



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“DISTORSIONES COGNITIVAS Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL
ADULTO MAYOR EN EL GRUPO AGUA SANTA Y ANTONIO
CABREJAS DEL CANTÓN BAÑOS”.**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Lluglla Aguirre, Stefanie Elizabeth

Tutor: Psc. Rojas Pilalumbo, Washington Fabián

Ambato - Ecuador

Enero, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Proyecto de Investigación sobre del tema:

“DISTORSIONES COGNITIVAS Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR EN EL GRUPO AGUA SANTA Y ANTONIO CABREJAS DEL CANTÓN BAÑOS” de Stefanie Elizabeth LLuglla Aguirre, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2015

EL TUTOR

Psc. Rojas Pilalumbo, Washington Fabián

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el proyecto de investigación **“DISTORSIONES COGNITIVAS Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR EN EL GRUPO AGUA SANTA Y ANTONIO CABREJAS DEL CANTÓN BAÑOS”**, como también los contenidos, ideas y análisis bibliográfico son de exclusiva responsabilidad legal y académica de su autora, para este proyecto de investigación.

Ambato, Agosto del 2015

LA AUTORA

Lluglla Aguirre, Stefanie Elizabeth

DERECHOS DE AUTOR

Autorizó a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este proyecto de investigación o parte de ella, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación según las normas de la Institución.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación como forma de titulación, con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Agosto del 2015

LA AUTORA

.....
Lluglla Aguirre, Stefanie Elizabeth

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación, sobre el tema: **“DISTORSIONES COGNITIVAS Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR EN EL GRUPO AGUA SANTA Y ANTONIO CABREJAS DEL CANTÓN BAÑOS.”** de Lluglla Aguirre Stefanie Elizabeth, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Enero del 2016

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

La presente investigación la dedico a mis padres e hija, quienes caminaron junto a mí, durante mi formación educativa, además quienes han confiado y me han brindado su apoyo incondicional, para que pueda superarme cada día más y así llegar a cumplir mis metas propuestas.

Lluglla Aguirre, Stefanie Elizabeth

AGRADECIMIENTO

Para la elaboración de esta investigación, quiero agradecer primeramente a Dios que ha sido mi guía durante cada paso que doy, llenándome de fortaleza con todas las bendiciones que ha derramado para así poder continuar.

A los seres más excepcionales que me dieron la vida, mis padres por el apoyo incondicional que me han brindado durante todos los años de mi formación educativa, en especial a mi madre quien ha sido el ejemplo primordial de perseverancia y entusiasmo.

A mi hija Karlita quien en su corta edad me acompañó en este proceso, siendo el motor fundamental de motivación, para superarme cada día y así lograr una más de mis metas propuestas.

A mi familia gracias por sus consejos y palabras de aliento.

A mi Tutor Psc. Clin, Washintong Rojas gracias por la exigencia e interés en el avance de esta investigación.

Un agradecimiento eterno a todos los docentes de la carrera de Psicología Clínica que compartieron sus conocimientos y sobre todo por enseñarme que la calidad humana es primordial en mi crecimiento personal.

Y también gracias al grupo de adultos mayores y todas las personas e instituciones que colaboraron en la realización de esta investigación.

Lluglla Aguirre Stefanie Elizabeth

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR	II
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	III
DERECHOS DE AUTOR	IV
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
RESUMEN	XI
SUMMARY	XIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
<i>1.1.1 Distorsiones cognitivas</i>	2
<i>1.1.2 Bienestar Psicológico</i>	5
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.3 OBJETIVOS	10
<i>1.3.1 Objetivo general</i>	10
<i>1.3.2 Objetivos específicos</i>	10
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.4 LIMITACIONES	12
CAPÍTULO II	13
MARCO TEÓRICO	13
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	13

2.1.1	<i>Variable Independiente: Las Distorsiones Cognitivas.</i>	13
2.1.2	<i>Variable Dependiente: Bienestar Psicológico.</i>	18
2.2	BASE TEÓRICA	24
2.2.1	<i>Variable Independiente: Distorsiones Cognitivas.</i>	24
2.2.1.2	Terapia Cognitiva.	24
2.2.1.3	Albert Ellis.	25
	Pensamientos automáticos	29
	Distorsiones cognitivas	29
2.2.2	<i>Variable dependiente: Bienestar Psicológico.</i>	37
2.2.2.1	Psicología Positiva.	37
2.2.2.3	Perspectivas de Bienestar.	39
	Tradición Hedónica: Bienestar Subjetivo.	39
	Tradición Eudaimónica: Bienestar Psicológico	41
2.3	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	46
2.4	SISTEMA DE HIPÓTESIS	47
2.4.1	<i>Hipótesis general.</i>	47
2.4.2	<i>Hipótesis específica.</i>	47
2.5	SISTEMA DE VARIABLES	48
CAPÍTULO III		49
MARCO METODOLÓGICO		49
3.1	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	49
3.1.1	<i>Exploratoria.</i>	49
3.1.2	<i>Descriptiva.</i>	49
3.2	DISEÑO	50
3.2.1	<i>Documental-Bibliográfica.</i>	50
3.2.2	<i>De campo.</i>	50
3.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	50
3.3.1	<i>Población.</i>	50

3.3.2 <i>Muestra</i>	51
3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
3.4.1 <i>Técnica</i>	51
3.4.1.1 Observación.....	51
3.4.2 <i>Instrumento</i>	52
3.4.2.1 Instrumento de la Variable independiente.....	52
Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Lujan 1991).....	52
3.4.2.2 Instrumento de la Variable dependiente.....	55
Escala de bienestar psicológico de Carol Ryff (versión de d. Van Dierendonck).....	55
3.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	56
CAPÍTULO IV	58
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	58
4.1 RECURSOS	58
4.1.1 <i>Recursos institucionales</i>	58
4.1.2 <i>Recursos humanos</i>	58
4.1.3 <i>Recursos materiales</i>	58
4.1.4 <i>Recursos financieros</i>	59
4.2 CRONOGRAMA	60
5.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
6.- ANEXOS	76

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLÓGIA CLÍNICA

**“DISTORSIONES COGNITIVAS Y BIENESTAR
PSICOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR EN EL GRUPO
AGUA SANTA Y ANTONIO CABREJAS DEL CANTÓN
BAÑOS”.**

Autora: Lluglla Aguirre Stefanie Elizabeth.

Tutor: Psc. Rojas Pilalumbo Washington Fabián.

Fecha: Agosto del 2015

RESUMEN

La presente investigación está realizada para determinar las distorsiones cognitivas y el bienestar psicológico de los adultos mayores del grupo Agua Santa y Antonio Cabrejas del cantón Baños, donde se evidenció al momento de interactuar con ellos, que van adquiriendo pensamientos automáticos que se transforman en distorsiones cognitivas lo cual facilita a que sufran una alteración en su bienestar psicológico. Siendo el objetivo principal determinar la influencia de las distorsiones cognitivas en el bienestar psicológico de los adultos mayores. En donde se toma como referencia a Aron Beck pionero en la terapia cognitiva, quien propone las distorsiones cognitivas las mismas que fueron utilizadas para crear el inventario de Ruiz y Lujan que engloba 15 tipos de distorsiones cognitivas. Para hablar del bienestar me centre en la tradición eudaimónica, que estudia el bienestar psicológico, orientado en conocer el desarrollo del potencial humano, sus metas y propósitos para su crecimiento personal, lo que conlleva a

otorgarle un sentido a la vida. Dónde Carol Ryff crea un modelo denominado *Modelo Integrado de Desarrollo Personal* conformado por seis dimensiones.

La metodología de la presente investigación es de tipo documental-bibliográfica debido a que se utilizó libros, revista, artículos científicos, periódicos y otras publicaciones para tener diferentes perspectivas de varios autores y también de campo debido a que se recabara información en el lugar donde se producen los hechos para así poder actuar en el contexto y transformar una realidad para la cual se utilizara los siguientes reactivos psicológicos, la escala de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan (1991) para determinar las distorsiones cognitivas y la escala de bienestar psicológico de Ryff adaptación española, mismos que cuentan con su fiabilidad y validez.

PALABRAS CLAVES: DISTORSIONES_COGNITIVAS; TERAPIA_COGNITIVA; PSICOLOGÍA_POSITIVA; BIENESTAR_PSICOLÓGICO; ADULTO_MAYOR.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**“COGNITIVE DISTORTIONS AND PSYCHOLOGICAL WELL
ELDERLY IN AGUA SANTA Y ANTONIO CABREJAS GROUP IN
BAÑOS”**

Author: Lluglla Aguirre Stefanie Elizabeth

Tutor: Psc. Rojas Pilalumbo Washington Fabián

Date: August 2015

SUMMARY

This research is conducted to determine the cognitive distortions and psychological well-being of older adults group Holy Water and Antonio Cabrejas Canton Baths, where he was evident when interacting with them, they gain automatic thoughts are transformed into cognitive distortions making it easier to suffer an alteration in their psychological well-being. The main objective being to determine the influence of cognitive distortions in the psychological well-being of older adults. Where it is taken as a reference to Aron Beck cognitive therapy pioneer, who proposed the same cognitive distortions that were used to create inventory and Lujan Ruiz that includes 15 types of cognitive distortions. To speak of me being eudaimonic focus on tradition, which studies the psychological welfare that focuses in the development of human potential, their goals and purposes for personal growth which leads to giving meaning to life. Where Carol Ryff creates a model called Integrated Personal Development Model consists of six dimensions.

The methodology of this research is documentary-bibliographic type, because books, magazines, scientific articles, newspapers and other publications to get different perspectives of various authors used field and also because information shall be collected at the place where events occur in order to act within and transform a reality for which the following psychological reagents were used, automatic thoughts scale of Ruiz and Lujan (1991) to determine the cognitive distortions and scale of psychological well-Ryff Spanish adaptation same feature reliability and validity.

**KEYWORDS: COGNITIVE_DISTORTION ; COGNITIVE_THERAPY ;
POSITIVE_PSYCHOLOGY ; WELL _ PSYCHOLOGICAL ; ELDERLY.**

INTRODUCCIÓN

En Ecuador, en la actualidad, no se han registrado investigaciones similares sobre Distorsiones Cognitivas y Bienestar psicológico en Adultos Mayores, de ahí el interés por realizar la presente investigación.

La población de adultos mayores ha sido olvidada por los gobiernos anteriores, siendo por ello que en la actualidad ya existen programas específicos para velar por el bienestar físico y psicológico otorgando una salud integral. En el Ecuador de acuerdo a los datos del INEC 2010, la población de adultos mayores es de 1'077.587, lo cual representa el 6.7 % de la población total, en su mayoría mujeres con un 53,4%. En el Cantón Baños hay un total de 1831 adultos mayores, siendo la población económicamente activa 830 personas de los cuales 690 adultos mayores forman parte de 12 grupos distribuidos en el Cantón y parroquias.

Para la presente investigación se trabajará con los adultos mayores del grupo Agua Santa y Antonio Cabrejas dónde se han evidenciado un sin número de distorsiones cognitivas que son de origen erróneo, las mismas que surgen de manera automática, sin que la persona que lo experimenta sea consiente, pero si formando parte de sus vidas. Y así con el paso de la edad se van apoderando de la mente de los adultos mayores para generar una alteración del bienestar psicológico.

El principal objetivo de la investigación es determinar la influencia de las distorsiones cognitivas en el bienestar psicológico. Para luego poder identificar cuáles son los tipos de distorsiones cognitivas más frecuente, además de demostrar qué áreas del bienestar psicológico se encuentran alteradas con mayor frecuencia y finalmente establecer el género con más prevalencia de distorsiones cognitivas en los adultos mayores del grupo Agua Santa y Antonio Cabrejas del cantón Baños.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Distorsiones cognitivas.

El interés por la vejez en cuanto a los fenómenos sociales surge en los países desarrollados en la década de los cincuenta debido a varios factores, como la evolución demográfica y el aumento de la esperanza de vida, la jubilación obligatoria, el predominio de la familia nuclear y el impacto de los procesos de urbanización e industrialización (Pérez Ortiz, 1997).

Cada vez es más común escuchar noticias relacionadas con el envejecimiento de la población, especialmente en España. Este fenómeno se ha producido debido a un considerable aumento de la esperanza de vida a lo largo del siglo XX así como un descenso considerable de la natalidad, lo cual ha provocado que haya aumentado considerablemente la proporción de la población de la tercera edad (Informe IMSERSO 2006).

Según datos proporcionados del Telégrafo (2013) el 6% de los adultos mayores han sufrido alguna forma de abuso y maltrato a nivel mundial, siendo esto preocupante para la sociedad debido a que de alguna manera el adulto mayor va a generar distorsiones cognitivas. Para hablar de distorsiones cognitivas es importante mencionar que las mismas forman parte de la terapia cognitiva se fundamenta en el modelo teórico de Aaron Beck (1967) quién propone que

quienes tienen depresión hacen una interpretación de la realidad distorsionada y negativa, caracterizándose por un alto contenido de distorsiones cognitivas.

Según algunos estudios realizados en España la depresión es el trastorno mental más frecuente, con una prevalencia de entre el 5 y el 10%, es decir, entre dos y cuatro millones de personas, incluso el 12% de los adultos mayores atendidos en los centros de salud presenta un episodio depresivo mayor que cumple con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, mientras que el 20% muestra síntomas depresivos lo que me permite concluir que en un 32% de adultos mayores presentan distorsiones cognitivas que son características de la depresión, sin embargo las distorsiones no aparecen solamente en personas que presentan patologías psicológicas, por ello todas las personas son propensas a padecerlas en algún momento de sus vidas. (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) 2011). En España Rojas (2013) afirma que las distorsiones cognitivas se relacionan significativamente con la conducta agresiva, por ello hace énfasis en que un procesamiento cognitivo distorsionado aumenta la agresión. Además Jáuregui (2012) afirma que la distorsión cognitiva fusión del pensamiento tiene una estrecha relación con los trastornos alimenticios debido a que no sólo tiene efectos a nivel cognitivo y emocional sino que da lugar a cambios conductuales, haciendo que los pensamientos distorsionados influyan en la evitación de los alimentos y presente una atribución excesiva de pensamientos acerca de la comida, la forma corporal y el peso.

Una encuesta realizada en Estados Unidos en una unidad geriátrica el 36% de miembros del personal ha sido testigo de maltratos físicos a un paciente y el 40% ha acosado psicológicamente a uno o varios ancianos del centro. Estos datos son relevantes para estudios que determinen que los adultos mayores pueden presentar distorsiones cognitivas (Telégrafo, 2013).

En relación a Latinoamérica en Colombia encontraron que las personas con dependencia emocional, poseen 12 distorsiones cognitivas de las 15 evaluadas, las

misma que son pensamiento polarizado, deberías, visión catastrófica, sobregeneralización, razonamiento emocional, falacia de recompensa divina, filtraje, falacia de control, interpretación del pensamiento, falacia de justicia, falacia de cambio y falacia de razón, siendo todas aquellas las que fortalecen los esquemas de dependencia emocional. Principalmente dos distorsiones cognitivas fueron las más relevantes que son la falacia de control y los deberías, las mismas que presentaron una puntuación elevada (Lemos, et. al 2007). Además descubrieron que las mujeres se caracterizan a nivel cognitivo por mayor presencia de pensamientos automáticos negativos, además de poseer pensamientos con alto contenido catastrófico, absolutista, no acertado, autoderrotista, y generalmente irrealista. Y a nivel emocional por niveles más altos de afecto negativo y mayor presencia de sintomatología depresiva. Con lo cual se puede predecir que la diferencia de género es sumamente importante, debido a que con el paso de la edad las mujeres adultas mayores tendrán más distorsiones cognitivas que los hombres.

En el Ecuador la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I Ecuador (2009-2010) determino en una encuesta que 132.365 ancianos viven solos, es decir, fueron abandonados por sus familiares y dejados solos a su suerte, por ello 46% de los adultos mayores piensa que algo malo le puede suceder, es decir este pensamiento automático que presentan tiene asociación directa con una distorsión cognitiva denominada pensamiento catastrófico. Además reportaron que 16,4% ha sido víctima de violencia psicológica y el 3% víctima de violencia sexual, el 7,2% de los encuestados menciona que fue amenazado de daño físico, el 14,7% insultado y el 14,9% declaró que no le dan dinero, alimentos, medicamentos o tiempo. Siendo un total del 16,4% de adultos mayores que sufre de violencia psicológica y mientras el 57,4% de adultos mayores están en condiciones de pobreza y extrema pobreza. Lo que genera con el paso de los días pensamientos automáticos negativos de sí mismo que se van transformando en distorsiones cognitivas.

Inclusive en relación al país las distorsiones cognitivas en personas con consumo de Cannabis se pudo corroborar que en su gran mayoría los internos muestran alguna distorsión cognitiva, siendo los debería, la falacia de control y la falacia de recompensa divina, las tres distorsiones cognitivas más frecuentes (Molina, 2012).

En la provincia Tungurahua los adultos mayores son un total de 42.503 lo que representa el 8% de la población, por lo tanto el 46% hombres y el 54% mujeres. En cuanto a las edades el 25% se encuentra entre los 70 a 74 años de edad y el mayor porcentaje es el grupo de 65 a 70 años con un 32 %. Además la población económicamente activa es el 58% y el 42% de adultos mayores es la población económicamente inactiva (INEC, 2010).

En el Cantón Baños de Agua Santa perteneciente a la provincia de Tungurahua los adultos mayores son un total de 1831, indicando que la población económicamente activa son 830 personas y 1.001 la población económicamente inactiva que se dedican a los quehaceres del hogar, o presentan alguna discapacidad; estas personas son un total de 641 las mismas que se distribuyen en 47 personas con discapacidad intelectual, 232 discapacidad físico motor, 130 discapacidad visual, 179 discapacidad auditiva y 53 personas con discapacidad mental (INEC, 2010).

Por ello el interés de la presente investigación, para determinar su estado de salud mental, identificando qué tipos de pensamientos automáticos poseen los adultos mayores, los cuales surgen de manera automática como la palabra mismo lo dice y que constituyen un dialogo interno a nivel mental además de no tener un previo razonamiento, apareciendo de manera involuntaria, espontánea, breve, carente de una visión objetiva, siendo irracionales; por lo general siempre son negativos, además de ello se tornan creíbles para la persona que lo experimenta, lo cual generan las distorsiones cognitivas que en el adulto mayor provocan un malestar emocional, dificultando su buen desenvolvimiento en el área, social, familiar y personal.

1.1.2 Bienestar Psicológico.

A principios de los 80, el bienestar se ha comenzado a definir como un concepto integrador, que distingue todas las áreas de la vida, haciendo énfasis en la condición económica y social para hacerlos componentes individuales del ser humano (Gómez-Vela, 2001). En los últimos años ha habido un principio de interés y estudios sobre el bienestar (Vázquez y Hervás, 2009) y se han desarrollado conceptos y medidas de enorme importancia para acotar el concepto de salud positiva. Según la OMS plantea que a lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. El aumento en la expectativa de vida implica el desafío de adaptarse a los diversos cambios propios de la edad avanzada y enfrentar experiencias de pérdidas y amenazas al bienestar personal (Mella et al., 2004; Molina & Meléndez, 2006; Prieto et al., 2008).

Entre tales experiencias se encuentran la viudez, la jubilación, cambios de residencia, menor participación en la sociedad y mayor vulnerabilidad ante acontecimientos inesperados (Rioseco, Quezada, Ducci y Torres, 2008). Siendo los factores antes mencionados, los que determinaran el bienestar psicológico del adulto mayor. Si bien los estereotipos de la vejez aún permanecen, aunque han ido disminuyendo en los últimos años para privilegiar una concepción más positiva del envejecimiento exitoso (Aguerre y Bouffard, 2008; Boone y Wink, 2006). El envejecimiento exitoso implica que el individuo sea capaz de integrarse y desenvolverse de manera eficaz tanto en su familia como en la sociedad, superando las barreras culturales que le impidan desarrollar todo su potencial y mantener un nivel adecuado de bienestar personal.

En Venezuela Arraga (2010) muestran que el 78.4% de los adultos mayores posee alto bienestar subjetivo, el 19.6% moderado, y el 2% bajo. Además de que el 79.1% de los adultos mayores participantes, refiere una alta satisfacción con la vida, un 19.4% la señala moderada, y el 1.4% baja.

En nuestro país el adulto mayor ha sido olvidado por el estado, dejándolos abandonados a su suerte, ya que no ha existido el planteamiento de programas y proyectos que generen actividades para mejorar su bienestar psicológico, razón por la cual un alto porcentaje de adultos mayores ha vivido en extrema pobreza, siendo víctimas de maltratos y abusos de la sociedad, si bien el adulto mayor presenta cuadros depresivos severos alterando su bienestar psicológico. La limitada interacción social ha provocado que el adulto mayor se sumerja en comportamientos inadecuados que en la mayoría de casos han sido incomprensidos por su familia. Por ello se toma en consideración los datos estadísticos evidenciados según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) la población adulta mayor total que se encuentra bajo la línea de pobreza llega a 537 421 personas.

En el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional CNII, (2014) en el Ecuador la población de adultos mayores es de 1'077.587, lo cual representa el 6.7 por ciento de la población total, en su mayoría mujeres 53,4% con un rango entre 60 y 65 años de edad. Según los datos del INEC del año 2010, el 11% de los adultos mayores viven solos, el 42% no trabaja y mayoritariamente su nivel de educación es el nivel primario. A pesar de que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida el 28% mencionan sentirse desamparado y 38% siente a veces que su vida está vacía. Por esta razón y bajo estos factores se consideran que son de gran importancia para poder determinar el bienestar psicológico del adulto mayor. Además esta realidad de los años anteriores ha ido cambiando. Los adultos mayores del Ecuador se encuentran actualmente en el grupo de atención prioritaria, generando gran cantidad de proyectos para la inclusión social y así lograr un equilibrio en el bienestar psicológico.

En el estudio Salud y Bienestar del Adulto Mayor Indígena Waters (2010) refiere que el 22.8% de los adultos mayores ecuatorianos reportan que viven en condiciones sociales buenas o muy buenas y el 6.5% de los adultos mayores indígenas dicen lo mismo.

Según Paredes (2010) en la Ciudad de Quito afirmó que el grupo de adultos mayores, beneficiados por CEAM poseen bienestar aunque en diferente medida, lo que les ayuda a tener momentos de dialogo, comprensión, permitiéndoles mantener su círculo social satisfactoriamente y así poder compartir sus experiencias con sus compañeros de actividades grupales. Además de ser muy importante la interacción con sus familiares quienes les brindan afecto y comprensión. Siendo así entre las condiciones a las que se enfrentan el adulto mayor se encuentra la jubilación o ausencia de trabajo, la exclusión social, el abandono por sus familiares, deterioro de sus relaciones sociales y capacidades psicológicas y físicas.

Lo cual dichas pérdidas, disminuciones, cambios significativos a nivel social, laboral y familiar generan un cambio exagerado sobre la percepción que tienen sobre su vida, lo que afecta su bienestar psicológico el mismo que abarca sus relaciones positivas, crecimiento personal, dominio del entorno, autoaceptación, propósito de la vida y su autonomía que son dimensiones propias para determinar bienestar psicológico o ausencia del mismo.

En el cantón Baños de Agua Santa Fonseca (comunicación personal, 20 de mayo, 2015) existen en la actualidad un total de 690 adultos mayores que forman parte de 12 grupos diferentes, distribuidos en el cantón y en las diferentes parroquias, los integrantes de estos grupos son de clase social alta, media y baja además de ser letrados y no letrados. Los mismos que reciben bailoterapia y hidroterapia auspiciada por el GAD cantonal de Baños. El grupo con el que se trabajara para realizar la presente investigación es Antonio Cabrejas y Agua Santa que está conformado por 40 integrantes quienes en su mayoría son no letrados o por lo mínimo han culminado la primaria, quienes se dedican a los quehaceres del hogar y al trabajo en la agricultura, además en la mayoría de los casos viven solos y desamparados en sus hogares, con la esperanza de cobrar el bono solidario para su sustento.

En el grupo se observa satisfacción al momento de realizar bailoterapia y hidroterapia en algunas personas y en otras aún se puede notar el desinterés por las actividades, como mencionó (Ubilliz, 2013). El grupo posee una profesional en el área de manualidades, las mismas que les ayuda con su motricidad fina y gruesa. Utilizando las actividades manuales para exposiciones y ventas, los mismos que son fondos recaudados para su uso personal, debido a que su sustento económico es solamente el bono de desarrollo humano y en algunos casos el salario de su trabajo como es la agricultura.

Además estos grupos son beneficiados del almuerzo diario, debido a sus escasos recursos y su lugar de encuentro es en un espacio del convento, que es patrocinado por el Fray responsable de la iglesia del Cantón.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influyen las distorsiones cognitivas en el bienestar psicológico de los adultos mayores del grupo “Agua Santa Y Antonio Cabrejas” del cantón Baños?

¿Cuáles son los tipos de distorsiones cognitivas más frecuente en los adultos mayores del grupo “Agua Santa y Antonio Cabrejas” del cantón Baños?

¿Qué áreas del bienestar psicológico se encuentran alteradas con mayor frecuencia en los adultos mayores del grupo “Agua Santa y Antonio Cabrejas” del cantón Baños?

¿Qué género tiene más prevalencia de distorsiones cognitivas en los adultos mayores del grupo “Agua Santa y Antonio Cabrejas” del cantón Baños?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general.

Determinar la influencia de las distorsiones cognitivas en el bienestar psicológico adulto mayor en el grupo “Agua Santa y Antonio Cabrejas” del cantón Baños.

1.3.2 Objetivos específicos.

Identificar cuáles son los tipos de distorsiones cognitivas más frecuente en el grupo de adultos mayores “Agua Santa y Antonio Cabrejas” del cantón Baños.

Analizar qué áreas del bienestar psicológico se encuentran alteradas con mayor frecuencia en el grupo de adultos mayores “Agua Santa y Antonio Cabrejas” del cantón Baños.

Establecer el género con más prevalencia de distorsiones cognitivas en los adultos mayores del grupo “Agua Santa Y Antonio Cabrejas” del cantón Baños.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El interés de la presente investigación surge dentro de las prácticas pre-profesionales, donde se tuvo la oportunidad de interactuar con adultos mayores, encontrando que con el paso de la edad, van adquiriendo pensamientos automáticos, los cuales se transforman en distorsiones cognitivas que son de origen erróneo y que se van apoderando de su mente, pasando a ser verídicas para la persona que lo experimenta, lo cual ayuda a que sufran una alteración en su propósito con la vida, autonomía, crecimiento personal, auto-aceptación, dominio del entorno y relaciones positivas con los demás, todo esto englobando su bienestar psicológico.

Se conoce que en la provincia de Tungurahua se encuentra un total de 42.503 adultos mayores y 1.831 adultos mayores pertenecen al cantón Baños, siendo solamente 690 adultos mayores quienes forman parte de los grupos gerontológicos.

Las autoridades responsables de los grupos consideran que el tema distorsiones cognitivas y bienestar psicológico del adulto mayor es original, debido a que no se encuentran archivos de investigaciones similares. Además de tener una gran importancia, como aporte para la sociedad, debido a que se puede determinar mediante la aplicación de reactivos psicológicos validados, el tipo más frecuente de las distorsiones cognitivas que se presentan en los adultos mayores vulnerables y así poder modificarlos mediante terapias psicológicas, también conocer qué área del bienestar psicológico es la que se encuentra más alterada para así poder implementar estrategias y mejorar su nivel de bienestar psicológico.

La población beneficiaria será un grupo de 40 personas pertenecientes al grupo “Agua Santa y Antonio Cabrejas” del cantón Baños de Agua Santa en el periodo marzo 2015 - agosto 2015. Existen los permisos pertinentes del Fray y la coordinadora responsable, que brindan cordialmente la apertura a más de estar gustosos que se realice la presente investigación, quienes consideran será de gran ayuda para el grupo de adultos mayores y para la sociedad. La realización de esta investigación es factible, debido a que se cuenta con el apoyo y la autorización de la institución, la colaboración del grupo y el exhaustivo interés de la investigadora, elementos que permitirán que el desarrollo de la misma pueda alcanzar la viabilidad requerida.

1.4 LIMITACIONES

Las presentes limitaciones dificultaran la investigación:

La asistencia de los adultos mayores no es frecuente

Esta situación dificulta la investigación debido a que la asistencia de algunos participantes no es frecuente por ende se tendrá que hacer un seguimiento exhaustivo para la recolección de información lo que alargara el proceso.

Los reactivos psicológicos que se aplicara son extensos

Debido a la extensión de los reactivos psicológicos se tendrá que hacer de dos partes, en primer lugar con el reactivo psicológico de la primera variable y después con la segunda variable para evitar el cansancio en los adultos mayores.

Los reactivos psicológicos se tendrán que aplicar de manera individual

Debido a que la población en su mayoría son no letrados o con estudios primarios, podría dificultar el entendimiento de las preguntas o el vocabulario, por ende se lo realizara de manera individual para que no existan sesgos en la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Para desarrollar la presente investigación se acudió a la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud, donde se investigó en la base de datos las siguientes referencias.

2.1.1 Variable Independiente: Las Distorsiones Cognitivas.

En una investigación realizada por Fernández-Montalvo, Báez y Echeburua (1996), denominada distorsiones cognitivas de los jugadores en tratamiento, demostró que los jugadores patológicos presentan gran cantidad de distorsiones cognitivas en relación al juego y en base a la percepción que tienen de su adicción al juego. Caracterizados por ilusión de control, focalización atencional, subestimación y negación, además de no existir diferencia significativas entre los ludópatas y la muestra normal, siendo los hombres quienes tienen más distorsiones cognitivas que las mujeres.

Mañoso, Labrador y Fernández (2004), en una investigación denominada tipos de distorsión cognitiva durante el juego en jugadores patológicos y no patológicos han encontrado que si existen diferencias entre jugadores patológicos y no jugadores en seis de las ocho categorías de verbalizaciones irracionales establecidas como son ilusión de control, suerte, predicciones, consideración, fijación y personificación. Siendo así que los jugadores patológicos presentan

mayores porcentajes de distorsiones cognitivas referidas a predicción de resultados, consideración del azar como proceso autocorrectivo y personificación de la máquina. La presencia de estas distorsiones cognitivas específicas de los jugadores patológicos puede ser decisiva en el desarrollo y mantenimiento del juego. Además los no jugadores presentan en mayor medida errores del tipo ilusión de control, creencia en la suerte y fijación en frecuencias absolutas.

Canario y Báez (2005), realizaron una investigación de distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH, donde utilizaron el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA). Los resultados fueron que la falacia de justicia y la falacia de cambio son las que más influyen en las personas con VIH. Además encontraron el catastrofismo, perfeccionismo y externalidad que son los factores también involucrados aunque en menor dimensión. Siendo los hombres con VIH quienes tienen mayor grado de distorsiones cognitivas que las mujeres.

Londoño, Álvarez, López y Posada (2005), en Colombia en un estudio sobre distorsiones cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad generalizada, encontraron una secuencia de distorsiones cognitivas que se relacionan con el TAG (Trastorno de Ansiedad Generalizada) siendo las secuencias deberías, tener razón, falacia de control, abstracción selectiva, sobregeneralización, falacia de justicia, visión catastrófica y falacia de cambio las mismas que se identifican con un estilo cognitivo específico en las personas con TAG. Además de presentar estilo cognitivo rígidos y predictivos como lo es en el caso del catastrofismo, con los que hace una anticipación de peligro, la sobregeneralización hace que saquen conclusiones generales de un hecho en particular y junto con la abstracción selectiva la misma que se centra solamente en el peligro, imposibilitando desviar la atención focaliza a otros estímulos.

Polo y Amar (2006), en un estudio sobre distorsiones cognitivas en los grupos de drogodependientes, en cuanto a distorsiones cognitivas en los tres grupos evaluados se encontraron la prevalencia de la recompensa divina y los debería, los mismos que conllevan a interpretar las situaciones de manera externa e

inflexible con la finalidad de esperar una recompensa sin el mínimo esfuerzo de cambio. Además el grupo de drogodependientes con trastorno afectivo y psicosis inducida por sustancia se encontraron con prevalencia a la falacia de cambio, tener razón y visión catastrófica. Siendo el grupo de drogodependientes con esquizofrenia quienes presentan mayor cantidad de distorsiones cognitivas como pensamiento polarizado, filtraje, interpretación del pensamiento, visión catastrófica y generalización.

Lemos, Londoño y Zapata (2007), en un estudio de distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional, descubrieron que las distorsiones cognitivas que refuerzan los esquemas de dependencia emocional, son dos los de mayor prevalencia siendo la falacia de control y los deberías, por ello quienes son dependientes emocionales argumentan la necesidad de afecto en base a sus expectativas de los deberías dentro de una relación lo que les produce una falacia de control, que les ayuda acercarse de manera inmediata a su pareja. Haciendo énfasis que las personas dependientes emocionalmente presentan un procesamiento de información diferente a las personas no dependientes.

Gómez (2007), en su estudio de cognición, emoción y depresión en adolescentes, concluyo que a nivel cognitivo las mujeres presentan más pensamientos automáticos negativos, como son pensamientos catastróficos, absolutistas, generalmente irrealista, no acertados y autoderrotista, existiendo una disminución relevante de pensamientos positivos en comparación con los hombres, los mismos que presentan pensamientos positivos en mayor cantidad, lo que les conlleva a sentimientos positivos consigo mismo y a los demás, además de satisfacción, gusto, confianza y menor presencia de pensamientos automáticos negativo.

Labrador y Ruiz (2008), en un estudio de distorsiones cognitivas durante el juego en máquinas recreativas con premio en jugadores patológicos y no jugadores, se compararon las distorsiones cognitivas en jugadores patológicos y no jugadores, dónde pretendían corroborar si la distorsión cognitiva se diferencian en frecuencia e intensidad con las dos muestra. Llegaron a la conclusión que emiten frases de

tipo irracional tanto los jugadores patológicos en un promedio del 30% siendo también mayor la tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias y en los no-jugadores en un promedio del 8%, siendo menor las frases descriptivas y emocionales. Por ello hay diferencias significativas en las posibilidades de ganar, siendo los jugadores patológicos quienes consideran que las probabilidades de ganar son mayores que la estimación que hace el grupo control.

Molina y Muñoz (2008), realizaron un estudio sobre distorsiones cognitivas en la percepción del juego patológico con adolescentes en España, obtuvieron como resultados que los adolescentes de la investigación presentan distorsiones cognitivas bastante significativa con relación al juego patológico. Siendo en todas las áreas evaluadas que aparecen distorsiones cognitivas. Además en relación al sexo no existen diferencias significativas, en cuestión con la edad los adolescentes de menor edad presentan mayores distorsiones cognitivas.

Castro, López y Sueiro (2009), en un estudio perfil sociodemográfico penal y distorsiones cognitivas en delincuentes sexuales encontraron que los individuos expresaron la existencia de actitudes negativas, pensamientos distorsionados acerca de la violación sexual en mujeres así como la existencia de creencias erróneas sobre los abusos sexuales con menores. Siendo así que los individuos abusadores de mujeres adultas obtuvieron puntuaciones más elevadas de distorsiones cognitivas en comparación con los abusadores de menores los mismos que presentaron más pensamientos erróneos acerca de la relación sexual entre adultos y menores.

Fernández y Rodríguez (2012), en un estudio sobre distorsiones cognitivas y las implicaciones en la conducta agresiva y antisocial, han encontrado que existe una relación significativa entre la agresión de los jóvenes y las distorsiones cognitivas, por ello la que prevalece es la distorsión cognitiva auto-sirviente, siendo esta la más implicadas en el riesgo y el mantenimiento de las conductas agresivas y antisociales. Es importante mencionar que las distorsiones cognitivas auto-sirvientes son claros predictores de la conducta agresiva física y social; además de

otros tipos de agresión como la conducta violenta física. Además las distorsiones cognitivas auto-humillantes, se relacionen con problemas internos del individuo, aunque también tiene una relación con las conductas antisociales.

Montiel, Bartholomeu, Garcia y Couto (2013), en un estudio sobre pensamientos negativos automáticos en pacientes con trastorno de pánico, encontraron que predominan las siguientes distorsiones cognitivas como los supuestos, catastrofismo y subestimación–sobreestimación generalizada. Siendo así que quienes puntuaron ansiedad media presentaron supuestos en un 46%, mientras que los pacientes con niveles de ansiedad severa manifestaron predominio en pensamientos catastróficos en un 38% y la subestimación en un 29%, respectivamente. En este sentido, se entiende que los dos últimos tipos de pensamiento están asociados con casos graves de ansiedad, por ello a partir de la interpretación errónea y catastrófica de los estímulos ambientales o las sensaciones corporales, se produce un patrón importante de distorsión cognitiva asociada al trastorno.

González y Valbuena (2013), en un estudio de distorsiones cognitivas, ansiedad y depresión en personas obesas encontraron que en relación a las distorsiones cognitivas, de los 15 tipos evaluadas, solo presentan 11 tipos las cuales son culpabilidad, filtraje, sobregeneralización, falacia de control, interpretación del pensamiento, falacia de razón, los deberías, falacia de justicia, visión catastrófica, las mismas que fueron mencionadas en orden de prevalencia de menor a mayor, siendo la falacia de recompensa divina la más significativa con un porcentaje elevado. Siendo así que existe una correlación entre los estados emocionales y las distorsiones cognitivas.

Muñetón (2013), en su estudio realizado en Colombia sobre relación entre esquemas inadaptativos, distorsiones cognitivas y síntomas de ludopatía en jugadores de casinos, el autor llegó a la conclusión de que el 66% de los participantes cumplían con los criterios de ludopatía, siendo la minoría que no contaba con esta problemática, encontrando relación con un estudio realizado por

Ruíz (2009) donde enfatiza en las personas que juegan regularmente tienen mayor tendencia a desarrollar problemas para controlar la conducta de juego. Además sus distorsiones cognitivas más frecuentes el filtraje, visión catastrófica, falacia de control, falacia de cambio, falacia del deber ser, falacia del tener razón y falacia de recompensa divina.

Vera, Caneto, Tuzinkievich y Garimaldi (2014), en un estudio sobre la prevalencia de juegos de apuestas y su relación con las distorsiones cognitivas en jóvenes universitarios, concluyeron que respecto a las distorsiones cognitivas se encontraron diferencias significativas en función de la rigidez, como la frecuencia de juego. Siendo así que cuando aumenta la rigidez en los problemas relacionados con el juego de apuestas y la frecuencia de juego, el nivel de distorsiones cognitivas es más alto.

2.1.2 Variable Dependiente: Bienestar Psicológico.

En España Moral, Miguel y Pardo (2008), desarrollaron una investigación cuyo propósito fue conocer cómo el bienestar evoluciona con la edad una vez llegados al período de la vejez y si existen cambios en esta variable tan relacionada con la calidad de vida. Obtuvieron como resultados una ligera tendencia al declive tanto de la satisfacción vital como del propio bienestar. Además existió un ligero y marcado descenso en las dimensiones de crecimiento personal y propósito en la vida según aumentaba la edad. Por otra parte, tal y como los autores lo indicaron, el descenso de estas dimensiones podría ser la consecuencia de un proceso de adaptación acomodativa, en la que los adultos mayores compensan la pérdida de posibilidades reajustando sus metas. Siendo que llegaron a la conclusión que mientras en los primeros años de la vejez efectivamente hay un descenso o disminución, a partir de los 85 años se produce un repunte de la satisfacción vital.

Acosta y Palacios (2008), realizaron una investigación sobre la situación económica y bienestar psicológico en adultos mayores en Tabasco, donde los

autores llegaron a comprobar que el 100% se encontraba con alto bienestar psicológico. Llegando a la conclusión que la situación económica no tiene influencia sobre el bienestar psicológico de los adultos mayores. Sin embargo en el análisis individual de las dimensiones existieron personas que demostraron un bajo bienestar en alguna dimensión evaluada como son relaciones positivas y crecimiento personal, por tal motivo hicieron una asociación con su bajo estatus económico.

En una investigación titulada análisis del bienestar de los adultos mayores en México realizada por García (2008), concluyó que el 60 % de los adultos mayores tienen un nivel de bienestar alto o muy alto, tan elevado porcentaje se debió principalmente al alto porcentaje de Adultos mayores que reportaron estar felices y también alto porcentaje de adultos mayores con buenas condiciones del hogar. En cuanto a su relación con el género, las mujeres presentaron menores niveles de bienestar en comparación con los hombres, además los indicadores que impactan con mayor fuerza al nivel bienestar han sido la educación y el ingreso económico, siendo el sexo, la edad y el oficio cuyos indicadores que impactan de menor manera sobre el bienestar del adulto mayor.

Kareaga, Exeberria, y Smith (2008), en una investigación sobre el burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios, donde encontraron que los niveles de bienestar psicológico son medios en un 52%, y solamente el 4% quienes presentan porcentajes altos. La cantidad de cansancio emocional genera una sobrecarga produciendo el síndrome de burnout, lo que genera bajos niveles de bienestar psicológico. Además la falta de expectativas y reconocimientos genera la insatisfacción laboral siendo factores significativos para la alteración del bienestar psicológico. Por ello los profesionales que expresan un sentido de compromiso, mantiene el control sobre el trabajo, enfrentan las dificultades con agrado, y se plantean expectativas positivas siendo así que gozan de bienestar psicológico lo que evita que presenten sobrecargas emocionales.

Torres, Vaca, Morales, y Sánchez (2008), en su estudio sobre el bienestar psicológico y hábitos saludables asociados a la práctica de ejercicio físico, donde encontraron que el bienestar psicológico está relacionado con la actividad física, Por lo tanto las personas que realizan regularmente ejercicio físico se perciben con menos estrés, mejor estado de ánimo y más saludables en relación aquellas personas que no realizan ningún tipo de actividad física.

Novoa, Caycedo, Aguillón y Suárez (2010), en un estudio de calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzadas se encontraron que la calidad de vida y el bienestar psicológico de los pacientes adultos de oncología en cuidado paliativo, se ve significativamente alterado, del mismo modo quienes puntúan más bajo en bienestar psicológico son los pacientes que presentan dolor refractario y problemas respiratorios en el tratamiento. Además el apoyo social es muy importante en los pacientes oncológicos debido a que los pacientes que viven con algún familiar presentan puntajes más elevados de calidad de vida y bienestar psicológico en comparación a quienes viven solos.

Valdés (2009), el propósito de la investigación consistió en analizar el bienestar personal de los adultos mayores y los factores que contribuyen a predecir y mantener al mismo. De acuerdo a los datos obtenidos, encontraron que los adultos mayores sienten bienestar, además el género no constituye un factor que contribuya a predecir el bienestar personal de los adultos mayores. Esta información se opone a las primeras investigaciones realizadas sobre el bienestar personal en los adultos mayores, las mismas, encontraron la existencia de diferencias significativas, observaron en los hombres mayor bienestar en relación con las mujeres (Casas y Aymerich, 2005). De acuerdo a los resultados obtenidos, la edad, el género, el estrato socioeconómico y el estado civil no se consideran factores que contribuyan a predecir o mantener el bienestar en los adultos mayores.

Gómez, Gutiérrez, Castellanos, Vergara y Pradilla (2010), es un estudio sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico en aquellos pacientes con cáncer de

tiroides, se encontró que el 90,7% de los participantes se encuentran en el rango de bienestar positivo, lo que permite identificar la existencia favorable de la apreciación psicológica que presentan los pacientes, los datos relevantes son que sólo un 4% expresa un malestar grave y el 5,3% manifiesta sentir malestar moderado. Además es muy importante el tiempo de diagnóstico y el que perduran en el tratamiento, debido a que si el tiempo de diagnóstico es mayor, el bienestar psicológico será más elevado, mientras tanto esta variable permite correlacionar significativamente la calidad de vida y el bienestar psicológico.

Barrios y Villarroel (2010), realizaron una investigación en Venezuela, donde el objetivo fue determinar el bienestar subjetivo de adultos mayores venezolanos, donde los resultados mostraron que el 2% de los participantes posee bajo nivel de bienestar subjetivo, el 19,6% moderado y el 78,4% un alto nivel de bienestar psicológico. De las cuatro dimensiones que conforman la variable, “satisfacción con la vida”, “alegría de vivir” y “sentido positivo de la vida” obtuvieron puntajes superiores al 62%, mientras que “realización personal” alcanzó el 51%. Esto sugiere un alto nivel de felicidad en adultos mayores venezolanos donde reflejaron la satisfacción y complacencia por los logros alcanzados durante su trayectoria de vida.

Vivaldi y Barra (2012), en un estudio realizado en Chile sobre bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores, encontraron que la variable de mayor relevancia significativa fue el apoyo social percibido, lo que concordó con estudios realizados anteriormente, debido a que la existencia de relaciones sociales relevantes y duraderas en el tiempo influyen en el funcionamiento personal y en las estrategias de afrontamiento al estrés (Aguerre y Bouffard; Fiori, Smith y Antonucci, 2007; Kleinspehn, Kotte. y Smith, 2008), mientras tanto la relación de bienestar psicológico y percepción en salud muy inferior. Además se comprobó que los hombres presentaron mayor puntuación que las mujeres en todas las dimensiones de bienestar psicológico, donde se destaca que las mujeres son más vulnerables a presentar alteraciones en su bienestar psicológico. También algo importante de acotar, es que en relación al

estado civil los adultos mayores que tienen parejas estables o son casados presentan un mayor nivel de bienestar psicológico a nivel global en todas las dimensiones de los que no se encuentran en pareja.

García, Páramo, Escalante, Straniero y Torrecilla (2012), en un estudio sobre bienestar psicológico y estilos de personalidad en estudiantes universitarios, encontraron que las dimensiones de bienestar psicológico se hallan relacionadas con las características de personalidad, obteniendo datos empíricos donde algunos rasgos de personalidad son asociados con las dimensiones del bienestar psicológico, por ello concretamente, en el área de metas motivacionales, la apertura, modificación e individualismo se relaciona positivamente con la autonomía y directamente se relaciona con las polaridades de la personalidad implicadas en la búsqueda de reforzadores en el medio.

Oliva, Mendizábal, Rosario y Navarro (2013), en un estudio realizado sobre el análisis del bienestar psicológico, y su relación con los estado de salud y calidad de vida en las personas adultas mayores, se plantearon como objetivo principal medir si existen diferencias entre el bienestar psicológico y su percepción con la salud, concluyeron que las personas que corroboran su estado de salud muy malo, presentan resultados más altos en auto-aceptación y propósito en la vida que aquellas personas que consideran su estado de salud bueno o muy bueno. Además comprobaron que las personas que afirmar cuidar y preocuparse con frecuencia su salud, obtienen puntuaciones más altas en las dimensiones de auto aceptación y propósito en la vida a diferencia de las personas que mencionan que no la cuidan y preocupan. Siendo así que las puntuaciones más altas de bienestar psicológico son aquellas donde las personas afirman visitar a su médico para realizarse controles frecuentes cuando consideran que lo necesiten.

Ferrada-Mundaca, y Zavala-Gutiérrez (2014), en su estudio sobre bienestar psicológico de los adultos mayores activos a través del voluntariado. Llegó a obtener las siguientes conclusiones que indican que los adultos mayores no voluntarios presentaron niveles bajos de bienestar psicológico al comparar con los

adultos mayores voluntarios quienes presentaron niveles elevados de bienestar psicológico. Siendo datos que reafirman lo planteado por autores como Cutler y Hendricks (2000), que plantean que al incorporarse algún grupo de voluntariado promueve un sentido de bienestar, lo que brinda oportunidades gratificación, afiliación y reconocimiento. Además otros autores expresan que las personas mayores que realizan algún tipo de voluntariado tomando en consideración que independientemente de su estado de salud física, presentaran estados de salud mejores en cuanto a sus estados depresivos, satisfacción vital, bienestar mental y su nivel cognitivo (Schwingel A, Niti M, Tang C, Nq T., 2009).

Escarbajal, Izquierdo y López (2014), en un análisis del bienestar psicológico en grupos en riesgo de exclusión social, concluyeron que la mayor parte de los participantes en la investigación presentaron un nivel medio de satisfacción en sus vidas; lo que muestra un nivel medio o aceptable de bienestar psicológico subjetivo, además no encontraron diferencias significativas en relación al sexo ni edad.

Rodríguez, Negrón, Maldonado, Quiñones y Toledo (2015), en su estudio sobre las dimensiones de bienestar psicológico, apoyo social con relación al sexo en estudiantes universitarios, encontraron que existe una relación entre todas las dimensiones de bienestar psicológico y el apoyo social, con puntuaciones más significativas entre la dimensión de relaciones positivas con otros y las áreas de apoyo social como son: emocional, instrumental, interacción social, apoyo afectivo, por ende los autores concluyeron que esa correlación se debe al contexto universitario, donde los estudiantes se ven obligados a crear nuevas amistades y a ampliar su contexto social. Además en comparación con los hombres las mujeres presentan puntajes más altos en siete de las nueve dimensiones evaluadas siendo más significativos las puntuaciones en crecimiento personal y propósito en la vida.

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 Variable Independiente: Distorsiones Cognitivas.

2.2.1.1 Orígenes Psicológicos de la Terapia Cognitiva.

• *Psicoanálisis*

El origen del concepto de terapia cognitiva nace en la práctica del psicoanálisis.

Freud (1973) describió dos modelos de funcionamiento mental, donde el primero es el Proceso primario que tienen relación con el *funcionamiento inconsciente* y el segundo el *Proceso secundario* que es de origen consciente y preconscious, el cual tiene relación con las funciones cognitivas las mismas que son guiadas por el principio de realidad.

En años más adelante se creó un *psicoanálisis cognitivo*, que destaca la existencia de procesos y esquemas cognitivos inconscientes formados en las etapas tempranas de la vida y que al ser activados generan psicopatología. Incluso se habla del *inconsciente* como una estructura de significados al margen de la conciencia, concediendo menos importancia a motivaciones de orden puramente biológicas e instintivas, incluso reinterpretando gran parte de la metapsicología en términos cognitivos.

2.2.1.2 Terapia Cognitiva.

Los modelos principales que señalan el inicio de las terapias cognitivas son la terapia cognitiva de A. Beck. La terapia racional emotivo conductual de A. Ellis siendo los dos modelos quienes tienen su historia y comparten referencias similares. Partiendo los dos de una teoría psicodinámica. Por ello tanto, Beck y Ellis para superar al psicoanálisis en sus aportes, se plantearon sus pertinentes modelos cognitivos.

El modelo cognitivo hace énfasis en que los individuos frente a una situación determinada, no responden automáticamente, sino que perciben, interpretan, clasifican y evalúan para asignar un significado al estímulo antes de emitir una respuesta conductual o emocional, lo cual trabaja en función de sus supuestos o esquemas cognitivos (Ruíz, Díaz y Villalobos 2012)

2.2.1.3 Albert Ellis.

Albert Ellis fue uno de los pioneros de la Terapia Cognitiva Conductual y fue el creador de la terapia racional emotiva conductual (TREC), donde resaltó en el papel de las creencias para el desarrollo de los trastornos emocionales, enfatizando en que si cambia una creencia irracional se genera un cambio conductual y cognitivo.

Ellis de su formación psicoanalítica tomo como referencia los trabajos de Adler sobre los sentimientos de inferioridad, interés social, bienestar psicológico, las metas y objetivos propuestos por los seres humanos que son aportes para la TREC. Además Karen Horney apporto con la *tiranía de los deberías* que fue un aporte también para la TREC en el pensamiento absolutista en el pensamiento emocional. Ellis considera al ser humano como un organismo complejo y biopsicosocial con una fuerte tendencia a establecer metas y propósitos para conseguirlos (Ruiz, Díaz y Villalobos 2012).

• Creencias Racionales e Irracionales de Ellis (Ruiz, Díaz y Villalobos 2012)

La idea central de la teoría de la TREC es diferenciar las creencias racionales e irracionales:

• Las Creencias Racionales

Son cogniciones evaluativas de significado personal que son de carácter preferencial que se expresa deseo, gustos, preferencias y desagrado. Además de

hacer énfasis en que los pensamientos racionales son flexibles y ayudan al individuo a construir sus propósitos y metas.

- *Los Creencias Irracionales*

Son absolutistas, rígidas que generan emociones negativas lo que afectan a la consecución de metas.

- *Creencias Irracionales Primarias*

- a- Referente a la meta de Aprobación-Afecto
- b- Referente a la meta de Éxito-Competencia o Habilidad personal
- c- Referente a la meta de Bienestar

- *Creencias Irracionales Secundarias*

- a- Referente al valor aversivo de la situación: Tremendismo.
- b- Capacidad para afrontar la situación desagradable: Insoportabilidad.
- c- Referente a la valoración a otros y a sí mismo a partir del evento: Condena.

En la actualidad Ellis según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), la teoría de la TREC se centra en resaltar cuatro formas de pensamiento irracional:

1. Demandas de exigencia
2. Catastrofismo
3. Baja tolerancia a la frustración
4. Depreciación global de la valía humana

2.2.1.4 Aron Beck.

La terapia cognitiva (T.C) es considerada como un sistema de psicoterapia que mantiene la percepción y la estructura de las experiencias del individuo que determinan sus sentimientos y conducta (Beck, et. al 2010).

• *Estructura Cognitivas*

1.- Los Esquemas Cognitivos

Los esquemas cognitivos son construcciones subjetivas de la experiencia personal en cada ser humano, expresados en forma de supuestos personales o significados que guían nuestras emociones y conductas de forma inconsciente.

Por ello se hace énfasis en el concepto de estructura cognitiva, que suele recibir otros nombres como en el ámbito clínico se los conoce como *Supuestos Personales* y *Esquema Cognitivos*, los mismos que son entidades conceptuales complejas que a su vez se conforman de unidades simples capaces de organizar de una forma estructurada frente a los estímulos ambientales. Se puede diferenciar en *los esquemas cognitivos* que son aquellos que tienen que ver con la abstracción, interpretación y los recuerdos, *los esquemas motivacionales* se relacionan con el deseo, *los esquemas afectivos* son los responsables de los sentimientos. Los supuestos personales o esquemas cognitivos son aquellos donde la persona le otorga un significado y sentido a su experiencia del pasado, presente y futuras.

Los mismos que perduran sin actividad durante un largo tiempo en la memoria y frente a determinadas situaciones desencadenantes se activan y actúan mediante situaciones específicas generando con frecuencia errores del pensamiento o comúnmente conocidas como distorsiones cognitivas que se relacionan con determinados estados conductuales y emocionales (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012).

Con todos estos términos mencionados el autor se refiere a la estructura del pensamiento de cada ser humano, tomando en consideración los patrones cognitivos firmes mediante los que se realiza una conceptualización de forma idiosincrática de la experiencia de nuestras vidas. Haciendo relación a una estructura de creencias, metas personales y valores, en las cuales las personas pueden ser conscientes o no ser conscientes. Algo muy importante es que estos esquemas pueden permanecer sin actividad durante un largo tiempo y frente a

situaciones desencadenantes, se activan y actúan mediante situaciones específicas produciendo distorsiones cognitivas y cogniciones automáticas que es la valoración de acontecimientos que hace la persona, enfatizando en acontecimientos del pasados, presentes o futuros.

Según Beck, et al (2010) en el sistema de cogniciones de las personas se puede diferenciar:

- **Un sistema cognitivo maduro:** que enfatiza en la información real. Comprende los procesos denominados como racionales y de que ayudan a solucionar problemas.
- **Un sistema cognitivo primitivo:** es una organización cognitiva que prevalece en las patologías.

2.- Procesos cognitivos

Son aquellas reglas de transformación mediante los cuales los seres humanos seleccionan la información del entorno que será atendida, codificada, almacenada y recuperada, los cuales son procesos automáticos que se ejecutan de manera inconsciente en la mayoría de los casos, en la cual pueden producir errores y sesgos en el procesamiento de la información. Beck en 1970 denominó a los sesgos negativos que tienen las personas con dificultades emocionales la denominó *distorsiones cognitivas* (Ruiz, Díaz y Villalobos 2012).

3.- Productos cognitivos

Son los pensamientos que resultan de la información proporcionada por el medio, lo esquemas-creencias y los procesos cognitivos. Siendo los contenidos de los productos cognitivos más accesibles a la conciencia que los esquemas y los procesos cognitivos. Beck 1970 denominó a los productos cognitivos *pensamientos automáticos* (Ruiz, Díaz y Villalobos 2012).

- ***Pensamientos automáticos***

Los pensamientos automáticos son aquellos autodiálogos con nosotros mismos, a nivel verbal o mental, expresados como pensamientos o imágenes que aparecen automáticamente, se caracterizan por ser directos, autónomos, involuntarios, disfuncionales y repetitivos que se relacionan con estados emocionales extremadamente intensos. Pareciendo razonables a quien lo está experimentando. Por lo general forman una visión subjetiva de las cosas que suceden, dando una interpretación.

Según Mckay en 1981, citado en Ruiz y Cano (2002) caracterizó a los pensamientos automáticos por qué son:

- a) Charlas internas referidas a temas muy concretos.
- b) Aparecen como mensajes recortados en palabras claves.
- c) Son involuntarios, apareciendo de manera automática en la mente del individuo.
- d) Son reacciones espontaneas que aparecen de manera obligatoria frente a nosotros o a los demás.
- e) Tienden a dramatizar o exagerar las cosas.
- f) Existe rigidez en la interpretación de eventos.
- g) Son difíciles de controlar y quien lo experimenta los considera racionales.
- h) Son aprendidos en todo el trayecto de su vida y almacenados en su memoria para tras una carga emocional ser reactivados.

Como producen errores en el pensamiento, los pensamientos automáticos también son ideas recortadas, desviadas, frecuentes y repetitivas de los hechos que suceden, por ello se los denomina ***distorsiones cognitivas***.

- ***Distorsiones cognitivas***

Una distorsión cognitiva, en las terapias cognitivo (TC) y la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), es una forma de error en el procesamiento de

información. Las distorsiones cognitivas desempeñan un papel predominante en la psicopatología al producir la perturbación emocional. Albert Ellis fue el primero en dar un concepto y posterior Aaron T. Beck, fue quien lo amplió.

Por ello se entienden como un error en el procesamiento de la información asociado a creencias desadaptativas o que no tiene relación con el entorno en el cual se desarrolla. Este error en el procesamiento puede influenciar la conducta y el estado emocional. Siendo un fallo en el pensamiento crítico. Estas percepciones y pensamientos distorsionados son acerca de uno mismo, del mundo y del futuro.

Las distorsiones cognitivas no son un trastorno ni una enfermedad, y todos hacemos alguna distorsión de vez en cuando pero sí es cierto que son parte del diagnóstico principal de muchos trastornos como pueden ser los estados emocionales alterados, trastornos de personalidad o la depresión, que pueden llegar a mantenerse por estas vertientes de pensamiento erróneas. (Riso, 2006).

Según Beck (2010) Las distorsiones cognitivas suelen ser las causantes de conductas o emociones disfuncionales las mismas que se caracterizadas por:

- 1) Ser las causantes de un sufrimiento innecesario frente a una situación.
- 2) Puede conllevar a comportamientos auto-lesivos.
- 3) Puede interrumpir la realización de las conductas adecuadas para lograr los objetivos planteados.
- 4) Asociarse a demandas extremista.

En un principio Beck en 1979 detecto seis tipos de distorsiones cognitivas (Beck, et al. 2010).

1.- Interferencia arbitraria: se refiere al proceso de llegar a una conclusión o implementar un juicio de valor de manera impulsiva, enfocándose solamente en información incompleta, carente de evidencias reales.

2.- Abstracción selectiva: se refiere a cuando una persona centra su atención en un detalle negativo único fuera de contexto, rechazando las características relevantes positivas.

3.- Sobregeneralización: se refiere al proceso para construir una conclusión general de un hecho en puntual, que nos ha sucedido en nuestro trayecto de vida, a partir del cual creamos nuestro sistema de creencias, siendo así que un hecho en particular se lo generaliza a todo el mundo.

4.- Maximización y minimización: se evalúan los acontecimientos de la vida atribuyendo un peso excesivo o infravalorado en relación a la evidencia real.

5.- Personalización: hace énfasis en relacionar los acontecimientos externos, con la vida personal, aunque no tenga ninguna relación.

6.- Pensamiento dicotómico o polarizado: clasifica las experiencias en una categoría opuesta y extrema sin tomar en cuenta los acontecimientos intermedios.

Posteriormente 1979 Beck (citado en Ruiz, Díaz Y Villalobos 2012) amplió a 11 distorsiones cognitivas, modificando el nombre de algunas de las anteriores y añadiendo 5 nuevas. Tomando como referencia a Beck y sus colaboradores (McKay, Dvia y Fanning 1988) se creó el inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan, que contiene 15 distorsiones cognitivas.

Según Ruiz y Lujan (1991) las distorsiones cognitivas conllevan a interpretar los hechos que generan un sin número de consecuencias negativas. Siendo las alteraciones emocionales consecuencias perjudiciales de las creencias de los pensamientos automáticos negativos, los mismos que generan malestar con los demás y con uno mismo por las interpretaciones erróneas.

Las 15 distorsiones cognitivas del inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan (1991) son las siguientes:

- 1. Filtraje o abstracción selectiva:** consiste en seleccionar solamente lo negativo de una situación, percibiendo solamente los peores aspectos para exagerar la realidad. Adelantándose a una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que pueda sustentarlo, lo cual logra minimizar los aspectos positivos. Como palabras claves para esta distorsión cognitiva es: *"No puedo soportarlo", "Es horroroso"*.
- 2. Pensamiento dicotímico o polarizado:** valora los eventos o situaciones de una manera extremista, en una o dos categorías contrarias, enfocándose solamente en valorar todo como bueno o malo, blanco o negro, sin tomar en consideración los términos intermedios. El mayor riesgo en el pensamiento polarizados es que los individuos se encontraran siempre en el lado negativo es decir, si no es bueno para algo determinado, entonces el individuo se considerara un fracasado y no habrá nada ni nadie que lo haga cambiar de opinión. Como palabras claves para esta distorsión cognitiva son: *"Fracasado", "Inservible"*.
- 3. Sobregeneralización:** elaborar una conclusión general, un juicio absolutista, otorgando una regla a un hecho en particular sin base suficiente que nos ha sucedido en el trayecto de nuestra vida, por ello al asociar un evento similar en cualquier otra situación se activara nuestro sistema de creencias y creara una regla general. Palabras claves para esta distorsión: *Ninguno, Siempre, Nunca, Todo, Nada*.
- 4. Interpretación del pensamiento:** se refiere al proceso de poder llegar a una conclusión o implementar un juicio de valor de una manera impulsiva sobre los sentimientos, emociones e intenciones de los demás hacia uno mismo, enfocándose solamente en información incompleta, carente de evidencias reales, en esta distorsión aparece el mecanismo de defensa denominado

proyección es decir la persona atribuye a otras personas las propias virtudes o defectos, incluso sus carencias o faltas utilizando este mecanismo para evitar hacerse cargos de deseos, afectos y características propias, que son consideradas inaceptables, y porque de reconocerlas como propias afectaría la imagen sobre sí mismo. Por ende durante una proyección, la persona le otorga al otro lo que le es propio. Las palabras clave para esta distorsión : *“Eso se debe a”, “ Sé que piensan de mi....”*

5. *Visión catastrófica:* se caracteriza por adelantar, especular, eventos, situaciones que sean de origen desagradable, haciendo una predisposición de lo catastrófico sin tener ningún fundamento que lo sustente. Las personas con visión catastrófica se caracterizan por no ser optimistas, siempre buscan el lado negativo de las cosas. La palabra clave para esta distorsión es: *¿Y si me pasa algo a mí?*

6. *Personalización:* hace referencia al pensar que los hechos, actitudes, palabras, comportamientos, comentarios de la gente están relacionados con uno mismo, sin tener una base real y suficiente de los acontecimientos de alrededor. Palabras claves son: *“Seguro lo está diciendo por mí”, “Hago esto peor”*.

7. *Falacia de control o minimización – maximización* según como lo planteó Beck.

En esta distorsión se puede encontrar dos tipos:

Interna: *“depende absolutamente todo de mí”*.

La persona que experimenta esta distorsión se cree responsable del sufrimiento de todos los que le rodean y en consecuencia se va a estresar por no poder solucionar lo que les pasa a los demás. Palabra clave: *“Soy responsable”, “Todo es mi culpa”*.

Externa: “*depende absolutamente todo del otro*”.

Es cuando una persona puede verse a sí misma como víctima del destino, impotente sin alternativas, controlada por las circunstancias y por otros, viendo como responsable a los otros de todo lo que sucede a su alrededor. Palabras claves: “*Todo lo que me pasa, es por culpa de ellos*”, “*Si no me dieran tantos deberes, no estaría así*”.

8. **Falacia de justicia**: exigir justicia según nuestros propios valores y bajo nuestros parámetros con una actitud absoluta de rigidez, valorando como injusto todo aquello que tenga que ver con los valores de los demás. Palabras claves son: “*No hay derecho a..*”, “*Si de verdad me quisiera, entonces...*”, “*Es injusto que...*”

9. **Razonamiento emocional**: es una confusión entre el sentir y el pensar, es decir cree que sus emociones le expresan que lo que siente es realmente verdadero e indudable debido a ello la interpretación emocional representa la auténtica realidad de los eventos. Por ello las personas sustituyen el SENTIR por el PENSAR. Palabras claves son: “*Siento que me voy a caer (no siente solo piensa)*”.

“*Siento que soy un bueno para nada (no siente solo piensa)*”.

10. **Falacia de cambio**: suponer que el bienestar de uno mismo depende exclusivamente de los actos y conductas de los demás, esperando que la actitud de cambio propio venga exclusivamente del exterior. Las palabras claves son: “*Si mi esposa cambiara su actitud, todo sería mejor*”.

11. **Etiquetas globales**: son juicios de valor los mismos que consisten en atribuir características que nos ayuden a definir a las personas y a nosotros mismos para en base a ellas juzgar. Lo que comúnmente hacen es seleccionar rasgos de personalidad para generar una etiqueta global lo cual abarca todos los aspectos de una persona o de sí mismo, utilizando siempre

el verbo SER. Lo cual genera una visión del individuo inflexible ante un cambio de perspectiva. Esta distorsión cognitiva hace que se catalogue a una persona sin ni siquiera conocerlas, generando prejuicios la misma que induce a pensar que después de tener una etiqueta global será imposible. Las palabras claves son: “*Soy tonto*”, “*No valgo nada*”.

12. *Culpabilidad:* designar la responsabilidad de los hechos ya sea a uno mismo o a los demás, sin tener un fundamento suficiente. Es decir echar a culpa a los demás, por sus fracasos, comportamientos o a uno mismo por sus problemas, responsabilidades, estados de ánimo, alteración de su conducta, pensamientos, que surgen en la vida cotidiana. En el pensamiento de estas personas se encuentra siempre la palabra CULPA por ello las palabras claves son: “*Mi culpa*”, “*Tu culpa*”, “*Culpa de..*”.

13. *Los debería:* es el hábito de poner normas, valores, leyes rígidas y exigentes sobre cómo debería actuar tanto uno mismo como los demás, siendo una obligación que se tiene que cumplir. Considerando cualquier violación de las reglas establecidas para la persona como intolerable, generando en la persona un desajuste emocional. Las palabras claves son: “*No debería*”, “*Debería*”, “*Tiene que*”, “*Tengo que*”.

14. *Falacia de razón:* se basa en considerarse a uno mismo como el único e irrefutable conocedor de la verdad absoluta valiéndose de todos los argumentos, conductas y medios posibles para demostrar su razón. Dejando de lado el punto de vista de otras personas y entrando en desacuerdo sin importar los argumentos, concluyendo con ignorarlos sin darles importancia a pesar de estar errando. Las palabras claves en esta distorsión son: “*Yo tengo la razón*”, “*Sé que estoy en lo correcto*”.

15. *Falacia de recompensa divina:* la persona espera que por las cosas que ha hecho, hace o deja de hacer, el mundo está plenamente obligado a recompensar. Además no busca soluciones a los problemas y dificultades

que se le presenten en la actualidad, debido a que espera que por sus actitudes y comportamientos un ser superior le recompensara en el futuro y espera que por sí solos los problemas se resuelvan. Lo que genera una actitud que lleva a no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad. Las palabras claves que indican esta distorsión son: *“Todo mi sacrificio, será recompensado”*, *“Si le sigo aguantando el cambiara algún día”*.

De las distorsiones cognitivas señaladas anteriormente se han recopilado un total de 17 distorsiones cognitivas en la actualidad siendo las siguientes: interferencia arbitraria, catastrofismo, razonamiento emocional, comparación, pensamiento dicotómico, descalificación de lo positivo, construir la valía personal en base a opiniones externas, adivinación, etiquetado, magnificación, leer la mente, minimización, sobregeneralización, personalización, perfeccionismo, abstracción selectiva, deberías (Yurita y DiTomaso 2004).

La terapia cognitiva, tiene sus orígenes desde el psicoanálisis tomando en consideración que tanto Ellis como Beck fueron psicoanalíticos en un principio. Para generar sus aportes tomaron como referencia a la capacidad del ser humano en plantearse metas y objetivo. Por ello los modelos principales para la terapia cognitiva son la terapia racional emotiva conductual de Ellis y la terapia cognitiva de Beck. Ellis en su terapia racional emotiva conductual, considera al ser humano como un ente capaz de conseguir sus metas y propósitos. Dentro de sus principales aportes se encuentran las creencias racionales que son flexibles y ayudan en sus propósitos y las creencias irracionales son rígidas generando emociones negativas. Para esta investigación se toma como referencia principalmente a Beck que es el creador de la terapia cognitiva, donde uno de sus aportes es el plantearse la estructura cognitiva, que contiene los esquemas cognitivos que son construcciones subjetivas provenientes de las experiencias vividas; los procesos cognitivos son las transformaciones erróneas de la información a las que denominé distorsiones cognitivas y los productos cognitivos son los pensamientos producidos por la información recogida del entorno a los que denominé los

pensamientos automáticos. Beck propuso 6 tipos de distorsiones cognitivas en un principio, luego las amplió a 11 y posteriormente con el apoyo de Ruiz y Lujan se creó el inventario de pensamientos automáticos que contiene 15 distorsiones cognitivas. Por ello se toma como referencia a estos autores para evaluar el tipo de distorsión cognitiva que presentan los adultos mayores del grupo Agua Santa y Antonio Cabrejas. Debido a que con el paso de la edad y de las experiencias vividas van presentando pensamientos automáticos negativos, lo que contribuye a que se generen las distorsiones cognitivas que son de origen erróneo y creíble para la persona lo experimenta.

2.2.2 Variable dependiente: Bienestar Psicológico.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2013, “La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, capaz de trabajar de forma productiva, afrontar las tensiones normales que suceden en la vida, para poder realizar una contribución”.

2.2.2.1 Psicología Positiva.

Seligman y Csikszentmihalyi (2000) afirman que comúnmente la psicología se ha enfocado en el estudio y comprensión de las enfermedades mentales, generando teorías sólidas en base al funcionamiento mental del ser humano mediante el cual han contribuido al desarrollo de innovadoras terapias farmacológicas y psicológicas para las patologías mentales. Por ello los autores mencionan que la psicología en el transcurso de su desarrollo, ha descuidado los aspectos positivos como el bienestar, la esperanza, la satisfacción, el optimismo y la felicidad; dejando de lado los beneficios que brindan a las personas.

La Psicología Positiva, hace relevancia en aspectos positivos como el bienestar, la esperanza, la satisfacción, la felicidad y el optimismo, entre otros. Seligman y

Csikszentmihalyi (2000). Además la psicología positiva es el estudio de las virtudes y fortalezas de los seres humanos, las mismas que permiten exponer una perspectiva más amplia respecto al potencial humano, sus motivaciones y capacidades (Sheldon y King, 2001).

El objetivo de la psicología positiva es investigar acerca de las virtudes humanas y fortalezas, haciendo énfasis en los efectos que producen en las vidas de las personas y en las sociedades (González, 2004).

2.2.2.2 Bienestar.

A finales del siglo XX surgió el interés por conocer el bienestar, precedido por los pensamientos filosóficos de la antigüedad acerca de la vida buena expuestos por los legados de Platón, Aristóteles, Confucio y por las reflexiones de las tradiciones espirituales de Oriente las mismas que sirvieron para dar paso a las investigaciones (Vielman y Alonso 2010).

Al principio se asociaba el sentirse bien con la inteligencia, apariencia física, dinero, sin embargo en la actualidad se conoce que el bienestar psicológico no se relaciona con éstas variables sino también con la subjetividad personal.

Tomando en consideración que el bienestar es un concepto complejo, se puede corroborar que los estudios realizados coinciden que no sólo se trata de la presencia de sentimientos positivos y ausencia de los negativos, sino que implica la adjudicación de sentido a la propia vida (Diener, Suh y Oishi, 1997 citado en Escarbajal-Frutos, Izquierdo-Rus y López-Martínez, 2014).

Casullo (2002), define el bienestar como una valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de la vida, en la que predominan estado de ánimo positivo. Considerando que la satisfacción se compone de tres aspectos: los estados emocionales, componente cognitivo y las relaciones entre ambos componentes.

El bienestar para algunos psicólogos es una vivencia personal, una condición humana subjetiva manifiesta a través del funcionamiento psicofísico y sus componentes sean estos de carácter estable, como el pensar constructivamente acerca de sí mismo en medio de circunstancias contextuales específicas (García, 2000).

Hicks, Epperly y Barnes (citado en Vivaldi, 2012) menciona que diferentes características sociodemográficas como género, edad y estado civil, son influyentes del bienestar, sin embargo la evaluación subjetiva que realiza el individuo de sí mismo, es un predictor importante de su bienestar.

2.2.2.3 Perspectivas de Bienestar.

En las investigaciones sobre el bienestar es posible distinguir dos perspectivas generales según como lo plantean los autores (Ryan y Deci 2001). Donde la primera corresponde a tradición hedónica - bienestar subjetivo (felicidad) y la segunda a la tradición eudaimónico - bienestar psicológico (desarrollo del potencial humano).

• Tradición Hedónica: Bienestar Subjetivo.

La primera, denominada tradición hedónica, que hace énfasis en estudiar el bienestar subjetivo relacionado con la evaluación general que realiza el individuo de las situaciones tanto placenteras como las que son desagradables. Haciendo relación a esta nueva perspectiva con aspectos como la satisfacción vital, la felicidad y los afectos positivos (Díaz et al., 2006; Tomás, Meléndez & Navarro, 2008).

Diener (citado en Valdés, 2009) afirma que el bienestar subjetivo tiene elementos cambiantes y estables, por ello se considera que si es estable durante un largo tiempo, puede experimentar modificaciones en los afectos que predominan.

Veenhoven (citado en Valdés, 2009) menciona que el bienestar subjetivo es como el grado en que un individuo juzga todo el trayecto de su vida en términos positivos. Según el autor el individuo utiliza componentes tanto afectivos como cognitivos. Por ello una persona que considere haber tenido más experiencias emocionales positivas que negativas, percibirá su vida como positiva y aceptable.

Con lo anterior mencionado afirman que lo fundamental es la autoevaluación que las personas hacen de su vida.

González (2004), refiere que para poder entender el bienestar subjetivo, es importante conocer dos aspectos fundamentales:

1. El bienestar tendría una dimensión básica y general que es subjetiva.
2. El bienestar estaría compuesto por dos facetas básicas:
 - Centrada en los aspectos afectivos emocionales (referidos a los estados de ánimo de la persona).
 - Centrada en los aspectos cognitivos-valorativos (referidos a la evaluación de satisfacción que hace la persona de su propia vida).

Las dos facetas se relacionan con la dimensión subjetiva.

Por ello Scorsolini-Comin y Santos, (2010), refieren que el bienestar subjetivo es estudiado como un constructo global de felicidad. Sobreentendiendo como un estado frecuente de experiencias emocionales positivas sobre las negativas.

Incluso el bienestar subjetivo se denomina comúnmente felicidad, el mismo que es experimentado cuando se siente más emociones agradables que desagradables, lo que conlleva a las personas a pensar, sentir y sacar conclusiones de su vida.

• *Tradición Eudaimónica: Bienestar Psicológico*

El bienestar subjetivo es el que está relacionado a la felicidad y satisfacción vital, en los últimos años se ha expuesto una concepción alternativa a la cual le interesa investigar las formas como las personas enfrentan los retos vitales, el desarrollo y crecimiento personal, y el gran interés y esfuerzo por conseguir las metas planteadas.

El bienestar psicológico surgió en Estados Unidos y fue aumentando el interés de estudiarlo por conocer las condiciones de vida de las personas (Garaigordobil, Aliri, y Fontaneda, 2009).

Por ello la segunda perspectiva, llamada tradición eudaimónica, estudia el bienestar psicológico, considerándolo como indicador de un funcionamiento positivo en el individuo, el mismo que favorece el desarrollo de sus capacidades y por tanto su crecimiento personal.

Waterman (citado en Bošković, y Šendula, 2008), fue uno de los primeros en definir el bienestar psicológico, al que asignó el nombre de “expresividad personal”. Lo que implica una satisfacción de las actividades que realizan las personas haciéndoles sentirse vivos y realizados, lo que hace que la vida tenga sentido y perseverancia.

González-Méndez (2005), menciona que el bienestar psicológico, se relaciona con el estado emocional y mental, por ello define un funcionamiento psíquico apropiado en la persona en base a su paradigma personal y la manera de adaptarse a las exigencias externas e internas del entorno social y físico. Por ello asocia el bienestar con el poseer experiencias aceptadas, con la capacidad de rechazar aquellas consideradas como inaceptables y con la habilidad de adaptarse a diversas situaciones con flexibilidad. Por ello Díaz, et al. (2006), consideran al bienestar psicológico como el funcionamiento óptimo de las personas, donde el

desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, son indicadores del funcionamiento positivo.

El bienestar psicológico corresponde con un juicio subjetivo, global y relativamente estable de satisfacción con la vida y la moral de las personas. Por ello afirma que perspectiva del bienestar psicológico enfatiza el funcionamiento positivo más que los sentimientos positivos (George, 2010).

La perspectiva eudaimónica ha sido sistematizada por Carol Ryff que ha tomado como referencia a varios aportes de psicólogos clínicos que han centrado su mayor interés en el estudio del crecimiento personal. Sus principales representantes incluyen a Abraham Maslow y sus trabajos sobre auto-actualización, Rogers en su estudio sobre el funcionamiento humano pleno y a Allport con su concepto de madurez. Además a Jahoda en sus investigaciones de salud mental (Vazquéz y Hervás 2009).

Por ello Carol Ryff (Citado en Vazquéz y Hervás 2009) se refiere al bienestar psicológico como el esfuerzo para poder perfeccionar el propio potencial, para que así la vida adquiriera su propio significado, para conseguir metas valiosas con esfuerzo y con las ganas de seguir superándose. Haciendo énfasis en la responsabilidad de encontrar el significado de su existencia, incluso frente a realidades desagradables.

Asimismo el bienestar psicológico tiene que ver con el propósito en la vida, para que adquiriera su propio significado a pesar de los desafíos para así poder conseguir y luchar por nuestras metas.

Ryff es la pionera en desarrollar un trabajo de gran relevancia para determinar la estructura del bienestar psicológico, donde trata de sintetizar varias teorías, criterios que permitan medir el bienestar psicológico. En su modelo multidimensional de bienestar psicológico el mismo que fue bautizado como *Modelo Integrado de Desarrollo Personal* (Integrated Model of Personal

Development) que está conformado por seis dimensiones (Ryff y Singer, 2008), que incluyen las siguientes:

• **Autoaceptación:** es una de las características fundamentales para el buen funcionamiento del ser humano. Siendo aquella actitud positiva, la cual me permite sentirse bien con uno mismo, a pesar de hacer una evaluación de la vida pasada. Lo que implica aceptar tanto las limitaciones como las virtudes. Según Keyes et al. (2002), menciona que poseer hacia uno mismo las actitudes positivas, es una característica principal del funcionamiento psicológico positivo.

Las personas con una baja auto aceptación se sienten decepcionadas he insatisfechas consigo mismas, cuando hacen una evaluación de su vida, la rechazan debido a la inaceptación de sus características, haciendo prevalecer más los criterios externos.

• **Relaciones positivas:** es mantener relaciones sociales íntimas, estables, duraderas, creando vínculos de confianza lo que les llena de satisfacción, además de ser empáticos y preocuparse por el bienestar de los demás.

Las personas con problemas en esta dimensión se ven afectadas por relaciones interpersonales debido a que tienen pocas relaciones cercanas, carecen de empatía, son cerrados, se aíslan y no les importa el relacionarse con los demás.

• **Autonomía:** es la capacidad para poder elegir y tomar las propias decisiones sin dejarse influenciar por opiniones ajenas, quienes gozan de autonomía se caracterizan por ser más independientes, se autoevalúan bajo sus propios criterios. Además según los autores Ryff y Singer, (2008) expresan que las personas autónomas son capaces de resistir la presión social en mayor medida y auto-regular de mejor manera su comportamiento.

Las personas que carecen de autonomía, toman sus decisiones en base a lo que los demás opinan, son fácilmente influenciables, usualmente están preocupados por lo que los demás piensan de ellos para satisfacer las expectativas de los otros, presentando una actitud sumisa, son indecisos.

• ***Dominio del entorno:*** es la capacidad para poder crear entornos favorables siendo proactivos para poder satisfacer las necesidades propias y así poder contribuir a las exigencias que el entorno nos plantea. Siendo capaces de escoger entornos favorables para hacer uso de sus capacidades en las oportunidades que se presenten.

Las personas con déficit en esta dimensión se sienten incapaces de mejorar su entorno, teniendo problemas para maniobrar los asuntos de la vida cotidiana, desaprovechando y dejando pasar desapercibidas las oportunidades que se le presentan en el entorno.

• ***Crecimiento personal:*** es la capacidad para poder hacer uso de las capacidades y habilidades, estando abiertas a nuevas experiencias para así buscar el desarrollo máximo del propio potencial con una visión de progreso continuo, para seguir creciendo como personas e ir mejorando con el transcurso del tiempo. El funcionamiento positivo óptimo, necesita además la perseverancia para desarrollar sus potencialidades y llevar al máximo sus capacidades para continuar creciendo como persona (Keyes, C., Ryff, C., y Shmotkin, D. 2002).

Quienes presentan déficit en esta dimensión se sienten sin ánimos de nada, desmotivados, incapaces de crear una sensación de grandeza, no han descubierto sus habilidades para sacar provecho. Lo que hace que su vida se estanque debido a la sensación de no mejorar.

• ***Propósito en la vida:*** es la capacidad para poder determinar un sentido y un propósito en la vida, teniendo claros los objetivos y metas realistas, para

así poder irse superando cada vez más, conforme pasan los años otorgándole un sentido a la vida. Debido a que la percepción del bienestar psicológico y la calidad de vida están relacionadas con el logro de los objetivos vitales.

Las personas que presentan déficit en esta dimensión tienen la sensación de que la vida no tiene sentido, se encuentran sin rumbo, no tienen metas y objetivos claros. Por ello perciben una falta de direccionalidad y devalúan su función en la vida.

A partir de la definición del bienestar psicológico, Ryff (1989) elabora las Escalas de Bienestar Psicológico (Scales of Psychological Well-Being, SPWB). La misma que en la actualidad existe una adaptación en castellano (Díaz, et al. 2006).

La postura para esta investigación se enfoca en la psicología positiva, porque es aquella que enfatiza aspectos relevantes sobre el bienestar y felicidad, enfocándose principalmente en el estudio de las virtudes, fortalezas y capacidades de los seres humanos como menciona el autor (Seligman y Csikszentmihalyi, 2012). Por ello es imprescindible conocer que es primeramente el bienestar, donde se han generado grandes controversias para definirlo, García (2000) refiere que es una vivencia personal, siendo una condición humana subjetiva expresada a través del funcionamiento psicofísico y para Casullo (2002), es una valoración subjetiva que expresa la satisfacción de la persona. Por ello Ryan y Deci (2001), plantearon dos perspectivas generales donde la primera enfatiza en la tradición hedónica que abarca lo que es el bienestar subjetivo, que tiene relación con la felicidad y con las actividades placenteras, por ello esto conlleva a realizar evaluaciones de cómo han llevado sus vidas para obtener un bienestar subjetivo, debido a que es sobreentendido como un factor de felicidad global. Y la segunda es la tradición eudaimónica donde hace referencia al bienestar psicológico el mismo que abarca lo que es el desarrollo del potencial humano, de conocer sus metas y propósitos para su crecimiento personal, haciéndoles sentir realizados para que su vida tenga sentido. Entre todos los autores que han proporcionado teorías sobre el bienestar psicológico, en esta investigación se hace relevancia a la autora Carol Ryff (2008)

quien reviso varias teorías para conseguir un modelo exclusivo de bienestar psicológico al que denominé *Modelo Integrado de Desarrollo Personal*, donde incluye seis dimensiones fundamentales para medir el bienestar psicológico. Por ello lo que se pretende investigar es como se encuentra el bienestar psicológico de los adultos mayores del grupo Agua Santa y Antonio Cabrejas y en qué áreas se encuentran déficits para poder intervenirlos y mejorar sus estado de salud psicológico. Tomando como referencia los siguientes dimensiones, Auto aceptación, relaciones positivas, dominio del entorno, crecimiento personal, autonomía y relaciones positivas con otros.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Pensamientos automáticos: una charla interna con nosotros mismos, a nivel mental, manifestados como imágenes o pensamientos, que están directamente relacionan con los estados emocionales.

Distorsiones cognitivas: aquellos errores en el procesamiento de la información.

Supuestos personales: formas en que las personas le otorgan un sentido y un significado a sus experiencias pasadas, presentes y futuras.

Abstracción selectiva: seleccionar solamente lo negativo de una situación, percibiendo solamente los peores aspectos para exagerar la realidad.

Bienestar psicológico: satisfacción con la vida, obteniendo su propio significado de superación personal.

Autoaceptación: evaluación positiva de sí mismo y de los acontecimientos pasados de nuestra vida.

Relaciones positivas con el entorno: situación donde se consolida y mantiene las relaciones sociales íntimas llenas de confianza.

Crecimiento personal: crecimiento progresivo, haciendo uso de sus capacidades y habilidades.

Propósito con la vida: tener claras sus metas y objetivos.

Adulto mayor: persona de 65 años de edad, que se encuentra en la última etapa del desarrollo, caracterizados por el envejecimiento del cuerpo y deterioro de sus funciones cognitivas.

2.4 SISTEMA DE HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis general.

Las distorsiones cognitivas influyen en el bienestar psicológico de los adultos mayores del grupo “Agua Santa Y Antonio Cabreja” del cantón Baños.

2.4.2 Hipótesis específica.

La recompensa divina se presenta con mayor frecuencia en los adultos mayores del grupo “Agua Santa y Antonio Cabrejas” del cantón Baños.

El área de crecimiento personal se encuentra alterada con mayor frecuencia en el bienestar psicológico de los adultos mayores del grupo “Agua Santa y Antonio Cabrejas” del cantón Baños.

El género femenino tiene más prevalencia de distorsiones cognitivas en los adultos mayores del grupo “Agua Santa y Antonio Cabrejas” del cantón Baños.

2.5 SISTEMA DE VARIABLES

Variable independiente: Las Distorsiones Cognitivas.

Variable dependiente: Bienestar Psicológico.

Variable de observación: Adultos Mayores.

Terminó de relación: Influyen

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 Exploratoria.

La presente investigación es de tipo exploratoria debido a que el tema es desconocido y mediante el estudio exploratorio me centrare en descubrir diferentes aspectos del problema planteado con una metodología más flexible, por lo que se requiere de técnicas de recolección de información como documental, observación y encuestas para así mediante los datos obtenidos sustentar un marco teórico para poder descubrir los factores relevantes del problema reconociendo principalmente las variables de interés de la investigación y generarme las hipótesis pertinentes.

3.1.2 Descriptiva.

Además de ser también de tipo descriptiva debido a que su principal interés es de acción social la misma que permitirá conseguir el conocimiento y comprensión de situaciones predominantes para realizar predicciones rudimentarias mediante la descripción exacta del fenómeno, tomando en consideración la relación existente entre las dos variables. Además de recoger los datos enfocándome en una bases teórica, para extraer generalizaciones que contribuyan al conocimiento.

3.2 DISEÑO

3.2.1 Documental-Bibliográfica.

La presente investigación es de tipo documental-bibliográfica debido a que se utilizó libros, revista, artículos científicos, periódicos y otras publicaciones, con el propósito de detectar, ampliar, analizar, profundizar y organizar diferentes enfoques, teorías y perspectivas de diferentes autores sobre el tema planteado.

3.2.2 De campo.

Además de ser también de campo debido a que la investigadora acudirá a recabar información en el lugar donde se producen los hechos para así poder actuar en el contexto y transformar una realidad. Por ello se interactuara con los adultos mayores del grupo “Agua Santa Y Antonio Cabrejas” del cantón Baños de Agua Santa, para poder conocer la influencia de las distorsiones cognitivas en el bienestar psicológico.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población.

Para la realización de este trabajo investigativo se tomara como universo de estudio a investigar a 40 adultos mayores del grupo “Agua Santa y Antonio Cabrejas” del Cantón Baños de Agua Santa. Tomando en cuenta que esta población es finita, por lo tanto se trabajara con todos los integrantes y no se aplica fórmula.

N = 40 ADULTOS MAYORES.

3.3.2 Muestra.

Por ser una población finita la que se tomara en cuenta para la investigación no ameritara el cálculo mediante fórmula y se trabajará con todos los integrantes por ende se conforma de 40 adultos mayores del grupo “Agua Santa y Antonio Cabrejas” del Cantón Baños de Agua Santa.

n= 40 ADULTOS MAYORES.

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Técnica.

3.4.1.1 Observación.

Una de las técnicas que se utilizara para la presente investigación es la observación ya que se pondrá atención mediante los sentidos a un aspecto de la realidad familiarizándose con la situación y detectando los inconvenientes, para así recoger información fiable del entorno, evidente para realizar el análisis e interpretación de los resultados, para llegar a conclusiones.

Utilizando el tipo de observación directa debido a que la investigadora se pondrá en contacto con el objeto de estudio, además se utilizara la observación indirecta ya que la responsable del grupo de adultos mayores, proporcionara información adicional.

Se compartirá con el grupo de adultos mayores en sus talleres diarios, por ello la observación será de campo debido a que se recolectara en el entorno natural que se produce.

3.4.1.2 El cuestionario.

La siguiente técnica que se utilizará para la presente investigación es el cuestionario debido a que los participantes responderán por escrito a preguntas organizadas en un cuestionario estandarizado, las mismas que estarán relacionadas con aspectos relevantes del tema investigado. Teniendo como finalidad obtener de manera sistemática la información fiable del problema investigado y de sus variables. El mismo que está estructurado con preguntas cerradas para la objetividad de los resultados y además ayudará a determinar bajo qué circunstancias se encuentra al momento de aplicar el cuestionario.

3.4.2 Instrumento.

3.4.2.1 Instrumento de la Variable independiente.

Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Lujan 1991)

Nombre: Inventario de pensamientos Automáticos “IPA” (Ruiz y Lujan)

Autores: Juan Ruíz y José Lujan

Año: 1996

Procedencia: México

Propósito: Identificar los pensamientos automáticos, que se encuentran agrupados en 15 tipos de distorsiones cognitivas.

Ámbito de aplicación: Se puede realizar la aplicación desde los 12 años de edad en adelante.

Administración: Puede ser administrada de forma individual o colectiva, además de ser auto-aplicable.

Propiedades psicométricas (Confiabilidad y Validez)

Confiabilidad

La fiabilidad del inventario de distorsiones cognitivas IPA, se determinó por la investigación realizada en el Perú, la cual se adquirió mediante el método de las

mitades Split Half de Guttman, que consistió en encontrar el coeficiente de correlación de Pearson entre las dos mitades de ítems, que fueron agrupados en ítems impares y pares, donde se encontro un coeficiente de 0.9339, para posterior corregirlo con la fórmula de Sperman- Brown, donde se obtuvo un coeficiente de 0,9658 lo que ratifica que el instrumento es fiable.

- Filtraje: ítems 1, 16, 31 presentan una media de 2,38 y una desviación de 2,0.
- Sobregeneralización: ítems 3, 18, 33, presentan una media de 1,33 y una desviación de 1,63.
- Pensamiento polarizado: ítems 2, 17, 32, presentan una media de 1,1 y una desviación de 1,53.
- Razonamiento emocional: ítems 9, 24, 39, presentan una media de 1,41 y una desviación de 1,7.
- Personalización: ítems 6, 21, 36, presentan una media de 1,3 y una desviación de 1,48.
- Interpretación del pensamiento: ítems 4, 19, 34, presentan una media de 1,79 y una desviación 1,6.
- Visión catastrófica: ítems 5, 20, 35, presentan una media de 1,97 y una desviación de 1,65.
- Falacia de justicia: ítems 8, 23, 38, presentan una media de 2,1 y una desviación de 1,85.
- Razonamiento emocional: ítems 9, 24, 39, presentan una media de 1,41 y una desviación de 1,7.
- Culpabilidad: ítems 12, 27, 42, presentan una media de 1,70 y una desviación de 1,94.
- Los debería: ítems 13, 28, 43, presentan una media de 2,50 y una desviación de 1.89.
- Falacia de control: ítems 7, 22, 37, presentan una media de 1,75 y una desviación de 1,62.
- Etiquetas globales: ítems 11, 26, 41, presentan una media de 1,33 y una desviación de 1,72.

- Falacia de cambio: ítems 10, 25, 40, presentan una media de 1,99 y una desviación de 1,76.
- Falacia de recompensa divina: ítems 15, 30, 45, presentan una media de 3,27 y una desviación de 2,38.
- Falacia de razón: ítems 14, 29, 44, presentan una media de 2,33 y una desviación 1,84.

La Validez

La validez del Inventario de Distorsiones Cognitivas se realizó en estudiantes de la universidad Cesar Vallejo. Mediante el análisis de correlación ítems, utilizando el análisis estadístico de Pearson, determinó que los 45 ítems de la versión original eran válidos, lo que quiere decir que alcanzaron un índice de validez mayor o igual a 0.20.

Forma de Calificación

El inventario de Distorsiones Cognitivas, consta de 45 ítems, de los cuales hay 3 ítem que representa a cada tipo de los 15 tipos de Distorsiones Cognitivas, cada ítem tiene 4 alternativas para responder, cada puntuaciones oscilan entre 0 a 3 puntos: Siempre (3 puntos), A veces (2 puntos), Casi Nunca (1 punto) y Nunca (0 puntos). Además Se puede obtener una puntuación por cada tipo de distorsiones cognitivas sumando los 3 ítems de cada distorsión. Siendo que a mayor puntuación tienen distorsiones cognitivas frecuentes y a menor puntuación presenta ausencia de distorsiones cognitivas. Cuya puntuación es de 0 puntos como mínimo a 9 puntos como máximo. Una puntuación de 2-5 indica que ese tema le afecta actualmente de manera importante. Una puntuación de 6-9 indica que tienes cierta tendencia a sentir malestar por la forma de interpretar los acontecimientos de su vida.

3.4.2.2 Instrumento de la Variable dependiente.

Escalas de bienestar psicológico de Carol Ryff (versión de d. Van Dierendonck)

Nombre: Escalas De Bienestar Psicológico De Carol Ryff adaptación española.

Autores: Carol Ryff versión original. Adaptación española: Darío Díaz, Amalio Blanco, Carmen Valle, Raquel Rodríguez Carvajal, Ismael Gallardo, Bernardo Moreno-Jiménez, y Dirk van Dierendonck.

Año: 2006.

Procedencia: España.

Propósito: Permite valorar el grado de bienestar general de una persona evaluando cada una de las dimensiones.

Ámbito de aplicación: Se puede realizar la aplicación desde los 18 años en adelante.

Administración: Puede realizarse de forma individual, colectiva y es auto-aplicable.

Propiedades psicométricas (Confiabilidad y Validez)

Confiabilidad

La versión de 29 items presenta adecuadas propiedades psicométricas tales como un alfa de Cronbach entre 0,84 a 0,70 para las 6 dimensiones.

Fiabilidad para cada una de las dimensiones de la versión española de la BP, según el alfa de Cronbach (Díaz et al. 2006)

- Autoaceptación 0,84
- Autonomía 0.70
- Relaciones positivas 0.78
- Crecimiento personal 0.71
- Propósito en la vida 0.70
- Dominio del entorno 0.82

Validez

La validez de la Escalas de Bienestar Psicológico versión reducida, se comprobó mediante análisis factorial confirmatorio que fue el método de estimación máxima verosimilitud, donde se empleó el programa AMOS 5.0. Donde las escalas presenta valores CFI y NNF iguales o mayores que 0,94, valores RMSEA menores de 0,060 y valores SRMR menores de 0,08. Siendo ajustes relativamente aceptables los mismos que fueron comprobados su validez a través de la comparación de seis modelos diferentes, para corroborar que escala se adapta más a la población, con una muestra de 467 participantes, con edades entre 18 y 72 años. Donde participaron 209 mujeres y 258 hombres. El nivel de educación fue desde estudios básicos hasta participantes con estudios de posgrados, quienes participaron en la aplicación de la Escalas de Bienestar Psicológico, llegando a la conclusión que la escala reducida de 29 ítems es la que presento mayor validez en su consistencia interna en comparación con las demás versiones.

Forma de Calificación

La escala de Bienestar Psicológico Adaptación Española cuenta con seis escalas y 29 ítems a los que a los deben responder a las puntuaciones comprendidas entre 1, 2, 3, 4 5 y 6 siendo 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo). Las mismas que son tipo Likert para mayor facilidad.

3.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

1. Realizar la aplicación del consentimiento informado a los participantes de la muestra de estudio.
2. Realizar la técnica de observación:
 - Directa
 - Indirecta
 - Participante

- Individual
 - De campo
3. Aplicar los reactivos psicológicos de manera individual a cada participante.
 - Inventario De Pensamientos Automáticos (Ruiz Y Lujan 1991)
 - Escalas De Bienestar Psicológico De Carol Ryff (Versión De D. Van Dierendonck)
 4. Realizar la calificación de los reactivos psicológicos aplicados.
 5. Tabular Los Resultados
 6. Se introducirán los datos en el sistema estadístico SPSS.
 7. Efectuar el análisis del coeficiente de correlación lineal de Pearson
 8. Procesar los datos mediante el chi cuadrado para conocer la correlación entre las variables.
 9. Analizar los resultados.
 10. Realizar la comprobación de objetivos mediante el análisis estadístico.
 11. Realizar la comprobación de hipótesis mediante el análisis estadístico.
 12. Realizar la interpretación de los resultados mediante la utilización del marco teórico y de los resultados estadísticos.
 13. Establecer conclusiones y recomendaciones

CAPÍTULO IV

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 RECURSOS

4.1.1 Recursos institucionales.

Se requiere el apoyo de las siguientes instituciones:

- Grupo de adultos mayores Agua Santa y Antonio Cabrejas
- La Basílica del cantón Baños de Agua Santa
- Gobierno autónomo descentralizado del cantón Baños de Agua Santa

4.1.2 Recursos humanos.

El equipo técnico está conformado por:

- Fray Gonzalo Suarez - Superior del convento de Baños de Agua Santa.
- Lcda: Marcia Fonseca – Docente encargada de las clases de manualidades.
- Stefanie Lluglla- Autora del proyecto de investigación.

4.1.3 Recursos materiales.

Se utilizara los siguientes materiales:

- Materiales de oficina
- Computadora
- Proyector
- Impresora

- Reactivos psicológicos
- Copias he impresiones

4.1.4 Recursos financieros.

4.1.4.1 Presupuesto

RUBRO DE GASTOS	VALOR
Personal técnico	\$ 860.00
Materiales de oficina	\$ 300.00
Computadora	\$ 850.00
Proyector	\$ 470.00
Impresora	\$ 350.00
Servicio de internet	\$ 300.00
Impresiones del proyecto	\$ 100.00
Copias de los Reactivos psicológicos	\$ 20.00
Trasporte	\$ 150.00
Imprevistos	\$ 100.00
TOTAL	\$ 3.500.00

4.2 CRONOGRAMA

NRO	ACTIVIDADES	1		2		3		4		5		6		7		8	
		MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT								
1	Elaboración del perfil del proyecto	■	■	■	■												
2	Desarrollo del marco teórico			■	■	■	■										
3	Definición del marco metodológico							■	■								
4	Finalización del proyecto										■	■	■	■	■	■	■

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* 19ª Edición. The Guilford Press. Nueva York. Publicado en Castellano en Descleé de Brouwer.
- Casas F. y Aymerich M. (2005). *Calidad de vida de las personas mayores. Gerontología. Actualizaciones, innovación y propuestas*. Madrid, Pearson Prentice Hall, pp. 115-143.
- Casullo, M. (2002). *Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Freud, S. (1973). *Obras completas*. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2010) *Censo de población y vivienda. Equipo Parlamento Gente. Tungurahua en Cifras 2012*.
- Pérez Ortiz, Lourdes. (1997). *Las necesidades de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad*. Madrid, España. INSERSO.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo Editorial Norma. ISBN 9789580492467.
- Ruiz, J.J. y Cano, J. J., (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Editorial Ruiz Sánchez, Juan José.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2012). *Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Manual De Técnicas De Intervención Cognitivo Conductual*. Bilbao. Desclée de Brouwer.

- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2012). *Manual De Técnicas De Intervención Cognitivo Conductual*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2012). *Terapia Cognitiva. Manual De Técnicas De Intervención Cognitivo Conductual*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Sancho, C. M. (2006). *Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO. Informe 2006.
- Vazquéz C., y Hervás, G., (2009). *Psicología Positiva Aplicada (2ª.Ed)*. Editorial Desclée De Brower.
- Yurita, C.L y DiTomasso, R.A. (2004). Cognitive Distorsions. *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. Springer.

LINKOGRAFÍA

- 16,4% de adultos mayores sufre de violencia psicológica. (2013). *Telégrafo Ecuador*. Recuperado el 16 de abril del 2015, disponible en <http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/164-de-adultos-mayores-sufre-de-violencia-psicologica.html>
- Aguerre, C., & Bouffard, L. (2008). Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría*, 22, 1146-1162. Recuperado de: <http://www.acgg.org.co/descargas/revista-22-2.pdf#page=31>
- Amutio Kareaga, A., Ayestaran Exeberria, S., & Smith, J. C. (2008). Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(2), 235-252. Recuperado de

<http://scielo.isciii.es/pdf/rpto/v24n2/v24n2a06.pdf>

- Arraga, M., Y Sánchez, M. (2010). Bienestar Subjetivo en Adultos Mayores Venezolanos. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, Vol. 44, Num. 1 pp. 12-18. Recuperado de <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP041a5/RIP04402.pdf>
- Barrios, M. V. A., & Villarroel, M. S. (2010). Bienestar subjetivo en adultos mayores venezolanos. *R. Interam. Psicol*, 44 (1). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100011>
- Bošković, G., & Šendula Jengiđ, V. (2008). Mental health as eudaimonic well-being?. *Psychiatria Danubina*, 20(4.), 452-455. Recuperado de <http://hrcak.srce.hr/file/45582>
- Cano, J., & Ruíz, J. (2012). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Recuperado el 20 de mayo del 2015, disponible en http://tifreud.com/pluginfile.php?file=/174/mod_resource/content/1/terapia%20manual%20de%20psicoterapia%20cognitiva.pdf
- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII) (2014). *¿Cuántos Son?*. Recuperado el 16 de abril del 2015, disponible en <http://www.igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/cuantos-son-adulto-mayor.html>
- Cutler SJ, Hendricks J. (2000). Age Differences in Voluntary Association Memberships Fact or Artifact. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*; 55(2): S98-107. Recuperado de <http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/55/2/S98.short>
- Escarbajal-Frutos, A., Izquierdo-Rus, Tomás., López-Martínez, Olivia. (2014). Análisis del bienestar psicológico en grupos en riesgo de exclusión social. *Anal. Psicol.* 30(2) 541-548. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.156591>

- Fernández, M. E. P., & Rodríguez, J. M. A. (2012). Distorsiones Cognitivas: Una Revisión Sobre Sus Implicaciones En La Conducta Agresiva Y Antisocial. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, (12), 85-99. ISSN: 1576-9941 Recuperado de <http://masterforense.com/pdf/2012/2012art5.pdf>
- Fernández-Montalvo, J., Báez, C. y Echeburúa, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis descriptivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 37,13-23 Recuperado de http://www.researchgate.net/profile/Javier_Fernandez-Montalvo/publication/234752273_Distorsiones_cognitivas_de_los_jugadores_patologicos_de_mquinas_tragaperras_en_tratamiento_un_analisis_descriptivo/links/0912f510002ba767c8000000.pdf
- Ferrada-Mundaca, & Zavala- Gutiérrez, (2014). Bienestar Psicológico: Adultos Mayores Activos A Través Del Voluntariado. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 123-130. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n1/art_11.pdf
- Freire, W. B. (2009-2010). *La Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I Ecuador*. Recuperado el 28 de junio del 2015, disponible en <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>
- Garaigordobil, M., Aliri, J. y Fontaneda, I. (2009). Bienestar psicológico subjetivo: diferencias de sexo relaciones con dimensiones de personalidad y variables predictoras. *Psicología Conductual*. 17(3), páginas 543-559. Recuperado de http://www.sc.ehu.es/ptwgalam/art_completo/2009/PC%20bienestar%202009.pdf

- García, M., (2004). *Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual*. Recuperado el 15 de mayo del 2015, disponible en www.efdeportes.com/
- García, J. C. (2008). *Análisis Del Bienestar Psicológico En México* [Tesis de maestría] Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede México. México. Recuperado el 12 de junio del 2015, disponible en: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/1185/7/TFLACSO-01-2008JCGB.pdf>
- Gómez-Vela, M. (2001). *Calidad de vida*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Recuperado el 20 de julio del 2015, disponible en: <http://www.uia.mx/actividades/publicaciones/iberoforum/7/pdf/scarmona.pdf>
- Gómez, M. M. N., Gutiérrez, R. M. V., Castellanos, S. A. O., Vergara, M. P., & Pradilla, Y. K. R. (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 315-329. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/264/evaluacion-de-la-calidad-de-vida-y-bienestar-ES.pdf>
- Gómez-Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista latinoamericana de psicología*, 39(3), 435-447. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v39n3/v39n3a01>
- González- Méndez, H.(2005). *El paradigma personal. Un modelo integrador en psicoterapia*. Universidad de Los Andes. Consejo de Publicaciones. Mérida, Venezuela. Recuperado el 20 de junio del 2015, disponible en <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32748/1/articulo2.pdf>

- González- Méndez, H.(2005). *El paradigma personal. Un modelo integrador en psicoterapia*. Universidad de Los Andes. Consejo de Publicaciones. Mérida,Venezuela. Recuperado el 21 de abril del 2015, disponible en <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32748/1/articulo2.pdf>
- Jáuregui Lobera, I. (2012). La distorsión cognitiva fusión pensamiento-forma en los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 27(5) 1677-1678. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309224877050>.
- Labrador, F. J., & Ruiz, B. (2010). Distorsiones cognitivas durante el juego en máquinas recreativas con premio en jugadores patológicos y no jugadores. *Pensamiento psicológico*, 4(10). Recuperado de <http://portalesn2.puj.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/view/98>
- Lemos, H. M., Londoño, N.H., y Zapata, J. A (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes Psicológicos*, (9) 55-69 Medellín – Colombia. Recuperado el 21 de abril del 2015 , disponible en <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1707/1650>
- Londoño, A., Álvarez, V. C., López, B. P., Y Posada, G. S. (2005). Distorsiones Cognitivas Asociadas al Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Informes psicológicos*, (7) 123 – 136. Medellín - Colombia. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1676>
- Mañoso, V., Labrador, F. J. & Fernández Alba, A. (2004). Tipo de distorsiones cognitivas durante el juego en jugadores patológicos y no jugadores. *Psicothema*, 16(4) 576-581. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72716406>

- Mella, R., González, L., D' Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psyche*, 13, 79-89. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282004000100007>
- Ministerio de inclusión económica y social (MIES, 2013) *En Ecuador existe más de 1'300.000 adultos mayores*. Ecuador. Recuperado el 21 de mayo del 2015, disponible en <http://www.palabramayor.ec/index.php/component/k2/item/345-en-ecuador-existe-m%C3%A1s-de-1%E2%80%99300000-adultos-mayores>.
- Molina, C., & Meléndez, J. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Geriátrika*, 22, 97-105. Recuperado de <http://www.redadultosmayores.com.ar/MATERIAL%202010/RAM2011/RepD ominicana/bienestar%20psicologico%20en%20envejecientes%20Republica%20Dominicana.pdf>
- Molina, C.R. (2012). *Análisis de las distorsiones cognitivas en usuarios de 18 a 64 años de edad con consumo de alcohol, cocaína, cannabis del centro de reposo y adicciones C.R.A.* [Tesis de pregrado] Universidad del Azuay. Cuenca. Recuperado el 14 de junio del 2015, disponible en <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/1801>
- Montiel, J. M., Bartholomeu, D., Garcia Capitão, C., & Couto Santos, G. (2014). Pensamentos negativos automáticos em pacientes com transtorno do pânico. *Liberabit*, 20(2), 239-249. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v20n2/a05v20n2.pdf>
- Moral, J. C. M., Miguel, J. M. T., & Pardo, E. N. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 43(2), 90-95. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X08711612>

- Muñetón, M. J. B. (2013). Relación entre esquemas inadaptativos, distorsiones cognitivas y síntomas de ludopatía en jugadores de casinos. *Pensamiento Psicológico*, 11(2), 89-102. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v11n2/v11n2a06.pdf>
- McKay, M.; Davis, M And Fanning, P. (1988). 15 Tipos de pensamientos distorsionados adaptado en 1988. Recuperado el 10 de marzo del 2015, disponible en <http://www.uned.es/master-psicologia-deporte/jajajaja/2009/pd.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado el 29 de julio del 2015, disponible en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Ortiz Arriagada, Juana Beatriz, & Castro Salas, Manuel. (2009). Bienestar Psicológico de los Adultos Mayores, Su Relación con la Autoestima y la Autoeficacia: Contribución De Enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31. <http://10.4067/S0717-95532009000100004>.
- Páramo, M. D. L. Á., Straniero, C. M., García, C. S., Torrecilla, N. M., & Gómez, E. E. (2012). Bienestar psicológico, estilos de personalidad y objetivos de vida en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 7-21. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612012000100001&script=sci_arttext
- Paredes, S. A., (2010). *El Bienestar Psicológico del Adulto Mayor. Estudio Realizado con los Integrantes del Grupo del CEAM en Pifo*. [Tesis de pregrado] Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito. Quito. Recuperado el 21 de junio del 2015, disponible en <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/903/15/EL%20BIENESTAR%20PSICOLOGICO%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>

- Polo, M.I., y Amar, J.A (2006). Distorsiones Cognitivas en los Grupos De Drogodependientes con Diagnóstico Dual. *Revista Psicogente*, 9 (15) 119-134. Recuperado de <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co:82/rdigital/psicogente/index.php/psicogente/article/viewFile/39/44>
- Rojas, M. E. (2013). *Distorsiones Cognitivas Y Conducta Agresiva En Jóvenes Y Adolescentes: Análisis En Muestras Comunitarias Y De Delinquentes*. [Tesis Maestría] Universidad Complutense De Madrid, Madrid. Recuperado el 10 de junio del 2015, disponible en <http://eprints.ucm.es/23510/1/T34887.pdf>
- Rosa-Rodríguez, Yarimar, Negrón Cartagena, Nadjah, Maldonado Peña, Yazmín, Quiñones Berrios, Areliz, & Toledo Osorio, Neyra. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 33-43. <http://dx.doi.org/10.12804/apl33.01.2015.03>
- Ruiz, J. y Luján, J. (1991). *Manual de Psicoterapia Cognitiva. Inventario de pensamientos automáticos*. Recuperado el 6 de junio del 2015, disponible en http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse2.htm
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. Recuperado de http://sdtheory.s3.amazonaws.com/SDT/documents/2008_RyanHutaDeci_LivingWell_JOHS.pdf
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069

- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A Eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. doi: 10.1007/s10902-006-9019-0
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A Eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. doi: 10.1007/s10902-006-9019-0
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) (2012). *En España puede haber seis millones de personas con depresión*. Recuperado el 19 de septiembre del 2015, disponible en <http://www.webconsultas.com/depresion/en-espana-puede-haber-seis-millones-de-personas-con-depresion-3550>.
- Schwingel A, Niti M, Tang C, Nq T. (2009). Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies. *Age Ageing* 38(5): 531-7. Recuperado de <http://ageing.oxfordjournals.org/content/early/2009/05/27/ageing.afp089.abstract>
- Scorsolini-Comin, Fabio, & Santos, Manoel Antônio dos. (2010). El estudio científico de la felicidad y la promoción de la salud: revisión integradora de la literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 472-479. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300025>
- Sheldon, K.M. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56, 216-217. Recuperado de <http://web.missouri.edu/~sheldonk/pdfarticles/AP01.pdf>
- Tomás, M., Meléndez, J., & Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20, 304-310. Recuperado el 9 de mayo del 2015, disponible en

http://www.researchgate.net/publication/28224829_Modelos_factoriales_confirmatorios_de_las_escalas_de_Ryff_en_una_muestra_de_personas_mayores

- Ubilluz, D.D. (2013). *La Bailoterapia En El Estado Anímico De Los Adultos Mayores En La Pastoral De La Salud En La Vicaría De Baños De Agua Santa*. [Tesis de posgrado] Universidad Técnica de Ambato. Ambato. Recuperado el 19 de junio del 2015, disponible en http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/4855/1/tma_2013_1002.pdf
- Valdés, S. E. C. (2009). El bienestar personal en el envejecimiento. *Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 4(7), 48-65. Recuperado de <http://www.uia.mx/actividades/publicaciones/iberoforum/7/pdf/scarmona.pdf>
- Vázquez, C., & Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial. Recuperado el 18 de julio del 2015, disponible en http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf
- Vielman, J y Alonso, L (2010). El bienestar subjetivo en estudiantes universitarios: la evaluacion sistematica del flujo en la vida cotidiana. *Artículos arbitrados*. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32748/1/articulo2.pdf>
- Vivaldi, Flavia, & Barra, Enrique. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
- Waters, W. y Gallegos, C., (2010) *Salud y Bienestar del Adulto Mayor Indígena*. Ecuador. Recuperado el 10 de mayo del 2015, disponible en <http://www.mayoressaludables.org/salud-y-bienestar-del-adulto-mayor-indigena>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS UTA

- **EBRARY.** George, L. K. (2010). Still Happy After All These Years: Research Frontiers on Subjective Well-being in Later Life. *The Journals of Gerontology: Series B*, 65B(3), 331-339. Recuperado de http://www.upo.es/revistas/index.php/pedagogia_social/article/viewFile/411/548
- **EBSCO.** González, R. E y Valbuena, N. A. (2013) Distorsiones Cognitivas, Ansiedad y Depresión en Personas Obesas. *Revista Iberoamericana de Investigación Aplicada*. 1 (1) 22-30. Recuperado de http://www.rii aplicada.org/archivos_pdf/enero_junio2014/reviberinvv1n1a20132230.pdf
- **EBSCO.** Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. doi: 10.1037//0022-3514.82.6.1007.
- **PUBMED.** De-Juanas Oliva, Á., Mendizábal, L., Rosario, M., & Navarro Asencio, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. Analysis of psychological well-being, perceived health status and quality of life in older adults. *Pedagogía social*, (22), 11. DOI: 10.7179/PSRI_2013.22.02
- **PROQUEST.** Boone, J., & Wink, P. (2006). The Third Age: A rationale for research. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, 26, 19- 34. Recuperado de <http://search.proquest.com/openview/22f36d1d7e4221a1cc2396a51cec45bc/1?pq-origsite=gscholar>
- **PROQUEST.** Rioseco, R., Quezada, M., Ducci, M., & Torres, M. (2008). Cambio en las redes sociales de adultos mayores beneficiarios de programas de

vivienda social en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, 147-153.
Recuperado de
[http://search.proquest.com/openview/22f36d1d7e4221a1cc2396a51cec45bc/1?
pq-origsite=gscholar](http://search.proquest.com/openview/22f36d1d7e4221a1cc2396a51cec45bc/1?pq-origsite=gscholar)

- **SCOPUS.** Canario, J. A. & Báez, M. E. (2005). Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH. *Revista Psicología Científica.com*. 7(5). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/vih-distorsiones-cognitivas>
- **SCOPUS.** Escarbajal-Frutos, A., Izquierdo-Rus, T., & López-Martínez, O. (2014). Análisis del bienestar psicológico en grupos en riesgo de exclusión social. *anales de psicología*, 30(2), 541-548.
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.156591>
- **SCOPUS.** Torres, C. A., & Ortiz, N. P. (2014). Situación económica y bienestar psicológico en adultos mayores de Balancán, Tabasco. *Horizonte Sanitario*, 7(3), 9-19. Recuperado de
<http://www.revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/198>
- **SCOPUS.** Castro, M. E., Castedo, A. L., & Domínguez, E. S. (2009). Perfil sociodemográfico-penal y distorsiones cognitivas en delincuentes sexuales. *Revista galego-portuguesa de psicoloxía e educación: revista de estudos e investigación en psicología y educación*, (17), 155-166. Recuperado de
<http://ruc.udc.es/handle/2183/7638>
- **SCOPUS.** Del Valle Vera, B., Caneto, F., Tuzinkievich, F. B., & Garimaldi, J. A. (2014). Prevalencia de juegos de apuestas, síntomas depresivos y distorsiones cognitivas en jóvenes universitarios. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 6(2), 55-64. Recuperado de
<http://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/article/view/6361>

- **SPRINGER LINK.** Hicks, J., Epperly, L., & Barnes, K. (2001). Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly. *Sex Roles*, 45, 15-30. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1013056116857#page-1>
- **UNIRIOJA.ES.** Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3255>
- **UNIRIOJA.ES.** Díaz, D., Van Dierendonck, D., Abarca, A. B., Jiménez, B. M., Gallardo, I., Valle, C., & Carvajal, R. R. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3255.pdf>
- **UNIRIOJA.ES.** González Zúñiga Godoy, C. (2004). La psicología positiva: un cambio en nuestro enfoque patológico clásico. *Liberabit. Revista de Psicología*, (10), 82-88. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601009>
- **UNIRIOJA.ES.** Molina, J. M. R., & Muñoz, A. M. Á. (2008). Distorsiones cognitivas en la percepción del juego patológico por adolescentes: un estudio preliminar. *RET: Revista de toxicomanías*, (53), 14-20. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3627463>
- **UNIRIOJA.ES.** Novoa, M. M., Caycedo, C., Aguillón, M. A., & Suarez, R. A. (2010). Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. *Pensamiento Psicológico*, (10), 177-195. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2792812>

- **UNIRIOJA.ES.** Prieto, M. E., Fernández, G., Rojo, F., Lardiés, R., Rodríguez, V., & Ahmed, K. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid: 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 301-313. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MEDLINE&exprSearch=18711644&indexSearch=UI&lang=e>
- **UNIRIOJA.ES.** Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. Recuperado de <http://www.psych.upenn.edu/seligman/apintro.htm>
- **UNIRIOJA.ES.** Torres, M. G. J., de Vaca, P. M. N. C., Morales, E. M., & Sánchez, A. I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-272.pdf

6.- ANEXOS

ANEXO 1

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

- 0= Nunca pienso eso
- 1= Algunas veces lo pienso
- 2= Bastante veces lo pienso
- 3= Siempre lo pienso

1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	3
2. Solamente me pasan cosas malas	0	1	2	3
3. Todo lo que hago me sale mal	0	1	2	3
4. Sé que piensan mal de mi	0	1	2	3
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	3
6. Soy inferior a la gente en casi todo	0	1	2	3
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiria mejor	0	1	2	3
8. ¡No hay derecho a que me traten así!	0	1	2	3
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	0	1	2	3
10. Mis problemas dependen de los que me rodean	0	1	2	3
11. Soy un desastre como persona	0	1	2	3
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	2	3
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas	0	1	2	3
14. Sé que tengo la razón y no me entienden	0	1	2	3
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0	1	2	3
16. Es horrible que me pase esto	0	1	2	3
17. Mi vida es un continuo fracaso	0	1	2	3
18. Siempre tendré este problema	0	1	2	3
19. Sé que me están mintiendo y engañando	0	1	2	3
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3
21. Soy superior a la gente en casi todo	0	1	2	3
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0	1	2	3
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0	1	2	3
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0	1	2	3

25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0	1	2	3
26. Alguien que conozco es un imbécil.	0	1	2	3
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa	0	1	2	3
28. No debería cometer estos errores	0	1	2	3
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0	1	2	3
30. Ya vendrán mejores tiempos	0	1	2	3
31. Es insoportable, no puedo aguantar más.	0	1	2	3
32. Soy incompetente e inútil.	0	1	2	3
33. Nunca podré salir de esta situación	0	1	2	3
34. Quieren hacerme daño	0	1	2	3
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0	1	2	3
36. La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2	3
37. Soy una víctima de mis circunstancias	0	1	2	3
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	1	2	3
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0	1	2	3
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	1	2	3
41. Soy un neurótico	0	1	2	3
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco	0	1	2	3
43. Debería recibir más atención y cariño de otros	0	1	2	3
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0	1	2	3
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	1	2	3

CLAVES DE CORRECCIÓN:

TIPO DE DISTORSION	PREGUNTAS	PUNTUACION TOTAL
FILTRAJE	1-16-31	()
PENSAMIENTO POLARIZADO	2-17-32	()
SOBREGENERALIZACION	3-18-33	()
INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO	4-19-34	()
VISION CATASTROFICA	5-20-35	()
PERSONALIZACION	6-21-36	()
FALACIA DE CONTROL	7-22-37	()
FALACIA DE JUSTICIA	8-23-38	()
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	9-24-39	()
FALACIA DE CAMBIO	10-25-40	()
ETIQUETAS GLOBALES	11-26-41	()
CULPABILIDAD	12-27-42	()
LOS DEBERIA	13-28-43	()

TIPO DE DISTORSION	PREGUNTAS	PUNTUACION TOTAL
FALACIA DE RAZON	14-29-44	()
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	15-30-45	()

ANEXO 2

ESCALAS DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE CAROL RYFF (VERSIÓN DE D. VAN DIERENDONCK)

Adaptación española de 29 ítems (Darío Díaz, Raquel Rodríguez-Carvajal, Amalio Blanco, Bernardo Moreno-Jiménez, Ismael Gallardo, Carmen Valle y Dirk van Dierendonck* - 2006.

Nº		1	2	3	4	5	6
1	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.						
2	<i>A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.</i>						
3	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.						
4	<i>Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.</i>						
5	<i>Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.</i>						
6	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.						
7	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.						
8	<i>No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.</i>						
9	<i>Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.</i>						

10	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.						
11	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.						
12	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						
13	<i>Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.</i>						
14	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.						
15	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.						
16	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						
17	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.						
18	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						
19	<i>Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.</i>						
20	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.						
21	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.						
22	<i>No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.</i>						
23	<i>Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.</i>						
24	En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.						
25	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.						
26	<i>Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.</i>						
27	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						

28	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.						
29	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiar.						

- **Autoaceptación: Ítems 1, 7, 19 y 31.**
- **Relaciones positivas: Ítems 2, 8, 14, 26, y 32.**
- **Autonomía: Ítems 3, 4, 9, 15, 21 y 27.**
- **Dominio del entorno: Ítems 5, 11, 16, 22, y 39.**
- **Crecimiento personal: Ítems 24, 36, 37, y 38.**
- **Propósito en la vida: Ítems 6, 12, 17, 18 y 23.**

Observaciones:

- **Los ítems inversos se presentan en letra cursiva.**
- **Escala 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo).**

ANEXO 3

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
PSICOLOGÍA CLÍNICA
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE PREGRADO
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Sr/Sra.....Con CI....., en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado/a y estoy de acuerdo en participar en la investigación científica titulada “*Distorsiones Cognitivas y Bienestar Psicológico del adulto mayor en el grupo Agua Santa y Antonio Cabrejas del cantón Baños*”, el propósito, objetivos y naturaleza de la investigación me ha sido descrita por la **INVESTIGADORA STEFANIE ELIZABETH LLUGLLA AGUIRRE**, alumna de Décimo Semestre de la Carrera de Psicología Clínica, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Ambato. Por ello declaro estar debidamente informado y doy mi consentimiento para observaciones y la aplicación de reactivos psicológicos, los mismos que se llevarán a cabo respetando mi dignidad e integridad de ser humano y serán de uso confidencial y exclusivo para la presente investigación.

Como constancia firmo a los.....días del mes de..... del 2015.

Firma del participante:

Nombre y apellidos:.....

CI:.....

Firma de la investigadora:

Nombre y apellidos:.....

CI:.....