 y 18
PERFECCIONISMO	Entre 13 y 17

ANEXO: 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

La siguiente encuesta tiene como propósito mejorar la eficacia del tratamiento en pacientes con depresión.

La información recopilada será confidencial, con fines académicos.

Datos de identificación

Nombre: _____ **Edad:** _____

Fecha: _____ **Género:** _____

Instrucciones: Lea detenidamente cada una de las preguntas y conteste con sinceridad, evitando tachones o dobles respuestas.

Cuestionario:

1. ¿Cree usted que las personas con problemas emocionales deberían acudir a un profesional de la salud mental?

- a) Siempre ()
- b) Frecuentemente ()
- c) A veces ()
- d) Nunca ()

2. ¿Le importa a usted lo que le sucede?

- a) Siempre ()
- b) Frecuentemente ()
- c) A veces ()
- d) Nunca ()

3. ¿Cree usted que es más susceptible que el resto de personas respecto a algunos temas cuando se le pregunta?

- a) Siempre ()
- b) Frecuentemente ()
- c) A veces ()
- d) Nunca ()

4. ¿Cree usted que los demás deben resolver sus problemas personales?

a) Siempre ()

b) Frecuentemente ()

c) A veces ()

d) Nunca ()

5. ¿Cree usted que a las personas les molesta mucho pensar en hacer cambios en su vida?

a) Siempre ()

b) Frecuentemente ()

c) A veces ()

d) Nunca ()

6. ¿Ha pensado usted alguna vez que nadie se preocupa mucho por lo que le sucede?

a) Siempre ()

b) Frecuentemente ()

c) A veces ()

d) Nunca ()

7. ¿A usted le cuesta mucho trabajo hablar de situaciones desagradables que le ha pasado?

a) Siempre ()

b) Frecuentemente ()

c) A veces ()

d) Nunca ()

8. ¿Cuándo las cosas le van mal, se da por vencido/a fácilmente?

a) Siempre ()

b) Frecuentemente ()

c) A veces ()

d) Nunca ()

9. ¿Siente usted que nadie le comprende?

a) Siempre ()

b) Frecuentemente ()

c) A veces ()

d) Nunca ()

10. ¿Cree que para usted es mejor hablar de sus problemas y preocupaciones con alguien, que tomar calmantes?

- a) Siempre ()
- b) Frecuentemente ()
- c) A veces ()
- d) Nunca ()