

Tema

Psicoterapia cognitiva conductual y los factores estresantes en los choferes de la cooperativa de taxis Rey, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el primer trimestre del año 2012.

CAPÍTULO I

1. CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

1.1. Situación nacional, regional y local o institucional

De los resultados obtenidos en nuestra investigación de más de 3500 accidentes graves, más de un 60% son generados por distracciones fuertes cuyo correlato es posible encontrarlo en la ausencia de horas de descanso o en conducciones prolongadas. Sin embargo, tal cual como está propuesta la conducción para los choferes de taxis, esta situación parece ser ampliamente superada por la realidad. A modo de ejemplo, las principales empresas de taxis sus propietarios alquilan el uso del vehículo a los choferes quienes superan a las 12hs de manejo.

Anualmente mueren 1,2 millones de personas en el mundo a causa de choques en las vías públicas, 50 millones de personas que resultan heridas y más de 3000 personas que mueren diariamente por lesiones resultantes del tránsito.

Más del 91% de las muertes producidas por los s accidentes de tránsito ocurren en países de bajos y medianos recursos económicos, los cuales tienen solo el 48% de los vehículos registrados en el mundo.

Aproximadamente 62% de los accidentes de tránsito reportados ocurren en 10 países, los cuales en orden de magnitud son India, China, Estados Unidos; Federación Rusa, Brasil, Irán, México; Indonesia, Sudáfrica y Egipto, que representan el 56% de la población mundial.

Los países de ingresos bajos y de ingresos medianos presentan tasas de mortalidad por accidentes de tránsito más elevadas (21,5 y 19,5 por 100 000, habitantes, respectivamente) en comparación con los países de ingresos altos (10,3 por 100 000 habitantes).

Los accidentes de tránsito en nuestro país han ocasionado en el período 2001- 2011 35, 605 víctimas mortales y 342,766 lesionados, incrementándose las cifras año tras año.

Se ha estimado que el costo anual de la atención de rehabilitación en la persona con discapacidad permanente por accidentes de tránsito \$\$ 159.791.610, lo cual representa el 0,12% del producto bruto interno del país, el 2011.¹

Dormir es una necesidad neurobiológica que alterna en un patrón más o menos predecible con estados de vigilia. Se han señalado más de 80 factores que producen alteraciones del sueño, de la vigilia o de ambos

¹ Archivos y estadísticas del Consejo Nacional de Tránsito

1.2. Situación problemática

La somnolencia deteriora variables funcionales psicomotoras y cognitivas, como el tiempo de reacción, la capacidad de vigilancia, juicio y atención, así como el procesamiento de información, lo cual puede significar accidentes de tránsito para los conductores de vehículos o accidentes de trabajo para los operadores de maquinarias potencialmente peligrosas

Según algunas investigaciones, la fatiga del conductor podría ser la causa más importante de los accidentes, pues los tiempos de reacción visuales y motores se retardan notoriamente.

Los síntomas de fatiga del conductor pueden ser:

Sensación de arenilla en los ojos,

Pesadez de los párpados, visión doble,

Sensación de calor o escalofríos, sed,

Incomodidad de la vestimenta, etc.

Entre las causas más frecuentes de

Fatiga, la principal es el descanso

Insuficiente

1.3. Problema de investigación

1.3.1. Problema general

¿Cómo influye la psicoterapia cognitiva conductual en los factores estresantes en los choferes de la cooperativa de taxis Rey, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el primer trimestre del año 2012?

1.3.2. Problemas específicos

¿De qué manera influye la psicoterapia cognitiva conductual en las respuestas fisiológicas producidas por el exceso de horas de conducción diarias?

¿Por qué la psicoterapia cognitiva conductual influye en las respuestas psicológicas producidas por el exceso de horas de conducción diarias?

1.4. Delimitación de la investigación

1.4.1. Delimitación espacial

La investigación se realizó en la cooperativa de taxis Rey, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos.

1.4.2. Delimitación temporal

La investigación se realizó en el año 2012

1.4.3 Unidades de información

La información la obtuvimos de los choferes profesionales y ciudadanía en general.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Conocer cómo influye la psicoterapia cognitiva conductual en los factores estresantes en los choferes de la cooperativa de taxis Rey, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el primer trimestre del año 2012.

1.5.2. Objetivos específicos

Analizar de qué manera influye la psicoterapia cognitiva conductual en las respuestas fisiológicas producidas por el exceso de horas de conducción diarias.

Determinar por qué la psicoterapia cognitiva conductual influye en las respuestas psicológicas producidas por el exceso de horas de conducción diarias.

1.6. Justificación

El exceso de cansancio en los conductores genera extremo sueño, que se manifiesta comúnmente con cruces abruptos de carril, salidos de la ruta de circulación o incluso vuelcos. Muchas veces el conductor se queda prácticamente dormido al volante y como consecuencia posee pérdida de la precisión de la maniobra o tiempos de reacción prolongados que habitualmente se manifiestan en estados donde el conductor no reconoce con antelación los peligros y es sorprendido por las maniobras de los otros conductores. Incluso, en casos extremos conduce en estado de "autómata" donde las acciones sobre el micro las realiza como acto reflejo y esto es sumamente riesgoso ya que cualquier circunstancia que salga de lo normal lo involucrará directamente en un accidente. Es posible reconocer este estado como aquel en que el conductor no recuerda lo vivido anteriormente, "no sé cómo llegué hasta aquí".

Son muchas las consecuencias que promueve el exceso de horas conduciendo, sin embargo pocos son los estudios para contrarrestar y peor aún para tratar a los choferes que presentan estos problemas

Por tal motivo consideramos importante la realización de este trabajo investigativo para mejorar reducir los problemas ocasionados por el exceso de horas de conducir y por ende reducir los accidentes en las vías.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Alternativas teóricas asumidas

La Terapia Cognitivo-conductual considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás. El término conducta se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas visibles, así como pensamientos, sentimientos y emociones.

Es en la interacción familiar temprana y en el intercambio social y cultural posterior, donde se produce el proceso de adquisición de nuestra manera habitual de pensar, sentir y actuar. Así sentimos miedo en algunas situaciones, alegría en otras, aprendemos a resolver ciertos problemas, mientras que otros se nos van de las manos.

Ahora bien, el proceso de aprendizaje no es unidireccional, se trata de una compleja secuencia de interacciones, por lo que no somos receptores pasivos de la influencia del medio. Todo aprendizaje ocurre siempre en un individuo que trae consigo una determinada constitución

genética y una historia personal y única. Esto explica que ante una misma situación cada persona reaccione de manera diferente.

El enfoque cognitivo-conductual investiga cómo aprendemos, es decir los principios que explican el aprendizaje, tanto de comportamientos deseables como perjudiciales. El qué aprendemos, es algo que depende de la constitución genética y, fundamentalmente, de las experiencias de vida particular e intransferible de cada persona.

2.2. Categorías de análisis teórico conceptual

Terapia Cognitiva Conductual

La terapia conductual se desarrolló originalmente en gran medida, como una reacción contra la práctica del psicoanálisis. Los psicólogos sintieron que el psicoanálisis carecía de base empírica y que su eficacia no estaba garantizada. En esos primeros años no había aprecio entre los psicoanalistas y los terapeutas conductuales.

Desde la década de 1920, cuando Pavlov y Watson demostraron el poder del condicionamiento para afectar la conducta, se observó un incremento estable en el uso de procedimientos basados en el aprendizaje desarrollados para reducir los niveles de incomodidad emocional de los pacientes y eliminar sus conductas inadaptadas. Como

se verá más adelante, las primeras aproximaciones a la terapia conductual, o modificación de conducta como se le conocía por entonces, negaban por completo la importancia de las cogniciones en el proceso de mejoramiento clínico.

Las cogniciones no eran directamente observables y no podían medirse de manera confiable; en consecuencia, los defensores de la terapia conductual sentían que un énfasis en las cogniciones era irrelevante para una ciencia del cambio conductual. Sin embargo, en la década de 1970 trajo los inicios de un cambio radical en esta posición. Los psicólogos empezaron a integrar procedimientos cognitivos con las técnicas conductuales en la práctica de lo que llegó a conocerse como terapia cognitivo-conductual.

Terapia conductual

Todas las formas de terapia conductual se concentran en gran medida en ofrecer experiencias de aprendizaje diseñadas para cambiar las conductas inadaptadas del paciente. Los siguientes cinco principios son los que representan el cimiento más fuerte sobre el que se construyen las terapias conductuales:

Toda la conducta, normal y anormal, se adquiere y se mantiene de acuerdo con los mismos principios básicos de aprendizaje.

No es necesario inferir una causa o motivo subyacente para las conductas inadaptadas; las conductas son el trastorno; no son una manifestación o signo de un trastorno o proceso de enfermedad subyacente.

Por lo regular no es necesario saber cómo se aprendió una conducta problema específica; el énfasis del tratamiento no debe ponerse en temas históricos, sino en los factores que en la actualidad mantienen a la conducta.

La mayor parte de las conductas anormales son susceptibles de modificación mediante la aplicación de los principios del aprendizaje, por los cuales las conductas inadaptadas se desaprenden y remplazan con conductas aprendidas nuevas y más adaptadas.

Los métodos de tratamiento se especifican con precisión, son replicables y se adaptan a las necesidades, fortalezas y situación de cada cliente; el progreso del tratamiento se evalúa de manera continua, y se realiza una evaluación objetiva del resultado del tratamiento.

Metas

Dado el énfasis puesto por la terapia conductual en las conductas inadaptadas del paciente, una meta general importante de esta forma de psicoterapia es reducir o eliminar las conductas problema del paciente e incrementar la frecuencia de conductas más adaptadas.

Las metas de la terapia conductual, por lo general, serán claras y específicas. Además, los terapeutas conductuales trabajan de manera activa y en colaboración con sus pacientes en la planeación de las metas de la terapia y en la ejecución de los procedimientos diseñados para alcanzar esas metas. Buena parte del trabajo en la terapia conductual ocurre fuera de la oficina del terapeuta, sea que la terapia se realice directamente en el ambiente del paciente o mediante la asignación de tareas realizadas por el paciente entre sesiones.

Capacitación y supervisión

A diferencia de los psicoanalistas, a los terapeutas conductuales no se les pide que se sometan a terapia. La terapia conductual, como se ha señalado. Es un enfoque psicoterapéutico fuertemente empírico basado, con firmeza, en los principios del aprendizaje. Por ende, los terapeutas conductuales deben conocer con profundidad las principales teorías del aprendizaje, incluyendo el condicionamiento clásico y operante y la teoría

del aprendizaje social. La gran importancia concebida a la conducta manifiesta y al cambio conductual también se extiende a la supervisión en la terapia conductual. Por ello, no es sorprendente que los terapeutas conductuales bajo supervisión sean observados con frecuencia por sus supervisores cuando conducen la terapia y sean calificados en escalas que evalúan sus habilidades y su progreso como terapeutas conductuales.

La importancia de la evaluación en la terapia conductual

La relación entre la evaluación y la terapia es más fuerte para las terapias de orientación conductual que para cualquier otro enfoque psicoterapéutico, incluyendo el psicoanálisis y las terapias fenomenológicas. Debe subrayarse, que, desde una óptica conductual, la evaluación presenta profundas implicaciones para la terapia. Mueser y Liberman (1995) bosquejaron un enfoque conductual de la evaluación y la terapia que describe la interdependencia de esas dos tareas. Estos investigadores advierten la importancia de identificar la conducta o conductas problema de manera tan objetiva y precisa como sea posible utilizando una variedad de procedimientos de evaluación que incluyen cuestionarios de autorreporte, entrevistas estructuradas, auto supervisión y observación conductual.

Métodos

Los terapeutas conductuales disponen de una amplia variedad de técnicas para enseñar o incrementar las conductas adaptadas y eliminar las conductas desadaptadas. Debido al gran número de técnicas disponibles para cambiar la conducta, es tentador considerar la terapia conductual como una simple colección o arsenal de procedimientos.

Aplicaciones de la terapia conductual a problemas específicos

Procedimientos para reducir el temor

A partir de los estudios epidemiológicos recientes, se sabe que los temores y las fobias se encuentran entre las formas más comunes de malestar psicológico. Los temores también pueden aprenderse en forma indirecta, por medio de la observación. La mayor parte de los enfoques conductuales a la reducción del temor implican algún tipo de exposición del paciente al estímulo temido. En ocasiones esta exposición se realiza utilizando la imaginación del paciente; es decir, se instruye al paciente para que se imagine poniéndose en contacto con el objeto o situación temidos.

En otras ocasiones la exposición es real, o en vivo, situación donde el individuo enfrenta en realidad el objetivo de su temor.

Desensibilización sistemática

La desensibilización sistemática es uno de los procedimientos conductuales más estudiados y de mayor aplicación para la reducción de temores y fobias. Por lo general se utiliza cuando un paciente tiene las habilidades para involucrarse en conductas apropiadas o adaptadas, pero en lugar de ello, evita el estímulo o situación temidos. La desensibilización sistemática se encuentra entre las técnicas conductuales diseñadas para reducir la ansiedad en humanos que primero se definieron y probaron con claridad.

Hay tres pasos distintos en la desensibilización sistemática. Primero, como el paciente no puede estar ansioso cuando se encuentra relajado, se le entrena en una o más técnicas específicas de relajación. La segunda etapa supone la elaboración de una jerarquía de ansiedad y el paso final es realmente el corazón de este procedimiento: el apareamiento sucesivo de la relajación con cada uno de los estímulos en la jerarquía de ansiedad del paciente.

Tratamientos de exposición

Como sucede con muchos procedimientos en la terapia conductual, los tratamientos de exposición tienen sus raíces en los modelos animales

de psicopatología. La terapia conductual para los temores y las fobias a menudo puede implicar la exposición de objetos temidos. La terapia implosiva pretende extinguir la respuesta de temor exponiendo a los individuos ansiosos a las situaciones causantes de temor y obligándolos a permanecer en esas situaciones hasta que la activación se reduce o elimina.

Una variante de la terapia implosiva, conocida como prevención de respuesta, se ha usado con éxito en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. Los pacientes con este trastorno se caracterizan por tener pensamientos y conductas no deseadas y que no pueden detener.

En la prevención de respuesta se expone a los pacientes a los estímulos que producen sus pensamientos obsesivos, pero se les impide realizar la conducta compulsiva utilizada para reducir la ansiedad asociada con los estímulos.

Dificultades en el funcionamiento social

Habilidades sociales y capacitación asertiva Los terapeutas conductuales han utilizado la capacitación en habilidades sociales para tratar trastornos caracterizados por dificultades en el funcionamiento social o interpersonal. En las dos décadas pasadas, una gran cantidad de publicación de investigación psicológica ha demostrado una asociación

consistente entre el funcionamiento social problemático y la psicopatología, por lo general depresión y ansiedad, pero también fobia social y esquizofrenia. Muchos investigadores han interpretado que esos hallazgos muestran que la gente con esas formas particulares de psicopatología son deficientes en sus habilidades sociales.

Los terapeutas conductuales utilizan varios procedimientos para ayudar a un paciente a adquirir mayores habilidades sociales o ser más asertivo. Los programas más efectivos para la capacitación de las habilidades sociales incluyen muchos de los siguientes componentes:

Evaluación de las ventajas, déficits y excesos conductuales del paciente en las situaciones sociales.

Selección de conductas sociales específicas para modificación.

Modelamiento de conductas apropiadas por el terapeuta.

Instrucción o preparación de conductas apropiadas e interpretación de papeles y repaso por el cliente.

Retroalimentación y reforzamiento positivos de pasos pequeños que llevan a la conducta deseada.

Tareas frecuentes para involucrarse en conductas sociales particulares fuera de la terapia.

Manejo de contingencias

El manejo de contingencias es un término general usado para describir una clase de procedimientos basados en los principios del condicionamiento operante que cambian la conducta controlando sus consecuencias.

Moldeamiento

Dicho de la manera más simple, el concepto de fortalecimiento de una conducta por medio de reforzamiento requiere que la conducta se emita primero, y luego se le refuerza. Sin embargo, en la práctica el proceso no es tan simple, pues hay muchas conductas que no se emiten de forma espontánea. En esos casos las conductas deseadas no son susceptibles de reforzamiento porque no ocurren naturalmente; por eso, se utiliza el moldeamiento para desarrollar una conducta final reforzando acercamientos sucesivos, o pasos graduales a la meta final. Al principio, se refuerzan las conductas que representan el primer paso hacia la exhibición de la conducta deseada, y luego se eleva de manera gradual el estándar de lo que representa una conducta reforzable, hasta que el individuo emite la conducta final deseada.

Contrato de contingencias

El contrato de contingencias, por lo general, supone elaborar y firmar un acuerdo formal que describe con exactitud las conductas que se esperan de cada participante y las consecuencias precisas de las conductas. Los contratos de contingencias pueden establecerse entre el terapeuta y el paciente, describiendo con detalle las conductas objetivo y las consecuencias de realizarlo o no hacerlo.

Programas de economía de fichas

Los programas de economía de fichas representan aplicaciones de los principios del manejo de contingencias a grupos de personas más que a individuos. De hecho, buena parte de nuestra sociedad es, en esencia, un sistema de economía de fichas basado en los principios del manejo de contingencias: las personas reciben una recompensa con fichas contingentes a su desempeño o conducta. Hay varios aspectos de la elaboración y puesta en práctica de los programas de economía de fichas. Por ejemplo, las conductas que van a cambiarse deben operacionalizarse primero y también deben seleccionarse las fichas u otros reforzadores simbólicos. Los participantes deben ser capaces de canjear esas fichas por bienes, servicios o privilegios.

Reducción de las conductas no deseadas: condicionamiento aversivo

La meta del condicionamiento aversivo es reducir la ocurrencia de conductas indeseables, como beber, fumar o comer en exceso, mediante el apareamiento de la conducta con un estímulo nocivo. De este modo, una conducta que al principio se asociaba con el placer o recompensa, se condiciona para que se asocie, en cambio, con emociones y sentimientos negativos, como la ansiedad y la náusea.

Como puede inferirse, esos procedimientos a menudo son desagradables y pueden incluir químicos nocivos o descargas eléctricas. Con mayor frecuencia, el condicionamiento aversivo se emplea para eliminar conductas adictivas o destructivas.

Terapia cognitivo conductual

Modelamiento

Albert Bandura fue pionero tanto en el uso terapéutico del modelamiento, o aprendizaje por observación, para tratar temores y fobias, como en la enseñanza de habilidades y conductas positivas. Bandura observó que el modelamiento puede emplearse para facilitar o inhibir la expresión de conducta que los individuos ya pueden realizar. El

modelamiento permite que las conductas más complejas se aprendan con relativa rapidez por medio de la observación.

La transición a la terapia cognitiva

La teoría y los resultados de aprendizaje por observación de Bandura ofrecieron la base para integraciones subsecuentes de los aspectos cognitivos y conductuales de la terapia. El libro de Michael Mahoney publicado en 1974, *Cognition and Behavior Modification*, y el volumen de Donald Meichenbaum publicado en 1977, *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*, desarrollaron aún más el papel de la cognición como mediadora del cambio en la terapia conductual y fortalecieron la práctica de la terapia cognitivo-conductual. Casi al mismo tiempo, Albert Ellis y Aaron Beck perfeccionaban su modelo de terapias para trastornos emocionales que no sólo incluían un fuerte componente cognitivo sino que, más importante, resaltaban las cogniciones disfuncionales, o patrones problemáticos de pensamiento, como causa directa de malestar psicológico y como un punto crucial para producir el cambio terapéutico.

Terapia cognitiva

Tanto la terapia racional emotiva de Albert Ellis como la terapia cognitiva de Aaron Beck han causado una profunda influencia en la

práctica de la psicología clínica. Con base en su visión del papel central de las cogniciones en la contribución a los problemas en las emociones y conductas, Ellis y Becj desarrollaron intervenciones terapéuticas con el propósito de cambiar la forma como piensa la gente para mejorar su funcionamiento emocional y conductual.

Terapia racional emotiva de Ellis

Ellis formuló lo que llegó a conocerse como la teoría A-B-C de la conducta disfuncional. Contrario a la visión prevaleciente en la época, Ellos argumentaba que los acontecimientos estresantes de la vida, conocidos como eventos activadores (A) no causan psicopatología o consecuencias emocionales (C) como la depresión y la ansiedad.

En lugar de eso, Ellis afirma que son las creencias irracionales (B) o interpretaciones poco realistas de las personas acerca de los acontecimientos en sus vidas lo que las lleva a deprimirse o ser ansiosas, Ellis cree que cuando una persona experimenta un acontecimiento negativo o desagradable tiene creencias lógicas y racionales acerca de ese hecho; sin embargo, también se involucra “automáticamente” en una serie de creencias irracionales o disfuncionales acerca del suceso.

Terapia cognitiva de Beck

Beck elaboró la terapia cognitiva a partir de su experiencia clínica con pacientes deprimidos. Las observaciones de Beck de que los sueños de los pacientes deprimidos estaban repletos de contenido negativos juegan un papel central en el inicio y curso de la depresión. Postuló que las personas deprimidas tienen una visión negativa de sí mismas y del mundo y que no tienen esperanzas acerca del futuro. Beck propuso, además, que las personas deprimidas desarrollan esquemas cognitivos negativos, o estructuras por medio de las cuales perciben e interpretan sus experiencias.

Terapia cognitiva para la depresión y la ansiedad

Con base en sus formulaciones teóricas, Beck desarrolló la terapia cognitiva como una forma de tratamiento de la depresión y la ansiedad. La terapia cognitiva se concentra sobre todo en la identificación o cogniciones distorsionados con la creencia de que esos cambios llevarán a una reducción en los síntomas de malestar. Sin embargo, los terapeutas cognitivos también pueden asignar tareas conductuales a los pacientes y darles capacitación en habilidades de solución de problemas. La terapia cognitiva es de tiempo limitado, rara vez excede de 30 sesiones y por lo general, emplea de 15 a 25 sesiones.

En las primeras sesiones de la terapia cognitiva, el terapeuta explica al cliente la teoría cognitiva de los trastornos emocionales, destacando la forma en que las cogniciones negativas contribuyen al malestar. Las sesiones intermedias de la terapia cognitiva se dedican a ayudar al cliente a la identificación y modificación de las creencias básicas subyacentes que lo llevan a tener pensamientos negativos. En las sesiones finales de la terapia cognitiva, el terapeuta tiene dos metas importantes. Primero, trabaja con el cliente para consolidar las ganancias que este ya ha conseguido en la terapia. Segundo, debido a que muchos trastornos emocionales, como la depresión y la ansiedad, muestran una alta tasa de recurrencia o recaída, en las últimas sesiones de la terapia cognitiva el terapeuta se concentra en tratar de prevenir la recurrencia del trastorno.

Evaluación de la terapia cognitiva

Barber y Muenz hallaron que los pacientes caracterizados por conductas de evitación en las relaciones presentan mejores resultados en la terapia cognitiva que en la psicoterapia interpersonal, mientras que los pacientes con un estilo más obsesivo muestran el patrón opuesto de respuesta. Finalmente, es importante señalar aquí que se ha encontrado que la terapia cognitiva es efectiva en el tratamiento de trastornos distintos a la depresión. En su revisión reciente de psicoterapias para adultos con apoyo empírico, De Rubeis y Crits-Christoph advirtieron que la

terapia cognitiva se ha usado con éxito en el tratamiento de los siguientes trastornos: el de ansiedad generalizada, el obsesivo-compulsivo y el de angustia. También existen cada vez más textos que documentan la efectividad de la terapia cognitiva en el tratamiento de trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia nerviosa.²

La terapia cognitivo conductual, a diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindar al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos.

Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; aunque últimamente algunos terapeutas cognitivos, el énfasis de la TCC está puesto más en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”.

Muchas veces, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que nos ocurre no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio. Se utiliza terapias a corto plazo. Pone

² www.articuloz.com › [Psicología](#) › [General](#)

énfasis en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos. Desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características.

Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido. **La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico.** Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En muchos casos, se utiliza la **biblioterapia**, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede.

Tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intercesión. Además, se refuerza el comportamiento independiente. **Está centrada en los síntomas y su resolución.**

El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. El lugar de promover un, se definen

objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia donde apunta la terapia. **Rechaza el principio de sustitución de síntomas.** La **falsa idea** de sustitución, difundida por la escuela psicodinámica, que considera a un síntoma como una solución económica, la única salida a un proceso neurótico subyacente que si se elimina surgirán otros, es cuestionada por esta metodología. La meta de la TCC es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, los síntomas de pánico, inmediatamente también va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los replacen.

Pone el énfasis en el cambio. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. **Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias.** Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al auto cuestionamiento. **Se centra en la resolución de problemas.** Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto.

Utiliza planes de tratamiento. Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato “único” para las diversas consultas. **Propone una continuidad temática entre las sesiones.** En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente. **Desmitifica la terapia.** El plan de tratamiento y el proceso terapéutico retiran el “velo de misterio” que cubre a casi todas las psicoterapias, al permitirle al paciente un libre acceso a la información teórica o metodológica mediante la biblioterapia. **Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente.** Las tesis cognitivo-conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos. Es decir, más que simplemente decir que funciona, esta comprobado que funciona.³

Características de la terapia cognitivo-conductual

Es de corta duración, en comparación con otras modalidades de psicoterapia.

Los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo.

³ www.depresion.psicomag.com/terapia_conductual.php - Argentina

Es activo-directiva, esto significa que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico del paciente, quien no se limita a concurrir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana. El terapeuta es más directivo: complementa la escucha con intervenciones que promueven no solo la reflexión sino además la acción.

Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta.

Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.

Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.

Se considera que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida.⁴

⁴ Tomado de: *psicologia.com - Revista Internacional On-line*
vol.7 nº 2 - Jul 2003

Tiempos de conducción

Conducción ininterrumpida

Tras un período de conducción de cuatro horas y media, el conductor hará una pausa ininterrumpida de al menos 45 minutos, a menos que tome un período de descanso.

Podrá sustituirse dicha pausa por una pausa de al menos 15 minutos seguida de una pausa de al menos 30 minutos, ambas intercaladas en el período de conducción de 4 horas y media.

Conducción diaria

El tiempo máximo de conducción diario no puede exceder de 9 horas, salvo dos veces a la semana que puede llegar a las 10 horas.

Conducción semanal

El tiempo de conducción semanal no superará las 56 horas (se entenderá por semana el período de tiempo comprendido entre las 00.00 del lunes y las 24.00 del domingo).

Conducción bisemanal

El tiempo de conducción en dos semanas consecutivas no puede exceder de 90 horas.

Así, si en una semana se conduce durante 56 horas (máximo permitido), en la siguiente sólo podrá conducirse durante 34 horas, puesto ambas suman el máximo de 90 horas.

Motivación laboral del conductor

La motivación se define como la voluntad por hacer un gran esfuerzo para alcanzar nuestras metas u objetivos personales, y por lo tanto satisfacerlas. También se define como estímulo, energía, impulso.

Específicamente la motivación laboral es un aspecto importante para el alcance de los objetivos del trabajo y por ende de su rendimiento profesional.

Variables que influyen en la motivación del conductor

Autonomía en el conducir.

Nivel de competencia del conductor.

Dinero recibido diariamente.

Deseo de ganar más pasajeros en el menos tiempo posible.

Interacción agradable con el pasajero.

Satisfacción laboral

Es el cumplimiento del objetivo propuesto de antemano por la persona y con la sensación de agrado o de bienestar.

El valor y la actitud del conductor

El valor se define como las convicciones básicas que tenemos las personas acerca de lo que es bueno o de lo que es malo, correcto e incorrecto, constituyen un juicio de valor.

La importancia de los valores, Constituye la base de las actitudes personales y por ende del comportamiento humano.

Fuentes de los valores; Padres, amigos, colegio. Se forman en la niñez.

Tipos de valores; Económicos, religiosos, políticos, sociales, estéticos.

Los valores son más rígidos que las actitudes, no se cambian, lo que cambia es la intensidad.

Qué valora un conductor; Valora obtener un buen ingreso económico que le permita satisfacer sus necesidades de alimentación, de abrigo, de seguridad, de recreación.

También valora tener buenas relaciones interpersonales con los pasajeros.

Valora tener buenas condiciones de seguridad en el volante.

Valora tener un buen jefe y buenos compañeros de trabajo.

Valora en tener tiempo para el descanso.

La actitud del conductor

La actitud se define como las proposiciones evaluativas favorables o negativas respecto de las personas, objetos o acontecimientos. Reflejan nuestra opinión sobre algo. La actitud es la que cambia, no el valor.

Tipos de actitudes; La satisfacción laboral, participación en el trabajo, compromiso con la empresa.

Fuentes de las actitudes; Padres, amigos, colegio.

Componentes de las actitudes; Cognitivo, afectivo y conductual.

Habilidades sociales en el conductor profesional

Asertividad

Planteamiento de los propios derechos y de la expresión de pensamientos, sentimientos y creencias en forma directa, honesta y apropiada, según las normas culturales, lo cual no viola los derechos de otras personas.

Derechos asertivos básicos conductor

Todas las personas tienen derecho a intentar conseguir lo que consideren mejor para ellas, siempre y cuando esto no repercuta negativamente sobre otras personas.

Todas las personas tienen derecho a ser respetadas.

Todas las personas tienen derecho a pedir ayuda, no a exigirla, y a negarse a prestar ayuda a las demás personas.

Todas las personas tienen derecho a sentir emociones, miedo, ira, tristeza, ansiedad y a expresarlas, sin herir los sentimientos de los demás.

Todas las personas tienen derecho a tener su propia opinión, sobre cualquier tema o circunstancias, y a expresarlas sin ofender intencionalmente a las demás.

Todas las personas tienen derecho a equivocarse en sus actitudes, opiniones y comportamientos.

Características de una persona no asertiva

No tiene muy claro dónde finalizan sus derechos y comienzan los del prójimo, por lo que habitualmente “cede terreno” y se deja manipular por los demás.

No confía en sus propias fuerzas.

Se siente derrotado antes de luchar y elude discusiones.

Tiende a estancarse en su vida por temor al riesgo que implica un cambio.

En el plano laboral suele ser explotado por jefes y compañeros de trabajo, asumiendo tareas y obligaciones que no le conciernen, todo ello por miedo a enfrentarse.

En el terreno afectivo es víctima de continuos chantajes. Su temor es no ser querido y con tal de mantener el “supuesto aprecio” se deja manipular con gran facilidad. Cuando forma pareja es manejado por el otro a su libre antojo.

En su relación social puede ofrecer un aspecto de falta de sinceridad, pues da mil rodeos antes de pedir lo que quiere.

Conductor agresivo v/s asertivo

Los conductores no asertivos son inseguros, y débiles en exceso, al no saber defenderse de los pasajeros se sienten maltratados y esto les provoca angustia y desprecio por sí mismos.

Los conductores agresivos, corren más rápidos, se enojan fácilmente, les falta el respeto a los pasajeros, son más impulsivos, cometen más faltas y accidentes automovilísticos, etc.

Los conductores asertivos no siempre consiguen sus metas, pero sí aumentan su auto estimación. Cuando las cosas no les salen bien, tal

vez se muestran desilusionados, pero no irrazonablemente preocupados o frustrados.

Programa para ser asertivos

Haciéndote cargo de ti mismo; Tú eliges cómo sentirte. Los sentimientos son reacciones que eliges tener. Puedes controlar tus pensamientos y así controlar las emociones.

Tú no necesitas la aprobación de los demás; La necesidad de aprobación de los demás equivale a decir, “lo que tú piensas de mí es más importante que la opinión que tengo de mí mismo”. La búsqueda de aprobación se convierte en algo erróneo cuando en vez de un deseo es una necesidad.

La ruptura con el pasado; Romper con el círculo vicioso del “yo soy” tímido, no puedo, etc.

Las emociones inútiles; culpabilidad y preocupación; Dejar de lado la culpabilidad por lo que se ha hecho y la preocupación por lo que se podrá hacer.

Romper las barreras de los convencionalismos; Deja de lado los “debeísmos”.

Proclama tu independencia.

Adiós a la ira; Como todas las emociones, la ira es resultado de un pensamiento. Cuando se usa ésta en cualquier tipo de relación, impulsa a la otra persona a que siga actuando como hasta ahora.

Utilice la conducta No verbal, Tenga contacto ocular con la persona, su postura sea relajada, sus gestos y movimientos deben ser armónicos y congruente con lo que dice.

Conducta paralingüística; No tartamudee, no use muletillas, no use el sarcasmo, hable bajo y lento, ante quien haga lo contrario.

Conducta verbal; Sea directo, exprese sus deseos en vez de necesidades, sea explícito, excútese si es necesario, pero no se culpabilice, señale su emociones negativas, etc.

La empatía

Es la capacidad de ponerse plenamente en el lugar del otro, es decir, ser capaz de ir más allá de lo que el otro nos dice, explícitamente de pensar lo que piensa, de sentir adecuadamente lo que siente.

Características de un conductor empático

Es veraz, es decir, se le cree lo que dice.

Utiliza con más frecuencia el lenguaje no verbal.

Es flexible frente a las ideas y opiniones de los demás.

Es comprensible frente a las necesidades y reclamos de los pasajeros.

Es transigente.

Es capaz de establecer un diálogo significativo con la gente.

Presenta un escucha activa y es respetuoso

¿Cómo demostrar empatía?

Se dispone física y psicológicamente a prestar atención a los mensajes básicos del diálogo.

Mantenemos la cordialidad con las personas.

En todo momento cuidamos de no evaluar, juzgar o descalificar.

Estrés laboral

Es el conjunto de reacciones físicas, emocionales y mentales hacia determinados cambios en el ambiente.

Tensión o presión, unas veces en un sentido negativo u otras en positivo.

Aquí encontramos significativas diferencias individuales. Mientras que para algunos el hecho de rendir un examen, sufrir un atasco automovilístico, o mantener una fuerte discusión con un familiar o amigo, resultan experiencias agotadoras, para otros tan sólo ligeramente alteradoras.

Fases del estrés

Fase de alarma; Constituye el aviso claro de la presencia de un agente estresante. Las reacciones fisiológicas son las primeras que aparecen; taquicardias, palpitaciones, temblor, cansancio, insomnio, etc.

Fase de resistencia; Aquí la activación fisiológica se disminuye siempre y cuando la persona logre adaptarse al estímulo estresante.

Fase de agotamiento; Aquí aparece la enfermedad propiamente tal. Se caracteriza por la fatiga (cansancio que no tiene nada que ver con el sueño nocturno), normalmente va acompañada de irritabilidad, tensión e ira, nerviosismo.

Causas del estrés

Experiencias traumáticas; Terremotos, huracanes, inundaciones, guerras, etc.

Acontecimientos estresantes; Muerte del cónyuge, divorcio, despido del trabajo, jubilación, problemas económicos etc.

Molestias cotidianas; Discutir con un compañero de trabajo, cuando se nos pincha un neumático, se nos quedan las llaves del auto en la casa, etc.

Ambiente físico-social; Las condiciones de ruido, humedad, temperatura, iluminación, olores, mala ventilación, etc.

Espacio personal; contactos con personas que el conductor puede establecer durante su jornada de trabajo.

Personalidad; las personas tipo A, son aquellas que son dominantes, impulsivas, inquietas, etc se estresan más que las personas tipo B.

Síntomas en el conductor

Colon irritable.

Dolores de cabeza o migrañas.

Tensión cervical.

Dolores de espalda.

Gastritis.

Sudoración de manos.

Cansancio excesivo y sueño constante.

Insomnio.

Dificultad para concentrarse.

Hipertensión.

Irritabilidad, mal genio.

Consecuencias de estrés

Respuestas fisiológicas; parecidas a los síntomas, pero mucho más graves, pueden llevar la muerte. Ej; hipertensión y dificultades cardiovasculares.

Respuestas psicológicas; Angustias, depresión, dificultad para concentrarse, pérdida de memoria, frustración, agresividad, etc.

Respuestas psicosomáticas; Cutáneas (alopecia areata), Respiratorias; Asma, alergia, bronquitis, etc.

Genitourinarias; vaginismo, impotencia, síndrome premenstrual, etc.

Endocrinas; hipertiroidismo, obesidad.

De los ojos; conjuntivitis.

Respuestas conductuales; baja productividad, ausentismo, rotación,

Accidentes de tránsito, errores, consumo de sustancias tóxicas, etc.

Tratamiento del estrés

Plan de ejercicio antiestrés. Caminar, andar en bicicleta, trotar, hacer aeróbicos, etc.

Controlar la alimentación. Equilibrada.

Controlar lo que bebemos. Evitar bebidas alcohólicas.

Deje de fumar.

Mantengamos contacto con la naturaleza.

Descansar lo suficiente, descansar 5 minutos por hora, que trabajar 6 y descansar una.

Mantener el apoyo familiar y de los amigos.

Mantener una actitud positiva.

Técnicas de respiración.

Técnicas de relajación muscular

Técnicas psicológicas.

Masajes.

Hidroterapia.

Tratamiento medicamentoso.

Tratamiento natural

Meditación, yoga, tahichí, etc.⁵

2.3.- Planteamiento de la hipótesis

2.3.1.- Hipótesis General

Si aplicamos psicoterapia cognitiva conductual reduciremos los factores estresantes en los choferes de la cooperativa de taxis Rey, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el primer trimestre del año 2012.

2.3.2.- Hipótesis Particulares

Si aplicamos psicoterapia cognitiva conductual reduciremos las respuestas fisiológicas producidas por el exceso de horas de conducción diarias.

⁵ www.autoescuelastop.cl/descargas/psicologia.pdf

Si aplicamos psicoterapia cognitiva conductual mejoraremos las respuestas psicológicas producidas por el exceso de horas de conducción diarias.

2.4. Variable

2.4.1. Variables independientes

Si aplicamos psicoterapia cognitiva conductual

2.4.2. Variables dependientes

Reduciremos los factores estresantes producidos por el exceso de horas de conducción diarias

2.5.- Operacionalización de la Hipótesis

Cuadro 1. Operacionalización de la primera hipótesis

Concepto	Categorías	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas instrument
<p>La Terapia Cognitivo-conductual considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás.</p> <p>El estrés es la “presión o tensión experimentada por la percepción de un desequilibrio entre la demanda de la situación y la capacidad personal para responder con éxito a esa demanda, cuando las consecuencias de la resolución son percibidas como importantes”. Aunque el estrés se experimenta psicológicamente, también afecta a la salud física de las personas.</p>	<p>Si aplicamos psicoterapia cognitiva conductual</p> <p>Reduciremos los factores estresantes producidos por el exceso de horas de conducción diarias</p> <p>Reduciremos las respuestas fisiológicas producidas por el exceso de horas de conducción diarias</p> <p>Mejoraremos las respuestas psicológicas producidas por el exceso de horas de conducción diarias</p>	<p>-Aplicación</p> <p>-Tipo de factores</p> <p>-Incidencia</p> <p>-Tipo de respuestas fisiológicas</p> <p>-Tipo de respuestas psicológicas</p>	<p>-¿Se aplica psicoterapia cognitiva conceptual en los choferes con problemas de cansancio?</p> <p>-¿Los choferes presentan problemas de cansancio?</p> <p>-¿Los choferes presentan problemas de hipertensión?</p> <p>-¿Los choferes presentan problemas de angustia?</p> <p>-¿Los choferes presentan problemas de depresión?</p> <p>-¿Los choferes presentan problemas de frustración?</p> <p>-¿Los choferes presentan problemas de agresividad?</p> <p>-¿Los choferes que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas fisiológicos?</p> <p>-¿Los choferes que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas psicológicos?</p>	<p>OS</p> <p>Entrevista a choferes profesionales y encuestas a la ciudadanía.</p>

CAPÍTULO III

3.- DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación.

Los tipos de investigación a emplearse son: descriptivas y explicativas.

Descriptivas, por cuanto a través de la información obtenida se va a clasificar elementos y estructuras para caracterizar una realidad y,

Explicativa, porque permite un análisis del fenómeno para su rectificación.

3.2. Universo y muestra

3.2.1.- Población

La población es el grupo de individuos que habitan en una determinada zona donde se realiza la investigación, en este caso tenemos una población de estudio determinada en 80 choferes de la cooperativa de taxis Rey, del cantón Quevedo, y una población de 150.000 habitantes.

3.2.2.- Muestra

Se considera como muestra a una parte de la investigación que facilita el estudio y hace más eficaz a la investigación para lo cual aplicamos la siguiente fórmula.

Total de Encuestas: 399

$$M = \frac{N}{E^2 (n-1) + 1}$$

Simbología

M = Total de muestra

N = Total de la población

E = margen de error (de 0.01 hasta 0.10)

$$M = \frac{N}{E^2 (n-1) + 1}$$

$$M = \frac{150.000}{(0.05)^2 (150.000 - 1) + 1}$$

$$M = \frac{150.000}{(0.0025) (149.999) + 1}$$

$$M = \frac{150.000}{374.9975 + 1}$$

$$M = \frac{150.000}{375,9975}$$

$$M = 398.93 = 399$$

Las encuestas se aplicarán a los 80 choferes profesionales, y a 399 personas de la población, del cantón Quevedo, Provincia de los Ríos.

3.3. Métodos y técnicas de recolección de datos

3.3.1. Métodos

3.3.1.1.- Método Inductivo.- Va de lo particular a lo general. Es decir, partir del conocimiento de cosas y hechos particulares que se investigaron, para luego, utilizando la generalización y se llega al establecimiento de reglas y leyes científicas.

3.3.1.2.- Método deductivo.- Es el proceso que permite presentar conceptos, principios, reglas, definiciones a partir de los cuales, se analiza, se sintetiza compara, generaliza y demuestra.

3.3.1.3.- Método descriptivo.- Lo utilice en la descripción de hechos y fenómenos actuales por lo que digo: que este método me situó en el presente.

No se redujo a una simple recolección y tabulación de datos a los que se acompaña, me integro el análisis reflexión y a una interpretación

imparcial de los datos obtenidos y que permiten concluir acertadamente mi trabajo.

3.3.2. Técnicas de recolección de datos

3.3.2.1.- Cuestionario para la encuesta: Es la técnica que a través de un cuestionario permite recopilar datos de toda la población o de una parte representativa de ella.

3.4. Procedimiento.

- Una vez concluida la aplicación de la entrevista, procederemos a clasificar la información y a tamizar, primero en forma general por cada extracto y luego pregunta por pregunta, para elaborar los gráficos estadísticos que correspondan al análisis e interpretación de los resultados obtenidos y poder sacar las respectivas conclusiones y recomendaciones

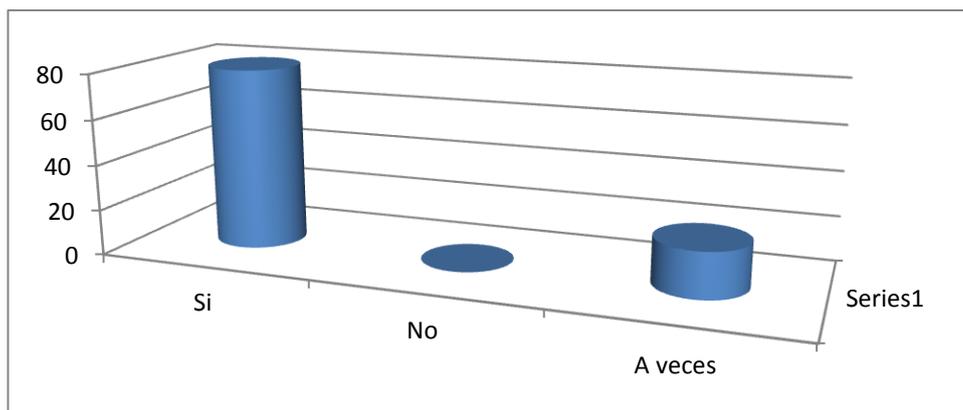
CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1. Entrevista realizada a los choferes profesionales

1).- ¿Se aplica algún tipo de terapia a los choferes con problemas de cansancio?

Respuesta	#	%
Si	63	80
No	0	0
A veces	17	20
Total	80	100



Análisis

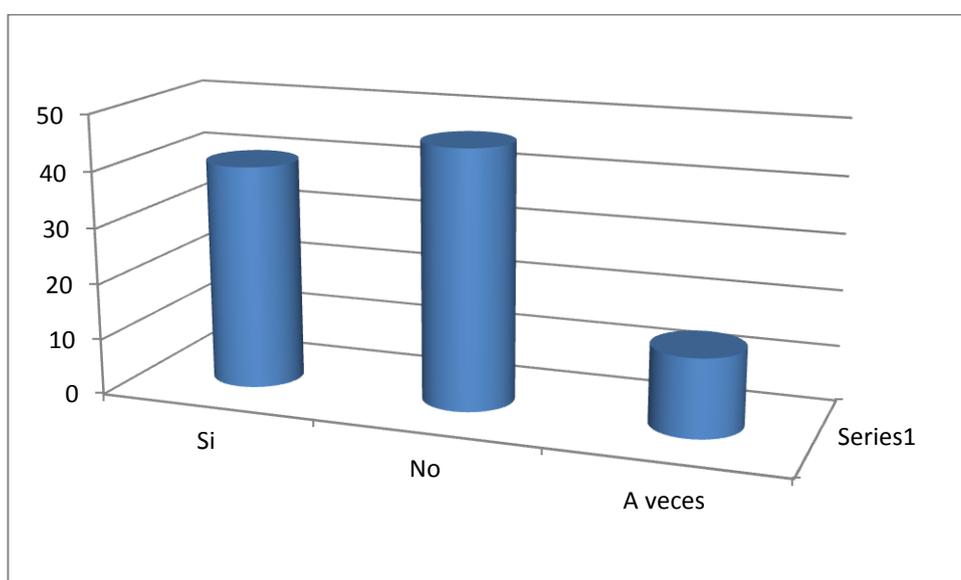
De la investigación realizada, el 80% manifiesta que los choferes profesionales con problemas de cansancio si reciben algún tipo de terapia, mientras que un 20% dice que solo a veces.

Interpretación

No todos los choferes con problemas de cansancio reciben algún tipo de terapia.

2).- ¿Los choferes presentan problemas de cansancio por exceso de trabajo?

Respuesta	#	%
Si	32	40
No	37	46
A veces	11	14
Total	80	100



Análisis

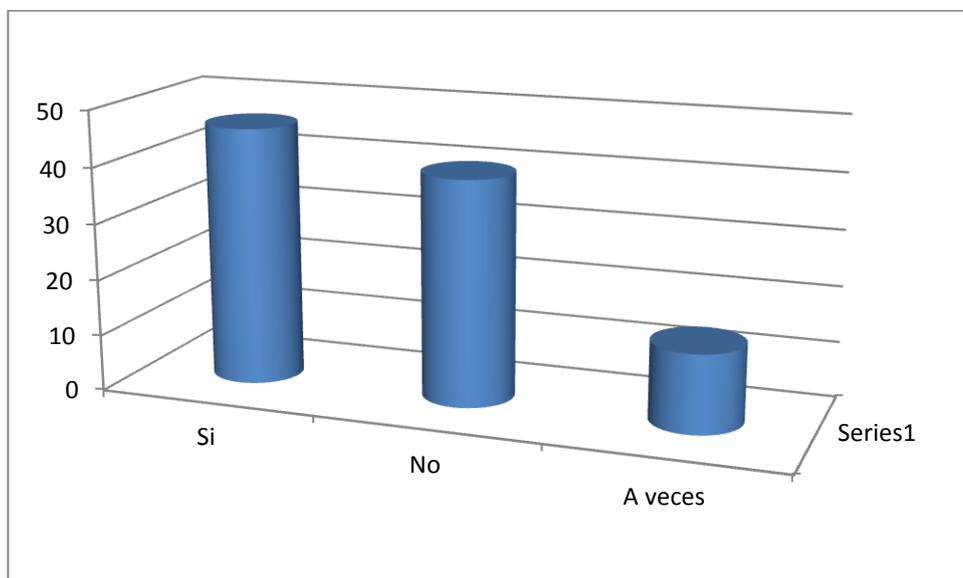
De la investigación realizada, el 40% manifiesta que los choferes si presentan problemas de cansancio por exceso de trabajo, mientras que un 46% dice que no y un 14% que solo a veces

Interpretación

Son pocos los choferes que sufren de cansancio por exceso de trabajo.

3).- ¿Los choferes presentan problemas de hipertensión pos exceso de trabajo?

Respuesta	#	%
Si	37	46
No	32	40
A veces	11	14
Total	80	100



Análisis

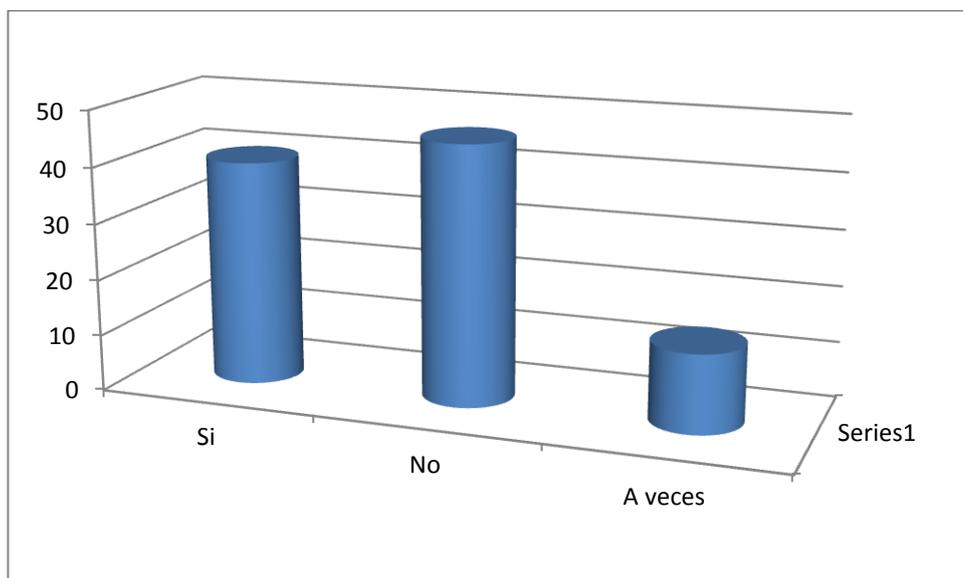
De la investigación realizada, el 46% manifiesta que los choferes presentan problemas de hipertensión por exceso de trabajo, mientras que 40% dice que no y un 11% dice que solo a veces.

Interpretación

La mayoría de los choferes presentan problemas de hipertensión por exceso de trabajo.

4).- ¿Los choferes presentan problemas de angustia?

Respuesta	#	%
Si	34	43
No	35	43
A veces	11	14
Total	80	100



Análisis

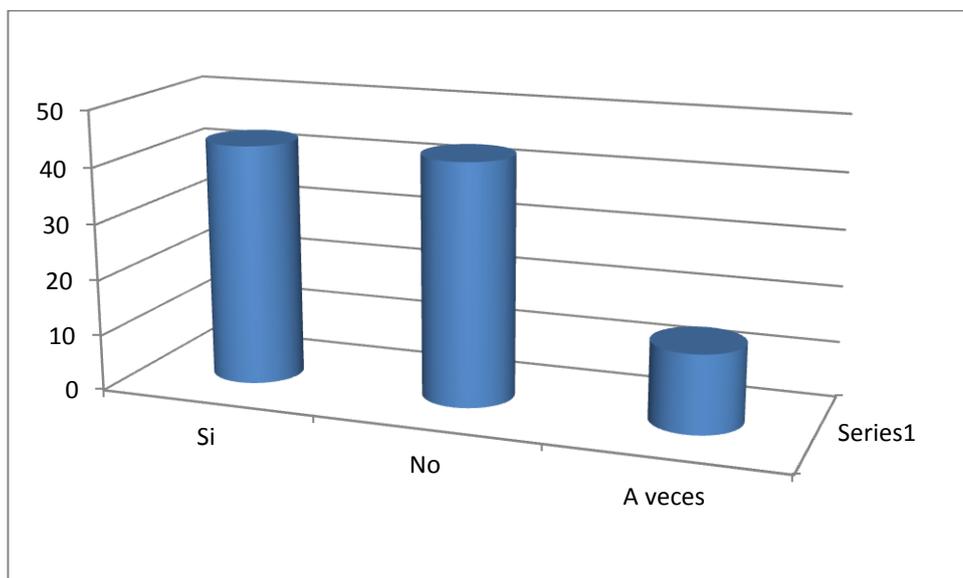
De la investigación realizada, el 43% manifiesta que los choferes presentan problemas de angustia por exceso de trabajo, mientras que 43% dice que no y un 11% dice que solo a veces.

Interpretación

La mayoría de los choferes presentan problemas de angustia por exceso de trabajo.

5).- ¿Los choferes presentan problemas de depresión?

Respuesta	#	%
Si	34	43
No	35	43
A veces	11	14
Total	80	100



Análisis

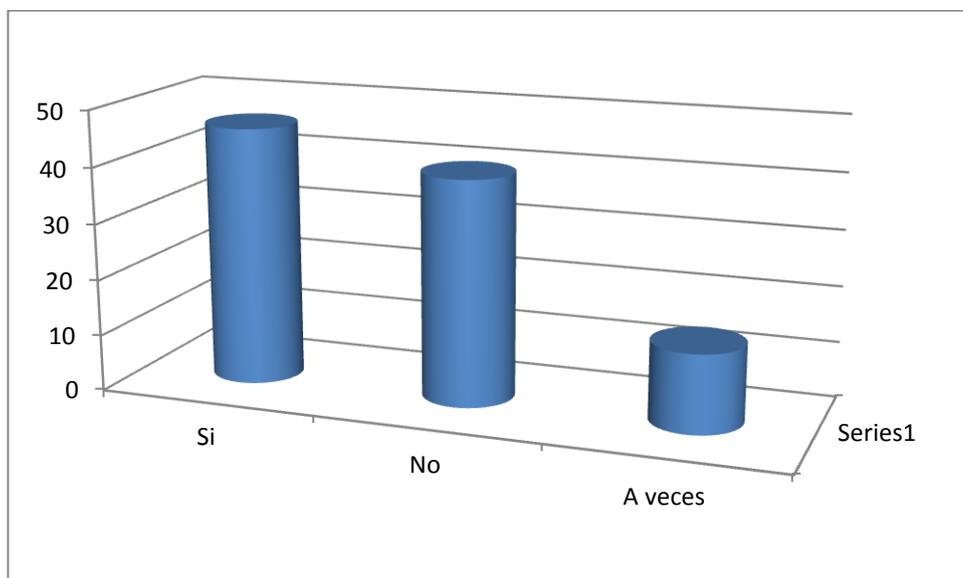
De la investigación realizada, el 43% manifiesta que los choferes presentan problemas de depresión por exceso de trabajo, mientras que 43% dice que no y un 11% dice que solo a veces.

Interpretación

La mayoría de los choferes presentan problemas de depresión por exceso de trabajo.

6).- ¿Los choferes presentan problemas de frustración?

Respuesta	#	%
Si	37	46
No	32	40
A veces	11	14
Total	80	100



Análisis

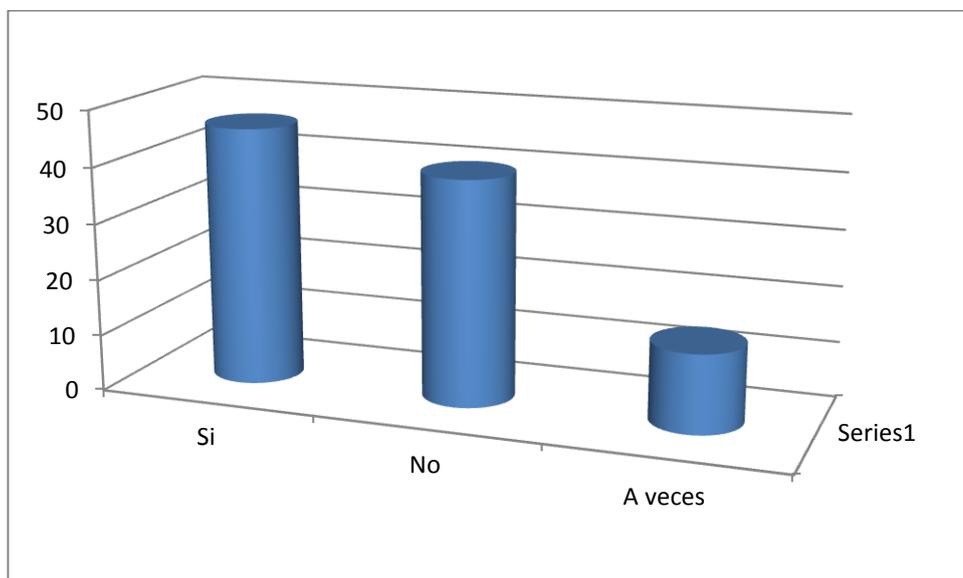
De la investigación realizada, el 46% manifiesta que los choferes presentan problemas de frustración por exceso de trabajo, mientras que 40% dice que no y un 11% dice que solo a veces.

Interpretación

La mayoría de los choferes presentan problemas de frustración por exceso de trabajo.

7).- ¿Los choferes presentan problemas de agresividad?

Respuesta	#	%
Si	37	46
No	32	40
A veces	11	14
Total	80	100



Análisis

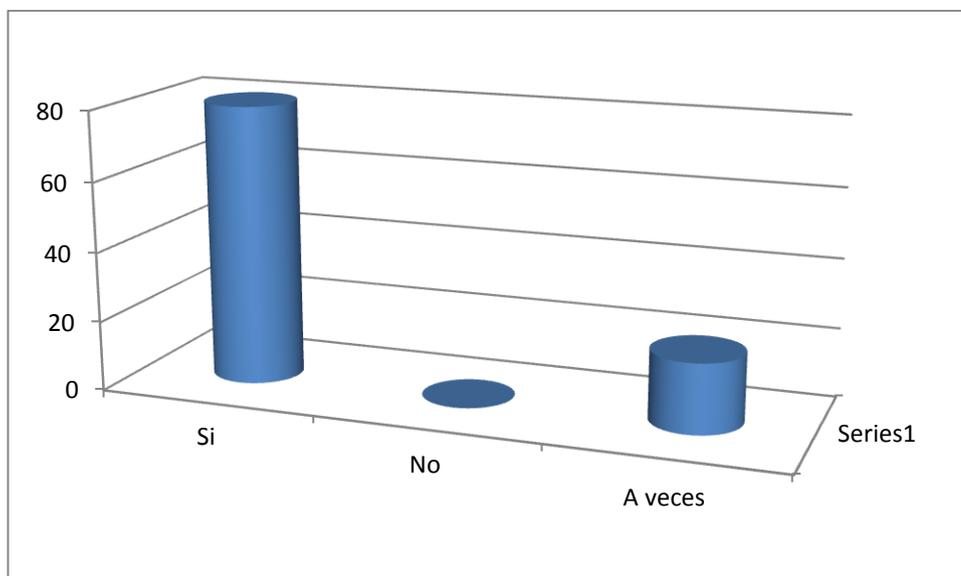
De la investigación realizada, el 46% manifiesta que los choferes presentan problemas de agresividad por exceso de trabajo, mientras que 40% dice que no y un 11% dice que solo a veces.

Interpretación

La mayoría de los choferes presentan problemas de agresividad por exceso de trabajo.

8).- ¿Los choferes que se les aplica terapia se les reduce los problemas de hipertensión o cardiovasculares?

Respuesta	#	%
Si	64	80
No	0	0
A veces	16	20
Total	80	100



Análisis

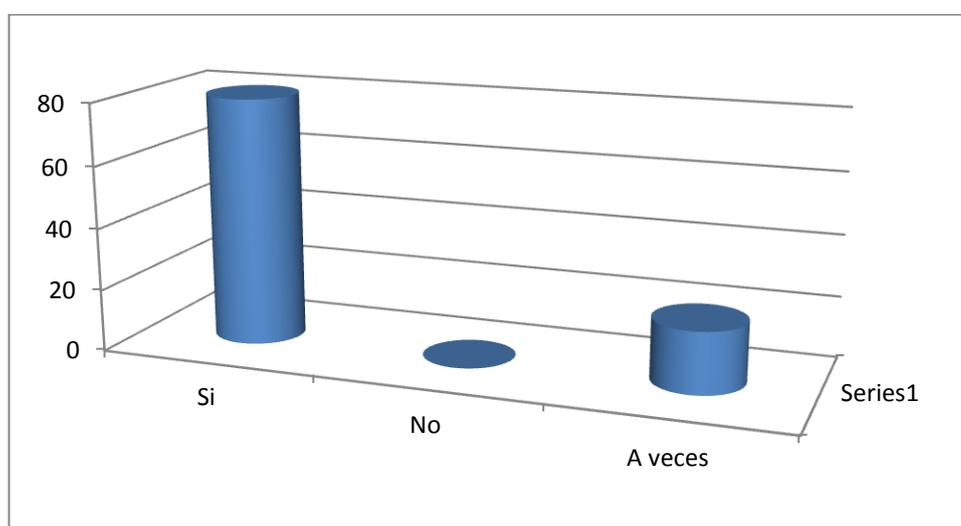
De la investigación realizada, el 84% manifiesta que a choferes que se les aplica terapia se les reduce los problemas de hipertensión o cardiovasculares, mientras que un 16% dice que solo a veces.

Interpretación

No todos choferes que se les aplica terapia se les reduce los problemas de hipertensión o cardiovasculares.

9).- ¿Los choferes que se les aplica terapia se les reduce los problemas de cansancio, depresión, frustración o agresividad?

Respuesta	#	%
Si	64	80
No	0	0
A veces	16	20
Total	80	100



Análisis

De la investigación realizada, el 84% manifiesta que a choferes que a los choferes que se les aplica terapia se les reduce los problemas de cansancio, depresión, frustración o agresividad, mientras que un 16% dice que solo a veces.

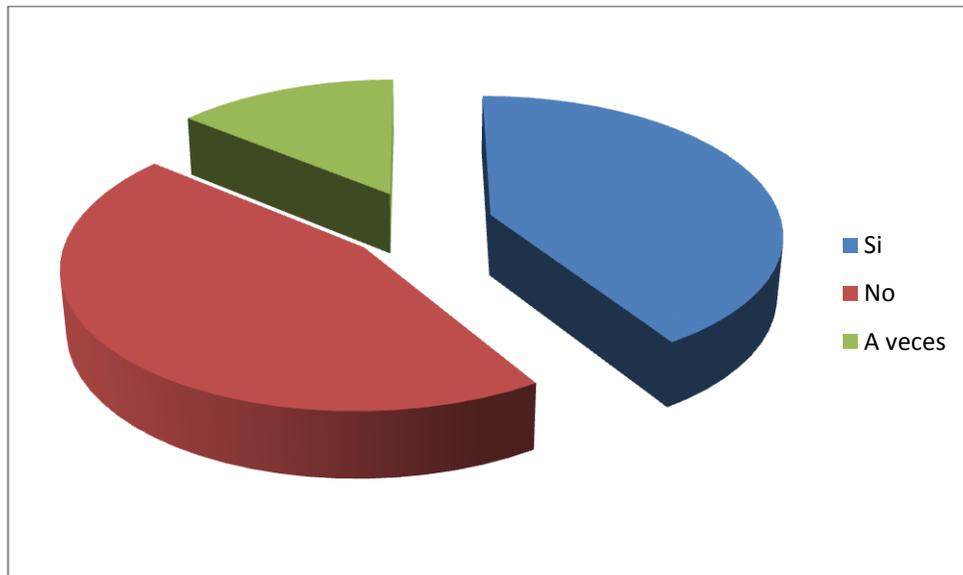
Interpretación

No todos choferes que se les aplica terapia se les reduce los problemas de cansancio, depresión, frustración o agresividad.

4.2. Encuesta realizada a la ciudadanía en general

1).- ¿Conoce usted, si los choferes presentan problemas de cansancio por exceso de trabajo?

Respuesta	#	%
Si	172	43
No	172	43
A veces	55	14
Total	399	100



Análisis

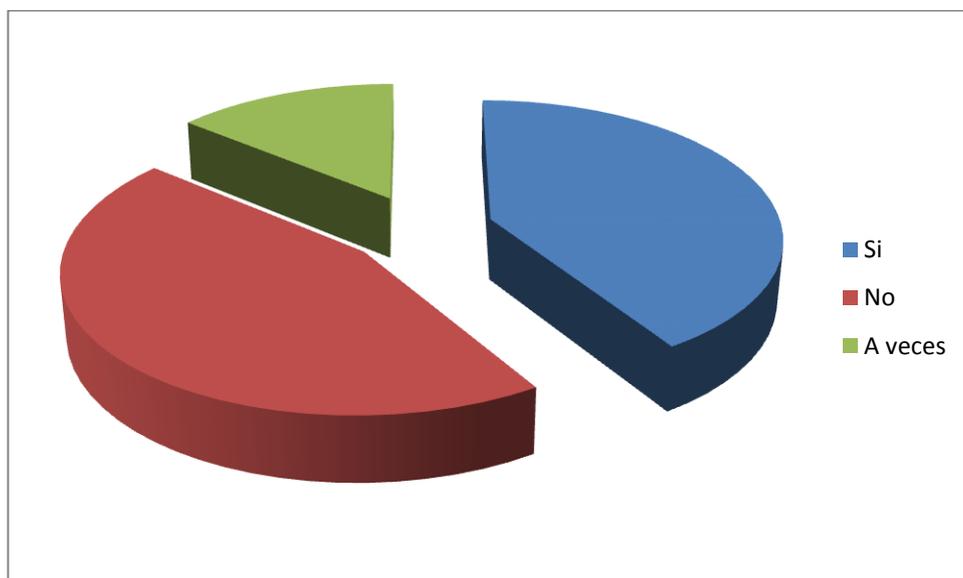
De la investigación realizada, el 43% manifiesta que los choferes si presentan problemas de cansancio por exceso de trabajo, mientras que un 43% dice que no y un 14% que solo a veces

Interpretación

Son pocos los choferes que sufren de cansancio por exceso de trabajo.

2).- ¿Los choferes presentan problemas de conducta mientras viajan?

Respuesta	#	%
Si	172	43
No	172	43
A veces	56	14
Total	399	100



Análisis

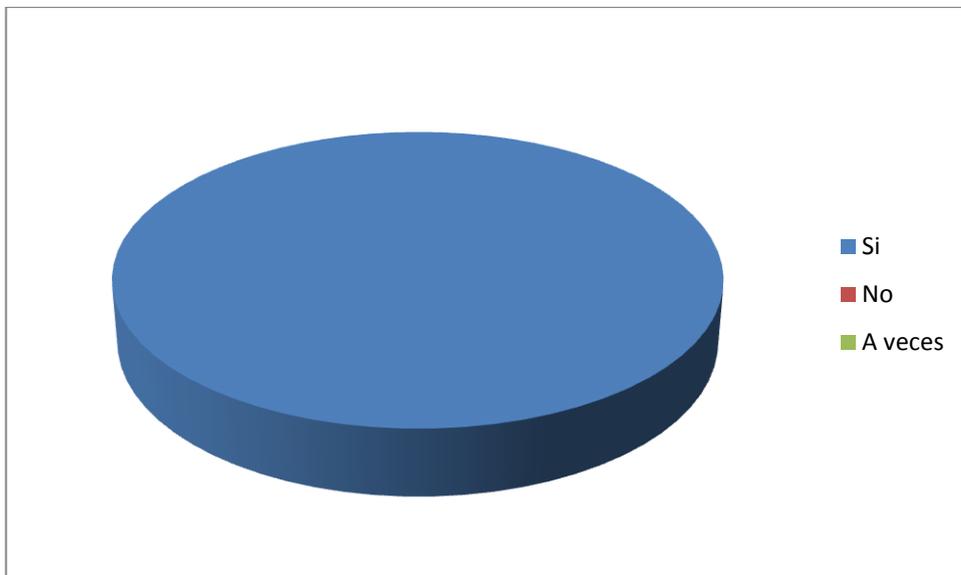
De la investigación realizada, el 43% manifiesta que los choferes presentan problemas de conducta mientras viajan, mientras que un 43% dice que no y un 14% que solo a veces

Interpretación

Son pocos los choferes presentan problemas de conducta mientras viajan.

3).- ¿Conoce usted si existen accidentes de tránsito por exceso de horas de trabajo de los choferes?

Respuesta	#	%
Si	399	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	399	100



Análisis

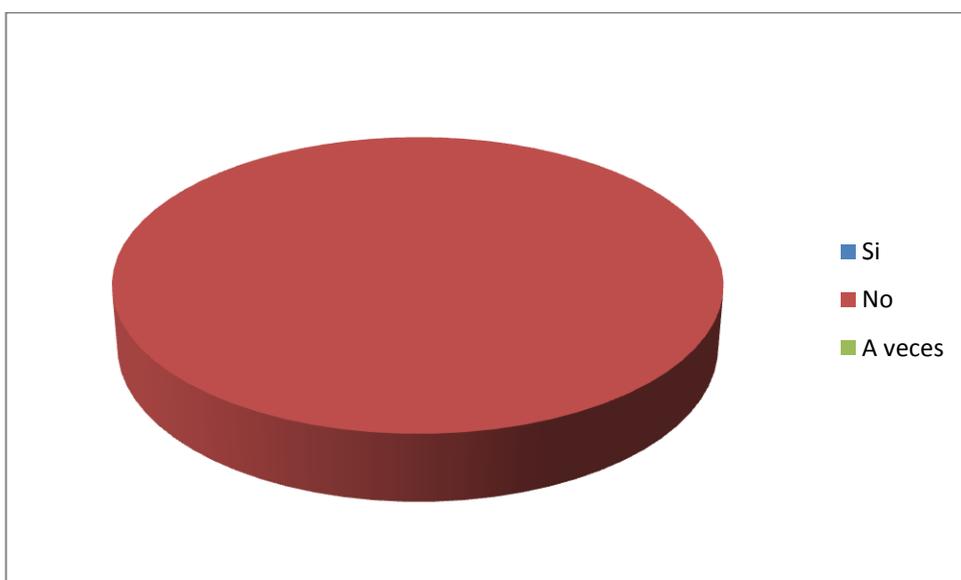
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que si existen accidentes de tránsito por exceso de trabajo de los choferes.

Interpretación

Existen accidentes de tránsito por el exceso de trabajo de los choferes.

4).- ¿Conoce usted si los choferes algún tipo de terapia cuando presentan problemas por exceso de trabajo?

Respuesta	#	%
Si	0	0
No	399	100
A veces	0	0
Total	399	100



Análisis

De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los choferes no reciben algún tipo de terapia cuando presentan problemas por exceso de trabajo.

Interpretación

Los choferes no reciben algún tipo de terapia cuando presentan problemas por exceso de trabajo.

4.3. Comprobación de la hipótesis

Luego de realizada investigación se puede comprobar que: Si aplicamos psicoterapia cognitiva conductual reduciremos los factores estresantes en los choferes de la cooperativa de taxis Rey, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el primer trimestre del año 2012.

4.4. Conclusiones

- Los choferes con problemas de cansancio no reciben algún tipo de terapia, son pocos los choferes que sufren de cansancio por exceso de trabajo y la mayoría de los choferes que presentan problemas son de hipertensión, angustia, depresión, frustración y agresividad por exceso de trabajo.
- No todos choferes que se les aplica terapia se les reduce los problemas de hipertensión o cardiovasculares.
- No todos choferes que se les aplica terapia se les reduce los problemas de cansancio, depresión, frustración o agresividad.

4.5. Recomendaciones

- Los choferes con problemas de cansancio deben recibir algún tipo de psicoterapia cognitiva conductual y reducir los problemas de

hipertensión, angustia, depresión, frustración y agresividad por exceso de trabajo.

- Además a los choferes se les debe aplicar psicoterapia cognitiva conductual

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA ALTERNATIVA

5.1. Título

Psicoterapia cognitiva conductual dirigida a los choferes de la cooperativa de tasis Rey de la ciudad de Quevedo

5.2. Objetivo

5.2.1. Objetivo general

Desarrollar un programa de psicoterapia cognitiva conductual dirigida a los choferes de la cooperativa de tasis Rey de la ciudad de Quevedo

5.2.2. Objetivos específicos

Determinar los principales problemas que aquejan a los choferes.

Seleccionar las psicoterapias de acuerdo a las necesidades de los choferes con problemas.

Desarrollar el programa

Bibliografía

*Tomado de: psicología.com - Revista Internacional On-line
vol.7 nº 2 - Jul 2003*

Rafael Portugal Fernández; Jesús Pérez Hornero**; María del Carmen Iglesias García***.*

** Especialista en Psicología clínica, Dirección General de Acción Social, Diputación Regional de Cantabria, España*

*** Especialista en Psicología clínica, Unidad de Trastornos de la Alimentación, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, España*

**** , Especialista en Psicología clínica, Dirección General de Acción Social, Diputación Regional de Cantabria, España*

Anexos

Anexo # 1

ENCUESTA

Cuestionario de encuesta realizada a los adolescentes, con respecto al tema “Cómo influye la psicoterapia cognitiva conductual en los factores estresantes en los choferes de la cooperativa de taxis Rey, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el primer trimestre del año 2012”.

De acuerdo a su criterio marque con una X la respuesta que crea conveniente.

1).- ¿Se aplica algún tipo de terapia en los choferes con problemas de cansancio?

Si No A veces

2).- ¿Los choferes presentan problemas de cansancio?

Si No A veces

3).- ¿Los choferes presentan problemas de hipertensión?

Si No A veces

4).- ¿Los choferes presentan problemas de angustia?

Si No A veces

5).- ¿Los choferes presentan problemas de depresión?

Si No A veces

6).- ¿Los choferes presentan problemas de frustración?

Si No A veces

7).- ¿Los choferes presentan problemas de agresividad?

Si No A veces

8).- ¿Los choferes que se les aplica terapia se les reduce los problemas fisiológicos?

Si No A veces

9).- ¿Los choferes que se les aplica terapia se les reduce los problemas psicológicos?

Si No A veces

Anexo # 2

ENTREVISTA

Cuestionario de encuesta realizada a los docentes, con respecto al tema “Cómo influye la psicoterapia cognitiva conductual en los factores estresantes en los choferes de la cooperativa de taxis Rey, del cantón Quevedo, provincia de Los Ríos, en el primer trimestre del año 2012De acuerdo a su criterio marque con una X la respuesta que crea conveniente.

1).- ¿Se aplica algún terapia cognitiva conceptual en los choferes con problemas de cansancio?

Si No A veces

2).- ¿Los choferes presentan problemas de cansancio?

Si No A veces

3).- ¿Los choferes presentan problemas de hipertensión?

Si No A veces

4).- ¿Los choferes presentan problemas de angustia?

Si No A veces

5).- ¿Los choferes presentan problemas de depresión?

Si No A veces

6).- ¿Los choferes presentan problemas de frustración?

Si No A veces

7).- ¿Los choferes presentan problemas de agresividad?

Si No A veces

8).- ¿Los choferes que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas fisiológicos?

Si No A veces

9).- ¿Los choferes que se les aplica terapia cognitiva conductual se les reduce los problemas psicológicos?

Si No A veces