

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Segunda Especialidad en Psicología Terapéutica



**SATISFACCIÓN DEL USUARIO ADULTO SOBRE LA TERAPIA COGNITIVO
CONDUCTUAL**

Trabajo Académico presentado por:

Ps. Vela Tejada Andrea Carolina.

Para obtener el Título de:

**Segunda Especialidad en Psicología
Terapéutica.**

Asesora: **Mgter. Vilches Velasquez Flor
Aleida.**

Arequipa-Perú

2022

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGIA TERAPEUTICA
SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 29 de Diciembre del 2021

Dictamen: 002614-C-EPSIC-2021

Visto el borrador del expediente 002614, presentado por:

2014975172 - VELA TEJADA ANDREA CAROLINA

Titulado:

SATISFACCIÓN DEL USUARIO ADULTO SOBRE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

Nuestro dictamen es:

APROBADO

2603 - PUMA HUACAC ROGER FREDDY
DICTAMINADOR



3154 - GOMEZ CORNEJO BAZAN ROSALUZ YANET
DICTAMINADOR



3209 - RAMOS VARGAS LUIS FERNANDO
DICTAMINADOR



Dedicatoria

A Dios, a la Virgen María y a todos los Santos por guiarme de manera adecuada en cada uno de mis actos durante todas las etapas de mi vida.

A mi familia por su amor, aliento, confianza y apoyo incondicional durante todos los años de mi vida y por permitir que esta meta se haga realidad.

A todas aquellas personas que fueron víctimas del COVID-19, quiénes me inspiraron a sacar rápido este título, para poder brindarles todo mi apoyo profesional.

A todas las personas que hicieron posible esta tesis, gracias por su confianza y apoyo.

Andrea Carolina Vela Tejada

“A pesar de los tiempos difíciles que hemos vivido durante la pandemia actual, todas las personas hemos aprendido grandes lecciones. Una de ellas es que nuestra familia es lo más importante que tenemos y hemos aprendido a valorar cada segundo que pasamos alado de ellos, fortaleciendo de esta forma los lazos familiares; otra lección aprendida es que nuestra salud física y psicológica son muy importantes y que sin ellas, no tenemos nada, por lo tanto deberíamos tomarles más importancia. Finalmente, solo me queda decir que valoremos cada día que DIOS nos regala y que aprovechemos cada momento, ayudando y dando lo mejor de nosotros a los demás y que también es importante darnos fortaleza a nosotros mismos. Recordemos que sacar una sonrisa no es difícil, solo es cuestión de actitud.”

Andrea Carolina Vela Tejada

Resumen

La presente investigación se realizó con el objetivo de describir el nivel de satisfacción de los usuarios adultos sobre la Terapia Cognitivo Conductual de pacientes con depresión y ansiedad del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter. A su vez, se describió los niveles de satisfacción con el tratamiento recibido tomando en cuenta los componentes de satisfacción, la edad, el género, el estado civil y el grado de instrucción. La muestra estuvo conformada por 38 pacientes adultos de ambos sexos, de los cuales 22 tienen ansiedad y 16 tienen depresión, quienes recibieron Terapia Cognitivo Conductual utilizando la técnica de Reestructuración Cognitiva. Se trabajó con usuarios de 18 años a más y se utilizó la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) y una ficha sociodemográfica. Resultados: el 93.75% de los usuarios con depresión y el 59.1% con ansiedad se encuentran completamente satisfechos con la TCC que recibieron. Datos más destacados: el 93.75% de pacientes depresivos y el 81.82% de ansiosos están completamente satisfechos en cuanto a la solución del problema, además, el 68.75% de usuarios con depresión y el 54.55% con ansiedad están completamente satisfechos con respecto a la percepción del cambio emocional. En cuanto a los datos sociodemográficos, se encontró que tanto para los cuadros de depresión y de ansiedad, la mayoría de pacientes son de género femenino, de estado civil soltero/a y que tienen secundaria completa. La única diferencia es el rango de edad en el que se encuentran la mayor cantidad de usuarios, en el caso de los de depresión tienen entre 20 a 30 años y los de ansiedad tienen entre 41 a 50 años.

Palabras Clave: Satisfacción, ansiedad, depresión, terapia cognitivo conductual.

Abstract

The present research was carried out with the objective of describing the level of satisfaction among adult patients with depression and anxiety that underwent Cognitive Behavioral Therapy (CBT) at the Hunter Community Mental Health Center. The level of satisfaction regarding treatment was measured taking into consideration the following components: age, gender, marital status and level of education. The sample consisted of 38 adult patients of both sexes, of which 22 had anxiety and 16 depression, who received Cognitive Behavioral Therapy using the Cognitive Restructuring Technique. The study utilized the Satisfaction Scale with the Treatment Received (CRES-4) as well as a sociodemographic sheet to collect data. Results: 93.75% of patients with depression and 59.1% with anxiety were completely satisfied with the CBT they received. In addition, 93.75% of patients with depression and 81.82% with anxiety were found to be completely satisfied with the solution provided to the problem; also, 68.75% of the former and 54.55% of the latter were completely satisfied with the emotional change perceived. In terms of sociodemographic data, it was found that the majority of patients with depression or anxiety were single, female and with complete high school education. The only relevant difference among patients were that most of the ones with depression were between the ages of 20 and 30 years and those with anxiety ranged between 40 and 50 years old.

Keywords: Satisfaction, anxiety, depression, cognitive behavioral therapy.

Índice de Contenido

| | |
|---|----------|
| DICTAMEN APROBATORIO..... | ii |
| DEDICATORIA..... | iii |
| RESUMEN..... | v |
| ABSTRACT..... | vi |
| ÍNDICE DE CONTENIDO..... | vii |
| Índice de Tablas..... | xiii |
| Marco Teórico (Capítulo I)..... | 1 |
| Introducción..... | 2 |
| Problema..... | 6 |
| Variables..... | 6 |
| Objetivos..... | 7 |
| Objetivo General..... | 7 |
| Objetivos Específicos..... | 7 |
| Antecedentes Teóricos-Investigativos..... | 9 |
| Satisfacción..... | 9 |
| Definición de Satisfacción..... | 9 |

| | |
|--|----|
| Satisfacción con el tratamiento recibido..... | 10 |
| Satisfacción del cliente, Usuario o Paciente..... | 11 |
| Satisfacción y Servicio de Calidad..... | 12 |
| Satisfacción en los Servicios de Salud..... | 13 |
| Percepción..... | 15 |
| Definición de Percepción..... | 15 |
| Procesos de la Percepción..... | 16 |
| Percepción de Salud-Satisfacción..... | 17 |
| Percepción del proceso salud-enfermedad-atención..... | 18 |
| Terapia Cognitivo Conductual..... | 19 |
| Definición de Terapia Cognitivo Conductual..... | 19 |
| Tratamiento Psicológico para la Ansiedad y la Depresión..... | 20 |
| Modelo de Intervención Cognitivo Conductual..... | 21 |
| Teoría del Procesamiento de la Información..... | 22 |
| Teorías Cognitivas Sociales..... | 22 |
| Teorías Cognitivas Conductuales..... | 22 |
| Principios Generales de la Terapia Cognitivo-Conductual..... | 23 |

| | |
|---|----|
| Características de la Terapia Cognitivo Conductual..... | 25 |
| Estructura de las Sesiones Terapéuticas..... | 27 |
| Técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual..... | 29 |
| Técnicas Cognitivas..... | 30 |
| Reestructuración Cognitiva..... | 30 |
| Técnicas Conductuales..... | 33 |
| Programación de actividades..... | 33 |
| Técnicas de dominio y agrado..... | 34 |
| Asignación de tareas graduales..... | 34 |
| Práctica Cognitiva..... | 34 |
| Role Playing..... | 34 |
| Tareas para la casa..... | 35 |
| Ansiedad..... | 35 |
| Definición de Ansiedad..... | 35 |
| Trastorno de Pánico..... | 37 |
| Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)..... | 38 |
| Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)..... | 38 |

| | |
|---|----|
| Fobia Social..... | 39 |
| Trastorno por Estrés Post Traumático..... | 40 |
| Trastorno por estrés agudo..... | 40 |
| Fobias Específicas..... | 40 |
| Agorafobia..... | 41 |
| Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica..... | 42 |
| Trastorno de ansiedad inducido por sustancias..... | 42 |
| Trastornos Ansiosos más tratados en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter..... | 43 |
| Trastorno mixto ansioso-depresivo..... | 43 |
| Trastorno de ansiedad no especificado..... | 43 |
| Depresión..... | 44 |
| Definición de Depresión..... | 44 |
| Clasificación de la Depresión..... | 45 |
| Depresión endógena (maníaca - depresiva)..... | 46 |
| Depresión unipolar..... | 46 |
| Trastorno bipolar..... | 46 |

| | |
|---|-----------|
| Depresión exógena (neurótica - reactiva)..... | 47 |
| Depresión orgánica..... | 47 |
| Trastornos Depresivos más tratados en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter..... | 47 |
| Episodio Depresivo Leve..... | 47 |
| Episodio Depresivo Moderado..... | 48 |
| Episodio Depresivo Grave sin síntomas Psicóticos..... | 48 |
| Trastorno Depresivo Recurrente..... | 49 |
| Distimia..... | 49 |
| Ansiedad y Depresión en Atención Primaria..... | 50 |
| Ansiedad y Depresión en Centros de Salud Mental Comunitarios..... | 51 |
| Antecedentes Investigativos acerca de la Satisfacción, Percepción y de la Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual..... | 53 |
| Diseño Metodológico (Capítulo II)..... | 64 |
| Tipo o diseño de investigación..... | 65 |
| Técnicas o instrumentos..... | 65 |
| Población y muestra..... | 73 |

| | |
|---|-----------|
| Estrategia de Recolección de Datos..... | 75 |
| Criterios de Procesamiento de la información..... | 77 |
| Resultados (Capítulo III)..... | 78 |
| Descripción de los resultados..... | 79 |
| Discusión..... | 96 |
| Conclusiones..... | 106 |
| Sugerencias..... | 109 |
| Limitaciones..... | 110 |
| Referencias Bibliográficas..... | 111 |
| Anexos..... | 119 |

Índice de Tablas

| | | |
|---------|---|----|
| Tabla 1 | Niveles de Satisfacción con el tratamiento recibido tomando en cuenta los componentes de satisfacción en pacientes con diagnóstico de depresión pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter..... | 79 |
| Tabla 2 | Nivel de Satisfacción de los usuarios con depresión sobre la Terapia Cognitivo Conductual del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter..... | 81 |
| Tabla 3 | Niveles de Satisfacción con el tratamiento recibido tomando en cuenta los componentes de satisfacción en pacientes con diagnóstico de ansiedad pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter..... | 82 |
| Tabla 4 | Nivel de Satisfacción de los usuarios con ansiedad sobre la Terapia Cognitivo Conductual del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter..... | 83 |
| Tabla 5 | Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de depresión según la edad en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter..... | 84 |
| Tabla 6 | Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de depresión según el género en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter..... | 85 |
| Tabla 7 | Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de depresión según el estado civil en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter..... | 86 |

| | | |
|----------|--|----|
| Tabla 8 | Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de depresión según el grado de instrucción en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter..... | 87 |
| Tabla 9 | Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de ansiedad según la edad en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter..... | 89 |
| Tabla 10 | Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de ansiedad según el género en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter..... | 91 |
| Tabla 11 | Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de ansiedad según el estado civil en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter..... | 92 |
| Tabla 12 | Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de ansiedad según el grado de instrucción de los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter..... | 94 |



CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

Introducción

La presente investigación lleva por título “Satisfacción del Usuario Adulto sobre la Terapia Cognitivo Conductual” en la cual se ha trabajado con pacientes con cuadros de depresión y de ansiedad de un Centro de Salud Mental Comunitario, esta investigación tendrá como objetivo general describir el nivel de satisfacción de los usuarios sobre la Terapia Cognitivo Conductual de pacientes con depresión y ansiedad del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter, con los cuales se ha utilizado la técnica de Reestructuración Cognitiva.

Teniendo en cuenta la escasa información acerca la satisfacción que tienen los pacientes acerca de la Terapia Cognitiva Conductual, es que se decide realizar dicha investigación, ya que en un informe realizado por el MINSA en el año 2018, refiere que la mayoría de problemas de salud mental están relacionados a diagnósticos de Ansiedad y Depresión, principalmente en adultos jóvenes, adultos y adultos mayores, por eso se toman nuevas acciones en el marco de la reforma de la atención de la salud mental (Ley N° 29889 aprobada el año 2012). Se han reorientado los servicios a los 31 centros comunitarios que brindan atención a personas con trastornos mentales, sin separarlos de su entorno y con la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS). Así mismo, en el año 2017 en todos los establecimientos de la Red Arequipa - Caylloma se atendieron 34 mil 593 personas en los servicios de salud mental. De ellos, más de la mitad fueron por Trastornos Depresivos y Trastornos Ansiosos, les sigue los casos de violencia familiar y luego los casos de adicción a las drogas.

Como profesional de Psicología y con estudios en la Segunda Especialidad en Psicología Terapéutica, me pareció importante atender a pacientes con Trastornos de Ansiedad

y Depresión, y poner en práctica la Terapia Cognitivo Conductual, porque los estudios indican que es eficaz y de esta forma se puede ayudar a los usuarios con dicha problemática a su reinserción social, laboral y familiar. Es así que esta investigación servirá para brindar conocimientos acerca de esta problemática y como es el abordaje a través de este tipo de psicoterapia, pudiendo así brindar información enriquecedora a diferentes instituciones, profesionales y jóvenes, brindando así las posibles soluciones y recomendaciones para implementar futuros proyectos y programas de prevención y promoción.

La presente investigación es descriptiva, porque se encarga de puntualizar las características de la población que se está estudiando, su objetivo es describir la naturaleza de un segmento demográfico, sin centrarse en las razones por las que se produce un determinado fenómeno. Es decir, “describe” el tema de investigación, sin cubrir “por qué” ocurre. Se recabará la información mediante la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) y con la ficha sociodemográfica, con la finalidad de realizar un análisis mucho más integral, objetivo y fiable.

Teniendo en cuenta que los trastornos de ansiedad y depresión están causando importantes consecuencias para el desarrollo de los jóvenes, tanto a nivel social, familiar, académico y laboral, cuando existe comorbilidad en trastornos afectivos, en este caso para Richard & Marcotte (2015, citados en Novillo, 2019) en la presencia de un trastorno mixto ansioso-depresivo, se evidencian síntomas más graves y persistentes, una mayor ideación suicida, un peor pronóstico durante el tratamiento, un mayor uso de la medicación, un menor nivel de funcionamiento, así como un aumento del riesgo de recurrencia del trastorno depresivo. Este problema representa un desafío teórico, metodológico importante y clínico, ya que implica un trastorno inicial que puede afectar a la incidencia de la segunda enfermedad, al

tiempo que aumenta la severidad de los síntomas e influye en la respuesta al tratamiento.

Dicho argumento se explicaría desde la historia, bajo la perspectiva del modelo de Aaron T. Beck (1983, citado en Garay, Korman & Keegan, 2008), quien encontró en su tiempo un tratamiento efectivo cuando solo se observaba la depresión de manera unipolar y sin síntomas psicóticos, pero conforme pasaron los años hubo que realizar modificaciones necesarias, debido a que la depresión se convirtió en bipolar, al constituirse por síntomas psicóticos y diversos trastornos de ansiedad, que condujo a estos autores a realizar una composición homogénea de intervención en grupos, que integrarán patologías únicas y comórbidas y las cuales tuvieron resultados eficaces.

Esto se corrobora en una encuesta de salud mental sobre la prevalencia del trastorno depresivo y de ansiedad, en la cual Nguyen et al., (2005, citados por Richard & Marcotte, 2015) realizan dicha encuesta en la comunidad canadiense, donde en una muestra de 5637 jóvenes (15 a 24 años) con síntomas depresivos y ansiosos, el 37% de los jóvenes con depresión tienen un trastorno de ansiedad, mientras que el 31% de los jóvenes que presentan ansiedad también tienen un trastorno depresivo. Es así que las personas con problemas de ansiedad y depresión comórbida tienden a utilizar más los recursos médicos, por el incremento en sus síntomas somáticos, lo cual tarda su recuperación, presentan más probabilidades de recaída, requieren más hospitalizaciones psiquiátricas, y su funcionamiento a nivel psicosocial y de tratamiento es más deteriorado que el de una persona que presenta ansiedad o depresión unipolar. (Hirschfeld, 2001, citado en Kleiman & Riskind, 2012)

Esto se explicaría según Alloy, Kelly, Mineka & Clements (1990, citados por González, Ángel & Avendaño, 2011) porque cuando existe indefensión y desesperanza y persisten niveles moderados a altos de incertidumbre frente a la ocurrencia de un evento

negativo, se presentarán síntomas mixtos de ansiedad y depresión, complejizando el avance o tratamiento clínico, debido a la variedad de sus síntomas y el refuerzo continuo de procesos cognitivos como, la autofocalización, la rumiación, la autocrítica y la autoevaluación negativa, procesos propios de cada trastorno; por lo tanto, esto produce una ineficacia en los tratamientos.

Lo anterior crea la necesidad de generar un proceso de intervención cognitivo-conductual individual, que tenga en cuenta de manera inicial que las características depresivas y ansiosas se desenvuelven de forma distinta en cada sujeto, según la edad, sistema de creencias, ambiente social y familiar y la múltiple demanda que se realiza por parte de un equipo interdisciplinario en consulta externa para dichos casos comórbidos, debido a la escasez de modelos que apunten a un proceso de intervención individual y la ineficacia de algunos procesos de intervención individual en dichos pacientes.

Es así que esta investigación serviría de plataforma preliminar para otros temas relativos a esta población, pues los resultados de esta investigación científica, en el sentido estricto, servirán de aporte a la actualización de conocimientos a los profesionales de la salud de manera interdisciplinar, para enriquecer un proceso de intervención, mediante el conocimiento del trastorno desde la estructura cognitiva, afectiva y conductual y las herramientas terapéuticas a emplear para disminuir los síntomas y devolver la funcionalidad al paciente. Por lo tanto, pongo en consideración la presente investigación para ser valorada en su verdadera magnitud, en consideración a su tipo, paradigma y diseño de investigación.

Problema

¿Cuál es el nivel de satisfacción del usuario sobre la Terapia Cognitivo Conductual de pacientes con depresión y ansiedad del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter?

Variables

V1: Satisfacción con el tratamiento recibido

Definición Conceptual:

Para Velandia, Ardón & Jara (2007) dan a conocer que la satisfacción, es una evaluación emocional pos-compra o pos-uso que resulta de un procesamiento de la información relevante, el cual puede consistir en una comparación entre las expectativas del consumidor y el rendimiento percibido del producto, en la comparación social de costes y beneficios, así como en los procesos de atribución que realizan los consumidores.

Asimismo, Seclen-Palacin & Darras (2005, citados en Sánchez, 2012) dan a conocer que la satisfacción de usuarios es considerada como el cumplimiento o realización de una necesidad, deseo o gusto con el servicio recibido.

Para López-Torres et al., (2013) la satisfacción con el tratamiento forma parte de la satisfacción con los cuidados sanitarios y puede definirse como la evaluación del proceso de la toma del tratamiento y de sus resultados asociados.

Definición Operacional:

La variable satisfacción con el tratamiento recibido se evaluó mediante la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4). Nielsen et al., (2004, citados en Feixas et

al., 2012), dan a conocer que para calificar e interpretar dicha escala, se toma en cuenta 3 componentes: la satisfacción, la solución del problema y la percepción del cambio emocional. Asimismo, para obtener un puntaje global del CRES-4, se suman los resultados de los 3 componentes anteriores. De esta forma se conoció cuan satisfechos se sintieron los usuarios ansiosos y depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario Hunter con la Terapia Cognitivo Conductual recibida.

Objetivos

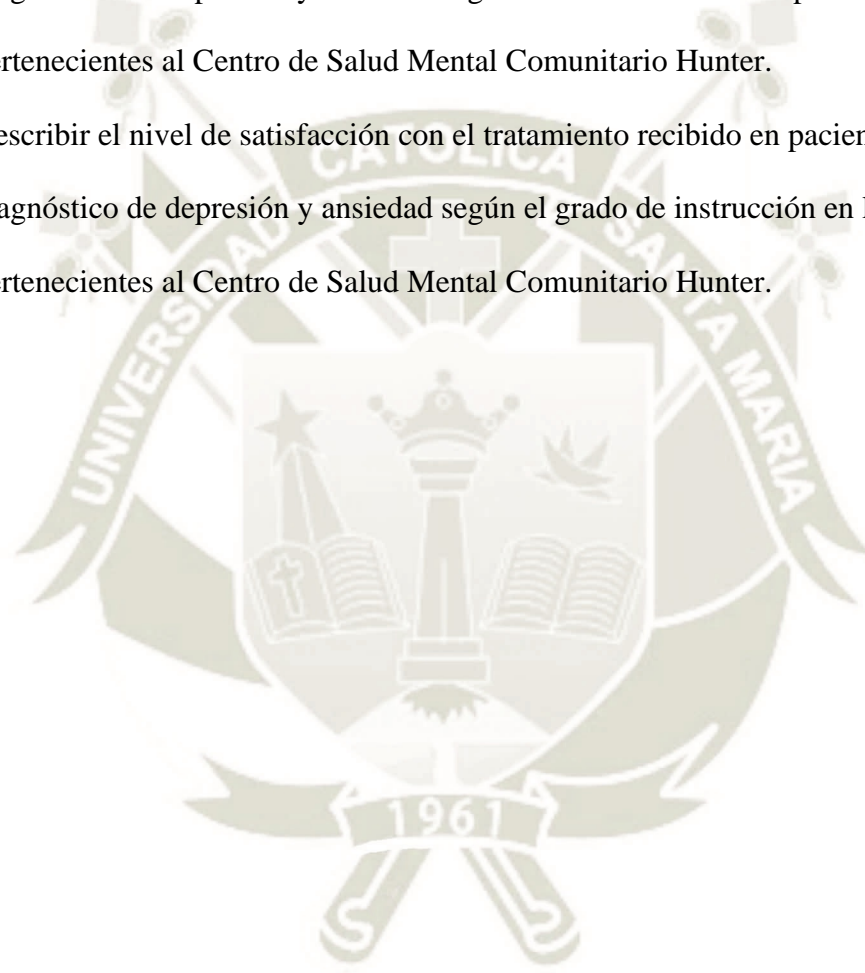
Objetivo General

Describir el nivel de satisfacción de los usuarios sobre la Terapia Cognitivo Conductual de pacientes con depresión y ansiedad del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter.

Objetivos Específicos

1. Describir el nivel de satisfacción con el tratamiento recibido tomando en cuenta los componentes de satisfacción en pacientes con un diagnóstico de depresión, pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter.
2. Describir el nivel de satisfacción con el tratamiento recibido tomando en cuenta los componentes de satisfacción en pacientes con un diagnóstico de ansiedad, pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter.
3. Describir el nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de depresión y ansiedad según la edad en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter.

4. Describir el nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de depresión y ansiedad según el género en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter.
5. Describir el nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de depresión y ansiedad según el estado civil en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter.
6. Describir el nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de depresión y ansiedad según el grado de instrucción en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter.



Antecedentes Teóricos-Investigativos

Satisfacción

Definición de Satisfacción

Suárez, Rodríguez & Martínez (2018) indicaron en su investigación que la definición y conceptualización del término satisfacción, ha sido ampliamente debatido y discutido en las ciencias psicológicas. El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en el decursar de la historia pone en la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud a uno de los principios fundamentales para brindar servicio de excelencia. Retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios es hoy una herramienta de irrefutable pertinencia.

Para Velandia, Ardón & Jara (2007) la satisfacción, entonces, no estaría dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto, dado el desarrollo de todo un complejo proceso intrasubjetivo e intersubjetivo. No es una evaluación apenas desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que como sujetos pertenecientes a grupos sociales determinados sienten de un modo o de otro.

Si hablamos de la satisfacción de usuarios, para Seclen-Palacin & Darras (2005, citados en Sánchez, 2012) es considerada como el cumplimiento o realización de una necesidad, deseo o gusto con el servicio recibido es apreciada como relevante en al menos 4 áreas: comparar los sistemas o programas de salud, identificar cuáles son los aspectos de los servicios que necesitan de cambios para mejorar la satisfacción y asistir a las organizaciones con poca aceptabilidad de los servicios. También se relaciona con la conducta del paciente y sus resultados en términos de salud individual.

Asimismo, Morales & Hernández (2004, citados en Velandia et al., 2007) hablaron sobre una propuesta integradora que ha ido ganando aceptación entre los investigadores. Esta considera que la satisfacción obedece a una doble vertiente, y que tanto los constructos cognitivos como los afectivos contribuyen a su formación. Se trata de dos mecanismos que actúan conjuntamente: el uno se refiere a la medida de los resultados funcionales o comparativos (qué le da el producto al consumidor), mientras que el otro se refiere a cómo el producto influye en el afecto (cómo provoca emociones).

Díaz (2002, citado en Sánchez, 2012) da a conocer que la satisfacción puede referirse como mínimo a 3 aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente, etc.); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado.

A su vez, para Velandia et al., (2007) hay dos perspectivas principales sobre la satisfacción como resultado o estado final. Una, la relaciona con un sentimiento de estar saciado, asociado a una baja activación, a una sensación de contento, de donde se asume que el producto posee un rendimiento continuo y satisfactorio. La otra, y más reciente interpretación, incluye un rango de respuesta más amplio que la mera sensación de contento, pues en muchos casos la satisfacción supone una alta activación, por lo que se puede hablar de una satisfacción como sorpresa, positiva o negativa.

Satisfacción con el tratamiento recibido

Para Roussos et al., (2017) dieron a conocer que la satisfacción que los pacientes tienen con respecto a sus tratamientos es un indicador de la calidad de los mismos y un importante predictor de sus posibles resultados.

Asimismo, para López-Torres et al., (2013) la satisfacción con el tratamiento es especialmente recomendable cuando ofrece ventajas y desventajas respecto a otro en términos de eficacia o cuando tienen un diferente perfil de tolerabilidad. Especialmente es importante medirla en los casos de terapias crónicas, como sucede con el tratamiento antidepresivo, ya que el paciente debe recibirlo durante un periodo prolongado. La satisfacción con el tratamiento está relacionada con la adherencia a este, pues un paciente más satisfecho toma la medicación correctamente durante el tiempo prescrito, lo que facilita el resultado terapéutico deseado. También ocurre en el tratamiento psicológico recibido, el paciente se va a sentir satisfecho con el tratamiento, siempre y cuando vea resultados positivos del mismo. Además, la satisfacción con el tratamiento está relacionada con las preferencias del paciente, ya que en el caso de que haya tenido la oportunidad de probar distintos tratamientos, su elección se basará en aquel con el que esté más satisfecho. Se han desarrollado pocos cuestionarios para evaluar la satisfacción con el tratamiento y todavía es escasa la publicación de cuestionarios validados en población española. Durante los últimos años apenas se han desarrollado algunos sobre el tratamiento de afecciones como artritis reumatoide, artrosis, asma, psoriasis, disfunción eréctil, acné, tratamiento antirretroviral y dolor en general, pero hasta el momento no se conocen, ni en España ni en otros países, cuestionarios de satisfacción y preferencias de los pacientes con el tratamiento antidepresivo, el cual puede tener un impacto considerable en la actividad diaria y en la calidad de vida relacionada con la salud del paciente.

Satisfacción del Cliente, Usuario o Paciente

Según Velandia et al., (2007) los términos “Usuario” y “cliente” se usan comúnmente en las áreas de los servicios sociales y de la salud comunitaria, con la intención de erradicar la referencia a un sujeto pasivo y dependiente. Igual sucede, en particular, en la atención

primaria de la salud, en donde esos términos son prevalecientes, y hay una fuerte resistencia a utilizar el término “consumidor”.

No obstante la discusión terminológica, subyace a estas posiciones la convicción de que al evaluar los servicios se requieren, sin duda, las expresiones del paciente, las cuales remiten a un ser humano que sufre el dolor o el malestar, pero que tiene derechos a la atención y a la salud. (Morales & Hernández, 2004)

En términos sociológicos y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud. Es un ser humano, que además de tener derecho a la atención y a la salud, también tiene el derecho a ausentarse de sus actividades habituales y responsabilidades, tal como lo obliga, en cumplimiento de las recomendaciones médicas, el cuidado de la enfermedad. (Velandia Salazar et al., 2007, citados en Vásquez et al., 2016). Se puede decir, entonces, que aquel sujeto que acude diariamente a las instituciones de salud en espera de algo, es alguien que como paciente sufre la enfermedad y solicita el cuidado. Frente a él, otros, antes o después de cualquier consideración de realidades como el mercado, deberían, solícitamente, procurarle el cuidado que puedan, de la manera más satisfactoria posible.

Satisfacción y Servicio de Calidad

Un servicio de calidad además de ser accesible, debe expresar una correspondencia con los avances tecnológicos existentes y contar con personal calificado. Sin embargo, puede ocurrir que servicios que reúnan esas características no produzcan satisfacción en quienes lo reciban a causa de vidas humanas, de insuficiencias en el modo en que se producen la relación con los usuarios. Es por eso que debe existir la voluntad de explorar sistemáticamente esa satisfacción, y en este sentido ciertos recursos de la psicología pueden ser de mucha utilidad.

Si se realiza un análisis minucioso del tema, es inobjetable observar que todo lo que se evalúa en la satisfacción con los servicios de salud proviene de los seres humanos, de reflejos psíquicos que tiene de sus vivencias y por tanto tener en cuenta las siguientes precisiones, resulta de suma importancia, pues nuevamente se expone como ejes medulares el usuario, el prestador, las relaciones entre ellos y la institución donde estas se dan: la expectativa de cada paciente es única y está también sujeta a cambios durante el proceso de su estancia en la institución de salud. En el contexto de la salud y en el interior de sus instituciones se observa con la llegada a los servicios de un usuario que espera algo, que evalúa si obtiene eso que espera, para al final medir la satisfacción que siente. También existe por su parte el personal de salud que brinda el servicio y que espera y evalúa por eso que da, lo que también constituye la medida de su satisfacción y que es a su vez un eslabón demandante de la organización como público interno, lo que lo convierte en sujeto con expectativas. Todo lo anterior se convierte en un ciclo con los próximos usuarios y se enmarca en la relación interpersonal usuario-prestador. (Suárez et al., 2018)

Satisfacción en los Servicios de Salud

Para Bunge et al., (2014, citados en Rydel, 2015) la evaluación de la satisfacción respecto a los servicios de salud ha constituido, desde hace varios años, uno de los elementos primordiales en la investigación en salud.

La importancia de incorporar la medida de la satisfacción de los usuarios viene justificada por la necesidad de dar participación a los usuarios y de democratizar los servicios de salud. También por la influencia demostrada de la satisfacción en las tasas de utilización de los servicios y en el cumplimiento terapéutico. Su relación con el estado de salud y con la

relación del profesional con el usuario posibilita su utilización como uno de los indicadores de la calidad del servicio. (Ministerio de sanidad y consumo, 2007)

La satisfacción del usuario, como medida de resultados del sistema de salud, se refiere al grado de conformidad con un servicio que pretende responder a determinadas necesidades de la población. Ha sido definida como “el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió” (Arenas et al., 1993; Guzmán del Río, 1986; citados en Rydel, 2015). Es decir, la satisfacción del usuario se encuentra estrechamente relacionada con la medida en que los profesionales de la salud satisfacen las necesidades de los usuarios, así como también las expectativas que el usuario tiene respecto a su atención (Donabedian, 1980; Oliva & Hidalgo, 2004; citados en Rydel, 2015).

En la misma línea Serrano del Rosal & Lorient Arín (2008, citados en Bunge, 2012), sostienen que conocer la opinión de los usuarios de los servicios de salud mental tiene una triple justificación: lograr su participación, juzgar la calidad y medir su satisfacción. En cuanto a la participación sostienen que los ciudadanos deberían ser parte integrante y central del sistema, participando activamente tanto en la evaluación como en la planificación y redefinición de la política sanitaria (Serrano del Rosal & Biedma, 2005; citados en Bunge, 2012). Por otro lado, son los usuarios quienes pueden monitorizar y finalmente juzgar la calidad de un servicio (Donabedian, 1993; citado en Bunge, 2012), aportando a los gestores públicos información de primera mano sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios, ya que la percepción subjetiva del usuario habla de la calidad del servicio conjugando al mismo tiempo sus necesidades y expectativas. (Donabedian, 1990; citado en Bunge, 2012)

En los últimos años ha habido un creciente interés en la evaluación de la satisfacción del usuario con los servicios de salud mental en particular (Salinas & González, 2006). La evaluación de la satisfacción con las intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas es más reciente y se las ha investigado en menor medida. Esto es a pesar del amplio reconocimiento de la importancia de la promoción y prevención en salud mental. En este ámbito existe una brecha grande entre las necesidades de los usuarios y los recursos disponibles (Belfer, 2008) sobre todo en los países de bajos y medianos recursos.

Es así, que tomando en cuenta todo lo anteriormente mencionado, en la presente investigación se pretende medir que satisfacción siente el usuario sobre la Terapia Cognitivo Conductual de pacientes con ansiedad y depresión del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter, ya que existen pocas investigaciones con respecto a este tema y esta investigación ayudará a aportar más información acerca de la satisfacción en usuarios de salud mental con respecto a la psicoterapia que han recibido.

Percepción

Definición de Percepción

Arias (2006) indica que la percepción se define como el resultado del procesamiento de información que consta de estimulaciones a receptores en condiciones que en cada caso se deben parcialmente a la propia actividad del sujeto.

Es cualquier acto o proceso de conocimiento de objetos, hechos o verdades, ya sea mediante la experiencia sensorial o por el pensamiento; es una conciencia de los objetos, un conocimiento. Asimismo, es la referencia que una sensación hace a un objeto externo.

Además, es un conocimiento inmediato o intuitivo, o juicio; un discernimiento análogo a la

percepción sensorial con respecto a su inmediatez y al sentimiento de certidumbre que lo acompaña, frecuentemente implica una observación agradable o una discriminación sutil. (Barthey, 1982, citado en Arias, 2006, p.10)

Wertheimer, Koffka & Köhler (1969, citados en Oviedo, 2004) consideran la percepción como el proceso fundamental de la actividad mental, y suponen que las demás actividades psicológicas como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros, dependen del adecuado funcionamiento del proceso de organización perceptual.

Asimismo, Oviedo (2004) dio a conocer que la Gestalt define la percepción como un proceso de extracción y selección de información relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante.

Moya (1999, citado en Arias, 2006) dio a conocer que la percepción de una persona o de algún fenómeno depende del reconocimiento de emociones, a partir de las reacciones de las personas; también se forman las impresiones, a partir de la unión de diversos elementos informativos que se recolecten en los primeros instantes de interacción. Y también, en tercer lugar, por atribuciones causales, o búsqueda de alguna causa que explique la conducta y los hechos. En cualquier caso, lo que parece evidente es que los sentimientos, pensamientos y conductas respecto a las personas estarán influidos por el tipo de causa a la que se atribuya su conducta.

Procesos de la Percepción

Bruner et al., (1958, citados por Arias, 2006) dan a conocer que la percepción comprende fundamentalmente dos procesos, primero, la remodificación o selección del

enorme caudal de datos que nos llegan del exterior, reduciendo su complejidad y facilitando su almacenamiento y recuperación en la memoria, segundo, un intento de ir más allá de la información obtenida, con el fin de predecir acontecimientos futuros y de ese modo, evitar o reducir la sorpresa.

Entonces, la labor de la percepción consiste en agrupar la información circundante dentro de unidades simples que le permitan a la conciencia adquirir noción de objeto y con ello afinar su capacidad abstracta. La percepción es entendida como un permanente acto de conceptualización. Los eventos del mundo externo son organizados a través de juicios categoriales que se encargan de encontrar una cualidad que represente de la mejor manera posible a los objetos. (Oviedo, 2004)

Percepción de Salud-Satisfacción

Es la apreciación subjetiva de la persona respecto a su estado de salud general y satisfacción, cuyas dimensiones son Satisfacción, Salud general, Salud mental, Estrés y Burnout (Moncada et al., 2014, citados en Santa Cruz & Justo, 2019).

Santa Cruz & Justo (2019) indican en su investigación que la importancia de la percepción del estado de salud ha ido incrementando con el tiempo, debido a que refleja un estado de bienestar integral, sin limitarse tan solo al factor fisiológico o clínico. Cabe recalcar que esta percepción disminuye con el incremento de la edad y el estado de escolaridad de los individuos, es decir que entre más años tenga el individuo, tendrá una visión más negativa de su percepción de salud al igual, que si este tiene un nivel educativo bajo.

Percepción del proceso salud-enfermedad-atención

La percepción del dolor o de un malestar está atravesada por una serie de factores que tienen que ver con condicionantes estructurales, pero también con la propia experiencia de vida y se inscribe dentro del proceso general de percepción. Este proceso es necesariamente selectivo y puede compararse a la mirada en un espejo en el cual se refleja una imagen que no es la realidad misma. En ese "espejo" la imagen se agranda, se achica, se ilumina u oscurece, de acuerdo a cómo nos situemos para observarla. De la misma manera, la percepción que cada uno tiene de la realidad, se produce de acuerdo al modo y al lugar/situación desde donde se mire. (Sacchi, Hausberger & Pereyra, 2007)

Sacchi et al., (2007) dan a conocer que a pesar de la importancia que pueda significar para el paciente el diagnóstico y la propuesta de tratamiento sobre su enfermedad, ésta es también influida por su propia concepción y representación de lo que le puede estar pasando. Esa persona, de vuelta en su casa y en su medio, tomará o dejará las prescripciones dadas por el profesional, de acuerdo a sus posibilidades de cumplimiento, pero también según su propia interpretación de lo que tiene que hacer.

Además, las posibilidades de percibir un problema de salud son diversas y están socioculturalmente condicionadas, ya que factores como la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeñe, así como las prioridades cotidianas y las actividades que realice harán que perciba o se vea de modo diferente. (Menéndez, 2005, citado en Sacchi et al., 2007)

Para Ramírez, Nájera & Nigenda (1998) cuando hablamos de evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario, esto es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la

organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.

Asimismo, continuando con la anterior premisa acerca de la percepción que tienen las usuarias con respecto a la atención psicológica, es importante recalcar que aquellas pacientes que abandonan el tratamiento psicoterapéutico, es porque no están de acuerdo con las técnicas utilizadas, o porque no se sienten cómodas con el tratamiento o por la falta de acogida por parte del profesional. También, se sienten insatisfechas o abandonan el tratamiento cuando no obtienen atención por parte de los médicos y psicólogos, sobre todo si el tratamiento se había discontinuado por algún motivo, por ejemplo, la pérdida de una cita. Además, otro factor por el que abandonan el tratamiento, es porque tienen una percepción negativa del tratamiento farmacológico, este es uno de los motivos principales por el cual varias de las usuarias abandonan el tratamiento, donde las usuarias refieren que tienen temor a los efectos secundarios del medicamento, indican “lo desagradable que es sentirse drogada” y el “temor a generar una adicción”. Cabe acotar que las usuarias también tienen la percepción de mejoría, por ejemplo, “me di cuenta que ya no necesitaba remedios, comencé a sentirme mejor” y dejan de lado el tratamiento. Lo anteriormente mencionado, se encontró en una investigación acerca de la percepción de mujeres consultantes de atención primaria sobre el abandono del tratamiento de depresión, la cual se realizó con mujeres mayores de 18 años, diagnosticadas con depresión y procedentes del país de Chile. (Neira, Cova, Nazar, Parra & Ortiz, 2012)

Terapia Cognitivo Conductual

Definición de Terapia Cognitivo Conductual

Es una terapia que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas. La TCC es aquella que busca que el individuo asuma

responsabilidad en esas respuestas, y ejerza control sobre ellas (Ruiz et al., 2012, citados en Hernández-Brussolo et al., 2017).

Es una forma de intervención psicoterapéutica en la que se destaca de forma prominente la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa y métodos conductuales y emocionales asociados mediante un encuadre estructurado (Bas Ramallo & Andrés, 1994, p.19).

Para Butler et al., (2006, citados en Hernández-Brussolo et al., 2017) la TCC ha demostrado ser igual de eficaz que los tratamientos farmacológicos y es efectiva a largo plazo en el tratamiento de trastornos afectivos.

Teniendo en cuenta lo mencionado en los anteriores párrafos, la TCC es aquella que trabaja con las emociones, conductas y cogniciones desadaptativas del individuo y buscar modificarlas a cogniciones, emociones y conductas más adaptativas, de tal forma que las personas que reciban esta terapia aprendan a vivir una vida más funcional.

Tratamiento Psicológico para la Ansiedad y la Depresión

En Mayo Clinic Family Health Book, Litin (2018) da a conocer que la psicoterapia implica hablar con un profesional capacitado en la salud mental, para descubrir las causas que provocan la ansiedad y depresión y para aprender cómo manejar sus síntomas. La terapia más utilizada es la terapia cognitivo conductual (TCC), es una terapia muy útil para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y también para el tratamiento de la depresión. En el caso de la ansiedad, la parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores irracionales y la parte conductual ayuda a la gente a cambiar la manera en que reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad. La terapia conductual, ayuda al

paciente a modificar su comportamiento, con la finalidad que aprenda a vivir una vida más funcional.

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) se realiza cuando las personas deciden que están listas para recibir terapia psicológica, ya que se necesita su colaboración y voluntad. Para ser efectiva, la terapia debe estar dirigida a los problemas específicos que presenta la persona y debe estar adaptada a sus necesidades. Se puede llevar a cabo de forma individual o en grupo, si se realiza en grupo, la terapia debe ser realizada con personas con problemas similares. (Litin, 2018)

Por otra parte en el caso de la depresión, complementar la medicación antidepresiva con terapia cognitivo-conductual es más efectivo que el tratamiento con antidepresivos exclusivamente, en especial en aquellos pacientes con síntomas graves.

La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas relacionadas con la depresión. El terapeuta adopta un estilo educativo y busca la colaboración del paciente, de manera que pueda aprender a reconocer sus patrones de pensamiento negativo y reevaluarlo. Para que funcione esta terapia, se necesita que el paciente practique las habilidades aprendidas entre sesiones y ensaye las nuevas conductas. (Pérez & García, 2001)

Modelo de Intervención Cognitivo Conductual

Este modelo teórico ha sido estudiado bajo dos enfoques psicológicos que fusionados conforman al Modelo Cognitivo Conductual. Uno de ellos es el enfoque cognitivo, el cual dice que las emociones están basadas en ideas, por ende el control de las emociones más intensas se logra por medio del cambio de ideas. (Beck, 1983). Dentro de dicho enfoque hay varias

teorías, las cuales consideran a las cogniciones como elementos centrales de intervención.

Algunas de las teorías cognitivas elaboradas son:

Teoría del Procesamiento de la Información

Ésta enfatiza al hombre como un sistema que se encuentra dentro de un entorno cambiante y que a su vez demanda capacidades adaptativas sobre la información de sí mismo y del mundo, provocando una transformación cognitiva que afecta a sus emociones y conductas. En esta teoría se interrelacionan tres elementos fundamentales: cognición, emoción y conducta. (Beck, 1967; Teasdale, 1983; citados en Hernández, 2010)

Teorías Cognitivas Sociales

Éstas refieren que los eventos ocurridos en el medio externo influyen en las expectativas y esperanza que tiene la persona de poder tener un control sobre las situaciones externas; entonces una forma de comprender el origen de la depresión, se basa en la forma en cómo la persona percibe tales situaciones externas y lo que genera a partir de aquellas expectativas negativas y sentimientos de indefensión que la llevan a la desesperanza. (Seligman, 1975; Abramson et al., 1978; Abramson et al., 1989; citados en Hernández, 2010)

Teorías Cognitivas Conductuales

Marcan la fusión con el enfoque conductual considerando el manejo que se le da a la regulación de las conductas a partir de un ajuste, adaptación y readaptación de éstas dentro de un conjunto de circunstancias ambientales cambiantes. Y la explicación que le da a trastornos como la depresión se basa en que los factores ambientales y cognitivos son los responsables de

la presencia de este trastorno, pues los últimos manipulan los efectos del ambiente en que se desarrolla la persona. (Rehm, 1977; Lewinsohn, 1985; citados en Hernández, 2010)

El segundo enfoque psicológico a considerar dentro de este modelo teórico es el conductual, donde el manejo de las conductas se realiza a partir de las teorías del aprendizaje. Las primeras aportaciones para comprender a nivel conductual la depresión, fueron por parte de Skinner, quien postuló que éste es considerado como una “reducción generalizada en la frecuencia de conductas”, asimismo, otros autores como Castello, Ferster y Lewinsohn, reafirman que en el caso de la depresión, este trastorno se caracteriza por la reducción de reforzadores positivos que le ayudan a la persona a controlar el medio que le rodea. (Belloch et al., 1995; citados en Hernández, 2010)

Podemos ver que las teorías cognitivo y conductuales, tienen varias aportaciones como las de Beck, Ellis, Kelly, Berne y Lazarus, quienes respaldan que el modelo cognitivo conductual, a través de la reestructuración cognitiva o lo que se conoce como modificación de cogniciones (ideas irracionales), ayudan a cambiar y/o modificar las conductas y cogniciones de las personas, permitiéndoles de esta forma vivir una vida más funcional.

Principios Generales de la Terapia Cognitivo-Conductual

En la práctica clínica de la psicología, hay distintos modelos terapéuticos para atender los diversos problemas psicológicos que presentan las personas, sin embargo cada terapia tiene su propia teoría y su área de intervención. Es así que en esta investigación, he decidido elegir a la terapia cognitivo conductual, ya que es una terapia que es considerada eficaz en el tratamiento de diversas psicopatologías.

Es así que para Yapko (2006, citado en Hernández, 2010) la terapia cognitivo-conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico, tiene como

principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos.

Este modelo terapéutico considera dos elementos principales de intervención, el primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos y el segundo a las conductas que se originan a partir de creencias irracionales.

De acuerdo con Beck (1983, citado en Hernández, 2010), este modelo terapéutico manifiesta como supuesto teórico que “los efectos y la conducta que tiene un individuo, están en gran medida determinados por el modo en que estructura el mundo”. Esto quiere decir que el Modelo Cognitivo Conductual va a centrar su atención en las cogniciones, las cuales van a ser elementos básicos de la intervención, ya que los pensamientos son fortalecidos por actitudes que han sido aprendidas por experiencias anteriores que ha tenido la persona y que a su vez, han sido elaboradas de forma correcta e incorrecta, formando y reforzando conductas que realiza la persona en su entorno. Por ejemplo, cuando hay alteraciones en un paciente, se comienza a intervenir en los errores o distorsiones cognitivas que elabora el propio paciente y que desencadenan emociones, comportamientos y actitudes que lo desequilibran a nivel emocional, generando así la presencia de trastornos del estado de ánimo y de la personalidad.

Tomando en cuenta la premisa anterior, cuando una persona tiene un pensamiento irracional o una percepción errónea del entorno que le rodea, esta puede reforzar los pensamientos distorsionados, produciendo de esta forma conductas que van a retroalimentar la prevalencia y elaboración de pensamientos irracionales y por dicho motivo se presentan psicopatologías que afectan a las personas en el área física, psicológica, social, académica, laboral y familiar.

Características de la Terapia Cognitivo Conductual

Para Beck (1983), las cuatro principales características que debe tener la Terapia Cognitivo Conductual, consisten en que esta terapia deberá ser activa, directiva, estructurada y de tiempo limitado.

La primera característica consiste en que la relación entre el paciente y el terapeuta debe ser activa, es decir que el terapeuta continuamente estará interactuando y estará en continua actividad con el paciente, donde actuará como guía durante las sesiones de intervención. Asimismo, el paciente tendrá una participación activa, pues es de considerar que es la persona indicada para reformular las cogniciones existentes.

La segunda, da a conocer que el proceso debe de ser directivo, es decir debe de poseer un objetivo de intervención, donde el terapeuta hace una estructura de las sesiones, donde se va a atender las demandas del paciente a través de técnicas y estrategias que permitan el cumplimiento del objetivo de la terapia.

La tercera, indica que la intervención bajo el Modelo Cognitivo Conductual, tiene que ser estructurada en base al objetivo terapéutico que da a conocer el paciente, con esto, el terapeuta va a estructurar la terapia de acuerdo al tiempo, estrategias y técnicas que utilizará para que el paciente participe de forma activa en la reestructuración de sus cogniciones y comportamientos.

Y la última y cuarta característica, manifiesta el tiempo limitado que deberá poseer el proceso de intervención; durante éste, el terapeuta debe de formular estrategias encaminadas a cumplir con el objetivo terapéutico (Beck, 1983).

El rapport, también viene a ser un elemento primordial en esta relación, ya que es un acuerdo armonioso, donde se combinan componentes intelectuales y emocionales. Éste ayuda que el paciente vea al terapeuta como alguien que comprende sus sentimientos y actitudes, que

es comprensivo, empático y simpático, que lo acepta con sus defectos y con quien puede comunicarse sin dar una explicación detallada de lo que está sintiendo. De la misma forma, el terapeuta se siente más interesado por el paciente, la comunicación es más libre, experimenta empatía y sabe que puede hablar de forma espontánea sin tener temor a que lo que dice sea malinterpretado, en resumidas palabras el paciente tiene la sensación de ser aceptado y comprendido. Además, el rapport también se usa para reforzar aquellas conductas adaptativas del paciente, es decir, se va a lograr que el paciente este motivado para el tratamiento y para empezar los procedimientos establecidos a lo largo de la intervención. (Hernández, 2010)

Para entender mejor el rapport, González & Martín Javato (2015) aplicaron el tratamiento cognitivo conductual para un caso de bulimia nerviosa, el cual tuvo un buen pronóstico, por características tales como: establecimiento de un correcto rapport, buena adherencia al tratamiento e insight del problema y escasa duración del trastorno hasta el comienzo del tratamiento. Por lo cual deducimos que el rapport es muy importante para poder generar una adecuada alianza terapéutica con el paciente y con estos elementos que son trascendentales dentro de una intervención terapéutica, la TCC se vuelve efectiva.

Igualmente es importante la colaboración terapéutica, es un componente que busca comprometer al paciente en una alianza de cooperación terapéutica, esto ayudará al terapeuta y al paciente a que alcancen el objetivo terapéutico, esto a través de un trabajo en equipo. (Hernández, 2010)

Finalmente, tomando en cuenta las características que presenta la TCC, el terapeuta debe investigar cuales son aquellos pensamientos, emociones y conductas disfuncionales del paciente y debe explorarlos junto a él, de tal forma que se elaboren programas de actividades y tareas que facilitarán la reestructuración y el cambio de cogniciones, así como de aquellas conductas que están distorsionadas.

Estructura de las Sesiones Terapéuticas

El Modelo Cognitivo Conductual tiene una serie de pasos que el terapeuta debe de tomar en consideración. Gavino (2002, citado en Hernández, 2010), sugiere que para emplearlo, es importante que el terapeuta, primero identifique el motivo de la consulta tomando en cuenta las quejas y demandas que dé a conocer el paciente, los cuales serán los objetivos terapéuticos. El terapeuta debe recoger los datos relacionados a la problemática que presenta el paciente, esto se logrará aplicando instrumentos de evaluación como la entrevista, autoinformes, registros y pruebas psicométricas.

La información recolectada describirá al paciente, su entorno, tiempos y situaciones, los cuales van a explicar la problemática del usuario. Una vez obtenida, el terapeuta evaluará cuales son las quejas que deben desaparecer y las demandas que el paciente desea alcanzar. Luego se realiza un análisis funcional, donde el terapeuta identifica las variables donde va a intervenir, con esto las quejas desaparecerán y las demandas se cumplirán. Una vez identificadas éstas, se configuran los objetivos que deberán trabajarse a lo largo del proceso terapéutico. En el transcurso del tratamiento, se usarán las técnicas más adecuadas para eliminar las quejas y alcanzar las demandas, es decir, se deberán elegir aquellas que faciliten la eliminación de aquellos comportamientos inadecuados y también aquellas que retroalimenten las conductas establecidas como metas a conseguir. Para esto, se identifican aquellas que se van a tratar y el orden en que se llevará a cabo la intervención de las mismas. A lo largo del tratamiento, el terapeuta debe ir evaluando los resultados de la terapia, con la meta de observar si los objetivos se están logrando, es decir, si el paciente está evolucionando correctamente durante el tratamiento. (Hernández, 2010)

Cuando finaliza la intervención, se debe realizar sesiones de seguimiento a los pacientes, donde el terapeuta se tiene que poner en contacto con su paciente de forma

esporádica, con la meta de corroborar si los resultados del tratamiento se mantienen, si el paciente ha mejorado o hay recaídas. En el seguimiento se observa si el paciente está usando las estrategias y técnicas aprendidas, de esta manera, se puede evaluar si los resultados del tratamiento mejoran o se mantienen, si esto se lleva a cabo, se puede concluir que la intervención clínica ha tenido éxito y que se ha cumplido con los objetivos terapéuticos planeados. Si el paciente presentara una recaída, se le tiene que indicar que retome el tratamiento para reafirmar el objetivo terapéutico a través de las técnicas empleadas o para tratar nuevas técnicas.

Asimismo Beck (1983) bajo los lineamientos de la terapia cognitiva, plantea una estructura formal de la intervención, en la cual se tiene que seguir una serie de pasos, que van desde obtener los datos del paciente y de la situación problemática, hasta preparar al paciente en la Terapia Cognitiva, es decir el paciente debe de conocer el modelo de intervención. Es así que la explicación del sustento teórico debe realizarse durante la primera y parte de la segunda sesión, en las cuales el terapeuta le presenta el plan general y el fundamento teórico de la terapia, donde a través de ejemplos, se explica en qué áreas se va a intervenir, las cuales son las “cogniciones o pensamientos”. Además, el terapeuta le debe reiterar al paciente que hay una relación entre pensamientos, sentimientos y conductas.

Hernández (2010) da a conocer que bajo el Modelo Cognitivo Conductual, el terapeuta debe indicarle al paciente cuando se realizan las sesiones de intervención que hay una conexión entre pensamientos y sentimientos. Cuando el paciente ya tiene conocimiento de cómo se va a trabajar a través de la TCC, se implementa algún programa de intervención, es así que el terapeuta tiene que hacer el tratamiento lo más apropiado y comprensible para el paciente, con la finalidad que identifique sus propios problemas y aprenda nuevas formas de resolverlos. Además, dio a conocer que cuando se formula el plan de terapia, se debe

considerar los objetivos principales y con esto el paciente aprenderá a identificar sus cogniciones distorsionadas y comportamientos inadecuados, de tal forma que comience a reconocerlos y a cambiarlos por unos más apropiados; así como aprender a eliminar los síntomas que se presenten y de esta forma prevenir las recaídas.

También, el paciente debe tener una agenda, donde se registren diariamente los pensamientos y conductas, los cuales permiten al terapeuta ver cómo van avanzando las terapias durante las sesiones. Así pues, durante la intervención se deben de atender las demandas del paciente y al finalizar ésta, se cumplirá con el objetivo terapéutico propuesto, mediante el empleo de las estrategias y técnicas planeadas por el terapeuta.

Beck (1983) indicó que la intervención, generalmente consta de 15 a 20 sesiones y que estas se realizan una vez por semana, y en casos más graves, se realizan dos veces por semana durante un periodo de 4 o 5 semanas; y posteriormente van disminuyendo realizando una sesión semanal, en el plazo de 10 a 15 semanas. Cuando finaliza el tratamiento, es recomendable realizar 4 o 5 sesiones de apoyo durante todo el año, para poder reforzar lo aprendido durante la terapia y de esta forma evitar las recaídas.

Técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual

Se recomienda que el terapeuta utilice una serie de estrategias, para que se logre el objetivo terapéutico, es así que el terapeuta va a usar un conjunto de técnicas, que son una forma de psicoterapia breve y estructurada, las cuales proporcionarán un aprendizaje al paciente, en la solución de aquellos problemas que presenta como demanda terapéutica; algunos de éstos pueden referir la presencia de trastornos como la depresión y ansiedad. (Mckain, 1993, citado en Hernández, 2010)

Las técnicas empleadas en este modelo terapéutico, son coadyuvantes en el tratamiento de diversos problemas clínicos (Sánchez et al., 1999, citados en Hernández, 2010), debido al abordaje que se le da a éstos por medio de las estrategias oportunas y adecuadas.

Tomando en cuenta la información anterior, Méndez et al., (1998, citados en Sánchez, Rosa & Olivares, 1999), indicaron que las técnicas cognitivo conductuales se apoyan en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Su supuesto central sostiene que los patrones básicos de la personalidad que sean irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio.

Es así que tomando en cuenta este modelo terapéutico, está conformado por técnicas que siguen los dos enfoques que lo conforman, es decir, consta de técnicas cognitivas y de técnicas conductuales, las cuales, ambas se complementan, de tal forma que el paciente consiga reformular sus cogniciones irracionales y de esta forma aprende a modificar las conductas desencadenadas. A continuación describiremos las mismas:

Técnicas Cognitivas

Según Beck (1983) las técnicas cognitivas le dan la facilidad al paciente de que reorganice su estructura cognitiva, es así que el paciente va a lograr esto identificando sus pensamientos ilógicos o distorsiones cognitivas, así como comprendiendo las reglas que se formulan para organizar la realidad que soportan a estas cogniciones.

Reestructuración Cognitiva

Para Beck et al., (1983, citados en Caballo, 1998) la mejor intervención terapéutica de este tipo de distorsiones cognitivas, así como de otras no mencionadas aquí, suele ser la

reestructuración cognitiva. Estas técnicas cognitivas desarrolladas por los autores se basan en dos supuestos básicos: a) las cogniciones influyen en la conducta y en el afecto de los individuos; y b) las creencias deben ser consideradas como inferencias sobre la naturaleza del mundo más que como hechos concretos sobre el mismo.

En la Reestructuración Cognitiva, no son los acontecimientos per se los responsables de las reacciones emocionales y conductuales, sino las expectativas e interpretaciones de dichos acontecimientos y las creencias relacionadas con los mismos (Bados & García, 2008, citados en Uhden, 2016).

Caballo (1998) da a conocer que hay ciertas distorsiones cognitivas que pueden generar sentimientos y conductas inadecuados que desencadenan la ocasión para un desliz o recaída. Estas distorsiones pueden ser de distintas formas:

- Sobregeneralizar o llevar a un extremo las implicaciones de ciertas situaciones o acontecimientos.
- Adoptar una responsabilidad excesiva por problemas y faltas que están más allá de su control.
- Preocuparse en exceso y de forma innecesaria sobre problemas que anticipa.
- Considerar las cosas en términos dicotómicos, negro o blanco.
- Adoptar una actitud perfeccionista sobre el proceso de recuperación, considerando el más mínimo fallo como una debilidad personal. Este tipo de actitudes, de no intervenir, pueden desencadenar una recaída en cualquier momento.

Las técnicas de reestructuración cognitiva posibilitan al paciente la oportunidad para reformular los problemas generando alternativas de solución. El objetivo consiste en cambiar

el pensamiento irracional por otro caracterizado por habilidades de solución de problemas y de estrategias de afrontamiento más eficaces. (Caballo, 1998)

Para Clark (1989, citado en Bados & García, 2010) la reestructuración cognitiva consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos.

En esta perspectiva, la Reestructuración Cognitiva es una de las técnicas Cognitivo-Conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos que dispone la Terapia Cognitivo Conductual. Sin embargo, la aplicación de esta técnica no es fácil, ya que se debe de tener un adecuado conocimiento del trastorno o de los trastornos que se van a tratar, se necesita de creatividad y agilidad de pensamiento para mantener una interacción fluida y competente con el paciente. También, la Reestructuración Cognitiva se ha mostrado más eficaz especialmente en los trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno de somatización, trastornos de alimentación, hipocondría, trastorno por dolor, juego patológico y trastornos por abuso de sustancias, entre otros. (Bados & Grau, 2008; Bados et al., citados en Uhden, 2016)

Para concluir, Caballo (1998) indicó que los procedimientos cognitivos intentan ayudar al paciente a descubrir el mecanismo de sus autoafirmaciones, enseñarle a distanciarse de la

certeza con la que se mantiene una determinada creencia y, finalmente, llevar a cabo la evaluación sistemática de la exactitud de las creencias y distorsiones cognitivas que mantiene en relación con la psicopatología y con el estilo de vida.

Técnicas Conductuales

Beck (1983) da a conocer que estas técnicas hacen que la terapia se centre en la observación de la conducta del paciente y las actividades están dirigidas a cumplir con el objetivo terapéutico, prestándole atención al comportamiento del paciente. El propósito de estas técnicas, es lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente, de tal forma que haya una mejoría de las mismas. De esta forma, la persona se siente motivada para realizar tareas y actividades que pueden considerarse con mayor dificultad, al grado de enfrentarse con sus propias barreras y al enfrentarse con dichas barreras, el paciente aprende a cambiar su comportamiento.

Beck (1983) propone técnicas conductuales para la intervención de trastornos como la depresión, dentro de estas técnicas se encuentran la “programación de actividades”, “técnicas de dominio y agrado”, “asignación de tareas graduales”, “práctica cognitiva”, “role playing” y “tareas para la casa”. A continuación se describe con más detalle estas técnicas:

Programación de actividades: Consiste en formular actividades planeadas con la meta de contrarrestar la escasa motivación que tiene el paciente, esto permite que al planificar el tiempo, el paciente se mantenga ocupado e impide que retroceda a un estado de inmovilidad, que refuerce pensamientos distorsionados y las conductas inapropiadas hacia su persona. Por lo cual, las actividades tienen que ser graduales y del agrado del paciente. (Beck, 1983)

Técnicas de dominio y agrado: Permiten que el paciente aumente las actividades que le promueven sentir placer, diversión o alegría, pues en caso contrario, si el paciente hace actividades que no le causen satisfacción, suscitará la presencia de pensamientos distorsionados, los cuales le afectarán en sus emociones. (Beck, 1983)

Asignación de tareas graduales: El terapeuta tiene que formular un plan de acción, donde primero se define el problema que presenta el paciente, con esto se plantea la formulación de un proyecto donde se van a establecer las tareas simples y complejas que se deberán llevar a cabo. De esta forma, durante la intervención se observará si el paciente logró cada tarea y si las realizó con éxito, asimismo, el paciente deberá evaluar de forma realista aquellos componentes que le impidan realizar las actividades y con esto el terapeuta debe enfatizar las capacidades y esfuerzos del paciente, con esto se llevará a cabo de forma exitosa cada actividad planeada y por último, se reasigna nuevas tareas pero que sean más complejas. (Beck, 1983)

La práctica cognitiva: Consiste en inducir las cogniciones del paciente hacia un ejercicio de imaginación, en la cual se pretende que el paciente piense acerca de alguna actividad, en esta se va a identificar aquellos obstáculos que pudieran interferirle, donde el terapeuta debe identificar y desarrollar soluciones frente a los problemas que prevalezcan. (Beck, 1983)

Role Playing: Consiste en adoptar un papel donde se tiene como objetivos el aclarar las cogniciones irracionales y facilitar la expresión de emociones del paciente, para que de esta forma se reestructuren los pensamientos distorsionados a través de la expresión de ideas y emociones de otro personaje asumido. (Beck, 1983)

Tareas para la casa: consiste en asignar tareas conductuales para la casa, las cuales permiten que la persona pueda identificar y enfrentar los problemas que le suceden día a día, la finalidad es obtener una visión de cómo reacciona la persona y que estrategias va a emplear para resolver estas situaciones. (Beck, 1983)

Para Beck (1983, citado en Hernández, 2010) con estas técnicas propuestas se puede comprender, como el paciente a través de la reestructuración cognitiva y conductual puede modificar la percepción que tiene del mundo y la existencia de trastornos psicológicos que le afectan en el diario vivir.

Ansiedad

Definición de Ansiedad

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o peligro que podemos sufrir en un futuro cercano, acompañada de un sentimiento de disforia, es decir, un desorden de las emociones y en algunos casos también puede estar acompañado de síntomas somáticos de tensión. La ansiedad es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. (Ministerio de sanidad y consumo, 2008, p.19)

Es una sensación experimentada por todos, en mayor o menor medida, en diferentes momentos de la vida cotidiana. Si se presenta en niveles moderados, facilita el rendimiento, incrementa la motivación para actuar, alienta a enfrentarse a una situación amenazadora, en general, ayuda a enfrentarse a todo tipo de situaciones. Sin embargo, si alcanza niveles exagerados; por el contrario, puede impedir enfrentarse a la situación, paralizar y trastocar la vida diaria; es decir, que cuando es excesiva y se desborda, hace que el individuo sufra lo que en psicopatología se denomina un trastorno. (Gutiérrez, 2010, p.8)

Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo. Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psicosociales. (Gutiérrez, 2010)

Entre los factores biológicos se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico, una de las regiones más afectadas del cerebro. Además, se han observado ciertas alteraciones físicas y una mayor frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas, sedantes y otras sustancias. Por último, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos. Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados factores estresantes ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos. Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad. Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes

lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad; además, es muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo. (Miró et al., 2009)

Según Cano (2013) existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales más importantes:

- DSM-IV- TR (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA).
- CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS).

La DSM-IV-TR enumera doce trastornos de ansiedad y en la CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés.

Trastorno de Pánico

Es un trastorno en el cual la persona ha sufrido uno o más ataques de pánico, seguido de la preocupación por sufrir un nuevo ataque, y las consecuencias del mismo. Las crisis se caracterizan porque presentan un comienzo brusco y una duración de pocos minutos. Estas crisis se viven por el paciente como una señal de muerte inminente, la intensidad de sufrimiento es equivalente a la de alguien que nota que lo van a matar. Se acompaña de síntomas corporales de pánico: taquicardia, palpitaciones, respiración acelerada, sensación de ahogo o falta de aliento, náuseas o molestias abdominales, mareo, desmayo o aturdimiento, palidez, manos y pies fríos, sensación de opresión precordial que en ocasiones llega a ser dolor precordial, sudoración, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), miedo a perder el control o "volverse loco" y miedo a morir. Por lo general, el Trastorno de Pánico se acompaña de Agorafobia, que es el temor a sufrir un ataque en un lugar donde resulte difícil escapar u obtener ayuda. (Fernández et al., 2012)

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

El TAG se caracteriza por presentar como síntoma principal un estado de preocupación permanente difícil de controlar, con una duración de al menos seis meses. Puede haber varios focos de preocupación, los habituales en la población son la salud, la economía, la seguridad, la situación laboral, problemas familiares, etc. La intensidad de la preocupación es desproporcionada. Suele presentar al menos tres de los siguientes síntomas: Inquietud o impaciencia; fatiga; dificultad para concentrarse o relajarse; irritabilidad; tensión muscular o alteraciones del sueño. Como consecuencias puede provocar malestar significativo y deterioro social, laboral y familiar. Este trastorno no está relacionado con el consumo de sustancias, a una enfermedad médica ni a un cuadro psicótico. (Cia, 2013)

Fernández et al., (2012) dan a conocer que a menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar aparezca enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Según el CIE-10, la característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables y quien los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar que son involuntarios y a menudo repulsivos. Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No

son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Suele tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros. A menudo este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido y hace reiterados intentos de resistirse a este, además, casi siempre está presente un cierto grado de ansiedad. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

Fobia Social

Temor intenso y persistente ante situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso o presentar síntomas de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de pánico, o síntomas característicos tales como rubor, transpiración de manos, temblor, palpitaciones, etc. Como consecuencia de la ansiedad que esto provoca, el individuo tiende a evitar la interacción social, lo cual le proporciona un serio deterioro de la calidad de vida ya que interfiere en la rutina normal del individuo, en sus relaciones laborales y sociales. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses, para ser diagnosticado. (APA, 2002)

Según el CIE-10, las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño y suelen llevar a evitar situaciones determinadas. Las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres. Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

Trastorno por estrés postraumático

Los síntomas de ansiedad aparecen tras una exposición a un suceso traumático severo, como por ejemplo presenciar una muerte, sufrir la muerte violenta de un ser querido, ser víctima de un ataque con peligro para la propia vida, o verse en medio de un desastre natural (terremoto, etc.) Sus principales síntomas son tres: revivir el evento traumático, a través de pesadillas o flashbacks; conductas evitativas, tales como la evitación de situaciones o lugares relacionados con el evento traumático; y embotamiento emocional. Se acompaña también de síntomas que reflejan una elevada ansiedad, como irritabilidad, impaciencia e inquietud. (American Psychiatric Association [APA], 2002)

Trastorno por estrés agudo

Según el DSM IV-TR, la característica esencial de dicha psicopatología, es la aparición de ansiedad, síntomas disociativos y de otro tipo que tiene lugar durante el mes que sigue a la exposición de un evento traumático de carácter extremo. En el mismo momento del trastorno o posterior a este, el individuo presenta al menos 3 de los siguientes síntomas disociativos: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad que lo rodea, desrealización, despersonalización y amnesia disociativa. (American Psychiatric Association [APA], 2002)

Fobias Específicas

El DSM-IV-TR indica que la característica esencial de la fobia específica es un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Esta respuesta puede adquirir la forma de una crisis de angustia situacional o más o

menos relacionada con una situación determinada. Aunque los adolescentes y adultos con este trastorno reconocen que este temor es excesivo e irracional, esto no sucede a veces en el caso de los niños. En la mayoría de las ocasiones, el estímulo fóbico es evitado, si bien a veces puede experimentarse, aunque con sumo terror. El diagnóstico es correcto solo si este comportamiento de evitación, miedo o ansiedad de anticipación en relación con el estímulo fóbico interfiere significativamente con las actividades cotidianas del individuo, con sus relaciones laborales o sociales, o si la existencia de esta fobia provoca un malestar evidente. En los menores de 18 años los síntomas deben haber persistido durante al menos 6 meses antes de poder efectuar el diagnóstico de fobia específica. Las fobias específicas también pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse, sufrir manifestaciones somáticas de ansiedad y miedo y desmayarse al exponerse al objeto temido. (APA, 2002)

Agorafobia

Según el DSM-IV-TR, la característica esencial de la agorafobia, es la aparición de la ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia (por ej. miedo a padecer despeños diarreicos o crisis bruscas de inestabilidad), puede no disponerse de ayuda. Esta ansiedad suele conducir de forma típica a comportamientos permanentes de evitación de múltiples situaciones, entre los que cabe citar, el estar solo dentro o fuera de casa; mezclarse con la gente; viajar en automóvil, autobús, o avión; o encontrarse en un puente o un ascensor. Algunos individuos son capaces de exponerse a las situaciones temidas, si bien esta experiencia les produce un considerable terror. A menudo, a estos individuos les resulta más fácil encararse a las situaciones temidas si se hallan en compañía de un conocido. El comportamiento de evitación de estas situaciones puede conducir a un deterioro de la

capacidad para efectuar viajes de trabajo o para llevar a cabo las responsabilidades domésticas.

Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental. (APA, 2002)

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

El trastorno es secundario a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. La ansiedad excesiva, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (American Psychiatric Association [APA], 2002)

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Los síntomas son secundarios a los efectos fisiológicos de una sustancia, ya sea una intoxicación, una abstinencia de la misma o en el primer mes siguiente. Los individuos presentan una elevada ansiedad, crisis de angustia y obsesiones o compulsiones. El consumo del medicamento o droga está relacionado etiológicamente con la alteración. Esta alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Las sustancias típicas inductoras son: Alcohol; alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cánnabis, cocaína, inhalantes, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. (American Psychiatric Association [APA], 2002)

Trastornos Ansiosos más tratados en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter

Los trastornos ansiosos más tratados en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter son el trastorno mixto ansioso-depresivo y el trastorno de ansiedad no especificado, los cuales, se describe a continuación:

Trastorno mixto ansioso-depresivo

Es un cuadro en el que se combinan síntomas depresivos y ansiosos, clínicamente significativos. El DSM-IV-TR, describe que la característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo disfórico permanente o recurrente que tiene una duración de al menos un mes. Este estado de ánimo se acompaña de síntomas adicionales de idéntica duración, entre los cuales se incluyen un mínimo de cuatro de los siguientes: dificultades de concentración o de memoria, trastornos del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad o falta de preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, desesperanza o pesimismo ante el futuro y baja autoestima o sentimientos de inutilidad. El trastorno mixto ansioso-depresivo no debe considerarse si en algún momento el individuo ha cumplido los criterios diagnósticos, para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada. (APA, 2002)

Trastorno de ansiedad no especificado

Según el DSM-IV-TR, esta categoría incluye los trastornos prominentes con síntomas de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo de ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. (APA, 2002)

Depresión

Definición de Depresión

Según Gonçalves, González & Vázquez (2008), la depresión hace referencia a una amplia gama de problemas de salud mental caracterizados por la ausencia de afectividad positiva, es decir, una pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar con las actividades que normalmente eran placenteras, el individuo también presenta un bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, como pueden ser los sentimientos de culpa, de inutilidad, falta de ilusión y así como la baja autoestima con pérdida de confianza en sí mismos. Por otro lado, presentan síntomas físicos, conductuales y cognitivos asociados a esta patología. Algunos síntomas físicos y conductuales pueden ser: el llanto, el aislamiento social, la exacerbación de dolores preexistentes, la disminución de la libido, fatiga, ansiedad marcada, disminución del sueño y del apetito. Y algunos síntomas cognitivos son: la pérdida de la concentración y reducción de la atención, pesimismo y pensamientos recurrentes negativos sobre uno mismo y el enlentecimiento mental.

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, p.36)

Choque & Quispe (2017) realizaron una tesis sobre el efecto de la bebida de nuez sobre el estado de ansiedad y depresión en pacientes con problemas de adicción de un centro de rehabilitación de Arequipa, en la cual dieron a conocer que entre las circunstancias personales o sociales que incrementan el riesgo de la depresión se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de

alcohol y tabaco y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y personas en baja laboral por enfermedad presentan depresiones con mayor frecuencia. El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión.

Cia (2013) indica en su investigación, que los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de alto riesgo tanto para enfermedades somáticas como psiquiátricas, las cuales comienzan en edades tempranas y persistentes durante la edad adulta. Así, se ha demostrado que los familiares de primer grado de pacientes con un trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general. Por otra parte, con el progresivo conocimiento del genoma humano se ha hecho posible identificar la localización cromosómica de genes que confieren vulnerabilidad para trastornos como la depresión.

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2008, citado en Cia, 2013) da a conocer que los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de la depresión y probablemente, este rasgo de personalidad deriva a una mayor susceptibilidad para desarrollar depresión ante los eventos adversos de la vida. También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas enfermedades endocrinas, tales como la diabetes, hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, etc., parecen aumentar el riesgo de depresión.

Clasificación de la Depresión

La depresión se puede clasificar dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan

completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave, el individuo es incapaz de mantener todas estas actividades. (Cia, 2013). A continuación se describen los tipos de depresión descritos según el origen que motiva la depresión:

Depresión endógena (maníaca - depresiva)

Cia (2013) indica que se caracteriza por ser una afección que aparece de manera autónoma, no la desencadena ningún factor externo. Es un trastorno donde los pacientes son incapaces de sentir algo, no pueden sentir ira, empatía o felicidad por los sucesos que pasan en su entorno. Existen dos tipos de depresión endógena:

Depresión unipolar

Durante los episodios depresivos típicos hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica. (Cia, 2013)

Trastorno bipolar

Este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y

disminución de la necesidad de dormir. (Organización Mundial de la Salud, 2012, citado en Cia, 2013)

Depresión exógena (neurótica - reactiva)

Cia (2013) indicó que este tipo de depresión está causada por una causa externa que se puede identificar. Las principales etiologías de este tipo son: los sucesos traumáticos, las consecuencias de enfermedad física y cuando es derivada de una patología psíquica.

Depresión orgánica

Como el nombre indica, es la depresión motivada por causa orgánica como puede ser una patología, un fármaco y/o la falta de vitaminas o nutrientes al organismo. Una vez solucionado el problema orgánico primario la depresión desaparece, puesto que en este caso el problema no provoca ningún tipo de estrés. (Morand et al., 2007, citados en Cia, 2013)

Trastornos Depresivos más tratados en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter

Siguiendo la misma perspectiva, con respecto a los trastornos depresivos, los más tratados en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter son el episodio depresivo leve, episodio depresivo moderado, episodio depresivo grave, la distimia y el episodio depresivo recurrente, los cuales, se describe a continuación tomando en cuenta el CIE-10. (Organización Mundial de la Salud, 1992):

Episodio Depresivo Leve

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión y al

menos dos de estos tres deben de estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio debe durar al menos dos semanas. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

Episodio Depresivo Moderado

El manual de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (1992) da a conocer que en este cuadro, deben estar presentes dos de los tres síntomas más típicos descritos para el episodio depresivo leve, así como al menos tres de los demás síntomas, es posible que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Las personas que lo padecen, suelen tener grandes dificultades para continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos

El enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, al menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes y el riesgo de suicidio es importante particularmente en los casos graves. Se presume que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave. Los síntomas que se presentan son de intensidad grave y no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

Trastorno Depresivo Recurrente

Este trastorno se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodios depresivo leve, moderado o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía. En general se presenta en la quinta década de la vida. Los episodios suelen tener una duración de 3 a 12 meses y son más frecuentes en las mujeres que en los varones. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

Distimia

El CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (1992) da a conocer que se denomina así a una depresión crónica del estado de ánimo que no se corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado, por su gravedad o por la duración de los episodios. Los pacientes durante la mayor parte del tiempo se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditados y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las necesidades básicas de la vida diaria. Suele comenzar al iniciar la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años o bien es de duración indefinida.

Ansiedad y Depresión en Atención Primaria

La OMS da mucha importancia a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mental. Considera la salud mental como un recurso y derecho humano básico, esencial para el desarrollo social y económico de las personas.

La promoción de la salud mental tiene como objetivo fomentar una salud mental positiva que aumente el bienestar psicológico, la capacidad y la fortaleza mental (Corbera et al., 2005).

Cia (2013) da a conocer que en la Atención primaria, los trastornos mentales se sitúan en una prevalencia de un 5 a un 9% en las mujeres y de un 2 a un 4% en los hombres. Estudios realizados dicen que entre un 20 y un 25% de las consultas diarias, es decir, aproximadamente 1 de cada 4 consultas en Atención Primaria (AP) son realizadas por personas que tienen como principal motivo de consulta, un problema de salud mental. Los servicios de AP tienen un papel muy importante en los trastornos depresivos y de ansiedad puesto que hay gran incidencia en la población general los cuales están afectados por este problema de salud.

Hay que tener en cuenta que la depresión es el motivo de consulta psiquiátrica más común en AP puesto que los médicos de familia tratan diez veces más pacientes depresivos que en otros servicios especializados. El 50% de los casos pasan desapercibidos por el médico convirtiéndose en una depresión ignorada. (Cia, 2013)

Los pacientes que sufren de depresión pueden presentar múltiples síntomas inexplicables, frecuentación excesiva a la consulta a menudo no programadas o a los servicios de urgencias sin motivos claros, alteraciones del sueño, problemas en el trabajo y en las relaciones interpersonales. Además, un 39% de los pacientes que se quejan de sufrir fatiga crónica, es decir fatiga que está presente al menos la mitad del tiempo y al menos durante un

mes, puede que en realidad estén sufriendo un trastorno del ánimo. (García-Herrera et al., 2011)

Para tener una idea de la importancia de la AP en los trastornos depresivos es necesario dar a conocer que de 100 pacientes que presentan depresión 10 son tratados en los servicios especializados y 90 están seguidos por los servicios de AP.

Existe gran dificultad para establecer relaciones entre depresión y ansiedad, ya que las dos patologías no tienen entidades homogéneas ya que cada trastorno se subdivide en diferentes categorías según su etiopatogenia y terapéutica. La relación puede estudiarse a través de diversas perspectivas pero en este caso se analizan a partir de la clínica, el curso, el pronóstico y la genética. (Vallejo & Gastó, 2009)

Ansiedad y Depresión en Centros de Salud Mental Comunitarios

Para el Ministerio de Salud del Perú (2018) la salud mental es concebida como un proceso dinámico de bienestar que permite a las personas desplegar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades. Asimismo, indican que la salud mental está vinculada con la salud física y el bienestar social, por lo tanto la salud mental debe asegurar el bienestar general y progreso de las personas, familias y colectividades. En el Perú, los padecimientos neuro-psiquiátricos representan el grupo de daños con mayor carga de enfermedad y de años de vida saludable perdidos, constituyéndose en una prioridad de salud pública siendo los problemas de mayor prevalencia la depresión, el abuso y dependencia del alcohol, los trastornos de ansiedad, las esquizofrenias, la violencia familiar, los trastornos de conducta y de las emociones en los niños y el maltrato infantil.

Tomando en cuenta lo anterior, se crean en el Perú los Centros de Salud Mental Comunitarios, los cuales son establecimientos de salud de categoría I-III o I-IV, que cuentan con psiquiatras o servicios especializados para niños y adolescentes, adultos y adultos mayores, así como servicios especializados en adicciones y en participación social y comunitaria. Este modelo de atención comunitario de salud mental, está centrado en la comunidad, fomenta la promoción y protección de la salud mental, así como la continuidad de cuidados de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales en cada territorio, donde es protagónica la participación de la comunidad. (Ministerio de Salud del Perú, 2017)

Para finalizar, en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter en el año 2019, en el servicio de adulto y adulto mayor, se atendieron un total de 644 pacientes con cuadros de ansiedad y depresión, de los cuales se atendieron 368 pacientes con cuadros de ansiedad y 276 con cuadros de depresión, la mayor parte de los usuarios con diagnósticos que van de moderados a graves y pertenecientes a los distritos de Hunter, Tiabaya y Sachaca. Asimismo, en el servicio de adulto y adulto mayor, se consideran adultos a aquellos pacientes cuyas edades oscilan entre los 18 a 99 años de edad, quienes reciben tratamiento por parte de todo el equipo multidisciplinario, es decir por parte de enfermería, asistencia social, terapia ocupacional, psiquiatría, farmacia y psicología, asimismo, se les realiza seguimiento a los casos más graves a través de visitas domiciliarias y se realiza con ellos Grupos de Ayuda Mutua (GAM), en los cuales los pacientes comparten sus experiencias, se ayudan mutuamente entre ellos y se fortalecen a partir de sus experiencias personales.

Antecedentes Investigativos acerca de la Satisfacción, Percepción y de la Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual

Con respecto a la satisfacción, a nivel internacional tenemos la investigación que realizó Rydel (2015) la cual fue acerca de la evaluación de la satisfacción con la atención psicológica en el primer nivel de atención, basado en el autoreporte de los usuarios, la cual fue realizada en Montevideo-Uruguay con 49 usuarios que se hicieron atender en el Primer Nivel de Atención de la Red de Atención Primaria (RAP) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En los resultados se encontró que los usuarios mejoraron con respecto al bienestar psicológico, luego de los tres meses de iniciada la intervención psicológica y reportaron un alto grado de satisfacción con la atención recibida, es así que se halló que el 97.8% de los usuarios se sintieron satisfechos con la terapia psicológica que recibieron, de los cuales el 28.9% se sintieron mayormente satisfechos y el 68.9% se sintieron muy satisfechos con el servicio psicológico recibido. En los resultados de la investigación de Rydel, también se halló una correlación estadísticamente significativa entre la mejoría sintomática y la satisfacción de los usuarios. Estos hallazgos, aportan datos acerca de que el enfoque de satisfacción de usuarios, es un proceso factible y válido. Al estar relacionado, además, con el resultado de tratamiento, podría servir como indicador de que los servicios brindados son de buena calidad.

También a nivel internacional tenemos la investigación que realizaron Nielsen et al., (2004) la cual fue realizada en Estados Unidos y cuyo título en español es “Reportes de los Consumidores tomando en cuenta el Puntaje de Efectividad: ¿Qué Reportaron los Consumidores?”, donde encuestaron a 3433 clientes antiguos que habían recibido tratamiento por parte de psicólogos. Tomando en cuenta los puntajes obtenidos acerca de satisfacción, resolución de problemas y percepción del cambio emocional, se concluyó que la psicoterapia

es eficaz y que una terapia más prolongada e intensiva es aún más efectiva. Asimismo, en dicha investigación priorizaron el componente de percepción del cambio emocional, donde al aplicar el CRES-4, se halló que el 74.2% de los clientes mejoraron su estado emocional al finalizar el tratamiento y solo el 21.5% indicaron que no hubo mejora en su estado emocional, por lo cual se puede deducir que la terapia psicológica recibida fue efectiva y que la mayoría de los clientes se sintieron satisfechos con respecto a la percepción del cambio emocional.

Asimismo, encontramos la investigación de Seligman (1995) cuyo título es la eficacia de la psicoterapia, un estudio basado en los informes del consumidor, donde el autor indica que él quería probar que la Terapia Cognitiva funciona muy bien en los pacientes. Se halló que de las 426 personas que se sintieron muy insatisfechas cuando empezaron la terapia psicológica, después de recibir psicoterapia y al culminar su tratamiento psicológico el 87% de las mismas se sintieron muy satisfechas o bastante satisfechas con la psicoterapia. Además, se encontró que la terapia a largo plazo produjo más mejoras que la terapia a corto plazo.

El Consumer Reports, es una organización estadounidense independiente que realiza encuestas a los consumidores y luego los resultados los publica en su revista. Es así que continuando en la misma línea, en un estudio posterior que realizó el Consumer Reports en el año 2004, se compararon los tratamientos principalmente psicológicos y farmacológicos para la depresión y la ansiedad tomando en cuenta las respuestas de 3079 suscriptores de la revista que habían buscado ayuda al respecto y los principales resultados que se hallaron fueron que más del 80% de los usuarios pensaron que el tratamiento recibido les había ayudado, asimismo se encontró que la terapia psicológica dio mejores resultados cuando el tratamiento duró al menos 13 sesiones y también se obtuvo mejores resultados en los pacientes que adoptaron una actitud activa, es decir que se preocuparon por elegir bien a su terapeuta, preguntaron al profesional si tenía experiencia en tratar su problema, buscaron que un amigo o familiar

viniera a una sesión, mantuvieron un registro de su tratamiento o estado emocional y aplicaron en su vida diaria lo que estaban aprendiendo en el tratamiento. (Consumer Reports, 2004, citado en Feixas et al., 2012)

Ballesteros & Labrador (2014) realizaron una investigación cuyo título es *Empirically Supported Treatments for Panic Disorder with Agoraphobia in a Spanish Psychology Clinic*, que en español significa *Tratamientos con apoyo empírico para el trastorno de pánico con agorafobia en una clínica de psicología española*, en la cual querían estudiar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diagnosticados de Trastorno de Pánico con Agorafobia, así como las características del tratamiento y sus resultados. 50 pacientes demandaron asistencia psicológica y de todos los pacientes con estos cuadros ansiosos, el 80% eran mujeres, con una edad media de 29.22 años, 48% con estudios universitarios y el 74% de ellas eran solteras. Cabe destacar que el número medio de sesiones de tratamiento fue 13.39 y que al finalizar el tratamiento el 83.33% de los pacientes fueron dados de alta.

También tenemos la investigación que realizó Bunge (2012) acerca de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud mental para niños y adolescentes desde la perspectiva del paciente y del cuidador, la cual fue realizada en Buenos Aires-Argentina con 382 participantes, divididos en 91 díadas padres/niños de 9 a 11 años de edad, 83 díadas padres/adolescentes de 12 a 18, y 34 padres/cuidadores que consultaban por cuestiones referidas a sus hijos. Todos los participantes asistían a un SSMNA privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la zona norte del Gran Buenos Aires. En los resultados se halló que los padres y niños sintieron que hubo un progreso en la terapia, mientras que los adolescentes sintieron que podían expresarse y sentirse escuchados, asimismo se encontró que los padres sintieron una mayor satisfacción del usuario que sus hijos niños y adolescentes. Además, se hallaron diferencias significativas en los niveles de satisfacción del usuario entre

los padres que asistían a los servicios Cognitivo Conductual y Sistémico, por sobre aquellos que asistían al servicio psicodinámico. Los padres cuyos hijos recibieron la Terapia Cognitivo Conductual, se sintieron más satisfechos, ya que hubo mejores resultados con la misma.

A nivel nacional, tenemos la investigación de Infantes (2017) la cual fue sobre la Calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital III de Iquitos, la cual se llevó a cabo en la ciudad de Iquitos-Perú. Esta investigación se realizó con 305 pacientes de la consulta externa del Centro de Medicina Complementaria (CAMEC) durante el año 2016. En los resultados se encontró que la satisfacción global fue de 72.9%. La satisfacción por dimensiones fue de un 68.6% de Fiabilidad, es decir que el personal orienta y explica de forma clara, que la atención médica ha sido en el horario programado, que la historia clínica estaba disponible y habían citas disponibles; 72.3% de Capacidad de Respuesta; es decir, que la atención en el módulo de admisión, en el laboratorio, para tomarse exámenes de apoyo y en la farmacia fue rápida; 77.1% de Seguridad, es decir que se respetó la privacidad durante la atención, se hizo un examen completo y minucioso, se contestó dudas y el médico inspiró confianza; 73.7% de Empatía, es decir si hubo un trato amable, con respeto y paciencia por parte del personal y si el médico mostró interés en solucionar el problema de salud y el 73.6% para Aspectos Tangibles, como por ejemplo orientar y brindar información a los pacientes adecuadamente, consultorio con equipos disponibles y material necesario y consultorio limpio y cómodo. En conclusión, la satisfacción global fue alta, siendo las dimensiones de seguridad y empatía las que presentaron mayores porcentajes de satisfacción.

A nivel internacional, se tiene la investigación que realizó Alcázar (2007) acerca de las expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más

sesiones, la cual fue realizada en México con 39 participantes que alguna vez fueron con un psicoterapeuta, con edades entre los 20 y 63 años, en los resultados se halló que en los usuarios prevalecieron las expectativas sobre el terapeuta antes de la primera entrevista, es decir, esperaban que el terapeuta les apoyara, fuera amigable o escuchara. En segundo lugar, tuvieron expectativas con respecto a los resultados de la primera entrevista, es decir, esperaron una solución a su problema, a sus dudas y asimismo, querían sentirse en confianza. Cuando finalizó la primera entrevista, en 12 sujetos se cumplió las expectativas, pero en 27 no. Se halló que el cumplimiento de las expectativas se relacionó de forma moderada y significativa con la asistencia a la segunda sesión. Las principales razones para asistir a dos o más sesiones fueron tener que seguir el tratamiento o querer sentirse mejor. Cuando los participantes asistieron a la segunda sesión, percibieron en sus terapeutas más características positivas, (por ejemplo, confiable, puntual, amable) que negativas. Por el contrario, los sujetos que no asistieron percibieron en forma predominante características negativas en sus terapeutas (por ejemplo, autoritario, poco amable, impuntual). Finalmente, los que asistieron a la segunda sesión percibieron a sus terapeutas como más expertos que los que no asistieron.

Ramírez, Nájera & Nigenda (1998) realizaron una investigación acerca de la percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México, tomando en cuenta la perspectiva de los usuarios y en sus resultados hallaron que el 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y el 18.8% indicó que fue mala. Los principales motivos que definieron la calidad como buena, fueron el trato del personal cuyo porcentaje fue 23.2% y la mejoría en salud con un porcentaje de 11.9%. Asimismo, para el 44.8% de los usuarios la calidad está representada por las características del proceso de atención, para el 21.3% la calidad está representada por el proceso del resultado, para el 18.0% por el proceso de la estructura y para el 15.7%, la calidad está representada por el proceso de accesibilidad.

En una investigación de Tomás, Moreno & Concha (1999) la cual fue acerca de los factores que determinan la percepción de salud y la calidad de vida en personas mayores de 75 años, se halló que la percepción de salud y calidad de vida fue calificada de buena o muy buena por el 50.6% de las personas, regular por el 44.8% y mala o muy mala por el 4.6%, no presentando diferencias significativas por grupos de edad y sexo. Un 33.1% presentaban depresión leve y un 8.6% depresión establecida; es decir que a mayor nivel de depresión peor percepción de salud y calidad de vida.

En la tesis doctoral realizada por Uhden (2016) la cual fue acerca de la eficacia de la Reestructuración Cognitiva en pacientes con dolor crónico no oncológico, se halló que las intervenciones destinadas al control y manejo de los pensamientos irracionales (rechazo de ideas irracionales, estrategias para modificar las emociones, desarrollo de respuestas emocionales alternativas, etc.) se demostraron eficaces en el alivio del dolor, más específicamente en la reducción de su intensidad y en la mejoría de los estados de ánimo tales como depresión, fatiga, hostilidad, tensión y vigor, ya sea mínimamente o ya sea logrando una repercusión clínicamente importante en el estado de ánimo del paciente. Por lo anteriormente mencionado, la reestructuración cognitiva es eficaz en el tratamiento de pacientes ansiosos y depresivos.

A nivel internacional también tenemos la investigación de Mora & Rodriguez (2016) la cual ha sido realizada en la ciudad de Barranquilla, en el país de Colombia, dicha investigación fue acerca de la efectividad de la terapia cognitivo - conductual grupal con abordaje multimodal para pacientes con trastorno mental grave, con un diagnóstico común de trastorno mixto ansioso-depresivo, donde trabajaron con un grupo de casos y un grupo control y se halló que con respecto a la variable de género, de manera general se evidencia que en ambos grupos la mayor proporción de la muestra lo representa el género femenino, debido a

que en el grupo de casos el 66.7% corresponde al género femenino y el 33.3% al género masculino; mientras que, en el grupo control el 100% de la muestra lo representa el género femenino. Esto indica que probablemente el diagnóstico mixto ansioso-depresivo presenta mayor incidencia sobre el género femenino. Dentro de la variable edad, se evidencia que la muestra de ambos grupos está representada por edades entre los 20-40-60 años, las cuales dentro del grupo de casos corresponden a los siguientes porcentajes, el 33.3% se encuentra entre la edad de 20-40 años y el 66.7% corresponde a la población restante de participantes que se encuentran entre los 40-60 años; esta distribución se presenta de la misma manera en el grupo control. Lo anterior indica que, probablemente no existe una edad determinada para presentar el diagnóstico mixto ansioso-depresivo, debido a que en las muestras de ambos grupos se registran distintas edades. Referente a la variable educativa, se registra en ambos grupos igual proporción de participantes bachilleres y universitarios, donde el 66.7% corresponde a la muestra de bachilleres, y el 33.3% representa la muestra de universitarios. Esto refiere probablemente que el diagnóstico mixto ansioso-depresivo no está determinado por el nivel educativo. Con respecto a la variable del estado civil, se registra que dentro del grupo de casos el 33.3% representa la muestra de pacientes solteros, el otro 33.3% corresponde a la muestra de los pacientes casados y el 33.3% restante se encuentra separado. Dentro del grupo control se observa, que el 66.7% representa la muestra de pacientes solteros y el 33.3% en unión libre. Asimismo se halló que hubo una reducción en los síntomas depresivos en los pacientes pertenecientes al grupo de casos, mientras que los del grupo control tuvieron una mejor respuesta ante la disminución de los síntomas ansiosos. Además, se observó que dentro de la estructura cognitiva, con respecto a la credibilidad de sus creencias centrales, los pacientes del grupo de casos dieron una mejor respuesta de avance en la modificación de dicho esquema central, pues hubo una reducción de un 80% en la creencia de

no ser capaz y en la creencia de vulnerabilidad al daño, mientras que en el grupo control la reducción de dicho esquema fue en un 30%, esto se observa de igual manera en el mantenimiento de los esquemas mal adaptativos (abandono, vulnerabilidad al daño, privación emocional, etc.) donde después del proceso de intervención, hubo una reducción en la credibilidad de dichos esquemas, además, se observó mejores respuestas en el grupo de casos más que en el grupo de control. Estos resultados facilitarían a los profesionales de la salud e investigadores a ampliar las estrategias de intervención en pacientes con patologías complejas, pues se observa que dentro de un proceso de intervención grupal con pacientes que presenten las mismas patologías facilita el avance en los tratamientos y esto es por el apoyo que se establece dentro del grupo.

Siguiendo la misma premisa acerca de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual encontramos que Hernández-Brussolo, Romero, Alcazar, Vogel & Reyes (2017) realizaron una intervención cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo debido a un traumatismo de estructuras múltiples en la rodilla. Dicha intervención la realizaron a un hombre de 33 años, originario de México, el cual por el accidente que tuvo quedó con una discapacidad permanente y a partir de esa fecha desarrollo una depresión. La intervención que realizaron estos autores se llevó a cabo en 10 sesiones de 50 minutos cada una, con el objetivo de poder disminuir emociones como ira y tristeza, fatiga y problemas de sueño. Los resultados de la evaluación, pre y post terapia, demostraron la disminución de la sintomatología depresiva, por lo que se concluye la eficacia del enfoque cognitivo conductual en el tratamiento del trastorno, lo cual concuerda con otros estudios.

Asimismo, Contreras et al., (2006) realizaron una intervención cognitivo-conductual breve dirigida a un grupo de adultos mayores con el objetivo de disminuir su sintomatología ansiosa y depresiva. El tratamiento duró un mes (dos sesiones semanales de dos horas cada

una). Participaron 38 adultos mayores de la ciudad de Santiago de Chile diagnosticados con depresión leve/ moderada y sintomatología ansiosa, los cuales fueron asignados aleatoriamente a los grupos experimental y control. Las principales técnicas utilizadas fueron relajación progresiva, reestructuración cognitiva y psicoeducación. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control en todas las mediciones de tratamiento y seguimiento de las variables estudiadas. El tamaño del efecto fue moderado-alto para ansiedad-estado (0.74) y depresión (0.68) y moderado para ansiedad-rasgo (0.52). A partir de los resultados obtenidos en esta investigación se deduce que la terapia cognitivo conductual es eficaz para el tratamiento de trastornos ansiosos y depresivos.

También, en la investigación realizada por García-Escalera et al., (2016) examinaron el efecto de la Terapia Cognitivo Conductual Transdiagnóstica (TCC-T) en adultos, niños y adolescentes españoles con trastornos emocionales. La eficacia del tratamiento se examinó utilizando un modelo de efectos aleatorios y teniendo en cuenta los datos pre y post-tratamiento. Los resultados sobre población adulta muestran que el tratamiento fue eficaz para los casos de ansiedad y de depresión. En el caso de los niños y adolescentes, se halló que el tratamiento fue menos efectivo. En general, los resultados apoyan la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual Transdiagnóstica para los trastornos emocionales.

Además, se tiene investigaciones realizadas a nivel nacional como la de la Universidad Pontificia Católica del Perú, donde Lauro (2018) confirma la efectividad clínica de la meditación en la disminución de sintomatología ansiosa, específicamente la eficacia del Método Xirione en la reducción de la ansiedad - estado, contribuyendo así en la validación de métodos alternativos dentro del campo psicológico en post del proceso de articulación de la Medicina/Psicología Complementaria y Alternativa al sistema nacional de salud del Perú.

Otra investigación realizada a nivel nacional, es la de Pasco (2019) cuya investigación fue acerca de la reestructuración cognitiva en un caso de infidelidad de una paciente adulta proveniente de la ciudad de Lima, en la cual se encontró que al aplicar la reestructuración cognitiva, hubo una disminución de los pensamientos distorsionados y de las creencias irracionales de la paciente frente al suceso estresor generador de niveles altos de ansiedad. Además, se evidenció una disminución de las emociones, conductas y respuestas fisiológicas negativas de manera significativa. Por lo cual se deduce que la Terapia Cognitiva Conductual aplicando la técnica de la reestructuración cognitiva es efectiva para trastornos psicopatológicos como la ansiedad y la depresión.

Tomando en cuenta, que la presente investigación está basada en la reestructuración cognitiva, se ha hallado que ésta en combinación con otras técnicas, se ha mostrado más eficaz que la ausencia de tratamiento o que otros tratamientos en los trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno bipolar (en combinación con fármacos), trastornos de alimentación, trastornos somatomorfos, trastornos por abuso de sustancias, juego patológico, algunos trastornos de personalidad, como el trastorno de personalidad límite, trastorno negativista desafiante, insomnio, ira, agresión sexual, disfunción eréctil, conflictos de pareja, problemas de salud e ideas delirantes y alucinaciones. Por otra parte, la terapia cognitiva parece un tratamiento prometedor para otros problemas como los trastornos disociativos, los intentos de suicidio, el trastorno de déficit de atención, la fibromialgia y los acúfenos. (Butler et al., 2006, citados en Bados & García, 2010)

Además, la terapia cognitiva también se ha aplicado a problemas que no se ciñen a una categoría diagnóstica, sino que subyacen a diversos trastornos psicológicos; por ejemplo, evitación del afecto, baja autoestima y problemas interpersonales (Bennet-Levy et al., 2004; Harvey et al., 2004; citados en Bados & García, 2010).

Para finalizar, los antecedentes investigativos acerca de la satisfacción, percepción y de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual que se han encontrado, permiten deducir que la técnica de la Reestructuración Cognitiva, es eficaz para el tratamiento de trastornos ansiosos y depresivos, pero también es eficaz para el tratamiento de otro tipo de psicopatologías.

Además, hay que acotar que no hay suficientes investigaciones acerca de la satisfacción que tienen los usuarios después de recibir un tratamiento de Terapia Cognitivo Conductual, por lo cual esta investigación, es un tema novedoso y va a aportar de forma positiva, no solo para los profesionales de la Salud Mental, sino para todas aquellas personas que trabajan en el área de salud, asimismo la presente investigación aportará información importante para futuras investigaciones.



CAPÍTULO II

DISEÑO

METODOLÓGICO

Tipo o Diseño de Investigación

La presente investigación es descriptiva, porque se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhke, 1989, citado en Hernández et al., 2006).

Los estudios descriptivos únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es su objetivo, no es indicar cómo se relacionan las variables medidas. Asimismo, los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación. Además, se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investiga. (Hernández, Fernández & Baptista, 2006)

Técnicas o instrumentos

Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4)

Para medir el nivel de satisfacción que tienen los pacientes ansiosos y depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter que recibieron la Terapia Cognitivo Conductual basada en la Reestructuración Cognitiva, se utilizó la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4). Se tomó en cuenta los cuatro ítems de dicha escala, la versión en español. (Feixas et al., 2012)

La Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4), cuenta con los siguientes ítems:

- ❖ El ítem 1, brinda información acerca de la satisfacción que tienen los pacientes con respecto a la forma en cómo el terapeuta ha tratado el problema por el cual consulta el paciente.
- ❖ El ítem 2, brinda información sobre la satisfacción que tienen los pacientes acerca de la Terapia Psicológica recibida basada en la solución del problema principal.
- ❖ El ítem 3, brinda información acerca de la satisfacción que tienen los pacientes sobre su estado emocional inicial cuando empezaron el tratamiento.
- ❖ El ítem 4, brinda información acerca de la satisfacción que tienen los pacientes del cambio emocional que se produce después de recibir el tratamiento.

Para calificar e interpretar dicha escala, se toma en cuenta lo que dicen Nielsen et al., (2004, citados en Feixas et al., 2012) donde ellos indican que se obtienen 3 componentes de esta escala:

- 1. Satisfacción:** Se basa en la primera pregunta y la respuesta puede variar de 0 a 5. Se multiplica el valor de la respuesta por la constante 20, para poder obtener puntuaciones que vayan de 0 a 100.
- 2. Solución del problema:** Se basa en la segunda pregunta y la respuesta puede variar de 0 a 5. También aquí se multiplica el valor de la respuesta por la constante 20 para poder obtener puntuaciones que vayan de 0 a 100. A mayor puntuación, mayor percepción de que se ha resuelto el problema por el que se ha consultado.
- 3. Percepción del cambio emocional:** Se basa en la Tercera y cuarta preguntas. Se resta la puntuación de la respuesta obtenida en la pregunta del estado emocional post-tratamiento de la puntuación pre-tratamiento. Para evitar una posible puntuación negativa, se suman 4 puntos al resultado de esta resta, así se obtiene una

puntuación que varía entre 0 a 8. A continuación el resultado se multiplica por 12,5 para obtener una puntuación entre 0 y 100. Cuánto más alta es la puntuación final, mayor es la mejora en el estado emocional. Puntuaciones por debajo de 50 indican empeoramiento (cuánto más bajas, mayor es el deterioro). Como se puede observar, el punto de cohorte es 50 para cada uno de los componentes de la CRES-4, es decir aquellos usuarios que sacaron puntajes mayores a 50, significa que se han sentido satisfechos y aquellos usuarios que sacaron puntajes menores a 50, significa que se han sentido insatisfechos.

Para obtener la puntuación global de la CRES-4, se suman los resultados de los componentes anteriores tal como representa la siguiente fórmula:

$$\text{CRES-4} = (20 \times \text{satisfacción}) + (20 \times \text{solución del problema}) + [12,5 \times (4 + \text{estado emocional actual} - \text{estado emocional pre-tratamiento})]$$

Por lo tanto, para hallar la puntuación global de satisfacción, se toma en cuenta la puntuación global de la CRES-4, donde se considera una puntuación que está en una escala de 0 a 300 puntos. El punto de cohorte es 150, es decir, aquellos pacientes que sacaron puntajes mayores a 150, significa que se han sentido satisfechos con el tratamiento recibido y aquellos pacientes que obtuvieron puntajes menores a 150, significa que se han sentido insatisfechos con el tratamiento recibido. Cuanto Mayor es la puntuación total, mayor es la eficacia del tratamiento según el paciente.

Para entender mejor la calificación de esta escala, se toma en cuenta el siguiente baremo:

| Baremo: | Puntuación de los Componentes de la Escala: Satisfacción, Solución del Problema y Percepción del Cambio Emocional | Puntuación Global de la (CRES-4) para hallar la Puntuación Global de Satisfacción |
|----------------------------|---|---|
| Completamente insatisfecho | 0 a 16 | 0 a 49 |
| Muy insatisfecho | 17 a 33 | 50 a 100 |
| Algo insatisfecho | 34 a 50 | 101 a 150 |
| Bastante satisfecho | 51 a 67 | 151 a 200 |
| Muy satisfecho | 68 a 84 | 201 a 250 |
| Completamente satisfecho | 85 a 100 | 251 a 300 |

A continuación se muestra la interpretación de la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4):

Bastante Satisfecho: el paciente se sintió bien o a gusto con la terapia psicológica recibida, percibió que hubo un cambio a nivel de sus emociones y se sintió bien o a gusto con respecto a la solución de su problema.

Muy Satisfecho: el paciente se sintió muy a gusto con la terapia psicológica recibida, percibió un cambio adecuado a nivel de sus emociones y se sintió muy a gusto con respecto a la solución de su problema.

Completamente Satisfecho: el paciente se sintió totalmente satisfecho con respecto a la terapia psicológica recibida, hubo una plena satisfacción con la percepción del cambio emocional y se sintió totalmente satisfecho con respecto a la solución de su problema.

Bastante Insatisfecho: el paciente no se sintió a gusto con la terapia psicológica recibida, percibió que no hubo un cambio a nivel de sus emociones y no se sintió satisfecho con respecto a la solución de su problema.

Muy Insatisfecho: el paciente se sintió muy descontento con la terapia psicológica recibida, no percibió ningún cambio a nivel de sus emociones y se sintió muy descontento con respecto a la solución de su problema.

Completamente Insatisfecho: el paciente se sintió totalmente insatisfecho con respecto a la terapia psicológica recibida, hubo una plena insatisfacción con la percepción del cambio emocional y se sintió totalmente insatisfecho con respecto a la solución de su problema.

La Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4), es de tipo cuantitativa y cada respuesta brinda información referida a la satisfacción que tienen los pacientes acerca del tratamiento recibido.

Es una escala anónima, cuya aplicación puede ser de forma individual o colectiva, el lenguaje utilizado en la presente escala es un lenguaje simple, de tal forma que ha sido de fácil comprensión para los pacientes ansiosos y depresivos del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter.

- Validez y confiabilidad: La Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) en español busca evaluar la satisfacción con el servicio psicoterapéutico recibido. Según sus autores Feixas et al., (2012) en la práctica clínica cotidiana como en la investigación existe poca tradición de evaluar el grado de satisfacción con el servicio psicoterapéutico recibido. Asimismo, dan a conocer que la CRES-4 mide más el estudio de satisfacción del consumidor. Además, los autores dan a conocer que la CRES-4 es mayormente usada en Estados Unidos y ha sido poco empleada en países de habla hispana, es así que los autores tradujeron la escala al español y la versión resultante la distribuyeron entre una docena de alumnos del master en Terapia Cognitivo Social de la Universitat de Barcelona y no se encontró ningún problema con la aplicación. Actualmente, el poder evaluar la satisfacción de un paciente una vez que ha finalizado el tratamiento, se ha convertido en algo primordial, no solamente desde el punto de vista del paciente, sino también para el terapeuta y para el Centro donde se desarrolla el tratamiento. En este sentido se recomienda utilizar la CRES-4 para evaluar la satisfacción en la psicoterapia de habla hispana. Además, Feixas et al., (2012) indican que en futuros estudios se podrá estudiar mejor su validez y confiabilidad psicométricas presentando datos de muestra de habla hispana, ya que prácticamente esta escala ha sido poco utilizada en países que hablan el español.

Validez: Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, se realizó la validez y confiabilidad en la ciudad de Arequipa-Perú. Es así que con respecto a la validez, la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) se sometió a la validación por expertos para garantizar que dicho instrumento mide lo que pretende medir. Es así que la Escala fue validada por la Ps. Meredith Julissa Valdivia Núñez y por la Mg. Dannys Milagros Morales Chura, ambas con estudios en Terapia Cognitivo

Conductual, psicólogas de profesión y trabajadoras del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter. Ambas revisaron la Escala y el baremo creado, el cual permite medir los niveles de satisfacción de los usuarios con el tratamiento recibido, el cual fue elaborado por una estadista y mi persona. Después de ser revisada la escala y la ficha sociodemográfica, se realizó una prueba piloto con 10 usuarios adultos, de ambos sexos, con cuadros ansiosos y depresivos y no hubo problemas en el momento de su aplicación. La duración de la aplicación de la Escala y la ficha sociodemográfica es de 4 minutos como tiempo máximo. Al aplicar dicha prueba piloto, se identificó si hay dificultades en la comprensión, en la identificación de preguntas, además se observó si hay una buena aceptación de la ficha sociodemográfica y de la escala CRES-4 por parte de los pacientes y permitió ver si el lenguaje utilizado fue el adecuado. Finalmente, ambas psicólogas indicaron que el baremo estaba bien elaborado, realizaron la validación cuantitativa y cualitativa y de esta forma la escala fue aprobada por las expertas.

Con respecto a la validez de la Escala de Satisfacción con el tratamiento Recibido (CRES-4) en el extranjero, se tiene la investigación que se realizó en Estados Unidos cuyo título es *The Consumer Reports Effectiveness Score: What Did Consumers Report?* (“Reportes de los Consumidores tomando en cuenta el Puntaje de Efectividad: ¿Qué Reportaron los Consumidores?”), en la cual Nielsen et al., (2004) encontraron información relevante, como la de Freedman et al., (1999, citados en Nielsen et al., 2004) quienes usaron el cuestionario para evaluar el tratamiento en el Instituto de Investigación y Capacitación Psicoanalítica en la Ciudad de Nueva York (IPTAR), donde 99 de sus pacientes coincidieron con los patrones de la muestra de Consumer Reports, lo que hizo que los investigadores concluyeran que el tratamiento

en IPTAR había sido eficaz. Además, las puntuaciones del CRES-4 de los 99 pacientes fueron mayores entre los pacientes que recibieron más tratamiento y es así que Freedman et al., concluyeron que la psicoterapia más prolongada e intensiva había sido más eficaz e indicaron que la CRES-4 fue suficientemente válida para evaluar el tratamiento que utilizaron en el Instituto de Investigación y Capacitación Psicoanalítica en la Ciudad de Nueva York.

Confiabilidad: Con respecto a la confiabilidad que tiene el instrumento en Estados Unidos, tenemos la investigación de Nielsen et al., (2004) donde se halló que la confiabilidad del instrumento arrojó un valor de 0.63 en su consistencia interna, esto demostró que este instrumento tiene una confiabilidad aceptable. Considerando lo que dicen Huh, Delorme & Reid (2006, citados en Frias-Navarro, 2021) el valor de consistencia interna en investigación exploratoria debe ser igual o mayor a 0.6. Asimismo Loewenthal (1996, citado en Frias-Navarro, 2021) sugiere que un valor de consistencia interna de 0.6 puede ser considerado aceptable para escalas con menos de 10 ítems, entonces, tomando en cuenta que la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4), tiene solo 4 ítems, se puede decir que su consistencia interna es aceptable.

Considerando que no hay investigaciones que muestren la confiabilidad de dicha escala en países de habla hispana, se realizó la confiabilidad en la ciudad de Arequipa-Perú. Es así que se midió la confiabilidad de la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) a través de la consistencia interna utilizando el Alfa de Cronbach. Se encontró que la consistencia interna fue buena, ya que se halló que el instrumento tiene un Alfa de Cronbach de 0.62. Como se puede observar, la

confiabilidad hallada en la ciudad de Arequipa (Perú), es similar a la confiabilidad hallada en Estados Unidos (Alfa de Cronbach = 0.63) por lo tanto se puede deducir que es una confiabilidad aceptable y el instrumento puede ser utilizado.

Ficha Sociodemográfica

Junto con la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4), se aplicó una ficha sociodemográfica tanto a los pacientes ansiosos y depresivos que conforman la muestra, con la finalidad de describir datos como la edad, género, estado civil y grado de instrucción.

La ficha sociodemográfica consta de 4 ítems de opción múltiple:

- ❖ El ítem 1, brinda información de la edad de los usuarios.
- ❖ El ítem 2, brinda información acerca del género de los pacientes.
- ❖ El ítem 3, brinda información acerca del estado civil de los usuarios.
- ❖ El ítem 4, brinda información sobre el grado de instrucción de los pacientes.

La ficha sociodemográfica aportó información de tipo descriptiva importante, la cual forma parte de las características de la muestra.

Población y Muestra

El universo de estudio está conformado por la población adulta de varones y mujeres con cuadros depresivos y ansiosos del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter. Es así que la población de la presente investigación está conformada por un total de 38 pacientes, los

cuales han culminado su tratamiento psicológico el año 2019, aplicándoles la Terapia Cognitivo Conductual basada en la Reestructuración Cognitiva.

La muestra que abarcó la investigación, está conformada por los 38 pacientes de ambos sexos, de los cuales 22 tienen un diagnóstico de ansiedad y 16 tienen un diagnóstico de depresión. El rango de edad de la muestra oscila entre los 18 a 99 años, debido a que la incidencia de esta problemática se da entre esta etapa de vida. Respecto al género, dentro de la muestra, el 25% de usuarios con depresión fueron de género masculino y el 75% fueron de género femenino. En el caso de los usuarios con ansiedad, el 40.9% fueron de género masculino y el 59.1% de género femenino. Tomando en cuenta la edad, en el rango de 20 a 30 años, el 31.25% de usuarios fueron depresivos y el 18.2% de usuarios fueron ansiosos; en el rango de 31 a 40 años, el 31.25% de pacientes fueron depresivos y el 13.6% fueron ansiosos; en el rango de 41 a 50 años, el 31.25% fueron depresivos y el 45.5% fueron ansiosos; en el rango de 51 años a más, el 6.25% fueron depresivos y el 22.7% fueron ansiosos. En cuanto al estado civil, usuarios solteros fueron el 68.75% de depresivos y el 40.9% de ansiosos; casados fueron el 31.25% de depresivos y el 18.2% de ansiosos. Pacientes divorciados fueron el 4.5% y convivientes el 36.4% todos ellos con cuadros de ansiedad, en el caso de los pacientes depresivos, dentro de la muestra no hubo pacientes convivientes, ni divorciados. Con respecto al grado de instrucción, dentro de la muestra, el 31.25% de usuarios depresivos y el 45.45% de ansiosos tienen secundaria completa, el 31.25% de depresivos y el 9.10% de ansiosos tienen estudios técnicos completos, el 18.75% de depresivos y el 4.55% de ansiosos tienen estudios técnicos incompletos, el 12.5% de depresivos y el 9.10% de ansiosos tienen estudios universitarios completos, el 6.25% de depresivos y el 9.10% de ansiosos tienen estudios universitarios incompletos. El 4.55% de pacientes con ansiedad tienen primaria incompleta, el

9.10% tienen primaria completa y el 9.10% tienen secundaria incompleta, en el caso de los pacientes con depresión, dentro de la muestra no hubo pacientes con primaria incompleta, ni con primaria completa, ni con secundaria incompleta.

Asimismo, se utilizó un muestreo de tipo censal, ya que según Hayes (1999, citado en Acuña, 2017) el muestreo de tipo censal es cuando la muestra es toda la población, es así que este tipo de muestreo, se utiliza cuando es necesario saber la opinión de todos los clientes o cuando se cuenta con una base de datos de fácil acceso.

Estrategia de Recolección de Datos

Una vez aprobado el proyecto de tesina, la directora del programa de psicología de la UCSM realizó una solicitud a la Red de Salud Arequipa Caylloma, indicando que mi persona deseaba realizar una investigación en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter, explicando la naturaleza de la investigación y solicitando el permiso para la aplicación de los cuestionarios. Esta solicitud fue evaluada por el comité de investigación de la Red de Salud Arequipa Caylloma, luego al ser aprobada, la enviaron a la Microred de Hunter, donde la jefatura también aprobó la investigación y de ahí el documento fue derivado al CSMC de Hunter, donde con la coordinadora de dicho centro, se coordinó acerca de la investigación y la aplicación de las encuestas.

Debido a la pandemia actual del COVID-19, las fechas y los horarios para la aplicación de la escala y la ficha sociodemográfica, como investigadora lo coordiné por vía telefónica y de forma virtual con mis pacientes, ya que por la enfermedad actual varios de los usuarios no querían verse expuestos. Después de realizar dichas coordinaciones, 11 pacientes con cuadros de ansiedad y 8 pacientes con cuadros de depresión, accedieron ir de forma presencial para

realizar la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) y la ficha sociodemográfica. El primer grupo fueron de forma presencial al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter la tercera semana de febrero, el segundo grupo también fueron de forma presencial la cuarta semana de febrero. El tercer grupo de pacientes estuvo conformado por 11 pacientes ansiosos y el cuarto grupo por 8 pacientes depresivos, los cuales llenaron la escala y la ficha sociodemográfica de forma virtual, ya que no querían exponerse a la pandemia actual de covid-19. Entonces, en total 19 pacientes accedieron a ser encuestados de forma presencial y los otros 19 accedieron a ser encuestados en forma virtual, haciendo un total de los 38 usuarios que conforman la muestra. Además, el diagnóstico de los pacientes, se obtuvo de sus historias clínicas. En el caso de los pacientes que se les aplicó las pruebas de forma presencial, por temas de protocolo por la pandemia del covid-19, se les citó a cada uno con 10 minutos de diferencia, ya que cada paciente demoraba un aproximado de 5 minutos para llenar la encuesta y para poder hacer la desinfección correspondiente se tomaban los 5 minutos restantes. Antes de entregarles la escala y la ficha sociodemográfica, se les explicó a los usuarios el motivo de la investigación en términos generales, mencionándoles que al responder esta escala se iba a obtener información importante acerca de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Seguidamente, se les explicó que las pruebas contaban con el anonimato de los sujetos que conforman la muestra, con la finalidad que los participantes puedan expresarse sin temores y con sinceridad. Las pruebas se aplicaron en un ambiente aireado, iluminado y en un escritorio, donde los pacientes respondieron de forma anónima y cuando finalizaban, las pruebas las metían en un sobre manila, manteniendo de esta forma la confidencialidad. En el caso de los pacientes que se les tomó las pruebas de forma virtual, es decir, los del tercer y cuarto grupo, se les envió un link primero a los del 3er grupo, a los 11 pacientes ansiosos, los cuales respondieron las pruebas durante la primera semana de marzo. Luego se les envió a los del

cuarto grupo, a los 8 pacientes con depresión, los cuales respondieron las pruebas durante la segunda semana de marzo. Para esto, la escala y la ficha sociodemográfica fueron elaboradas en los formularios de google, con las indicaciones correspondientes para que los usuarios puedan comprenderlas adecuadamente y se envió el link de las pruebas al número de celular de los pacientes, de tal forma que tengan fácil acceso a las pruebas y finalmente las respuestas de ambos grupos llegaron de forma anónima a mi correo de gmail.

Finalmente, dicha escala y ficha sociodemográfica fueron aplicadas a aquellos usuarios adultos del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter, con cuadros ansiosos y depresivos, quiénes han finalizado sus Terapias Psicológicas basadas en la Reestructuración Cognitiva en el año 2019, a los cuáles se les dio de alta.

Criterios de Procesamiento de la información

Para el procesamiento de la Información se realizó una Estadística descriptiva de los resultados obtenidos en las Encuestas.

Es así que, después de la recolección de los datos y la calificación de las pruebas, los datos obtenidos fueron vaciados a una matriz de SPSS versión 25. Después de procesar los datos, los resultados se plasmaron en tablas univariadas con frecuencias absolutas y relativas porcentuales.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

Resultados

Descripción de los resultados

Los resultados de la investigación, han sido organizados y presentados en 12 tablas de distribución numérica y porcentual, las cuales se presentan a continuación.

Tabla 1

Niveles de Satisfacción con el tratamiento recibido tomando en cuenta los componentes de satisfacción en pacientes con diagnóstico de depresión pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter.

| Niveles de Satisfacción | Satisfacción | | Solución del problema | | Percepción del cambio emocional | |
|-------------------------|--------------|-------|-----------------------|-------|---------------------------------|-------|
| | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % |
| Usuarios con Depresión | | | | | | |
| C. insatisfecho | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Muy insatisfecho | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Algo insatisfecho | 0 | 0.00 | 0 | 0.0 | 0 | 0.00 |
| Bastante satisfecho | 1 | 6.25 | 0 | 0.00 | 1 | 6.25 |
| Muy satisfecho | 7 | 43.75 | 1 | 6.25 | 4 | 25.00 |
| C. satisfecho | 8 | 50.00 | 15 | 93.75 | 11 | 68.75 |
| TOTAL | 16 | 100 | 16 | 100 | 16 | 100 |

La Tabla 1 muestra que el 50.0% de los usuarios con depresión se encuentran completamente satisfechos con respecto a la forma en cómo la terapeuta ha tratado el problema utilizando la Terapia Cognitivo Conductual que recibieron en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter, asimismo el 93.75% de los usuarios están completamente satisfechos con respecto a la solución del problema, la tabla también nos muestra que el 68.75% de los usuarios están completamente satisfechos en lo que respecta a la percepción del cambio emocional. Se puede observar que ningún paciente está insatisfecho con el tratamiento.

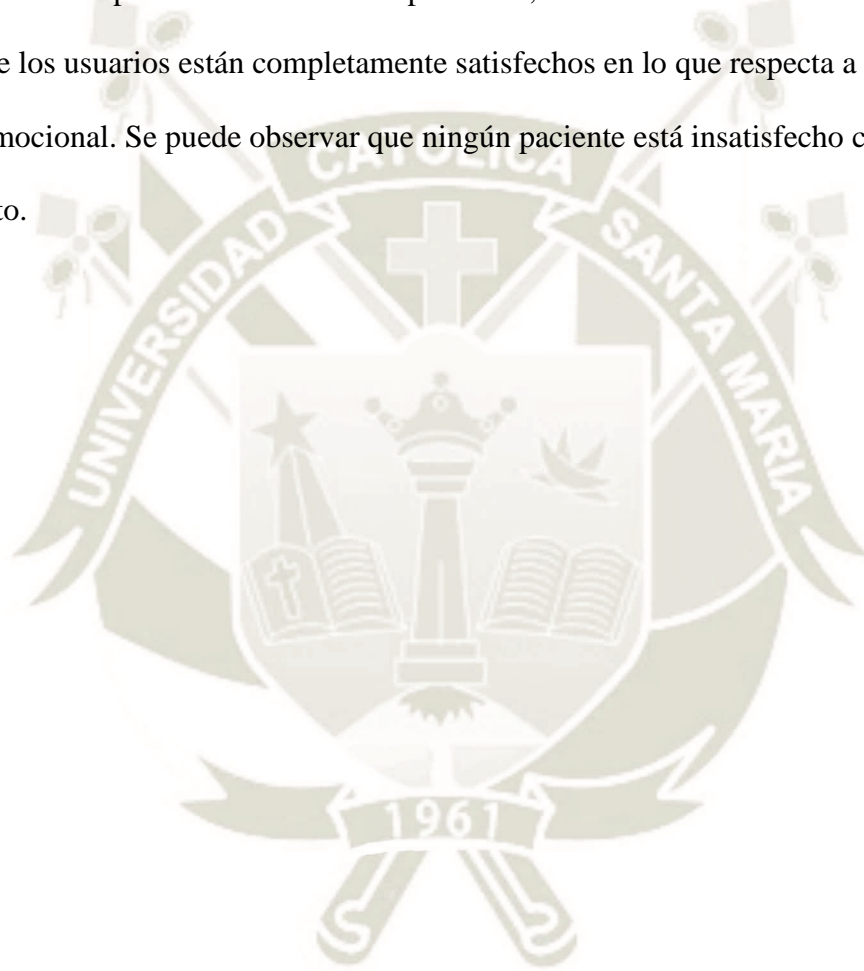


Tabla 2

Nivel de Satisfacción de los usuarios con depresión sobre la Terapia Cognitivo Conductual del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter.

| Niveles de Satisfacción | | |
|---|------------|------------|
| usuarios con Depresión | | |
| (Puntuación Global de la CRES-4) | N°. | % |
| C. insatisfecho | 0 | 0.00 |
| Muy insatisfecho | 0 | 0.00 |
| Algo insatisfecho | 0 | 0.00 |
| Bastante satisfecho | 0 | 0.00 |
| Muy satisfecho | 1 | 6.25 |
| C. satisfecho | 15 | 93.75 |
| TOTAL | 16 | 100 |

La Tabla 2 muestra que el 93.75% de los usuarios con depresión se encuentran completamente satisfechos y que el 6.25% de los usuarios con el mismo cuadro se sienten muy satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual que recibieron en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter.

Tabla 3

Niveles de Satisfacción con el tratamiento recibido tomando en cuenta los componentes de satisfacción en pacientes con diagnóstico de ansiedad pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter.

| Niveles de Satisfacción Usuarios con Ansiedad | Satisfacción | | Solución del problema | | Percepción del cambio emocional | |
|---|--------------|-------|--------------------------|-------|------------------------------------|-------|
| | N°. | % | N°. | % | N°. | % |
| C. insatisfecho | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Muy insatisfecho | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Algo insatisfecho | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Bastante satisfecho | 8 | 36.36 | 0 | 0.00 | 2 | 9.09 |
| Muy satisfecho | 6 | 27.27 | 4 | 18.18 | 8 | 36.36 |
| C. satisfecho | 8 | 36.36 | 18 | 81.82 | 12 | 54.55 |
| TOTAL | 22 | 100 | 22 | 100 | 22 | 100 |

La Tabla 3 muestra que el 36.36% de los usuarios con ansiedad se encuentran completamente satisfechos y bastante satisfechos con la forma en cómo la terapeuta ha tratado el problema usando la Terapia Cognitivo Conductual, además, el 81.82% están completamente satisfechos en cuanto a la solución del problema, también la tabla nos muestra que el 54.55% de los usuarios están completamente satisfechos en lo que respecta a la percepción del cambio emocional. Al igual que los pacientes con depresión se observa que ningún paciente está insatisfecho con el tratamiento.

Tabla 4

Nivel de Satisfacción de los usuarios con ansiedad sobre la Terapia Cognitivo Conductual del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter.

| Niveles de Satisfacción | | |
|---|------------|------------|
| usuarios con Ansiedad | | |
| (Puntuación Global de la CRES-4) | N°. | % |
| C. insatisfecho | 0 | 0.0 |
| Muy insatisfecho | 0 | 0.0 |
| Algo insatisfecho | 0 | 0.0 |
| Bastante satisfecho | 0 | 0.0 |
| Muy satisfecho | 9 | 40.9 |
| C. satisfecho | 13 | 59.1 |
| TOTAL | 22 | 100 |

La Tabla 4 muestra que el 59.1% de los usuarios con ansiedad se encuentran completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter, mientras que el otro 40.9% de los pacientes ansiosos están muy satisfechos con el tratamiento.

Tabla 5

Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de depresión según la edad en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter.

| Niveles de Satisfacción | Edad | | | | | | | | TOTAL | |
|-------------------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|-----|------|-------|-------|
| | 20 a 30 | | 31 a 40 | | 41 a 50 | | ≥51 | | | |
| | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % |
| C. insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Muy insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Algo insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Bastante satisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Muy satisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 6.25 | 0 | 0.0 | 1 | 6.25 |
| C. satisfecho | 5 | 31.25 | 5 | 31.25 | 4 | 25.00 | 1 | 6.25 | 15 | 93.75 |
| TOTAL | 5 | 31.25 | 5 | 31.25 | 5 | 31.25 | 1 | 6.25 | 16 | 100 |

En la Tabla 5, se observa que el 31.25% de los usuarios con depresión que se encuentran completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter tienen entre 20 a 30 años, seguido del 31.25% de usuarios entre 31 a 40 años que también se encuentran completamente satisfechos con la terapia, lo mismo se observa en el 25% de pacientes entre 41 a 50 años, mientras que solo el 6.25% de pacientes completamente satisfechos con el tratamiento tienen de 51 años a más.

Tabla 6

Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de depresión según el género en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter.

| Niveles de Satisfacción Usuarios con Depresión | Género | | | | TOTAL | |
|--|-----------|-------|----------|------|-------|-------|
| | Masculino | | Femenino | | N°. | % |
| | N°. | % | N°. | % | | |
| C. insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Muy insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Algo insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Bastante satisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Muy satisfecho | 1 | 6.25 | 0 | 0.0 | 1 | 6.25 |
| C. satisfecho | 3 | 18.75 | 12 | 75.0 | 15 | 93.75 |
| TOTAL | 4 | 25.0 | 12 | 75.0 | 16 | 100 |

En la tabla 6 se muestra que el 75.0% de usuarios con depresión que se encuentran completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter son del género femenino, mientras que el 18.75% de usuarios que también se encuentran completamente satisfechos son de género masculino. Asimismo, el 6.25% de usuarios del género masculino se encuentran muy satisfechos.

Tabla 7

Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de depresión según el estado civil en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter.

| Niveles de Satisfacción Usuarios con Depresión | Estado Civil | | | | TOTAL | |
|--|--------------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | Soltero | | Casado | | N°. | % |
| | N°. | % | N°. | % | | |
| C. insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Muy insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Algo insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Bastante satisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Muy satisfecho | 0 | 0.0 | 1 | 6.25 | 1 | 6.25 |
| C. satisfecho | 11 | 68.75 | 4 | 25.0 | 15 | 93.75 |
| TOTAL | 11 | 68.75 | 5 | 31.25 | 16 | 100 |

En la tabla 7 podemos observar que el 68.75% de los usuarios con depresión son solteros y que se encuentran completamente satisfechos con el tratamiento recibido, mientras que solo el 31.25% de usuarios depresivos son casados, de los cuales el 25% de pacientes se sintieron completamente satisfechos y el 6.25% de usuarios se sintieron muy satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual recibida.

Tabla 8

Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de depresión según el grado de instrucción en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter.

| Niveles de Satisfacción Usuarios con Depresión | Grado de Instrucción | | | | | | | | | | TOTAL | |
|---|----------------------|-------|-----------------------|-------|----------------------|-------|------------------------|------|--------------------------|------|-------|-------|
| | Sec. Comp. | | Est. Téc. Comp. | | Est. Téc. Inc. | | Est. Univ. Comp. | | Est. Univ. Incomp. | | | |
| | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % |
| | C. insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 |
| Muy insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Algo insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Bastante Satisf. | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Muy satisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 6.25 | 0 | 0.0 | 1 | 6.25 |
| C. satisfecho | 5 | 31.25 | 5 | 31.25 | 3 | 18.75 | 1 | 6.25 | 1 | 6.25 | 15 | 93.75 |
| TOTAL | 5 | 31.25 | 5 | 31.25 | 3 | 18.75 | 2 | 12.5 | 1 | 6.25 | 16 | 100 |

En la tabla 8 se muestra que el 31.25% de los usuarios con depresión tienen secundaria completa, seguido del 31.25% de usuarios que tienen estudios técnicos completos, además, el 18.75% tienen estudios técnicos incompletos, asimismo, el 6.25% de los pacientes depresivos tienen estudios universitarios incompletos y todos ellos se encuentran completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual que recibieron en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter. En cuanto a los usuarios depresivos con estudios universitarios, el 12.5% tienen estudios universitarios completos, de los cuales 6.25% se sintieron muy satisfechos y el otro 6.25% se sintieron completamente satisfechos con el tratamiento recibido.

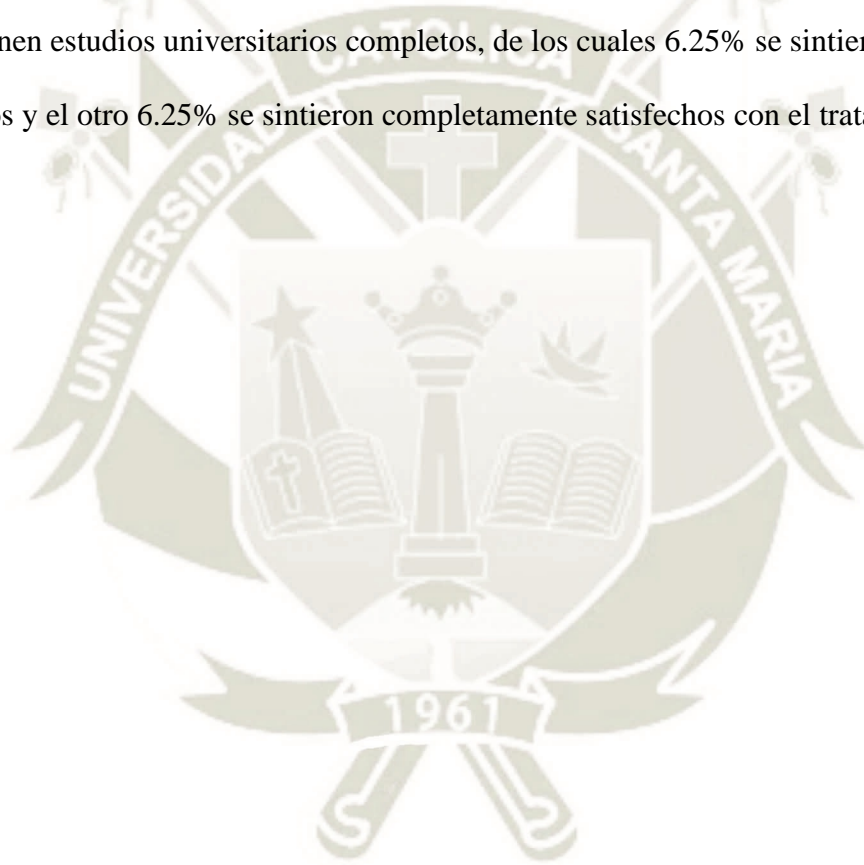


Tabla 9

Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de ansiedad según la edad en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter.

| Niveles de Satisfacción | Edad | | | | | | | | TOTAL | |
|-------------------------|----------|-------------|----------|-------------|-----------|-------------|----------|-------------|-----------|------------|
| | 20 a 30 | | 31 a 40 | | 41 a 50 | | ≥51 | | | |
| | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % |
| C. insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Muy insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Algo insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Bastante satisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Muy satisfecho | 2 | 9.1 | 1 | 4.5 | 4 | 18.2 | 2 | 9.1 | 9 | 40.9 |
| C. satisfecho | 2 | 9.1 | 2 | 9.1 | 6 | 27.3 | 3 | 13.6 | 13 | 59.1 |
| TOTAL | 4 | 18.2 | 3 | 13.6 | 10 | 45.5 | 5 | 22.7 | 22 | 100 |

En la tabla 9 se observa que el 18.2% de los usuarios con ansiedad tienen entre 20 a 30 años, de los cuales, el 9.1% se sintieron muy satisfechos y el otro 9.1% se sintieron completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter, seguido del 13.6% de usuarios entre 31 a 40 años, de los cuales el 4.5% se sintieron muy satisfechos y el 9.1% se sintieron completamente satisfechos con el tratamiento recibido. Asimismo, el 45.5% de pacientes con cuadros ansiosos tienen entre 41 a 50 años, de los cuales el 18.2% se encuentran muy satisfechos y el 27.3% se encuentran

completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual recibida. Además, el 22.7% de usuarios con ansiedad tienen de 51 años a más, dentro de los cuales el 9.1% se sintieron muy satisfechos y el 13.6% se sintieron completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual que recibieron en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter.



Tabla 10

Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de ansiedad según el género en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter.

| Niveles de Satisfacción Usuarios con Ansiedad | Género | | | | TOTAL | |
|--|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Masculino | | Femenino | | Nº. | % |
| | Nº. | % | Nº. | % | | |
| C. insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Muy insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Algo insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Bastante satisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Muy satisfecho | 6 | 27.3 | 3 | 13.6 | 9 | 40.9 |
| C. satisfecho | 3 | 13.6 | 10 | 45.5 | 13 | 59.1 |
| TOTAL | 9 | 40.9 | 13 | 59.1 | 22 | 100 |

En la tabla 10 se muestra que el 40.9% de los usuarios con ansiedad son de género masculino, de los cuales el 27.3% se encuentran muy satisfechos y el 13.6% se encuentran completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter, mientras que el 59.1% de pacientes con ansiedad son de género femenino, de las cuales el 13.6% se sintieron muy satisfechas y el 45.5% se sintieron completamente satisfechas con el tratamiento recibido.

Tabla 11

Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de ansiedad según el estado civil en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter.

| Niveles de Satisfacción | Estado civil | | | | | | | | TOTAL | |
|----------------------------------|--------------|-------------|----------|-------------|------------|------------|-------------|-------------|-----------|------------|
| | Soltero | | Casado | | Divorciado | | Conviviente | | Nº. | % |
| | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | | |
| Usuarios con Ansiedad | | | | | | | | | | |
| C. insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Muy insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Algo insatisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Bastante satisfecho | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Muy satisfecho | 3 | 13.6 | 2 | 9.1 | 0 | 0.0 | 4 | 18.2 | 9 | 40.9 |
| C. satisfecho | 6 | 27.3 | 2 | 9.1 | 1 | 4.5 | 4 | 18.2 | 13 | 59.1 |
| TOTAL | 9 | 40.9 | 4 | 18.2 | 1 | 4.5 | 8 | 36.4 | 22 | 100 |

La tabla 11 muestra que el 40.9% de los usuarios con ansiedad son solteros, de los cuales el 27.3% se sintieron completamente satisfechos y el 13.6% se sintieron muy satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter. Seguidamente, el 18.2% de pacientes con cuadros ansiosos son casados, de los cuales el 9.1% se encuentran muy satisfechos y el otro 9.1% se encuentran completamente satisfechos con el tratamiento recibido. Además, el 4.5% de usuarios ansiosos son divorciados y se sintieron completamente satisfechos con la Terapia psicológica que recibieron. Asimismo,

el 36.4% de pacientes ansiosos son convivientes, de los cuales el 18.2% estuvieron muy satisfechos y el otro 18.2% se encuentran completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual que recibieron en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter.



Tabla 12

Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de ansiedad según el grado de instrucción de los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario Hunter.

| Niveles de Satisfac. Usuarios con Ansiedad | Grado de instrucción | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL | | | |
|--|----------------------|-------------|-------------------|-------------|---------------|--------------|-----------------|-------------|------------------|-------------|-----------------|-------------|------------------|-------------|--------------------|-------------|-----------|------------|---|-----|
| | Primaria Incomp. | | Primaria Comp. | | Sec. Comp. | | Sec. Incomp. | | Técnico comp. | | Técnico Inc. | | Univer. Comp. | | Univer. Incomp. | | Nº. | % | | |
| | Nº. | % | Nº | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C. insat. | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Muy insat. | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Algo insat. | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Bastante sat. | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Muy sat. | 0 | 0.0 | 1 | 4.55 | 4 | 18.18 | 1 | 4.55 | 2 | 9.10 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 4.55 | 9 | 40.9 | | |
| C. sat. | 1 | 4.55 | 1 | 4.55 | 6 | 27.27 | 1 | 4.55 | 0 | 0.0 | 1 | 4.55 | 2 | 9.10 | 1 | 4.55 | 13 | 59.1 | | |
| TOTAL | 1 | 4.55 | 2 | 9.10 | 10 | 45.45 | 2 | 9.10 | 2 | 9.10 | 1 | 4.55 | 2 | 9.10 | 2 | 9.10 | 22 | 100 | | |

En la tabla 12 se muestra que el 4.55% de los usuarios con ansiedad tienen primaria incompleta, asimismo otro 4.55% de usuarios tienen estudios técnicos incompletos y en ambos casos se sienten completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual que realizaron en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter. Además, se observa que el 9.10% de los usuarios ansiosos tienen primaria completa, de los cuales 4.55% de los usuarios se encuentran muy satisfechos y el otro 4.55% se sintieron completamente satisfechos con el tratamiento recibido. Asimismo, el 45.45% de los pacientes tienen secundaria completa, de los cuales el 18.18% se sintieron muy satisfechos y el 27.27% se sintieron completamente satisfechos con la terapia recibida. También se halló que el 9.10% de los usuarios ansiosos tienen estudios técnicos completos y que se encuentran muy satisfechos con el tratamiento. Con respecto a los estudios universitarios, solo el 9.10% de pacientes con cuadros ansiosos tienen estudios universitarios completos y se sienten completamente satisfechos con la TCC recibida, a su vez, el 9.10% de los usuarios tienen estudios universitarios incompletos, de los cuales el 4.55% se encuentran muy satisfechos y el otro 4.55% se encuentran completamente satisfechos con el tratamiento psicológico recibido.

Discusión

La presente investigación se realizó con el objetivo de describir el nivel de satisfacción de los usuarios sobre la Terapia Cognitivo Conductual de pacientes con depresión y ansiedad del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter. Asimismo, será una importante contribución académica al generar nuevos conocimientos e importantes aportes sobre la Terapia Cognitivo Conductual los cuales servirán de fundamento para el desarrollo de estudios posteriores.

A partir de lo anteriormente mencionado, se ha encontrado en esta investigación que el 93.75% de los usuarios con depresión se encuentran completamente satisfechos y que el 6.25% de los mismos se sienten muy satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual (Tabla 2). Asimismo, se ha hallado que el 59.1% de los usuarios con ansiedad se encuentran completamente satisfechos con la TCC recibida en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter, mientras que el otro 40.9% de los pacientes ansiosos están muy satisfechos con el tratamiento (Tabla 4). En esta misma perspectiva Rydel (2015) encontró en su investigación sobre la satisfacción con la atención psicológica en el primer nivel de atención, que los usuarios reportaron un alto grado de satisfacción con la atención psicológica recibida, es así que se halló que el 97.8% de los usuarios se sintieron satisfechos con la terapia psicológica que recibieron, de los cuales el 28.9% se sintieron mayormente satisfechos y el 68.9% se sintieron muy satisfechos con el servicio psicológico recibido. A nivel nacional, tenemos la investigación de Infantes (2017) la cual fue sobre la Calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital III de Iquitos, en los resultados se encontró que la satisfacción global fue de 72.9%. En conclusión, la satisfacción global fue alta, siendo las dimensiones de

seguridad (77.1%) y empatía (73.7%) las que presentaron mayores porcentajes de satisfacción. Si comparamos los datos encontrados con los nuestros, prevalece que los usuarios sintieron un alto grado de satisfacción o que se sintieron muy satisfechos con el tratamiento psicológico recibido.

Con respecto al nivel de satisfacción con el tratamiento recibido tomando en cuenta los componentes de satisfacción en pacientes depresivos se halló que el 50% de usuarios con depresión se encuentran completamente satisfechos con respecto a la forma en cómo la terapeuta ha tratado el problema y el 43.75% de los mismos están muy satisfechos con la TCC que recibieron por parte de la terapeuta, asimismo se encontró que el 93.75% se encuentran completamente satisfechos con respecto a la solución del problema y que el 68.75% están completamente satisfechos en lo que respecta a la percepción del cambio emocional (Tabla 1). En el caso del nivel de satisfacción con el tratamiento recibido tomando en cuenta los componentes de satisfacción en pacientes ansiosos se encontró que el 36.36% de pacientes con ansiedad se encuentran completamente satisfechos y bastante satisfechos con la forma en cómo la terapeuta ha tratado el problema usando la TCC, además, el 81.82% están completamente satisfechos en cuanto a la solución del problema, asimismo el 54.55% de los usuarios están completamente satisfechos en lo que respecta a la percepción del cambio emocional (Tabla 3). Siguiendo la misma línea, encontramos la investigación que realizaron Nielsen et al., (2004) la cual fue realizada en Estados Unidos y cuyo título en español es “Reportes de los Consumidores tomando en cuenta el Puntaje de Efectividad: ¿Qué Reportaron los Consumidores?”, donde priorizaron el componente de percepción del cambio emocional, se halló que el 74.2% de los clientes mejoraron su estado emocional al finalizar el tratamiento. Podemos ver que la investigación de Nielsen et al., coincide con la presente investigación, que al finalizar el tratamiento psicológico los pacientes se sienten satisfechos

con respecto a la percepción del cambio emocional, es decir, ellos sienten que mejoraron a nivel emocional y se sienten más estables psicológicamente. Con respecto al componente de satisfacción tenemos la investigación de Seligman (1995) cuyo título es la eficacia de la psicoterapia, un estudio basado en los informes del consumidor, donde el autor indica que él quería probar que la Terapia Cognitiva funciona muy bien en los pacientes, es así que se halló que los usuarios al culminar su tratamiento psicológico, el 87% de ellos se sintieron muy satisfechos o bastante satisfechos con la psicoterapia. Si comparamos los datos encontrados con los nuestros, se puede deducir que los usuarios que reciben Terapia Cognitivo Conductual se encuentran completamente satisfechos, muy satisfechos y bastante satisfechos con la psicoterapia realizada por el terapeuta. Tomando en cuenta el componente de solución del problema encontramos la investigación del Consumer Reports en el año 2004, se compararon los tratamientos principalmente psicológicos y farmacológicos para la depresión y la ansiedad, los principales resultados que se hallaron fueron que más del 80% de los usuarios pensaron que el tratamiento recibido les había ayudado, es decir, ellos sintieron que les habían ayudado a solucionar su problema. (Consumer Reports, 2004, citado en Feixas et al., 2012). A partir de lo anterior, la presente investigación coincide con la de Consumer Reports, ya que en ambas investigaciones la mayor parte de los usuarios se sintieron completamente satisfechos con respecto a la solución del problema, ya que pensaron que el tratamiento recibido les había ayudado.

En cuanto al nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de depresión (Tabla 5) y ansiedad (Tabla 9) según la edad en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter, se halló que el 31.25% de los usuarios con depresión que se encuentran completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter tienen entre 20 a 30

años, seguido del 31.25% de usuarios entre 31 a 40 años que también se encuentran completamente satisfechos con la terapia, lo mismo se observa en el 25% de pacientes entre 41 a 50 años, mientras que solo el 6.25% de pacientes completamente satisfechos con el tratamiento tienen de 51 años a más (Tabla 5). También, se encontró que el 18.2% de los usuarios con ansiedad tienen entre 20 a 30 años, de los cuales, el 9.1% se sintieron muy satisfechos y el otro 9.1% se sintieron completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter, seguido del 13.6% de usuarios entre 31 a 40 años, de los cuales el 4.5% se sintieron muy satisfechos y el 9.1% se sintieron completamente satisfechos con el tratamiento recibido. Asimismo, el 45.5% de pacientes con cuadros ansiosos tienen entre 41 a 50 años, de los cuales el 18.2% se encuentran muy satisfechos y el 27.3% se encuentran completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual recibida. Además, el 22.7% de usuarios con ansiedad tienen de 51 años a más, dentro de los cuales el 9.1% se sintieron muy satisfechos y el 13.6% se sintieron completamente satisfechos con el tratamiento recibido (Tabla 9). Siguiendo la misma perspectiva tenemos la investigación de Mora & Rodríguez (2016) quienes trabajaron con pacientes con un diagnóstico mixto ansioso-depresivo y se encontró con respecto a la variable edad, que la muestra de ambos grupos estuvo representada por edades entre los 20-40-60 años, las cuales dentro del grupo de casos corresponden a los siguientes porcentajes, el 33.3% se encontraban entre las edades de 20-40 años y el 66.7% corresponde a la población restante de participantes que se encontraban entre los 40-60 años; esta distribución se presenta de la misma manera en el grupo control. Asimismo se halló que hubo una reducción en los síntomas depresivos en los pacientes pertenecientes al grupo de casos, mientras que los del grupo control tuvieron una mejor respuesta ante la disminución de los síntomas ansiosos. Además, se observó que dentro de la estructura cognitiva, con respecto a la credibilidad de sus creencias

centrales, los pacientes del grupo de casos dieron una mejor respuesta de avance en la modificación de dicho esquema central, pues hubo una reducción de un 80% en la creencia de no ser capaz y en la creencia de vulnerabilidad al daño, mientras que en el grupo control la reducción de dicho esquema fue en un 30%. Si lo comparamos con nuestra investigación, los rangos de edades de la muestra son similares, al igual que los diagnósticos de ansiedad y depresión, además, encontramos que los pacientes de la investigación de Mora y Rodríguez, al haber una reducción de síntomas depresivos y ansiosos, se sintieron muy satisfechos con la intervención brindada, principalmente hubo una mayor satisfacción por parte de los pacientes del grupo de casos. También observamos que utilizaron la reestructuración cognitiva como técnica cognitivo conductual, para la modificación de esquemas centrales al igual que la presente investigación, logrando a través de dicha técnica resultados positivos en los pacientes.

Ahora, considerando el nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de depresión y ansiedad según el género en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter, se encontró que el 75% de usuarios con depresión que se encuentran completamente satisfechos con la TCC son del género femenino, mientras que el 18.75% de usuarios que también se encuentran completamente satisfechos son de género masculino. Además, el 6.25% de usuarios del género masculino se encuentran muy satisfechos (Tabla 6). Asimismo, se halló que el 40.9% de usuarios con ansiedad son de género masculino, de los cuales 27.3% se encuentran muy satisfechos y el 13.6% se encuentran completamente satisfechos con la TCC brindada en el CSMC de Hunter, mientras que el 59.1% de pacientes con ansiedad son de género femenino, de las cuales el 13.6% se sintieron muy satisfechas y el 45.5% se sintieron completamente satisfechas con el tratamiento recibido (Tabla 10). Una investigación similar es la de Ballesteros & Labrador (2014) realizaron una investigación sobre Tratamientos con apoyo empírico para el trastorno de pánico con

agorafobia en una clínica de psicología española, donde se halló que de todos los pacientes con estos cuadros ansiosos, el 80% eran mujeres, con una edad media de 29.22 años y que al finalizar el tratamiento el 83.33% de los pacientes fueron dados de alta, lo que significa que el tratamiento fue efectivo y la mayor parte de los pacientes se sintieron satisfechos. Por último, en la investigación de Mora & Rodríguez (2016) se halló que con respecto a la variable de género, la mayor parte de la muestra lo representó el género femenino, debido a que en el grupo de casos el 66.7% correspondía al género femenino y el 33.3% al género masculino; mientras que en el grupo control el 100% de la muestra lo representó el género femenino, tomando en cuenta que fueron usuarios con cuadros ansioso-depresivos. Comparando ambas investigaciones con la nuestra, hallamos en la mayoría de las investigaciones que los cuadros ansiosos prevalecen en las mujeres y cuando terminan el tratamiento psicológico, la mayoría de mujeres se sienten satisfechas con la intervención recibida. Si bien, los usuarios de género masculino con cuadros ansiosos y depresivos son un menor porcentaje como se puede observar en las diversas investigaciones, en el caso de la presente investigación se sintieron muy satisfechos o completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual recibida en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter.

Con respecto al nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un diagnóstico de depresión y ansiedad según el estado civil en los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter, se encontró en los usuarios con depresión que el 68.75% son solteros y que se encuentran completamente satisfechos con el tratamiento recibido, mientras que solo el 31.25% de usuarios depresivos son casados, de los cuales el 25% de pacientes se sintieron completamente satisfechos y el 6.25% de usuarios se sintieron muy satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual recibida (Tabla 7). En cuanto a los

pacientes con cuadros ansiosos se halló que el 40.9% son solteros, de los cuales el 27.3% se sintieron completamente satisfechos y el 13.6% se sintieron muy satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter. Seguidamente, el 18.2% de pacientes con cuadros ansiosos son casados, de los cuales el 9.1% se encuentran muy satisfechos y el otro 9.1% se encuentran completamente satisfechos con el tratamiento recibido. Además, el 4.5% de usuarios ansiosos son divorciados y se sintieron completamente satisfechos con la Terapia psicológica que recibieron. Asimismo, el 36.4% de pacientes ansiosos son convivientes, de los cuales el 18.2% estuvieron muy satisfechos y el otro 18.2% se encuentran completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual que recibieron en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter (Tabla 11). Tomando en cuenta el estado civil tenemos la investigación de Ballesteros & Labrador (2014) quienes realizaron una investigación sobre Tratamientos con apoyo empírico para el trastorno de pánico con agorafobia en una clínica de psicología española, la mayoría de pacientes eran mujeres y el 74% de ellas eran solteras y se sintieron satisfechas con el tratamiento psicológico recibido. Este estudio es similar a la presente investigación, ya que la mayoría de pacientes son solteros y se sintieron completamente satisfechos o muy satisfechos con la terapia psicológica recibida. También tenemos la investigación de Mora & Rodríguez (2016) quienes encontraron con respecto a la variable del estado civil, que dentro del grupo de casos el 33.3% representó la muestra de pacientes solteros, el otro 33.3% correspondió a la muestra de los pacientes casados y el 33.3% restante se encontraban separados. Dentro del grupo control se observó, que el 66.7% representó la muestra de pacientes solteros y el 33.3% eran de unión libre. Estos pacientes se sintieron satisfechos con respecto a la reducción de los síntomas ansiosos y depresivos que presentaban. Asimismo, trabajaron en reestructurar cognitivamente los esquemas mal adaptativos (abandono, vulnerabilidad al daño, privación emocional, etc.)

donde después del proceso de intervención, hubo una reducción en la credibilidad de dichos esquemas, lo que significa que la Terapia Cognitivo Conductual es efectiva para los trastornos de ansiedad y depresión. La presente investigación difiere de la de Mora & Rodriguez (2016) ya que en el grupo de casos hay una distribución porcentual equitativa en cuanto a estado civil, mientras que en la presente investigación hay un mayor porcentaje de usuarios solteros, pero en el grupo control el mayor porcentaje es de usuarios solteros al igual que la presente investigación, asimismo, en el grupo control el porcentaje de usuarios que conviven es similar al nuestro. Además, al igual que la presente investigación aplicaron la Terapia Cognitiva Conductual, utilizando la técnica de reestructuración cognitiva, para modificar pensamientos o esquemas mal adaptativos, obteniendo resultados positivos y haciendo que los usuarios se sientan satisfechos con la terapia psicológica recibida.

En cuanto al nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes con un cuadro de depresión y ansiedad según el grado de instrucción en los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter, se encontró que el 31.25% de los usuarios con depresión tienen secundaria completa, seguido del 31.25% de usuarios que tienen estudios técnicos completos, además, el 18.75% tienen estudios técnicos incompletos, asimismo, el 6.25% de los pacientes depresivos tienen estudios universitarios incompletos y todos ellos se encuentran completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual que recibieron. En cuanto a los usuarios depresivos con estudios universitarios, el 12.5% tienen estudios universitarios completos, de los cuales 6.25% se sintieron muy satisfechos y el otro 6.25% se sintieron completamente satisfechos con el tratamiento recibido (Tabla 8). Con respecto a los usuarios con cuadros ansiosos se halló que el 4.55% tienen primaria incompleta, asimismo otro 4.55% de usuarios tienen estudios técnicos incompletos y en ambos casos se sienten completamente

satisfechos con la Terapia recibida. Además, se observa que el 9.10% de los usuarios ansiosos tienen primaria completa, de los cuales 4.55% de los usuarios se encuentran muy satisfechos y el otro 4.55% se sintieron completamente satisfechos con el tratamiento recibido. Asimismo, el 45.45% de los pacientes tienen secundaria completa, de los cuales el 18.18% se sintieron muy satisfechos y el 27.27% se sintieron completamente satisfechos con la TCC. También se halló que el 9.10% de los usuarios ansiosos tienen estudios técnicos completos y que se encuentran muy satisfechos con el tratamiento. Con respecto a los estudios universitarios, solo el 9.10% de pacientes con cuadros ansiosos tienen estudios universitarios completos y se sienten completamente satisfechos con la TCC recibida, a su vez, el 9.10% de los usuarios tienen estudios universitarios incompletos, de los cuales el 4.55% se encuentran muy satisfechos y el otro 4.55% se encuentran completamente satisfechos con el tratamiento psicológico recibido (Tabla 12). Con respecto al grado de instrucción se tiene la investigación de Ballesteros & Labrador (2014) realizaron una investigación donde el 80% de mujeres tenían un trastorno de pánico con agorafobia y el 48% de ellas tenían estudios universitarios. Asimismo tenemos la investigación de Mora & Rodríguez (2016) la cual ha sido realizada en Colombia y trata de la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual con abordaje multimodal en pacientes con cuadros mixtos ansioso-depresivos, es así que tomando en cuenta la variable educativa, se registra en ambos grupos, el de casos y el de control, igual proporción de participantes bachilleres y universitarios, donde el 66.7% correspondía a la muestra de bachilleres, y el 33.3% representó la muestra de universitarios. Además se halló que después de recibir la intervención de TCC hubo una disminución en los síntomas de los pacientes y que modificaron sus esquemas mentales. Ambos estudios, difieren con la presente investigación, ya que en el CSMC de Hunter en el caso de los pacientes depresivos solo el 12.5% tienen estudios universitarios completos y en el caso de los pacientes ansiosos solo el 9.10% tienen

estudios universitarios completos y el otro 9.10% tienen estudios universitarios incompletos, esto se explica por la diferencia socio-económica y cultural. Pero en cuanto a satisfacción con el tratamiento, dichas investigaciones coinciden con la nuestra en que los usuarios se sintieron satisfechos con la terapia psicológica recibida. Tomando en cuenta la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual, tenemos la tesis doctoral realizada por Uhden (2016) la cual fue acerca de la eficacia de la Reestructuración Cognitiva en pacientes con dolor crónico no oncológico, se halló que las intervenciones destinadas al control y manejo de los pensamientos irracionales se demostraron eficaces sobretodo mejorando los estados de ánimo como la depresión. También, tenemos la investigación de Hernández-Brussolo, Romero, Alcazar, Vogel & Reyes (2017) quienes realizaron una intervención cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo debido a un traumatismo de estructuras múltiples en la rodilla en un hombre adulto mexicano quien desarrollo una depresión, en los resultados de la evaluación, pre y post terapia, demostraron la disminución de la sintomatología depresiva, por lo que se concluye la eficacia del enfoque cognitivo conductual en el tratamiento del trastorno, lo cual concuerda con otros estudios. A su vez, tenemos otra investigación realizada a nivel nacional, de Pasco (2019) cuya investigación fue acerca de la reestructuración cognitiva en un caso de infidelidad de una paciente adulta proveniente de la ciudad de Lima, en la cual se encontró que al aplicar la reestructuración cognitiva, hubo una disminución de los pensamientos distorsionados y de las creencias irracionales de la paciente frente al suceso estresor generador de niveles altos de ansiedad. Además, se evidenció una disminución de las emociones, conductas y respuestas fisiológicas negativas de manera significativa. Estas investigaciones coinciden con la presente investigación, en que la mayoría de los pacientes se sintieron muy satisfechos o completamente satisfechos con la TCC brindada, es así que queda demostrado que la técnica de reestructuración cognitiva es eficaz en el tratamiento de pacientes ansiosos y depresivos.

Conclusiones

- Primera:** Se encontró que el 93.75% de los usuarios con depresión se encuentran completamente satisfechos y que el 6.25% de los mismos se sienten muy satisfechos. En cuanto a los usuarios con cuadros ansiosos se halló que el 59.1% se encuentran completamente satisfechos, mientras que el otro 40.9% están muy satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter.
- Segunda:** En cuanto a los componentes de satisfacción en pacientes depresivos: se encontró que el 50.0% de los usuarios se encuentran completamente satisfechos con la forma en como la terapeuta ha tratado el problema, asimismo, el 93.75% están completamente satisfechos con respecto a la solución del problema y el 68.75% están completamente satisfechos en lo que respecta a la percepción del cambio emocional.
- Tercera:** En cuanto a los componentes de satisfacción en pacientes ansiosos: se halló que el 36.36% de los usuarios se encuentran completamente satisfechos con la forma en como la terapeuta ha tratado el problema, el 81.82% están completamente satisfechos en cuanto a la solución del problema, también se encontró que el 54.54% de los pacientes están completamente satisfechos en lo que respecta a la percepción del cambio emocional.
- Cuarta:** Se encontró que el 31.25% de los usuarios con depresión que se encuentran completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter tienen entre 20 a 30 años, seguido del

31.25% de usuarios entre 31 a 40 años que también se encuentran completamente satisfechos con la terapia. Asimismo, el 45.5% de pacientes con cuadros ansiosos tienen entre 41 a 50 años, de los cuales el 18.2% se encuentran muy satisfechos y el 27.3% se encuentran completamente satisfechos con la Terapia recibida.

Además, el 22.7% de usuarios con ansiedad tienen de 51 años a más, dentro de los cuales el 9.1% se sintieron muy satisfechos y el 13.6% se sintieron completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual que recibieron en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter.

Quinta: Se halló que el 75.0% de usuarios con depresión que se encuentran completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter son del género femenino, mientras que el 18.75% de usuarios que también se encuentran completamente satisfechos son de género masculino. Con respecto a los usuarios con ansiedad se encontró que el 40.9% son de género masculino, de los cuales el 27.3% se encuentran muy satisfechos y el 13.6% se encuentran completamente satisfechos con la terapia psicológica recibida, mientras que el 59.1% de pacientes con ansiedad son de género femenino, de las cuales el 13.6% se sintieron muy satisfechas y el 45.5% se sintieron completamente satisfechas con la Terapia Cognitivo Conductual que recibieron.

Sexta: Se encontró que el 68.75% de los usuarios con depresión son solteros y que se encuentran completamente satisfechos con el tratamiento recibido, mientras que solo el 31.25% de usuarios depresivos son casados, de los cuales el 25% de pacientes se sintieron completamente satisfechos y el 6.25% de usuarios se

sintieron muy satisfechos con la terapia recibida. En cuanto a los usuarios con ansiedad se halló que el 40.9% son solteros, de los cuales el 27.3% se sintieron completamente satisfechos y el 13.6% se sintieron muy satisfechos con el tratamiento recibido. Seguidamente, el 36.4% de pacientes ansiosos son convivientes, de los cuales el 18.2% estuvieron muy satisfechos y el otro 18.2% se encuentran completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual que recibieron en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter.

Séptima: Se halló que el 31.25% de los usuarios con depresión tienen secundaria completa, seguido del 31.25% de usuarios que tienen estudios técnicos completos, además, el 18.75% tienen estudios técnicos incompletos, asimismo, el 6.25% de los pacientes depresivos tienen estudios universitarios incompletos y todos ellos se encuentran completamente satisfechos con la Terapia Cognitivo Conductual que recibieron en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter. Con respecto a los usuarios con ansiedad el 45.45% tienen secundaria completa, de los cuales el 18.18% se sintieron muy satisfechos y el 27.27% se sintieron completamente satisfechos con la terapia recibida.

Sugerencias

- Primera:** Se recomienda continuar con esta línea de investigación, ya que se ha visto que no hay muchas investigaciones en las cuales se considere la satisfacción del usuario sobre la Terapia Cognitivo Conductual, es decir, se deberían realizar más investigaciones con respecto a los niveles de satisfacción en pacientes con cuadros de ansiedad y depresión que recibieron Terapia Cognitivo Conductual basada en la técnica de reestructuración cognitiva.
- Segunda:** Sería conveniente ampliar esta línea de estudio considerando a pacientes ansiosos y depresivos que recibieron la Terapia Cognitivo Conductual por parte de psicólogos de distintos Centros de Salud Mental Comunitarios de la ciudad de Arequipa.
- Tercera:** Se recomienda seguir investigando en este tema agregando otros factores como la religión, el estatus socioeconómico y el tipo de familia del que se proviene.
- Cuarta:** Se recomienda a la comunidad psicológica, la creación de escalas estandarizadas en habla hispana sobre la satisfacción que tienen los usuarios con el tratamiento psicológico recibido, ya que a la actualidad dichas escalas son muy escasas, sobre todo en Latinoamérica.

Limitaciones

- Primera:** No existen muchas investigaciones en nuestro país y en Latinoamérica similares a la presente investigación, por lo cual se consideraron investigaciones de habla inglesa relacionadas a la satisfacción de los usuarios. Es por eso que para ampliar los antecedentes investigativos se consideró también investigaciones sobre la Percepción y la Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual.
- Segunda:** Teniendo en cuenta que esta investigación fue realizada solo con los pacientes adultos del Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter, los resultados encontrados no son generalizables dentro de la población de pacientes adultos ansiosos y depresivos de la ciudad de Arequipa, ya que no se incluyeron los demás Centros de Salud Mental Comunitarios de la ciudad.
- Tercera:** Debido a la pandemia actual del covid-19 en nuestro país y en todo el mundo, hubo un aplazamiento en la investigación, ya que hubo cuarentena, y al no poder salir de los hogares, no se podía tener acceso a las historias clínicas, ni a los pacientes, hubo un retraso en la aplicación de encuestas y también hubo demoras en diversas coordinaciones relacionadas a la investigación.

Referencias Bibliográficas

- Acuña, P. (2017). *Clima organizacional y satisfacción laboral en el desempeño docente del instituto tecnológico "Luis Negreiros Vega"*. (Tesis para optar el grado académico de doctora en educación). Universidad César Vallejo, Lima.
- Alcázar, R. (2007). Expectativas, Percepción del paciente hacia su terapeuta y Razones para asistir a dos o más sesiones. *Revista de Salud Mental*, 30(5), 55-62.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Arias, C. (2006). Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. *Revista Horizontes Pedagógicos*, 8(1), 9-22.
- Bados, A. & García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Ballesteros, F. & Labrador, F. (2014). Empirically Supported Treatments for Panic Disorder with Agoraphobia in a Spanish Psychology Clinic. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, E65. doi:10.1017/sjp.2014.65
- Bas Ramallo, F. & Andrés, V. (1994). *Terapia Cognitivo Conductual de la Depresión: Un Manual de Tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*, 49, 226-236.
- Bunge, E. (2012). *Satisfacción de los Usuarios con los Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes Desde la Perspectiva del Paciente y el Cuidador*. (Doctorado en Psicología). Universidad de Palermo, Buenos Aires- Argentina.

- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Cano, A. (2013). *La naturaleza de los trastornos de ansiedad*. Sociedad Española Para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. <https://webs.ucm.es/info/seas/ta/introduc.htm>
- Choque, B. & Quispe, A. (2017). *Efecto del consumo de la bebida de nuez sobre el estado de ansiedad y depresión en pacientes con problemas de adicción del centro de rehabilitación casa de la juventud Arequipa*. (Tesis para obtener el título de Licenciadas en Nutrición Humana). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa.
- Cia, A. (2013). *Ansiedad y depresión. Consulta de enfermería de atención primaria*. (Trabajo para obtener el grado en enfermería). Universidad de Lleida, España.
- Contreras, D., Moreno, M., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas, P. & Vera-Villaruel, P. (2006). Efecto de un intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 45-58.
- Corbera, J., Fernández, M.J., Iglesias, C., Jiménez, R., León, M., López, G., Márquez, M., Moretó, A., Muñoz, J., Rico, M., Rodríguez, M., Sánchez, M.J. & Sancho, J. (2005). *Salud mental y atención primaria*. Barcelona: Casanova.
- Feixas, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García-Grau, E. & Bados, A. (2012). Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) La Versión en Español. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 51-58.
- Fernández, O., Jiménez, B., Regla, A., Sabina, D. & Cruz, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur*, 10(5), 466-479.

- Frias-Navarro, D. (2021). *Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida*. Universidad de Valencia. España. Disponible en:
<https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Garay, C., Korman, G. & Keegan, E. (2008). Terapia Cognitivo Conductual en formato grupal para trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 12, 61-72.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R., Reales, J. & Sandín, B. (2016). Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual Transdiagnóstica para los trastornos de ansiedad y depresión: Un meta-análisis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147-175.
- García-Herrera, J.M., Noguera, E. & Muñoz, F. (2011). *Tratamiento de la depresión en atención primaria*. Málaga: GAEDAP.
- Gonçalves, E., González, V. & Vázquez, J. (2008). *Guía de Buena práctica Clínica de la Ansiedad y la Depresión*. Madrid: Internacional Marketing and Communications, S.A.
- González, C., Ángel, E. & Avendaño, B. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psychologia: Avance de la Disciplina*, 5(1), 59-72.
- González, C. & Martín Javato, L. (2015). Eficacia del tratamiento cognitivo conductual para un caso de bulimia nerviosa. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*. 1, 19-41.
- Gutierrez, P. (2010). “Estrategias de Afrontamiento a la Ansiedad de evaluación y su relación con el desempeño académico en estudiantes universitarios incorporados a modelos educativos innovadores”, Colima, Colombia, p. 8-26.

Hernández, M. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso.*

(Tesis para obtener el título de licenciada en psicología). Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca de Lerdo.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación.* México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Hernández-Brussolo, R., Romero, D., Alcazar, D., Vogel, N. & Reyes, D. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento.* 8(1), 15-28.

Infantes, F. (2017). Calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital III de Iquitos-2016. *Revista Peruana de Medicina Integrativa,* 2(2), 133-139.

Kleiman, E. & Riskind, J. (2012). Cognitive Vulnerability to Comorbidity: Looming Cognitive Style and Depressive Cognitive Style as Synergistic Predictors of Anxiety and Depression Symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,* 43(4), 1109-1114.

Lauro, L. (2018). Eficacia de meditación trascendente – método xirione en reducción de ansiedad - estado en pacientes con trastorno mixto ansioso – depresivo. *Revista Peruana de Medicina Integrativa,* 3(2), 55-62.

Litin, S. (2018). *Mayo Clinic Family Health Book 5th Edition.* Reino Unido: Mayo Clinic Press.

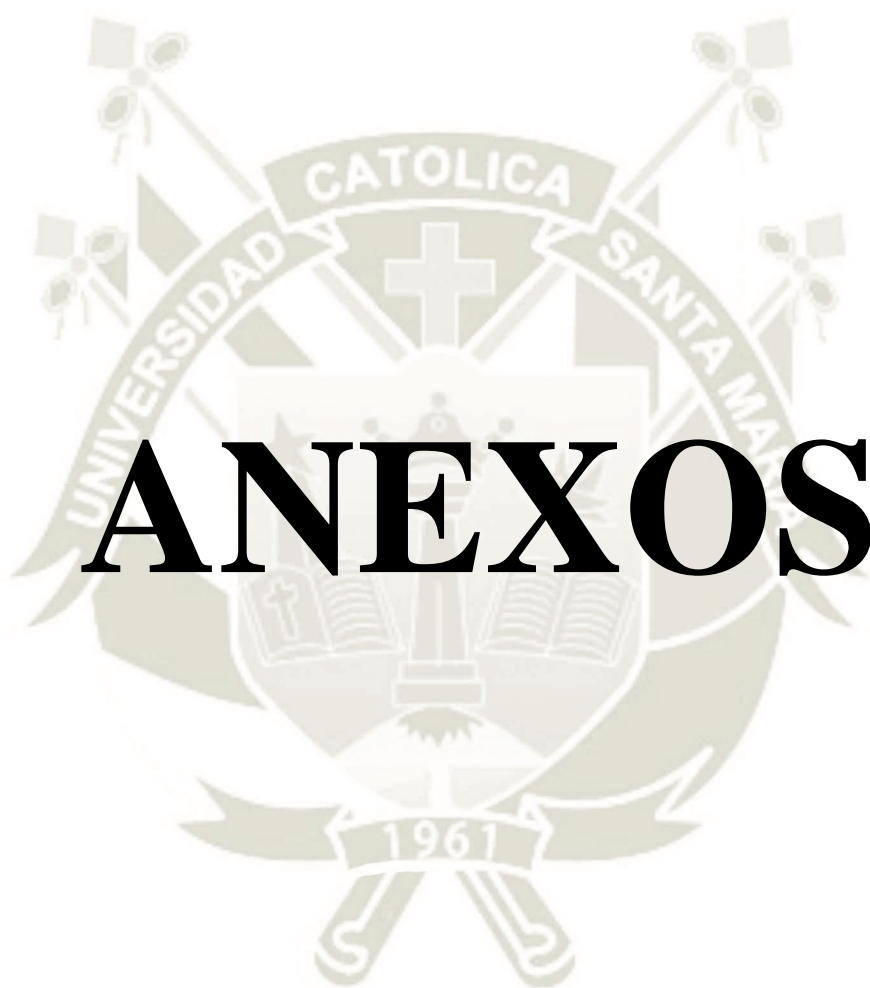
López-Torres, J., López, Y., Párraga, I., Del Campo, J., Villena, A. & Morena, S. (2013). Satisfacción con el tratamiento antidepressivo. Validación del cuestionario “ESTA”. *Revista Española de Salud Pública,* 87(6), 615-627.

- Ministerio de Salud del Perú (2017). *Norma Técnica de Salud: Centros de Salud Mental Comunitarios*. Lima: SINCO Diseño E.I.R.L.
- Ministerio de Salud del Perú (2018). *Documento Técnico: Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria*. Lima: SINCO Diseño E.I.R.L.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012*. Proyecto AP-21. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico_2007_2012.pdf.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastorno de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Conselleria de Sanidade.
- Miró, M., Perestelo, L., Pérez, J., Giménez, S., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J. & Serrano, P. (2009). Eficacia de los tratamientos basados en Mindfulness para los trastornos de Ansiedad y Depresión: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 1 -14.
- Mora, E. & Rodriguez, L. (2016). *Efectividad de la terapia cognitivo conductual grupal con abordaje multimodal para pacientes con trastorno mental grave, con un diagnóstico común de trastorno mixto ansioso-depresivo*. (Maestría en Psicología Clínica). Universidad del Norte, Barranquilla.

- Morales, V. & Hernández, A. (2004). Calidad y Satisfacción en los Servicios: conceptualización. *Revista Digital de Buenos Aires*, 10(73), 1-15.
- Neira, M., Cova, F., Nazar, G., Parra, L. & Ortiz, N. (2012). Percepción de mujeres consultantes de Atención Primaria sobre el abandono del Tratamiento de Depresión. *Revista de Ciencia y Enfermería XVIII*, (2), 31-39.
- Nielsen, S., Smart, D., Isakson, R., Worthen, V., Gregersen, A. & Lambert, M. (2004). The Consumer Reports Effectiveness Score: What Did Consumers Report? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 25-37.
- Novillo, M. (2019). *Trastorno mixto ansioso depresivo en los pacientes de los centros de atención privada del cantón Loja*. (Tesis para la obtención de Título de Médico General). Universidad Nacional de Loja, Ecuador.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Oviedo, G. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 89-96.
- Pasco, P. (2019). *Reestructuración cognitiva en un caso de infidelidad en una paciente adulta*. (Trabajo Académico para Optar el Título de la Segunda Especialidad Profesional en Terapia Cognitivo Conductual). Universidad Nacional Federico Villareal, Lima.
- Pérez, M. & García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Ramírez, T.J., Nájera, P. & Nigenda, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, 40(1), 3-12.

- Richard, R., & Marcotte, D. (2015). Les facteurs associés à la concomitance entre l'anxiété et la dépression chez de jeunes adolescents. *Canadian Journal of Education*, 38(1), 1–23.
- Roussos, A., Gómez, J. & Olivera, J. (2017). Satisfacción de los pacientes en tratamientos por abuso de sustancias y su relación con variables de las instituciones asistenciales. *Revista interdisciplinaria*, 34(1), 193-210.
- Rydel, D. (2015). *Evaluación de la Satisfacción con la atención psicológica en el primer nivel de atención, basado en el autoreporte de los usuarios*. (Tesis para optar el título de Magister en Psicología Clínica). Universidad de la República, Montevideo-Uruguay.
- Sacchi, M., Hausberger, M. & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3), 271-283.
- Salinas, J., & González, H. (2006). Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores. *Revista de Psicología para América Latina*, (8), 1-15.
- Sánchez, J., Rosa, I. & Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11(3), 641-654.
- Sánchez, L. (2012). *Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe, Nuevo León*. (Tesis de Maestría en Ciencias de la Salud Pública). Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey-México.
- Santa Cruz, L. & Justo, O. (2019). *Atención plena y percepción de salud-satisfacción en colaboradores de una empresa de Tacna*. (Tesis de licenciatura en Psicología). Universidad Católica de Santa María, Arequipa.

- Seligman, M. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist Association*, 50(12), 965-974.
- Suárez, L., Rodríguez, S. & Martínez, J. (2018). Satisfacción de los usuarios con la atención en los consultorios médicos. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 1002-1010.
- Tomás, C., Moreno, L. & Concha, G. (1999). Factores que determinan la percepción de salud y la calidad de vida en personas mayores de 75 años. *Gaceta Sanitaria: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 13(1), págs. 9030.
- Uhden, E. (2016). *Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en pacientes con dolor crónico no oncológico*. (Tesis doctoral en Psicología). Universidad de Sevilla, Andalucía.
- Vallejo, J. & Gastó, C. (2009). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.
- Vásquez, G., Corsini, G., Silva, M., Fuentes, J., Chahin, M. & Santibáñez, J. D. (2016). Instrumento para medir satisfacción de pacientes sobre atención clínica odontológica. *Revista Scielo*, 10(1), 129-134.
- Velandia, F., Ardón, N. & Jara, M. (2007). Satisfacción y Calidad: Análisis de la equivalencia o no de los términos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud, Bogotá*, 6(13), 139-168.



ANEXOS

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Indicaciones: a continuación, hay algunos datos que necesitamos para nuestra investigación y, solicitamos su colaboración.

| | |
|--|---|
| EDAD: _____ | GÉNERO: F () M () |
| ESTADO CIVIL: Soltero/a () Casado/a () Viudo/a () Divorciado/a () Conviviente () | |
| NIVEL EDUCATIVO: | |
| Primaria Incompleta () | Primaria Completa () |
| Secundaria Completa () | Secundaria Incompleta () |
| Estudios Técnicos Completos () | Estudios Técnicos Incompletos () |
| Estudios Universitarios Completos () | Estudios Universitarios Incompletos () |

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO (CRES-4)

Indicaciones: Sus respuestas a esta escala, permitirán recoger información sobre la Terapia Cognitivo Conductual. Necesitamos de su aporte para lograr este propósito, por eso solicitamos su colaboración respondiendo con sinceridad las siguientes preguntas. Usted es libre al expresar su respuesta porque este cuestionario es completamente anónimo. Solo puede **“MARCAR UNA SOLA OPCIÓN EN CADA PREGUNTA”**.

| N° | PREGUNTAS - RESPUESTAS | | | | | |
|----|---|---|--|--|--|---|
| 1 | En general, ¿qué tan satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó? | | | | | |
| | Completamente insatisfecho/a 0 | Muy insatisfecho/a 1 | Algo insatisfecho/a 2 | Bastante satisfecho/a 3 | Muy satisfecho/a 4 | Completamente satisfecho/a 5 |
| 2 | ¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar? | | | | | |
| | No estoy seguro/a 0 | Hizo que las cosas empeorasen bastante 1 | Hizo que las cosas empeorasen un poco 2 | No ha habido cambios 3 | Hizo que las cosas mejorasen algo 4 | Hizo que las cosas mejorasen mucho 5 |
| 3 | ¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento? | | | | | |
| | Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas 0 | Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura 1 | Regular, tenía mis altibajos 2 | Estaba bastante bien, no tenía problemas graves 3 | Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba 4 | |
| 4 | ¿Cuál es su estado emocional general en este momento? | | | | | |
| | Estoy muy mal, apenas logro hacer frente a las cosas 0 | Estoy bastante mal, por lo general la vida es muy dura para mí 1 | Regular, tengo mis altibajos. 2 | Estoy bastante bien, no tengo problemas graves. 3 | Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo 4 | |

Gracias por su colaboración...

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, declaro que se me ha explicado que mi participación en la investigación sobre la **“Satisfacción del Usuario Adulto sobre la Terapia Cognitivo Conductual”**, consistirá en responder una escala y una ficha sociodemográfica, que pretenden generar un aporte positivo para la Terapia Cognitivo Conductual, comprendiendo que mi participación es valiosa y contribuirá en dicha investigación. Acepto responder y llenar los datos que se me solicite, respondiendo con veracidad, con la finalidad que se pueda hacer un análisis adecuado de los mismos.

Declaro que se me ha informado sobre esta investigación y que se me ha asegurado que la información que entregue estará protegida por el anonimato y la confidencialidad. La Investigadora Responsable del estudio, Vela Tejada Andrea Carolina, se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de la investigación. Asimismo, la entrevistadora indicó que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. Por lo tanto, como participante, acepto ser parte de esta investigación de forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, el cual será presentado por la investigadora para obtener su Título de Segunda Especialidad en Psicología Terapéutica. He leído esta hoja de Consentimiento y acepto participar en esta investigación según las condiciones establecidas.

Arequipa, _____ de _____ del 2021

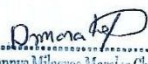
Firma Participante

Firma Investigadora

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS
APRECIACIÓN CUALITATIVA
ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO
(CRES-4)**

| CRITERIOS | APRECIACIÓN CUALITATIVA | | | |
|--|-------------------------|-------|---------|------------|
| | Excelente | Bueno | Regular | Deficiente |
| Presentación del Instrumento | X | | | |
| Claridad en la redacción de los ítems | X | | | |
| Pertinencia de la variable con los indicadores | X | | | |
| Relevancia del contenido | X | | | |
| Factibilidad de la aplicación | X | | | |

Observaciones Generales:

| | |
|------------------------------|--|
| Validado por: | Danny's Milagros Morales Chura C.Ps.P. 13387 |
| Profesión: | Psicóloga |
| Lugar de Trabajo: | Centro de Salud mental comunitaria - Hunter |
| Cargo que desempeña: | Psicóloga de la Unidad de Niño y Adolescente |
| Lugar y fecha de validación: | Hunter - Arequipa - 21-12-2020 |
| Firma: |  Mg. Danny's Milagros Morales Chura PSICÓLOGA CPs. P. 13357 |

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS
APRECIACIÓN CUANTITATIVA
ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO
(CRES-4)**


| Ítems | Escala Evaluativa* | | | | Observaciones |
|-------|--------------------|---|---|---|---------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1 | | | | X | |
| 2 | | | | X | |
| 3 | | | | X | |
| 4 | | | | X | |

***Escala Evaluativa:**

- 4: Excelente.
- 3: Bueno.
- 2: Regular.
- 1: Deficiente.

Observaciones Generales:



El nuevo baremo creado está bien elaborado y permite encontrar el nivel de satisfacción de los usuarios, así mismo permite que la la Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4) sea más completa.

| | |
|---|---------------|
| Validado por: <i>Dannys Milagros Morales Chura</i> | C.Ps.P. 13357 |
| Profesión: <i>Psicóloga</i> | |
| Lugar de Trabajo: <i>Centro de Salud mental comunitario - Hunter -</i> | |
| Cargo que desempeña: <i>Psicóloga de la unidad de Niño y Adoles con ta.</i> | |
| Lugar y fecha de validación: <i>Hunter- Arequipa 21-12-2020</i> | |
| Firma: | |
|  Mg. Dannys Milagros Morales Chura PSICÓLOGA C.Ps. P. 13357 | |

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS
APRECIACIÓN CUALITATIVA
ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO
(CRES-4)**

| APRECIACIÓN CUALITATIVA | | | | |
|--|-----------|-------|---------|------------|
| CRITERIOS | Excelente | Bueno | Regular | Deficiente |
| Presentación del Instrumento | 8 | | | |
| Claridad en la redacción de los ítems | 8 | | | |
| Pertinencia de la variable con los indicadores | 8 | | | |
| Relevancia del contenido | 8 | | | |
| Factibilidad de la aplicación | 8 | | | |

Observaciones Generales:

| | |
|---|----------------------|
| Validado por: Meredith Julissa Valdivia Núñez | C.Ps.P. 21774 |
| Profesión: Licenciada en psicología | |
| Lugar de Trabajo: CSMC Hunee | |
| Cargo que desempeña: Psicóloga encargada del servicio de adicciones | |
| Lugar y fecha de validación: 21 / 12 / 2020 | |
| <p>Firma:</p> <div align="center">  Meredith Valdivia Núñez PSICOLOGA C.Ps.P 21774  </div> | |

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS
APRECIACIÓN CUANTITATIVA
ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO
(CRES-4)**

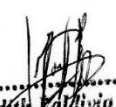
| Ítems | Escala Evaluativa* | | | | Observaciones |
|-------|--------------------|---|---|---|---------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1 | | | | X | |
| 2 | | | | X | |
| 3 | | | | X | |
| 4 | | | | X | |

***Escala Evaluativa:**

- 4: Excelente.
- 3: Bueno.
- 2: Regular.
- 1: Deficiente.

Observaciones Generales:

Se aprecia que el conjunto de criterios establecidos en el nuevo baremo creado, permite medir la Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4), con mayor exactitud.

| | |
|--|----------------------|
| Validado por: Meredith Julissa Valdivia Núñez | C.Ps.P. 21774 |
| Profesión: Licenciada en psicología | |
| Lugar de Trabajo: CSAC Hunter | |
| Cargo que desempeña: Psicóloga encargada del servicio de adicciones | |
| Lugar y fecha de validación: 21/12/2020 | |
| <p>Firma:</p> <div align="center">  Meredith Julissa Núñez PSICOLOGA C.Ps.P. 21774 </div> | |



Universidad Católica
de Santa María

(51 54) 382038 <http://www.ucsm.edu.pe> [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

“IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA”
(En la ciencia y en la fe está nuestra fortaleza)

Arequipa, 18 enero del 2021

OFICIO N° 005-EPPsic-2021

Dra. María Elena Flores Carpio

Directora Ejecutiva de la Red de Salud Arequipa – Caylloma

Con atención: Responsable de Capacitación

Asunto: autorización para realizar trabajo de investigación - en Centro de salud Mental comunitario de Hunter - conducente al Título de Segunda Especialidad en Psicología terapéutica,

Por medio de la presente me dirijo a usted para expresarle mi atento saludo, y explicarle que la Lic. **VELA TEJADA ANDREA CAROLINA**, egresada de la Segunda Especialidad en Psicología Terapéutica de la Universidad Católica de Santa María, identificada con DNI N° 45318930, de profesión psicóloga, con número de colegiatura 18828, domiciliada en Villa Médica, Torre-2, dpto-304, JLByR, necesita realizar la aplicación de la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) y de una Ficha Sociodemográfica, y poder recolectar la información para hacer su investigación, previa autorización suya. Ésta sería llevada a cabo durante el mes de Enero a Abril del año en curso y la muestra sería de 38 pacientes con cuadros ansiosos y depresivos.

Es así que, para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad en Psicología Terapéutica, la Licenciada desea realizar su investigación en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter, dicha trabajo lleva el título de: **“SATISFACCIÓN DEL USUARIO SOBRE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL”**, cuyo proyecto ya ha sido aprobado por la Escuela Profesional de Psicología de la UCSM.

Por lo explicado, es que le pedimos pueda usted aceptar que la Lic. Andrea Vela Tejada pueda, **realizar su investigación con los usuarios del mencionado Centro.**

Arequipa, 18 de Enero del 2021.

Mgter. Flor Aleida Vilches Velasquez
Directora de la Escuela Profesional de Psicología
Universidad Católica de Santa María

**Sello y Firma Directora Programa
Psicología UCSM**



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU : 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"



MEMORANDO N° 0125 -2021-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OA-D-PERS-CAP.

PARA : DRA. YENNY DEL PILAR CALA RODRIGUEZ
JEFE DE LA MICRORRED DE SALUD HUNTER

ASUNTO : Trabajo de Investigación

REFERENCIA : Documento N° 3449248 - Expediente N° 2272422

FECHA : Arequipa, 25 de Enero del 2021

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y en mérito al documento de la referencia me permito presentar a **ANDREA CAROLINA VELA TEJADA**, de profesión Psicóloga, egresada de la Segunda Especialidad en Psicología Terapéutica de la Universidad Católica Santa María, quien realizará el Proyecto de Investigación titulado **"SATISFACCION DEL USUARIO SOBRE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL"**, en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter, para recolectar información, por un periodo de tres meses a partir de la fecha, debiendo coordinar con el responsable de personal de la Microrred de Salud a su cargo, sobre los horarios para realización de las mismas.

Por lo que agradeceré se sirva brindarle las facilidades del caso.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA
DIRECCION
Dra. María Elena Flores Carpio
S/N° 34488
DIRECCION EJECUTIVA

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA
TRAMITE DOCUMENTARIO
Apellidos y Nombres:
DNI:
Fecha: Hora:

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
Dirección Regional de Salud
Red de Salud Arequipa Caylloma
Microrred de Salud Hunter
TRAMITE DOCUMENTARIO
29 ENE 2021
Folios: d Hora: 11:30
Firma:

MEFC/RCC/HMDO/VNFC/epc.
Con copia CC : Archivo
Se adjunta . :
SISGEDO Reg. Documento: 2021- 3449248
SISGEDO Reg. Expediente: 2021- 2272422
Fólios : (01)

www.redperiferica.esp.gob.pe

AREQUIPA SOMOS TODOS
Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes
Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424
T. 054-200823 - 206777 - 202279



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

"DECENIO DE LAS PERSONA CON DISCAPACIDAD EN EL PERU"
" Año del Bicentenario del Perú : 200 años de Independencia "



GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED HUNTER

MEMORANDO Nº 0002 / -2021- GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS.JLIG-H-J.

PARA : Lic. SONIA ORTEGA GAMERO.
Responsable del Centro de Salud Mental Comunitario Hunter.

ASUNTO : Trabajo de Investigación.

FECHA : Arequipa, 04 de Febrero de 2021.

Tengo a bien dirigirme a Ud. para saludarla muy cordialmente y a la vez presentarle a la Srta. ANDREA CAROLINA VELA TEJADA , quien ha presentado un Proyecto de tesina titulado "SATISFACCION DEL USUARIO SOBRE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL" en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter. para obtener el titulo de Segunda Especialidad en Psicología Terapéutica.

Le solicito le brinde las facilidades necesarias para aplicar su instrumento a los usuarios que acuden al C.S. Mental Comunitario de Hunter, para poder describir el Nivel de Satisfacción de los Usuarios sobre la Terapia Cognitivo Conductual. Cabe mencionar que el mencionado proyecto cuenta con la aprobación del Área de Capacitación.

De igual manera, la mencionada investigadora se ha comprometido a dar a conocer los resultados obtenidos y así poder adoptar cambios dentro de la mejora continua de la calidad.

Sin otro particular, me despido de Ud. sin antes reiterarle los sentimientos de mi mayor consideración y estima personal.



ELD/GDSR/orb
C. c. Archivo
Folios ()

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED DE SALUD HUNTER
Edy Jacinta Loayza Delgado
Dra. Edy Jacinta Loayza Delgado
CMP. 15589
MEDICO JEFE

Centro de Salud Javier Llosa García - Micro red Hunter-Calle Córdova Nº125 - Hunter
Teléfonos: 054-442494-054333633-054-440083