



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LAS CREENCIAS IRRACIONALES Y LOS NIVELES DE BIENESTAR PSICOLÓGICOS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO JULIO-DICIEMBRE 2013.”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

**Autora:** Núñez López, María Gabriela

**Tutor:** Psc. Sandoval Villalba, Juan Francisco

Ambato-Ecuador

Febrero, 2015

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad del Tutor del Trabajo de Investigación sobre el Tema: **“LAS CREENCIAS IRRACIONALES Y LOS NIVELES DE BIENESTAR PSICOLÓGICOS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO JULIO-DICIEMBRE 2013”** de María Gabriela Núñez López, 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 2014

EL TUTOR

.....  
Psc. Sandoval Villalba, Juan Francisco

## **AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“LAS CREENCIAS IRRACIONALES Y LOS NIVELES DE BIENESTAR PSICOLÓGICOS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO JULIO-DICIEMBRE 2013”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2014

LA AUTORA

.....  
Nuñez López, María Gabriela

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis 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 2014

LA AUTORA

.....

Núñez López, María Gabriela

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“LAS CREENCIAS IRRACIONALES Y LOS NIVELES DE BIENESTAR PSICOLÓGICOS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO JULIO-DICIEMBRE 2013”** de María Gabriela Núñez López, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Febrero de 2015

Para constancia firman

.....  
PRESIDENTE/A

.....  
PRIMER VOCAL

.....  
SEGUNDO VOCAL

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente Trabajo de Tesis a mis padres por haberme regalado la vida, quienes han sido mi principal fuente de inspiración, que con su ejemplo han sido una guía de fe y perseverancia, a mis hermanos por ser compañeros de gran parte de mi vida, quienes con su ternura, dulzura y travesuras me transmiten alegría.

Gabriela Núñez

## **AGRADECIMIENTO**

A mi familia por su apoyo incondicional y su confianza, que han sido una de mis principales motivaciones.

A mis amigos y amigas por acompañarme en los buenos y malos momentos, por haberme apoyado en todas mis decisiones y sobre todo por llenar mi vida de valiosas experiencias que han enriquecido mi vida.

A mis profesores quienes me han brindado los conocimientos teóricos y prácticos para formarme como profesional. A mis tutores de tesis Psc. Menthor Sanchez y Psc. Juan Sandoval quienes supieron escucharme y guiar mis ideas, ayudando a concluir el presente trabajo investigativo.

A todas aquellas personas que llegaron a mi vida para regalarme parte de las suyas, quienes han dejado una huella invalorable de amor e ilusión.

.

Gabriela Núñez

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Página de Título de Portada .....	i
Aprobación por el Tutor.....	ii
Autoría del trabajo de Grado .....	iii
Derechos de Autor.....	iv
Aprobación del Jurado Examinador.....	v
Dedicatoria .....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice de Contenido .....	viii
Índice de Gráficos .....	xii
Índice de Cuadros.....	xiii
Resumen Ejecutivo.....	xvii
Introducción.....	1
<b>CAPÍTULO I EL PROBLEMA .....</b>	<b>3</b>
1.1 Tema De Investigación .....	3
1.2 Planteamiento del problema .....	3
1.2.1 Contextualización .....	3
1.2.1.1 Macro .....	3
1.2.1.2 Meso .....	5
1.2.1.3 Micro .....	7

1.2.2 Análisis Crítico .....	9
1.2.3 Prognosis .....	10
1.2.4 Formulación del Problema .....	10
1.2.5 Preguntas Directrices .....	10
1.2.5 Delimitación del Objeto de Estudio .....	10
1.3 Justificación .....	11
1.4 Objetivos .....	12
<b>CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>13</b>
2.1. Antecedentes Investigativos .....	13
2.2. Fundamentación .....	15
2.2.1 Fundamentación Filosófica .....	15
2.2.2 Fundamentación Psicológica .....	18
2.2.5 Fundamentación Legal .....	20
2.3. Categorías Fundamentales .....	25
2.4. Marco Teórico .....	28
2.4.1 Representación Mental .....	28
2.4.2 Conciencia Cognitiva .....	29
2.4.3 Creencias .....	31
2.4.4 Creencias Irracionales .....	33
2.4.5 Salud .....	40

2.4.6 Salud Mental.....	41
2.4.7 Bienestar .....	43
2.4.8 Bienestar Psicológico .....	44
2.5 Hipótesis.....	62
2.6 Señalamiento de Variables .....	62
CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	63
3.1 Modalidad de la Investigación .....	63
3.2 Nivel de Investigación .....	64
3.3 Población .....	64
3.4 Muestra .....	64
3.5 Plan de Recolección de la Información .....	72
3.6 Plan de Procesamiento de la Información .....	74
3.7 Técnicas e Instrumentos .....	75
3.8 Procesamiento y Análisis .....	80
CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	81
4.1 Análisis de los resultados de la Escala de Actitudes y Creencias .....	87
4.2 Análisis de los resultados de la Escala de Bienestar Psicológico. ....	97
4.1 Verificación de la Hipótesis .....	103

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	105
5.1 Conclusiones .....	105
5.2 Recomendaciones .....	106
CAPÍTULO VI PROPUESTA.....	107
6.1 Datos Informativos .....	107
6.2 Antecedentes de la Propuesta .....	108
6.3 Justificación .....	109
6.4 Objetivos.....	110
6.5 Análisis de Factibilidad .....	110
6.6 Fundamentación Científico - Técnica .....	111
6.7 Modelo Operativo.....	124
6.8 Administración de la Propuesta.....	139
6.9 Plan de monitoreo y Evaluación .....	140

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1(Árbol de Problemas).....	8
Gráfico 2(Categorías Fundamentales).....	25
Gráfico 3(Red Conceptual V.I) .....	26
Gráfico 4(Red Conceptual V.D) .....	27

Gráfico 5(Estadístico) .....	82
Gráfico 6(Estadístico) .....	83
Gráfico 7(Estadístico) .....	84
Gráfico 8(Estadístico) .....	85
Gráfico 9(Estadístico) .....	86
Gráfico 10(Estadístico) .....	87
Gráfico 11(Estadístico) .....	88
Gráfico 12(Estadístico) .....	89
Gráfico 13(Estadístico) .....	90
Gráfico 14(Estadístico) .....	91
Gráfico 15(Estadístico) .....	92
Gráfico 16(Estadístico) .....	93
Gráfico 17(Estadístico) .....	94
Gráfico 18(Estadístico) .....	95
Gráfico 19(Estadístico) .....	96
Gráfico 20(Estadístico) .....	97
Gráfico 21(Estadístico) .....	98
Gráfico 22(Estadístico) .....	99
Gráfico 23(Estadístico) .....	100
Gráfico 24(Estadístico) .....	101
Gráfico 25(Estadístico) .....	102

Gráfico 26(Estadístico) .....	103
-------------------------------	-----

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1(Operacionalización de la V.I) .....	68
Tabla 2 (Operacionalización de la V.D).....	71
Tabla 3 (Plan de recolección de información).....	73
Tabla 4 (Plan de procesamiento de la información) .....	75
Tabla 5 .....	81
Tabla 6 .....	82
Tabla 7 .....	83
Tabla 8 .....	85
Tabla 9.....	86
Tabla 10 .....	87
Tabla 11 .....	88
Tabla 12 .....	89
Tabla 13 .....	90
Tabla 14 .....	91
Tabla 15 .....	92
Tabla 16 .....	93
Tabla 17 .....	94

Tabla 18 .....	95
Tabla 19 .....	96
Tabla 20 .....	97
Tabla 21 .....	98
Tabla 22 .....	99
Tabla 23 .....	100
Tabla 24 .....	101
Tabla 25 .....	102
Tabla 26 .....	103
Tabla 27 .....	104
Tabla 28 .....	138
Tabla 29 .....	140
Tabla 30 .....	141

### **ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexo 1 .....	146
Anexo 2 .....	148
Anexo 3 .....	153

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

**“LAS CREENCIAS IRRACIONALES Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE BIENESTAR PSICOLÓGICOS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO JULIO-DICIEMBRE 2013.”**

**Autor:** Núñez López, María Gabriela

**Tutor:** Psc. Sandoval Villalba, Juan Francisco

**Fecha:** Agosto del 2014

**RESUMEN**

El presente trabajo investigativo tuvo como objetivo evaluar las creencias irracionales y su influencia en los niveles de bienestar psicológico en los pacientes que acuden a la “Sala de Primera Acogida” del “Hospital Provincial Docente Ambato” en el período Julio-Diciembre 2013.

El lugar de la investigación se radico en el “Hospital Provincial Docente Ambato” en la ciudad de Ambato, Provincia de Tungurahua a partir del mes de Julio hasta Diciembre del año 2013, las personas presentes en el trabajo son 140 pacientes que acuden a la “Sala de Primera Acogida”

Metodológicamente la información se obtuvo mediante la aplicación de la Escala de Actitudes y Creencias y la Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS-A), posterior a un análisis de los resultados conseguidos como se indica con el cálculo de “Chi-cuadrado”  $X^2$  para comprobación de la hipótesis, concluyendo que las creencias irracionales si están relacionado con los niveles de bienestar psicológico [ $X^2(2) = 84.51$  p, < 0.001, N=140], además; se rechaza la hipótesis nula y se acepta

la hipótesis alterna, es decir se confirma que existe una relación de las creencias irracionales con los niveles de bienestar psicológico de las personas que acuden a la “Sala de Primera Acogida”; la mayoría presenta un alto índice de Irracionalidad, teniendo niveles significativos en las creencias irracionales ( baja tolerancia a la frustración, éxito y condenación), y las de menor porcentaje (tremendismo, aprobación y comodidad) aunque todas las creencias evaluadas a través de la Escala de Actitudes y Creencias están presentes en mayor o menor porcentaje, se ven relacionadas con los niveles de bienestar psicológico presente en los pacientes, es así que el bienestar psicológico se ve afectado, en mayor o menor magnitud según el grado de irracionalidad de la creencia.

Finalmente se propone la creación de un Protocolo de Intervención Psicoterapéutica mediante la Terapia Racional Emotivo-Conductual dirigido a las personas con creencias irracionales que acuden a la Sala de Primera Acogida del “Hospital Provincial Docente Ambato”, con el objetivo de modificar las creencias irracionales y reemplazar dichos pensamientos por otros mas racionales o funcionales, que ayuden a obtener con mayor eficacia metas de forma individual como ser feliz y por ende un alto nivel de bienestar psicológico

**PALABRAS CLAVES:**

CREENCIAS\_IRRACIONALES BIENESTAR\_PSICOLÓGICO  
CONCIENCIA\_COGNITIVA

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF SCIENCES OF THE HEALTH  
CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

**“THE IRRATIONAL BELIEFS AND THEIR INFLUENCE IN THE LEVELS OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN THE PATIENTS THAT GO TO THE ROOM OF FIRST WELCOME OF THE EDUCATIONAL PROVINCIAL HOSPITAL AMBATO IN THE PERIOD JULY-DECEMBER 2013.”**

**Author:** Núñez López, María Gabriela

**Tutor:** Psc. Sandoval Villalba, Juan Francisco

**Date:** August of the 2014

### **SUMMARY**

The present investigative work had as objective to evaluate the irrational beliefs and his influence in the levels of psychological well-being in the patients that go to the “Court of Welcomed First” of the “Educational Provincial Hospital Ambato” in the period Julio-December 2013.

The place of the investigation resides in the “Educational Provincial Hospital Ambato” in the city of Ambato, County of Tungurahua starting from July until December of the year 2014, the present people in this work are 140 patients that go to the “Court of Welcomed First”

Methodologically the information was obtained trough the application of the Scale of Attitudes and Beliefs and the Scale of Psychological Well-being (BIEPS-A), later to an analysis of the acquired results as it´s demonstrated with the calculation of “Chi-square”  $X^2$  for verification of the hypothesis where reaches the conclusion that´s found through the application of the Chi-square test of Pearson that the irrational beliefs if they are related with the levels of psychological well-

being [ $X^2 (2) = 84.51$  p,  $<0.001$ ,  $N=140$ ], also; the null hypothesis is rejected and the alternating hypothesis is accepted, that's confirm a relationship of the irrational beliefs exists with the levels of people's psychological well-being that go to the "Court of Welcomed First"; most presents a high index of irrationality, having significant levels in the irrational beliefs (low tolerance to the frustration, success and condemnation), and the lowest percentage (alarmism, approval and comfort), although all the valued beliefs through the Scale of Attitudes and Beliefs are present in more or smaller percentage, what is related with the levels of well-being psychological present in the patients, is so the psychological well-being it's affected, in more or smaller magnitude according to the grade of irrationality of the belief.

Finally intends the creation of a Protocol of Intervention Psicoterapeutic by the managed Moving-behavioral Rational Therapy to people with irrational beliefs that go to the Court of Welcomed First of the "Educational Provincial Hospital Ambato", with the objective to modify the irrational beliefs and replace this thoughts for other rational or functional that help to obtain with more effectiveness goals in an individual way as being happy and for end a high-level of psychological well-being.

**KEYWORDS:**

IRRATIONAL\_BELIEFS

PSYCHOLOGICAL\_WELL

COGNITIVE\_AWARENESS

## INTRODUCCIÓN

El sistema de conocimiento humano puede determinarse como un conjunto de esquemas interconectados, donde las creencias juegan un papel fundamental debido a son consideradas reglas para la acción que se desarrollan desde experiencias tempranas de la persona proporcionadas por los padres, maestros y figuras vinculares de la infancia y a través de factores ambientales, culturales, sociales y biológicos, es así que los principales componentes de la salud y los trastornos psicológicos se encuentran a nivel del pensamiento, a nivel cognitivo. Estos componentes son las creencias racionales e irracionales respectivamente.

Ambas son evaluaciones de la realidad, de esta manera las creencias racionales son evaluaciones funcionales de la realidad que promueven el desarrollo del potencial humano así como la consecución de objetivos y altos niveles de bienestar y las creencias irracionales pueden dar lugar a problemas emocionales ya que se derivan de evaluaciones imprecisas, manifestándose como demandas, deberes o necesidades que interfieren en la obtención y el logro de las metas personales.

En la actualidad los problemas a nivel de pensamiento se ven cada vez con mayor facilidad, en consulta psicológica, debido a que las personas al realizar evaluaciones imprecisas provocan el apareamiento de un conflicto al percibir cierta incompatibilidad con otras personas que no cumplen su expectativa produciendo distintas dificultades en las diferentes áreas como: familiar, social, escolar, e interpersonal.

Es por este motivo que debemos promover la salud mental, con la ayuda y participación de los profesionales de la Psicología Clínica, cambiando estructuras cognitivas inadecuadas, con el objetivo de reemplazar dichos pensamientos por otros

mas racionales, que ayuden a obtener con mayor eficacia metas de forma individual como ser feliz y por ende un alto nivel de bienestar psicológico

La problemática se expone en la contextualización resaltando estadísticas de nuestro país, sobre el problema de investigación, de igual manera se desarrollará el análisis crítico, pronosis, formulación del problema, delimitación de contenido, justificación, objetivo general y objetivo específico acerca de la temática a desarrollarse en el cantón Ambato en el “Hospital Provincial Docente Ambato”, también en la investigación se observará los antecedentes investigativos, y las fundamentaciones en las que se basa esta investigación y de la misma manera se desarrolla el marco teórico coma base para conceptualizar las creencias irracionales y los niveles de bienestar psicológico en la que se recopiló diferentes definiciones de términos acerca de la temática.

En esta investigación se realizó el análisis e interpretación de resultados de los diferentes tipos de creencias irracionales en los pacientes evaluados, que constan en la Escala de Actitudes y Creencias y de las diferentes dimensiones en la Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS-A); los datos provistos de los test nos ayudará a encontrar el Chi Cuadrado y como consecuencia la verificación de la hipótesis y llegar a conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación.

El último capítulo está dedicado a la propuesta la cual está encaminado creación de un Protocolo de Intervención Psicoterapéutica mediante la Terapia Racional Emotivo-Conductual dirigido a las personas con creencias irracionales y al final del trabajo se podrá encontrar en los anexos los test que se utilizaron y la bibliografía en la que se rigió la investigación.

## **CAPÍTULO I**

### **EI PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 TEMA**

Las creencias irracionales y los niveles de bienestar psicológicos en los pacientes que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial Docente Ambato en el período Julio-Diciembre 2013.

#### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las creencias irracionales y su influencia en los niveles de bienestar psicológico en los pacientes que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial Docente Ambato en el período Julio-Diciembre 2013.

##### **1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN**

Es menester mencionar que no existen estudios sobre índices de creencias irracionales y de bienestar psicológico en la población ecuatoriana por lo que en la contextualización del problema se enfocará a la población a estudiar, es decir a pacientes que acuden a la “Sala de Primera Acogida”, sobre todo en víctimas de maltrato intrafamiliar, físico, psicológico y sexual, debido a la incidencia de estos casos dentro de esta sala en el “Hospital Provincia Docente Ambato” y a datos estadísticos de problemas de salud mental que afectan el bienestar de la población ecuatoriana.

##### **MACRO**

Según el Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en el Ecuador realizado en el 2008 utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud

Mental de la OMS (IESM-OMS) menciona que para las acciones de salud mental se dispone únicamente del 1.2% del presupuesto del Ministerio de Salud Pública. De esta cantidad el 59% se destina a los hospitales psiquiátricos. Los establecimientos de salud mental no han establecido vínculos formales con otros sectores pertinentes tales como: educación, justicia, bienestar social, policía. p.07

El término violencia ha sido parte de las diferentes sociedades, familias e individuos desde el principio de la historia de la humanidad hasta nuestros días.

Según datos referenciales del Ministerio de Gobierno, se han realizado 24 mil 376 denuncias por violencia intrafamiliar. De éstas, 21 mil 453 fueron de mujeres y 2 mil 923 de hombres. Es decir, un 88% de mujeres son maltratadas en sus hogares y también reciben maltrato de género y un 22% de hombres también han denunciado ser víctimas de este problema. IESM-OMS, 2008

La reciente Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2011 destaca que:

En el Ecuador 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género, y el 76% de las mujeres han vivido algún tipo de violencia por parte de su pareja o ex-pareja. El 60,6% de las mujeres en Ecuador ha vivido algún tipo de violencia. La violencia contra la mujer no tiene mayores diferencias entre zonas urbanas y rurales: en la zona urbana el porcentaje es de 61,4% y en la rural 58,7%. p.19

La violencia intrafamiliar cobra especial importancia en los casos de personas que han sido objeto de violencia física o sexual, siendo aún más graves si se considera la violencia psicológica, que conlleva consecuencias como lo muestra Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, 2011:

Según este estudio, el 52,5% de las mujeres (a pesar de ser sujeto de violencia) no se separa porque consideran que “las parejas deben superar las dificultades y mantenerse unidas“, el 46,5% piensa que “los problemas no son tan graves “y el

40,4% “quiere a su pareja“, mientras el 22% “no se puede sostener económicamente.  
p.21

De esta forma en la misma encuesta después del análisis estadístico se llega a la conclusión de que las provincias con mayor porcentaje de violencia de género son: Morona Santiago, Tungurahua, Pichincha, Pastaza y Azuay mientras que Orellana, Manabí y Santa Elena son las provincias con menor índice de violencia contra la mujer.

Ordoñez y Serrano (2011) realiza una investigación sobre las ideas irracionales en víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al Centro de Equidad y Justicia “Tres Manueles” en la ciudad de Quito en la que 23% de las usuarias atendidas tiene ideas irracionales correspondientes a sumisión, el 16% tiene ideas de desvalorización, el 15% justifican a la pareja, el 13% tiene ideas irracionales de atribución interna, 10% miedo al fracaso existencia

## **MESO**

Según estadísticas del Consejo Provincial de Seguridad Ciudadana, la mayoría de las agresiones a las mujeres se da dentro del hogar, siendo esta la primera causa de inseguridad ciudadana en Tungurahua.

En el artículo “Basta de Violencia contra la mujer” del 12 de marzo del 2014 realizado por Cotopaxi Noticias en la que sostiene que en la Coordinación Zonal 3 del Ministerio de Justicia Derechos Humanos y Cultos tiene la Oficina de Atención a la Ciudadanía (OAC) que abarca las provincias de Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y Pastaza. Allí ofrece asesoramiento en el tema legal, social y psicológico a las mujeres víctimas de maltrato.

Según datos estadísticos de esta dependencia atendió en 2013 a 1.238 ciudadanos, de los cuales el 4.12% sufrió algún tipo de violencia. En lo que va de 2014 ha atendido a 170 personas, de las cuales el 5.88% han sido por violencia intrafamiliar. OAC, 2014

En la Defensoría Pública que ofrece patrocinio gratuito para las personas que no posean dinero para contratar un abogado. La mayoría de quienes acuden a esta entidad busca ayuda para tramitar pensiones alimenticias, denunciar maltrato intrafamiliar y laboral. Se recibe un promedio de 150 denuncias semanales.

Unidad Judicial de Violencia contra la Mujer y la Familia (Consejo de la Judicatura), según datos estadísticos de esta unidad en los dos primeros meses de este año se ha receptado 250 denuncias. Si se divide esa cantidad para los 60 días, da un promedio de más de cuatro denuncias diarias. Se emiten boletas de auxilio, prohibición al agresor de acercarse a la víctima e intimidarla, y terapias psicológicas de manera obligatoria. Para aquello la Unidad cuenta con trabajadoras sociales y psicólogos. Las víctimas que no cuenten con abogado deben acudir a la Sala de Primera Acogida.

El Departamento de Violencia Intrafamiliar de la Policía Nacional, es el responsable de investigar los hechos denunciados y de observar el cumplimiento de las medidas cautelares emitidas por el juez. También, si fuera del caso, ofrece protección a víctimas y testigos. Devif, 2012

En la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Genero contra las Mujeres, Tungurahua es la segunda provincia que registra mayor violencia en 70.8% frente al 60.6% de mujeres a nivel nacional, es así, que en esta provincia aproximadamente 1 de cada 4 mujeres ha vivido violencia sexual, sin embargo la violencia psicológica es la forma mas recurrente de violencia de genero con el 65.1%, de violencia física se muestran índices del 91%. INEC, 2011

De acuerdo a los informes del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), se conoce que 7 de cada 10 mujeres en la provincia de Tungurahua han sufrido violencia de cualquier tipo sea físico, psicológico, sexual o patrimonial.

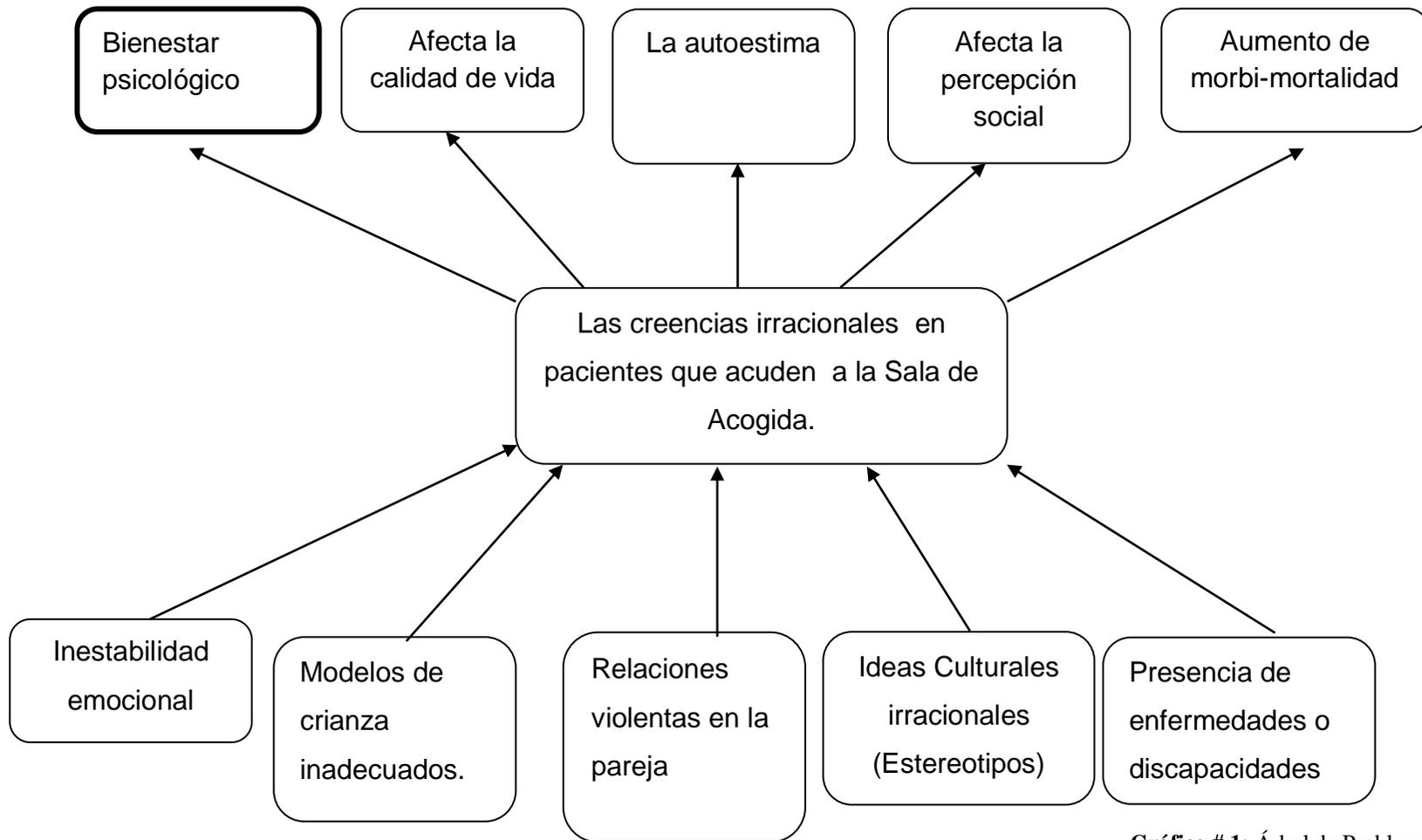
## MICRO

Según la corporación Regional de Derechos Humanos y la Oficina del Foro de la mujer, 2009 en las parroquias rurales del Cantón Ambato existe un alto índice de maltrato físico, psicológico y sexual a la mujer, el 90% de las personas afectadas son mujeres indígenas y campesinas que viven en Ambatillo, Atahualpa, Constantino Fernández, Cunchibamba, Huachi Grande, Izamba, Juan B. Vela, Pasa, Montalvo, Picaihua, Pilahuin, Quisapincha Yanchapanta, 2010

Son innumerables las formas la violencia intrafamiliar en el cantón Ambato entre ellas tenemos los maltratos físicos, psicológicos y sexuales presentadas en violencia hacia las personas mayores adultas, entre cónyuges, hacia los niños/as, las mujeres, los hombres, las personas con discapacidad, ocurre en todas las clases sociales, culturas, edades, la mayoría de las veces se trata de los cónyuges hacia la cónyuge o varios miembros de la familia, como indican las estadísticas del Hospital Provincial Docente Ambato en la Sala de primera Acogida que en el 2012 atendió alrededor de 1200 pacientes de los cuales el 80 % de esta población es víctima de violencia intrafamiliar, 18% abuso sexual y el 2% violencia de genero. Ceballos, 2013

Según investigaciones desarrolladas en el “Foro de la Mujer” de la ciudad de “Ambato” las mujeres que asisten a esta oficina, víctimas de maltrato físico, psicológico y sexual en el año 2009 presentan pensamientos disfuncionales debido a las situaciones traumáticas como ser víctima de maltrato por parte de la pareja, alteran los esquemas cognitivos sobre sí mismo, el mundo, previos a la violencia y cambiarlos por cogniciones negativas. Además de presentar pensamientos disfuncionales las mujeres que reciben maltrato con más frecuencia desarrollan cuadros clínicos como ansiedad, depresión, trastornos sexuales”. Yanchapanta, 2010

## ÁRBOL DE PROBLEMAS



**Gráfico # 1:** Árbol de Problema  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2013

### **1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO**

Las creencias irracionales están determinadas por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista, en el que no hay flexibilidad siendo representaciones que hacen más vulnerables a las personas, debido a que no tiene una base lógica y sustentable; al ser consideradas como evaluaciones erróneas de la realidad objetiva las creencias irracionales influyen en varios aspectos en el desarrollo psicoemocional y social de una persona lo que incide directamente en el bienestar psicológico.

Dentro de las creencias irracionales esta anulada la característica de preferencia, probabilidad o relatividad de las situaciones o acontecimientos, en lugar de ello son expresadas a través de exigencias, el problema surge cuando estas no se cumplen, por lo que pueden provocar en la persona efectos negativos y afectar las esferas afectivas, cognitivo, social e individual y por ende su desenvolvimiento haciendo que este se convierta en disfuncional, de esta forma y de manera progresiva afecta a el bienestar psicológico del individuo, es decir en el desarrollo de capacidades y el crecimiento personal, donde el sujeto mostraría un funcionamiento negativo que equivale a un bajo bienestar.

Existen varios factores que pueden incurrir en la formación de las creencias irracionales como son los modelos de crianza inadecuados, la observación de agresiones entre el padre y la madre o tutores, las ideas culturales irracionales y al no tener una base lógica y sustentable pueden generar creencias irracionales que se vincularían directamente con el bienestar psicológico de estas personas debido al peso social que tiene el contexto cultural y el aprendizaje, provocando baja concientización del problema de violencia debido a que es una forma de justificarse, afectando la percepción social y el comportamiento, lo que puede provocar ansiedad y el desempeño en una variedad de tareas.

### **1.2.3 PROGNOSIS**

Es necesario prestar la atención debida a este problema pues traería consecuencias negativas para la sociedad ya que al no contar con las herramientas necesarias para hacer frente a este problema podría desencadenar dificultades en cuanto a la salud mental de estas personas impidiendo mantener un bienestar psíquico y auto aceptación, afectando la calidad de vida y aumentando niveles de estrés y malestar que dificultaría la productividad de estas personas a más del aumento de morbi-mortalidad, debido a la falta de información.

Este problema se irá agravando más con el pasar de los días, el mismo que dará origen a diversos problemas de salud mental y si no se toman medidas preventivas hoy que aún estamos a tiempo tal vez los efectos de este problema serán irreversibles, debido a que afectara el desempeño de las personas en diversas actividades.

### **1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿De qué manera las creencias irracionales influyen en los niveles de bienestar psicológico en las personas que acuden a la Sala de Acogida del Hospital Provincial Docente Ambato?

### **1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES**

1. ¿Qué tipo de creencias tienen estos pacientes?
2. ¿Qué niveles de bienestar psicológico tienen estos pacientes?
3. ¿Qué alternativas se pueden generar para solucionar este problema?

### **1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN**

#### **Delimitación de contenido**

**Línea de investigación:** Salud Mental

**Campo:** Psicología Clínica

**Área:** Cognitivo y Afectivo

**Aspecto:** Bienestar psicológico

**Delimitación espacial:** Sala de Acogida del Hospital Provincial Ambato

**Delimitación temporal:** Julio - Diciembre 2013

**Grupo etáreo:** personas de 20 a 40 años (adultez inicial)

**Unidad de observación:** personas víctimas de violencia intrafamiliar

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Es importante que el tema sea investigado, pues los resultados constituirán un referente importante no solo para las autoridades de la institución, sino también para los organismos que dirigen la salud en la provincia y el país, y constituirá una orientación para que se puedan tomar las decisiones y medidas más adecuadas para fortalecer las teorías investigadas.

El estudio de este tema es fundamental ya que hoy en día se ha convertido en un problema social el cual debe ser solucionado si se busca una sociedad mejor, rica en valores y educación, si se desea un buen mañana para las futuras generaciones, razones suficientes para afirmar que este problema debe ser investigado profundamente con la mayor minuciosidad y responsabilidad como integrantes de una sociedad que está siendo afectada pero que puede tomar otra dirección, una mejor para el beneficio de todos.

Se han realizado numerosas investigaciones en relación con las esferas cognitivas y afectivas pero ninguna de ellas se ha enfocado en la influencia de las creencias irracionales con los niveles de bienestar psicológico siendo un conjunto de conductas

que nos lleva a un reforzamiento que tiene una proyección concreta en la salud mental de las personas y sus relaciones con los demás, por lo que es imprescindible que este tema sea investigado en nuestro contexto para determinar técnicas psicoterapéutica enfocadas en el manejo de salud mental de estas personas.

Este proyecto de tesis se podrá realizar satisfactoriamente ya que se cuenta con el apoyo de las autoridades del Hospital Provincial Ambato y con los recursos financieros y materiales suficientes para la realización del proyecto que se irán aportando según el desarrollo del mismo.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar las creencias irracionales y su influencia en los niveles de bienestar psicológico en los pacientes que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial Docente Ambato.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar las creencias irracionales más frecuentes en los pacientes que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial Docente Ambato
- Identificar los niveles de bienestar psicológico producto de las creencias irracionales.
- Diseñar un protocolo psicoterapéutico enfocado en el manejo de salud mental para mantener el bienestar psicológico en las personas con creencias irracionales.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN**

En la revisión de la documentación investigaciones sobre el tema de creencias irracionales y bienestar psicológico en datos de Scielo y de las Universidades Católica de Pereira, Politécnica Salesiana Sede Quito, Técnica de Ambato de las diversas facultades se han encontrado los siguientes trabajos de investigación que de alguna manera se relacionan con el estudio, se encuentran las siguientes:

En las mujeres que son víctimas de violencia y maltrato intrafamiliar se generan ideas irracionales y distorsiones cognitivas que agravan su situación de malestar psíquico y a la vez contribuyen a mantener inalterable la situación violenta. Ordoñez, A. &Serrano, M., 2011

Los factores asociados a formas de validación de la violencia, parecen estar circunscritos a un tipo de relación particular (legítima defensa, resolución de conflictos y descontrol emocional), los mismos que trascienden el contexto relacional en el que operan, pudiendo manifestarse como legitimación de la violencia entre pares, en la pareja o de padres a hijos. Estos resultados parecen señalar que las creencias son una variable transversal a distintos contextos relacionales y, aun más, nos permite hipotetizar que podría estar jugando un rol de articulación y transmisión de la violencia entre los distintos niveles del ecosistema. Galdames S. & Arón A., 2007.

Es claro que las creencias son una de las bases de la configuración de las relaciones de género y de violencia, siendo un fenómeno complejo con hondas raíces socioculturales, formando parte del intrincado proceso relacional entre los géneros, por lo cual para impulsar esta perspectiva de cambio se requiere de una comprensión profunda de tales sistemas y de un entendimiento de la forma como operan, se construyen y reproducen. Rodríguez J, López G & Padilla F., 2005

Las experiencias traumáticas que las personas desplazadas han tenido, producto de la violencia a dado lugar a las cogniciones irracionales que se han desarrollado sobre sí mismos y sobre el mundo, y la actitud fatalista que presentan, que a dado lugar a secuelas que afectan su Bienestar Psicológico y a elementos asociados a la Salud Mental. Abello-Llanos et. al., 2009.

La concepción de bienestar de una persona no es el efecto de una sola causa, aunque eso haya sido un evento muy significativo en la vida de un individuo, no condiciona por completo su vida presente y futura; más bien se lía con otros eventos objetivamente diferentes, pero del mismo modo importantes. Es así como, las personas desplazadas por violencia poseen correlaciones negativas algunas dimensiones del bienestar psicológico pero no es un limitante en sus vidas presentes y futuras, siendo necesario abordar en profundidad la vida de las personas, de manera que se logren unir coherentemente todas sus experiencias y, de este modo, tener una elaboración más amplia y estructurada de la tesis central de lo que sea que se pretenda investigar respecto al bienestar. Buelvas F.& Amaris M, 2010.

Se identificaron los niveles de bienestar psicológico, en las niñas, los cuales muestran alteraciones significativas en cuanto a la aceptación de sí mismas y el control de situaciones, la toma de decisiones y las relaciones interpersonales dejando ver que si bien la experiencia de abuso sexual puede dejar secuelas físicas y/o psicológicas en la vida del sujeto no siempre se va a ver alteradas todas las dimensiones que lo componen y transversalizan. González, Y., 2011

El bienestar psicológico está asociado con la ausencia de síntomas, síndromes o patrones de personalidad con significación clínica. Sin embargo, es importante tener presente que esos mismos datos están indicando que los adolescentes que no presentan riesgo psicopatológico o tienen puntuación altas en BP son mucho más individualistas, tienden a buscar protección y ayuda. Casullo, M. & Castro, A., 2008

Las investigaciones presentadas anteriormente, tienen relación con las variables de estudio de la presente investigación, que principalmente servirán como aporte

científico ya que corroboran la importancia para el sustento y demostración teórica y bibliográfica del tema abordado.

Los antecedentes de esta investigación benefician el crecimiento y desarrollo ya que contribuirán al estudio en cuestión y permitirán un mayor sentido al indagar sobre la problemática y desarrollar métodos y técnicas útiles para el alcance de los objetivos propuestos.

## **2.2 FUNDAMENTACIÓN**

### **2.2.1 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

A referencia del tema “Creencias irracionales y su influencia en los niveles de bienestar psicológico” diversas corrientes filosóficas han abordado estos constructos teóricos, tales como el racionalismo, mentalismo, la filosofía analítica, hedonismo, eudaimónica, entre otros.

Desarrollando un orden epistémico en el que se desenvuelven las creencias irracionales es importante indicar los postulados desde los cuales se origina, es así que para realizar una aproximación nos basaremos en el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia. En donde el concepto “creencia” tiene las siguientes conceptualizaciones:

1. Firme asentimiento y conformidad con algo.
2. Completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos.
3. Religión, doctrina.

Desde este punto de vista las creencias se las concebiría como sistemas socializados de conceptos e Ideas que organizan la percepción del mundo, de sus partes o de su totalidad, las mismas que pueden tener elementos míticos o religiosos, aunque también creencias racionalizadas, sin que por ello sean verdaderas.

El orden que llevaremos será estudiar, en primer lugar, el concepto filosófico de creencia, por lo que desde este punto la creencia es un estado mental dotado de un contenido representacional y, en su caso, semántico o proposicional y, por tanto, susceptible de ser verdadero o falso; y que además, dada su conexión con otros estados mentales y otros de contenidos proposicionales, es causalmente relevante o eficaz respecto de los deseos, las acciones y otras creencias del sujeto”. Muñoz, J., 2005

Parafraseando a Defez (2005) p.4 la tradición filosófica en general admitió que la creencia era un estado interno accesible a la introspección, que principalmente habría discutido el estado mental que consistiría la creencia era un estado activo o pasivo.

Corrientes filosóficas como el racionalismo postulado desde Descartes que desarrolla la duda metódica como la posibilidad de suspender a voluntad todas nuestras creencias y Hume concebían la creencia como un tipo de sentimiento dependiente de la naturaleza pasional humana

En la República se menciona que los objetos del conocimiento y los de la creencia son distintos -respectivamente, entidades sensibles y entidades inteligibles-, y que paralelamente les corresponden operaciones del alma diversas, a saber, la doxa (eikasia y pistis) y la episteme (dianoia y noesis). Platón, (477b-488b)

Algunas posturas filosóficas han abordado el constructo teórico creencia considerándolo como un estado irreductible mientras que posturas mentalistas mencionan que la creencia es posible estudiarla en diversos actos mentales más básicos.

Desde la filosofía analítica la creencia es una acción expresiva y simbólica que mantiene una relación interna con su contenido. O si se desea, que el contenido de una creencia viene fijado por la acción en que ella se expresa, según argumenta Defez, 2005.

Describiendo un orden epistemológico en el que se desenvuelve el bienestar psicológico es fundamental señalar los postulados desde los cuales éste se produce.

Primordialmente bienestar, entendido como concepto global, se refiere a la satisfacción personal con la vida, es decir a la funcionalidad tanto en aspectos cognitivos, conductuales y afectivos del individuo con su entorno social, vinculados a la búsqueda de felicidad.

Argumentando a González (2011) p.34 el término bienestar se proyecta a factores biológicos debido a la importancia que tiene en ámbitos de salud, el bienestar social, la felicidad, las interacciones con los demás seres humanos íntimamente ligados con el ambiente físico y social.

El constructo teórico de bienestar ha sido abordado desde diferentes perspectivas filosóficas y sociológicas que debido a la escasa claridad conceptual ha sido igualado o más bien relacionado con el termino felicidad, es de esta manera como los filósofos griegos y pensadores designaban el bienestar desde “la buena vida” la misma que se establecía como una virtud, tal es así que Aristóteles se refiera al bienestar como el “Sumo Bien” y a la felicidad como la “Felicidad Suma”.

Corrientes filosóficas como el Hedonismo la cual postula sus orígenes desde los pensamientos de Epicuro, Hobbes, Bentham entre otros, los cuales concebían el bienestar desde sus perspectivas filosóficas de esta forma la corriente hedónica define el bienestar como la presencia de afecto positivo y ausencia de afecto negativo, dependiendo del texto y del autor dentro del hedonismo se identifica al bienestar con la felicidad, con el placer, con las virtudes, o se le conoce como una forma para obtener la felicidad; y la eudaimonica cuyo sustento teórico está basado principalmente en Aristóteles, Seligman, Ryff y Deci, los cuales consideran que el bienestar no consiste en la maximización de experiencias positivas y la minimización de experiencias negativas sino que se refiere a vivir de forma plena o dar realización a los potenciales humanos más valiosos.

Las corrientes filosóficas anteriormente descritas desarrollan el bienestar partiendo de sus orientaciones teóricas por lo que es necesario mencionar que la palabra bienestar, concebida desde este punto de vista implica la experiencia personal relacionada con la esfera cognitiva y afectiva, la valoración subjetiva que cada sujeto realiza y que permite expresar satisfacción y grado de complacencia ante situaciones y/o acontecimientos específicos y globales que se le presenten al sujeto en su vida aspectos tanto positivos como negativos, de esta manera el bienestar supone un grado de salud mental pensar en positivo, sentirse bien generando disposición a la acción poder vivir y actuar bien”. González, Y., 2011

Son estos términos los que posteriormente dieron lugar a conceptos más operativos como el de bienestar personal o de satisfacción con la vida y bienestar psicológico, término que ha surgido en los Estados Unidos y se fue precisando a partir del desarrollo de las sociedades industrializadas y del interés por las condiciones de vida.

Actualmente como consecuencia de numerosas investigaciones en el tema, se sabe que el bienestar psicológico no sólo se relaciona con variables como el sentirse bien con la apariencia física, la inteligencia o el dinero, sino también con la subjetividad personal. Diener, Suh & Oishi, 1997

### **2.2.2 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA**

A referencia del tema “Creencias irracionales y su influencia en los niveles de bienestar psicológico” la corriente cognitivo- conductual, desarrollada por George Kelly, Aaron Beck, Albert Ellis y Arnold Lazarus menciona que lo más importante es lo que hay dentro de la persona, los procesos mentales (creencias, expectativas, actitudes). La conducta esta determinada por el ambiente y los procesos mentales.

A partir de los constructos teóricos de esta corriente psicológica, cada persona organiza sus expectativas, las dirige, por lo que es importante como procesa la información, la percepción, interpretación y recuperación, es decir que los procesos mentales exclusivos (va a depender de las vivencias de la persona), es así

que la conducta es el resultado de la interacción de cogniciones (pensamientos), los procesos mentales para estas corrientes, pueden y deben ser estudiados y la manera de estudiarlos es infiriendo en el comportamiento de la persona.

Esta corriente sobre el tema “creencias irracionales y su influencia en el bienestar psicológico” ha destacado la influencia de estructuras, procesos y eventos cognitivos en los problemas emocionales por lo que propone:

Un paradigma ABC en el que establece el principio básico de que las cogniciones median y son centrales en la génesis y mejora de los trastornos emocionales, conductuales e interpersonales. En el esquema ABC, los acontecimientos y sucesos del ambiente (A) no producen directamente las consecuencias cognitivas, emocionales y/o conductuales (C) sino que son los pensamientos, actitudes y creencias (B) que median sobre A las que causan dichas consecuencias. Los pensamientos, actitudes y creencias de las personas (B) adoptan formas muy diferentes. Los conceptos de creencia racional e irracional resultan centrales dentro de este modelo. (Ellis, A., 1962)

Desde este punto de vista la corriente cognitiva hace referencia a los procesos mentales en donde es importante la percepción, interpretación, almacenamiento y recuperación de la información, los mismos que van a depender de las vivencias de la persona, es decir de procesos mentales exclusivos; siendo la conducta la interacción de cogniciones (pensamientos). Los procesos mentales para estas corrientes, pueden y deben ser estudiados y la manera de estudiarlos es infiriendo en el comportamiento de la persona.

Los principales elementos de la salud y los trastornos psicológicos se hallan a nivel del pensamiento, a nivel cognitivo. Estos elementos son las creencias racionales e irracionales respectivamente.

Las creencias irracionales conducen a la ira dando como resultado la expresión de conductas violentas debido a que este tipo de pensamientos se producen en relación con problemas de poder y control reaccionando con pensamientos negativos o irracionales los mismos que contribuyen a valorar negativamente los

acontecimientos, afectando diferentes áreas de funcionamiento de las personas, e incluso algunos niveles del bienestar psicológico. Ellis, A., 1962.

Desde las últimas décadas del siglo XX el bienestar psicológico se ha convertido en objeto de estudio e interés científico para la disciplina Psicológica, teniendo en cuenta que dentro de la psicología moderna el constructo teórico al que se le ha dado mayor importancia ha sido el bienestar subjetivo cuya propuesta teórica se encuentra ligada a la concepción hedónica del bienestar.

El bienestar psicológico es parte del bienestar subjetivo el cual indica el estado mental de la persona, la evaluación del individuo de su status que influye en la toma de decisiones y en la conducta.

La psicología cognitiva- conductual ha conceptualizado los niveles de bienestar psicológico a través de patrones de conducta y de los esquemas que subyacen a dicha conducta, siendo la valoración que hace el individuo o la misma sociedad de ese comportamiento, lo que permite hablar de niveles de bienestar.

La psicología comportamental cuya teoría del Aprendizaje Social, resuelve la importancia o la determinación de la conducta a partir de dos características primordiales, el contexto social y los procesos cognitivos, donde entra en juego la psicología cognitiva y el primer término de denominación de quien construye los niveles de bienestar , es precisamente la formación del esquema o estructura cognitiva del “yo” (aclarando que este término no será utilizado desde la teoría psicoanalítica, se aborda desde un aspecto social) que se distingue en este primer momento como un ser perceptivo, con la capacidad de internalizar todo aquello que se le genera como experiencia. Bandura, A., 1977

### **2.2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

Los ciudadanos al gozar de los derechos establecidos en la constitución, deben tener acceso y atenciones que prioricen la expansión del bienestar biopsicosocial a pesar de los padecimientos que los aquejen, por lo que el presente trabajo investigativo utilizara como referencia lo determinado en la constitución de la

República del Ecuador en el capítulo tercero dedicado a los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, en la que se menciona, Asamblea Constituyente (2008)

Art. 35.- las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales y antropogénicos. El estado prestara especial atención a las personas en condición de doble vulnerabilidad

La constitución de la República del Ecuador, Asamblea Constituyente (2008) en la sección séptima de salud en su artículo 32 señala:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos entre ellos el derecho de agua, alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El estado garantizara este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional

Capítulo 2 De los derechos civiles Art. 23.- “Sin perjuicio de los derechos establecidos en esta Constitución y en los instrumentos internacionales vigentes, el Estado reconocerá y garantizará a las personas los siguientes: 2. La integridad personal. Se prohíben las penas crueles, las torturas; todo procedimiento inhumano, degradante o que implique violencia física, psicológica, sexual o coacción moral, y la aplicación y utilización indebida de material genético humano.

El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar, en especial, la violencia contra los niños, adolescentes, las mujeres y personas de la tercera edad.

En la Ley N°103, contra la violencia de la mujer y la familia se han desarrollado varios artículos destinados a proteger la integridad de las personas víctimas de este tipo de abusos, en la que se desarrolla un marco legal necesario para la prevención y debida sanción, protegiendo los derechos de las personas víctimas de violencia intrafamiliar, de esta forma se mencionan los siguientes artículos.

#### Artículo 1. Fines de la Ley

La presente ley tiene por objeto proteger la integridad física, psíquica y la libertad sexual de la mujer y los miembros de su familia, mediante la prevención y la sanción de la violencia intrafamiliar y los demás atentados contra sus derechos y los de su familia.

Sus normas deben orientar las políticas del Estado y la comunidad sobre la materia.

#### Artículo 2. Violencia intrafamiliar

Se considera Violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

#### Artículo 3. Ámbito de Aplicación

Para los criterios de esta Ley se consideran miembros del núcleo familiar a los cónyuges, ascendientes, descendientes, hermanos y sus parientes hasta el segundo grado de afinidad.

La protección de esta Ley se hará extensiva a los ex cónyuges, convivientes, ex convivientes, a las personas con quienes se mantenga o se haya mantenido una relación consensual de pareja, así como a quienes comparten el hogar del agresor o del agredido.

#### Artículo 4. Formas de violencia intrafamiliar

Para los efectos de esta Ley, se considera:

a) Violencia física.- Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiera para su recuperación

b) Violencia psicológica.- Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización del apremio moral sobre otro miembro de la familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave o inminente en su persona o en la de sus descendientes o afines hasta el segundo grado ; y

c) Violencia sexual.- Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona, y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de la fuerza física, amenazas o cualquier otro medio coercitivo.

Artículo 5. Supremacía de las normas de protección contra la violencia.

Las disposiciones de esta Ley prevalecerán sobre otras normas generales o especiales que se las opongan. Los derechos que se consagran en esta Ley son irrenunciables.

Artículo 6. Instrumentos internacionales

Las normas relativas a la prevención y sanción de la violencia en contra de la mujer y la familia contenidas en instrumentos internacionales, ratificados por el Ecuador, tienen fuerza de Ley.

Artículo 7. Principios básicos Procesales

En los trámites para la aplicación de esta Ley regirán los principios de gratuidad, intermediación obligatoria, celeridad y reserva.

Salvo en los procesos a cargo de los jueces y tribunales de lo Penal, no se requerirá patrocinio de abogado, excepto en los casos en que la autoridad lo considere necesario. En este caso llamará a intervenir a un defensor público.

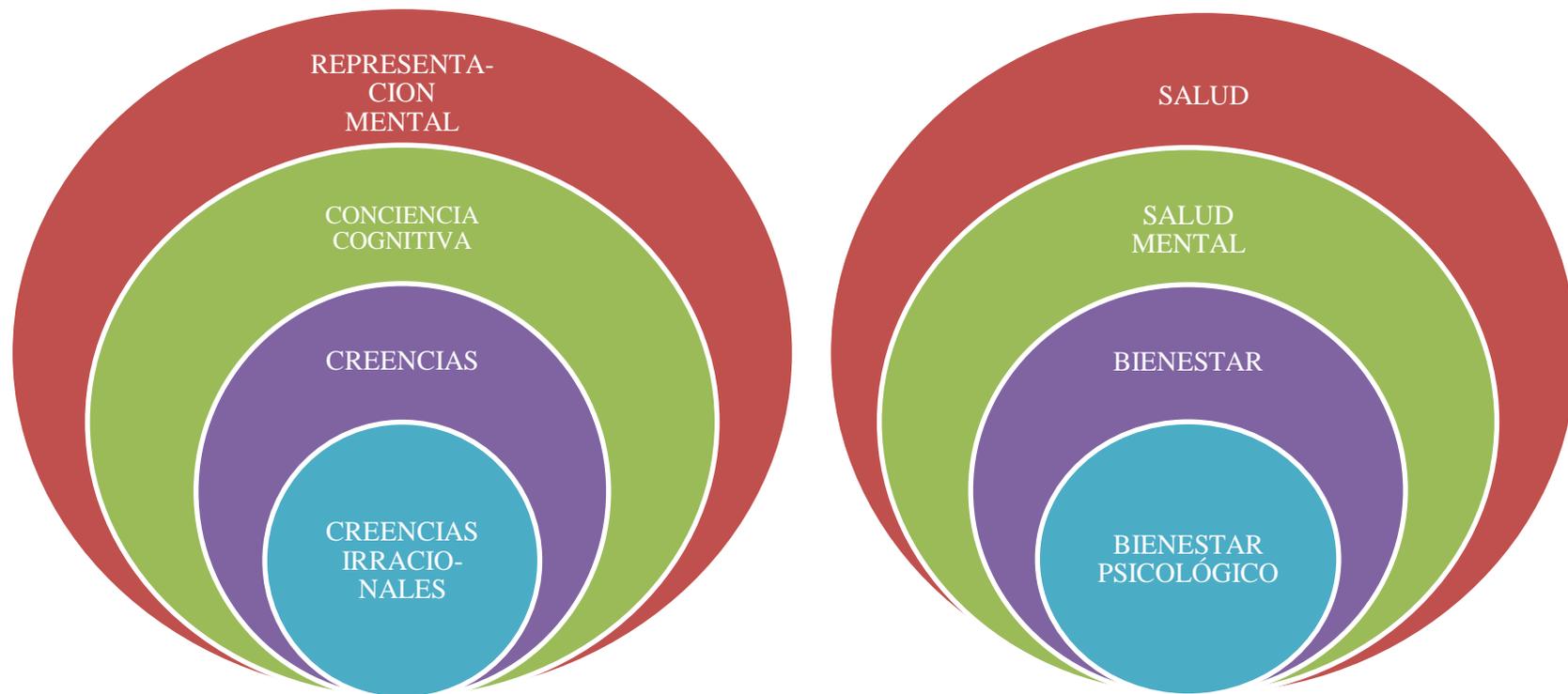
Artículo 10. Los que deben denunciar

Estarán obligados a denunciar los hechos punibles de violencia intrafamiliar, en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas de haber llegado a su conocimiento, bajo pena de encubrimiento:

1. Los agentes de la Policía Nacional;
2. El Ministerio Público; y,
3. Los profesionales de la salud, pertenecientes a instituciones hospitalarias o casas de salud públicas o privadas, que tuvieren conocimiento de los casos de agresión. Congreso Nacional, 1995.

## 2.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

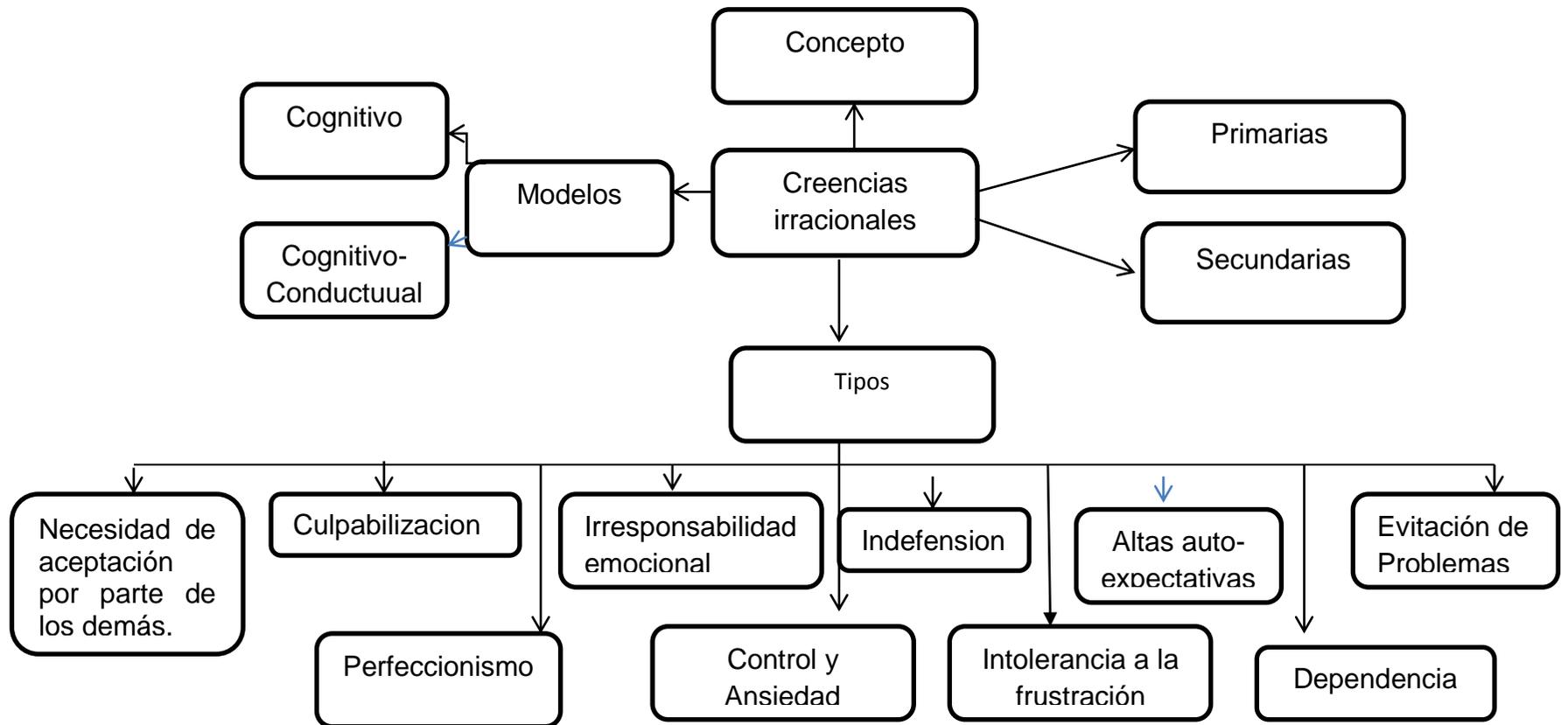
### CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



**Gráfico # 2:** Categorías Fundamentales  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2013

## CONSTELACIÓN DE IDEAS

VARIABLE INDEPENDIENTE:

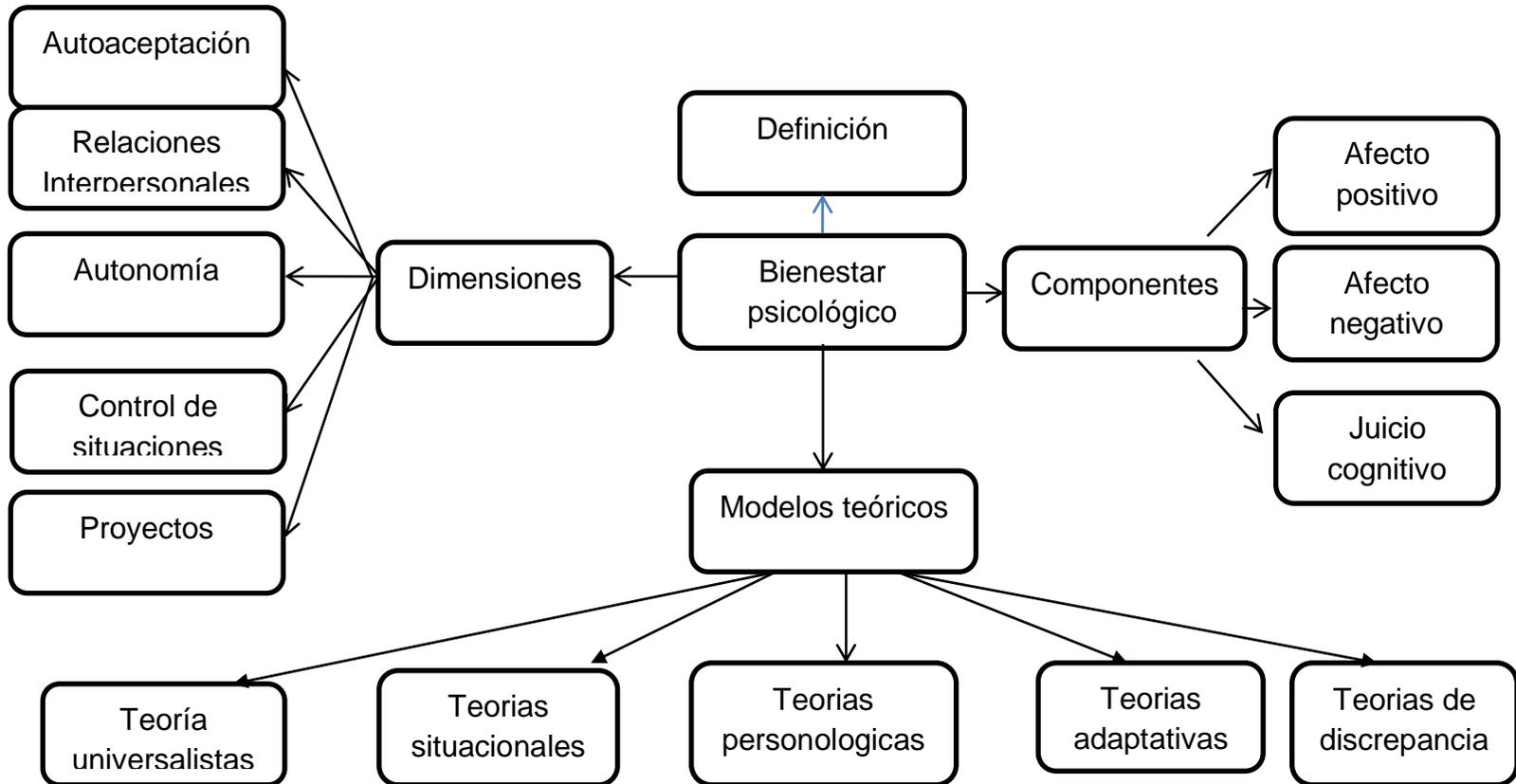


**Gráfico # 3:** Constelación de Ideas- Variable Independiente

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2013

## CONSTELACIÓN DE IDEAS

VARIABLE DEPENDIENTE:



**Gráfico # 4:** Constelación de Ideas- Variable Dependiente  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2013

## 2.4 MARCO TEÓRICO

### REPRESENTACIÓN MENTAL

Es un modelo mental siendo un mecanismo del pensamiento por el cual se intenta explicar cómo funciona el mundo real. Es un tipo de símbolo interno o representación de la realidad externa, hipotética que juega un papel importante en la cognición tal como menciona Smith & Kosslyn (2008):

“Una representación es un estado físico que transmite información, simbolizando un objeto, acontecimiento o sus características. Las representaciones están compuestas de una forma y un contenido. La forma es el modo en el cual se transmite la información, es decir, el formato. Por ejemplo una imagen, una palabra, etc. El contenido es el significado que comunica esa representación. Es decir, el mismo contenido puede comunicarse en diferentes formatos” (p.38)

Gardner (1987) y Riviere (1987) coloca a las representaciones mentales en el centro de su análisis y explica como el sistema cognitivo se desarrolla explotando internamente las informaciones que tiene almacenadas (innatas o adquiridas). Se trata de un proceso general, constructivo, que ocurre internamente en el sujeto y conduce al desarrollo progresivo y creciente de sus representaciones. (p.108)

Las representaciones mentales según refiere Kornblith (2007) citado por Dieguez en Sistemas cognitivos y representaciones mentales: han de ser semánticamente evaluables, es decir, deben poder ser verdaderas o falsas, correctas o incorrectas, con respecto a la situación de la que se suponen son una representación(p.211)

Las representaciones mentales también pueden tener o no una relevancia cognitiva de acuerdo a la medida en que desempeñen un papel causal definitivo en la etiología de ciertos tipos de conductas intencionales o, simplemente, acciones. Lo importante para la relevancia cognitiva es la capacidad que algunas representaciones mentales tienen de ser parte integrante de la causa de ciertas acciones.

## CONCIENCIA COGNITIVA

La cognición hace referencia a la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales, pasados, actuales o esperados; los pensamientos que son un conjunto de actividades mentales como el razonamiento, la abstracción, la generalización, consisten de frases internalizadas, diálogos privados, un lenguaje interior; y las imágenes de un objeto, persona o situación de los que podemos ser consciente o no. (Beck, 2000, p.46)

THAGORD (2008) afirma que la conciencia desde el cognitivismo es un estado mental que se relaciona con la atención, el conocimiento del entorno y la experiencia cualitativa. De esta manera (Vygotski, 1987) señala a la conciencia como:

Un producto evolutivo surgido en función de los procesos psicológicos llamados superiores y resultado de la adquisición o internalización de un sistema de reglas de acción y de relación entre el sujeto y su entorno (interpsíquica) y del sujeto con su propia actividad cognoscente (Intrapsíquico). (p.42)

Argumentando a Leonor I. Vega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis (1997) son diversos los factores principales que parecen ocasionar la perturbación emocional, trastornos psicológicos, dificultades en el bienestar los cuales, a menudo, se incluyen parcialmente uno en el otro o reciben rótulos diferentes, dependiendo del modelo teórico que se utilice para describirlos.

Los niveles básicos de conciencia cognitiva son significativos para entender los problemas de los pacientes Entre ello a Leonor I. Vega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis (1997) menciona:

Los más cercanos a la conciencia son los pensamientos o fragmentos de pensamiento a los que Beck (1976) se ha referido como pensamientos automáticos. Se encuentran en el flujo de nuestra conciencia y los pacientes pueden informar fácilmente de estos pensamientos después de un momento de reflexión. El tipo de preguntas que mas frecuentemente enfoca la atención de los

pacientes hacia esos pensamientos es: ¿Qué se está diciendo a sí mismo? O ¿Qué se dijo a sí mismo cuando sucedió?. (p.27)

A referencia de los pensamientos automáticos Beck (2000) afirma: “son las palabras o imágenes que pasan por la mente de una persona, son en cambio específicos para cada situación”(p.34). Los pensamientos automáticos al igual que las inferencias y atribuciones constituyen el nivel más superficial de la cognición, a decir de Leonor I. Vega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis (1997):

Las inferencias y las atribuciones que hacemos sobre nuestras observaciones y pensamientos automáticos se encuentran en el mismo flujo de conciencia y de nuevo pueden describirse fácilmente por medio de una pregunta directa. El terapeuta podría preguntar, por ejemplo, ¿Qué pensó que significaba? o ¿Qué infirió de eso? (p.27)

Las creencias intermedias están influidas por las creencias nucleares que consisten en actitudes, reglas y presunciones no expresadas, las mismas que influyen en la percepción de una situación y esa visión a su vez influye en el pensar, sentir y actuar de una persona. Leonor I. Vega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis (1997) señalan en este nivel de conciencia: “Las cogniciones evaluativas, especialmente las disfuncionales asociadas con la perturbación emocional, normalmente son menos obvias para el paciente, ya que la evaluación a menudo se asume en silencio”. (p.27)

Desde de su infancia las personas desarrollan ciertas creencias acerca de sí mismas, de las otras personas y del mundo, estas creencias son tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni si quiera ante la misma persona, siendo consideradas por la misma persona como verdades absolutas, creyendo que es así las cosas como son, para ello Leonor I. Vega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis (1997) indica:

Las creencias irracionales nucleares son más difíciles de descubrir, son reglas de vida o filosofías básicas, que no nos damos cuenta que están funcionando hasta que son activados por un cambio, como un acontecimiento vital estresante. En

terapia cognitivo conductual estas creencias centrales se conocen como estructuras subyacentes de creencias o esquemas p.27

## **CREENCIAS**

Este concepto es central en los modelos de Beck (1976) y Ellis (1962). Según Beck (2000), “A partir de su infancia, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo” (p.33) es decir, desde la perspectiva cognitivo-conductual las creencias son consideradas reglas para la acción que se desarrollan desde experiencias tempranas de la persona proporcionadas por los padres, maestros y figuras vinculares de la infancia y a través de factores ambientales, culturales, sociales y biológicos.

Parafraseando a Beck (2000), p.35 las personas desde las primeras etapas de su desarrollo, tratan de entender su entorno, además de establecer sus experiencias de manera coherente e interactuar con el mundo y con los demás, lo que conlleva ciertos aprendizajes que conforman sus creencias, siendo estos relativos en cuanto a su grado de exactitud y funcionalidad.

Beck (2000), a referencia de las creencias menciona:

“Estas estructuras cognitivas pueden entenderse como un conjunto de reglas que determinan la forma de ser en el mundo, la manera en que se evalúan las situaciones, los demás y a uno mismo, así como también la forma en que se interactúa con los demás” p.52

El concepto de estructura cognitiva argumentando a Beck (2000), p.53 es considerado como la estructura del pensamiento de la persona, es decir la distribución, organización y combinación de los patrones cognitivos mediante los que se codifica, representa y conceptualiza de forma idiosincrática nuestra experiencia. Se refiere a una estructura conceptual abstracta de valores, creencias, y metas personales de las que la persona puede o no ser consciente.

El sistema de conocimiento humano puede caracterizarse como un conjunto de esquemas interconectados Leonor I. Vega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis (1997) afirma: “En terapia cognitivo conductual estas creencias centrales se

conocen como estructuras subyacentes de creencias o esquemas que le permiten al individuo interpretar la realidad y organizar su experiencia.” (p.27). a través de dichas variables o procesos cognitivos, la persona recibe, selecciona, elabora, transforma, interpreta, procesa y construye la información que le llega de la realidad objetiva y de la percibida, lo que significa que el ser humano no es un receptor pasivo de la estimulación sino un procesador activo y permanente de la información que recibe.

La TREC (Terapia Racional Emotivo-Conductual), citado por Leonor I. Vega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis (1997), considera dos clases de sistemas de creencias, “creencias racionales (rB) y creencias irracionales (iB). Ambas son evaluaciones de la realidad, no descripciones o predicciones de ella”. p.26 por lo tanto, las creencias racionales e irracionales son cogniciones evaluativas sobre representaciones o descripciones de la realidad, es decir la existencia verdadera y efectiva de las cosas, comprendiendo todo lo existente en oposición a lo imaginario. Esta existencia de las cosas exteriores al sujeto son captadas por él a través de los sentidos.

Las creencias racionales son evaluaciones funcionales de la realidad que promueven el desarrollo del potencial humano así como la consecución de objetivos y altos niveles de bienestar, siendo cogniciones con significación personal preferente por el contrario las creencias "disfuncionales" e "inadaptadas" (Beck, 1976) o creencias irracionales (Ellis, 1962) pueden dar lugar a problemas emocionales ya que se derivan de evaluaciones imprecisas no sustentadas en base a la realidad, manifestándose como demandas, deberes o necesidades que conducen a emociones inapropiadas e interfieren en la obtención y el logro de las metas personales. Según Leonor I. Vega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis (1997):

“Si estas interpretaciones o creencias son ilógicas, poco empíricas, dificultan la obtención de metas establecidas por el individuo, reciben el nombre de irracionales. Esto no significa que la persona no razone, sino que razona mal, ya que llega a conclusiones erróneas” p.18

## **CREENCIAS IRRACIONALES**

Ellis menciona que las creencias irracionales describen a creencias ilógicas, sin evidencia empírica y disfuncionales, están determinadas por seguir una meta personal de modo exigente y absolutista, en el que no existe flexibilidad, dificultando el funcionamiento adecuado y eficaz del individuo a través de conductas destructivas tanto para la persona como para la sociedad.

Leonor I. Vega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis (1997) p.26 mencionan las características de las creencias irracionales, entre ellas:

- Son inconsistentes en su lógica: No son coherentes con la realidad.
- Son inconsistentes de la realidad empírica: Pueden iniciarse a partir de una premisa inadecuada y/o conducir a deducciones imprecisas que no son apoyadas por la evidencia.
- Son absolutistas y dogmáticas: Se expresan como demandas, deberes y necesidades.
- Producen emociones perturbadoras como ansiedad, depresión, etc.
- No ayudan a conseguir los objetivos: Cuando la persona está dominada por creencias absolutas, dogmáticas no está en la mejor posición para llevar a cabo las tareas y potenciar los aspectos positivos de su vida debido a la evaluación disfuncional de la realidad.

## **CREENCIAS IRRACIONALES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS**

De acuerdo con la TREC (Terapia Racional Emotivo-Conductual), la evaluación irracional, poco funcional que hace la persona sobre si mismo, los demás y el mundo, es decir, las creencias irracionales generan perturbación emocional.

Leonor I. Vega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis (1997), mencionan:

“Dicha evaluación se conceptualiza a través de *los debo y tengo que* son exigencias absolutistas y dogmáticas del pensamiento de un individuo y solo sirven para sabotear o dañar sus propósitos y objetivos básicos, ya que generan emociones y conductas que bloquean o dificultan la obtención de los mismos.”

p.27

En la literatura de investigación Ellis propone que las tres principales creencias irracionales básicas o primarias están relacionadas con las exigencias absolutistas o necesidades perturbadoras en forma de deberías, es necesario que, etc. A decir por Leonor I. Vega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis (1997) postula que, *los debo y tengo que* pueden agruparse en tres áreas principales:

“Área 1: Tengo que actuar/funcionar muy bien/perfectamente. Lo que causa frecuentemente sentimientos de depresión, ansiedad y culpa.

Área 2: Usted debe de tratarme/comportarse conmigo muy bien/perfectamente, lo que genera sentimientos de ira y conductas pasivo-agresivas o violentas.

Área 3: las condiciones generales de mi vida tiene que ser muy buenas/cómodas, fáciles, lo que produce como resultado sentimientos de lastima por uno mismo y problemas de autodisciplina”. (p.28)

Estas experiencias entrecomilladas serían representaciones o modelos de las tres principales creencias irracionales que hacen vulnerable a las personas a padecer trastornos emocionales o afecciones en su salud mental en los aspectos implicados en esas metas.

“De estas exigencias absolutistas y rígidas agrupadas en las tres áreas descritas anteriormente se derivan, a su vez, tres conclusiones irracionales nucleares, que son creencias evaluadoras, y también la mayor parte del pensamiento distorsionado e irracional (iB), incluyendo la sobre generalización, la abstracción selectiva, la personalización, etc., descritas por Beck Y otros terapeutas cognitivo conductuales y todas sus consecuencias emocionales y conductuales disfuncionales”. (p.28)

Las creencias secundarias se derivan de las primarias, es decir, cuando esas exigencias absolutistas o necesidades perturbadoras no se cumplen, surgen los pensamientos cargados de emociones que comprenden el segundo eslabón cognitivo del procesamiento irracional de la información. Las tres conclusiones derivadas del pensamiento absolutista y rígido propuestas por Leonor I. Vega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis (1997) pueden describirse de la siguiente forma:

Tremendismo. Es la tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, a percibirlo como mas de un 100% malo, una conclusión exagerada y mágica que proviene de la creencia “Esto no debe ser tan malo como es”

Baja tolerancia a la frustración. Es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y a calificarla como insufrible, ya que la persona considera que no puede experimentar ninguna felicidad, bajo ninguna circunstancia, si esta situación se presenta o amenaza con presentarse en su vida o deja, o amenaza con dejar, de ocurrir, según el caso.

Condenación o evaluación global de la valía del ser humano. Es la tendencia a evaluar como mala la esencia humana, la valía de uno mismo y/o de los demás, como resultado de la conducta individual.

Dicha conducta compromete su valor como personas, como consecuencia de su comportamiento, o sea, de hacer algo que no *deben* hacer o de no hacer algo que *deben* hacer. Esta condena también puede aplicarse al mundo, o a la vida en general, cuando estos no proporcionan al individuo lo que cree merecer, de manera incuestionable y por encima de cualquier cosa. (p.29)

## **PAUTAS PARA RECONOCER EL PENSAMIENTO IRRACIONAL**

En general, desde la perspectiva del modelo A-B-C propuesto por Ellis en la TREC (Terapia Racional Emotiva Conductual) señala que: “no son los acontecimientos externos los que produces consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas, mas bien es la persona quien aplicando su proceso de valoración personal sobre esos hechos es quien en ultima instancia produce esas consecuencias ante tales eventos”. (Ellis et al., 1997).

El que estos acontecimientos tengan una mayor o menor repercusión en sus consecuencias, es decir provoquen estados afectivos perturbadores irracionales y/o extremos o funcionales y racionales dependerá primordialmente de las cualidades valorativas, es decir de las creencias del individuo.

Es necesario en este punto señalar la diferencia entre creencia, idea y representación para una mejor comprensión del pensamiento irracional

Representación son estructuras portadoras de información pues el individuo a través de sus experiencias, construye un modelo interiorizado de su entorno, de los objetos que en el encuentra y de la interacción que desarrolla con estos siendo entidades cognitivas no observables directamente, sin embargo cognoscibles mediante el empleo de operaciones experimentales sobre comportamientos observables,

Leonor I. Vega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis (1997), señalan algunas pautas en la exploración del pensamiento irracional, entre ellas:

- *Radical/extremo*. Las cosas se ven en términos de "blanco o negro", sin posibilidades intermedias. Si la persona falla en un comportamiento, se ve a sí misma como un fracaso. De la misma manera, se ve como un ser superior y "fabuloso" si funciona muy bien en un papel.
- *Muy generalizado*. Las conclusiones se extienden mas allá de los datos empíricos de una situación determinada y es común la utilización de términos como: "siempre", "nunca", "todo el mundo", "nadie", etc. O, unido al pensamiento extremo, se refiere a sí mismo o a otros como: "estúpido", "malo", "incompetente", etc.
- *Catastrófico*. Los acontecimientos negativos se exageran hasta adquirir dimensiones de verdaderas catástrofes. Se utilizan expresiones como "espantoso", "terrible", "trágico", "el fin del mundo", "lo peor", etc. En estos casos se ignora la capacidad que se tiene de afrontar las situaciones.
- *Muy negativo*. En los casos donde sólo se tienen en cuenta los aspectos negativos de la situación, llega a predicciones sobre un futuro "vacío", "sin esperanza", etc., donde se juzga duramente a sí mismo y a los otros. Es el caso clásico de quien ve un vaso como "medio vacío" y olvida que también está medio lleno.
- *Muy distorsionado*. Se da en los casos en los cuales la persona "descubre" evidencias en aspectos o detalles mínimos y, si fallan las "antenas" y no encuentra datos, los fabrica.
- *Poco científico/confuso*. Se produce cuando se ignora la evidencia empírica, utilizando solamente la evidencia distorsionada y subjetiva, donde los sentimientos, no los hechos, son "pruebas" para juzgar las intenciones de los otros, predecir el futuro, etc.

- *Tota/mente positivo/negación de lo negativo.* Se da en los casos en los que la persona se convence a sí misma de que los problemas no existen, de que ciertas cosas "no son importantes" (cuando sí lo son), o de que no "siente nada negativo" (cuando es obvia la situación de problema).
- *Extremadamente idealizado.* Se produce cuando la visión de la realidad es exageradamente "romántica", con expectativas irreales sobre sí misma, la familia, el trabajo, la vida en general, etc., realmente imposibles de lograr.
- *Extremadamente exigente.* Se da en personas que "deben", "tienen que" obtener lo que quieren de sí mismas, de los demás y del mundo en general, cuando y como lo quieren, sin tener en cuenta nada más que el propio deseo.
- *Obsesivo.* Se produce cuando un pensamiento repetitivo parece lo más, si no lo único, importante para una persona, perdiendo ésta su productividad, su capacidad de concentración, etc. (p.39).

### **DIRECTRICES PARA ENCONTRAR LAS CREENCIAS**

Los sistemas de creencias no siempre son fáciles de identificar, ya que la mayoría de nuestros procesos de pensamiento se componen de hábitos cognitivos sobreaprendidos que se han vuelto automáticos. Leonor I. Vega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis (1997), recomiendan algunas estrategias, como las siguientes:

- El darse cuenta de forma inductiva. Se puede seguir recogiendo inferencias y pensamientos automáticos y luego cuestionarlos y refutarlos.
- Interpretación inductiva. Un procedimiento algo más activo utiliza la interpretación del terapeuta. Después de recoger y cuestionar un gran número de inferencias y pensamientos automáticos, el terapeuta puede señalar temas comunes y, por medio de la interpretación, sugerir posibles creencias subyacentes nucleares.
- El encadenamiento de inferencias. Por medio de esta técnica, el terapeuta trabaja en la hipótesis de que el pensamiento automático podría ser verdad, y ayuda al paciente a descubrir las inferencias que le siguen.(p.37)

## **CREENCIAS IRRACIONALES CON RESPECTO A LA VIOLENCIA**

Las teorías de la corriente cognitivo-conductual ponen de manifiesto que las personas pueden hacer evaluaciones erróneas, fruto de su sistema de creencias, las que pueden favorecer la aparición de un conflicto al percibir cierta incompatibilidad con otras personas que no cumplen su expectativa, ya que según Leonor I. Vega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis (1997), en la terapia racional emotiva conductual, las creencias irracionales y exigencias absolutistas que pueden condicionar la interpretación de la realidad son el elemento clave en el que se centra esta terapia ya que pueden ser desaprendidas y adoptar otras más adaptativas y funcionales para promover el bienestar psicológico.

Ellis (2006) se basa en la premisa de que: “el pensamiento y las emociones de los seres humanos, no son dos procesos dispares o diferentes sino que tienen coincidencias significativas, se yuxtaponen de forma significativa y que desde el punto de vista práctico, tiene una interrelación total y nunca se las puede considerar a parte el uno del otro”(p.40).

Ellis (2006) también plantea que esta terapia se fundamenta en la idea de que las emociones y las conductas son el resultado de las creencias de un sujeto, de la interpretación que hace de los acontecimientos. Esto se refleja en algunas personas que se convierten en víctimas lo cual contribuye al deterioro de la salud física y mental. A decir, de Ellis (2006):

“La ira que conduce a la violencia se produce por el tipo de pensamientos o de creencias absolutas, rigidez que los hombres mantienen. Por lo general personas que tienen problemas de poder y control reaccionan de manera muy exagerada cuando sienten que no son atendidos u obedecidas, o cuando las cosas no salen como ellos esperan” (p.25).

Ante situaciones donde pierden el control, reaccionan con pensamientos negativos. Ellis plantea que los pensamientos rígidos y dogmáticos contribuyen a valorar negativamente los acontecimientos frustrantes y a provocar reacciones de ira.

La violencia según Norma y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida del Ministerio de Salud Pública (2009) produce desequilibrio y desorganización cognitiva, conductual, emocional, física, económica y social. Estas consecuencias pueden empeorar por las diferentes creencias y conductas irracionales aprendidas y retenidas

Las víctimas de violencia como se menciona en la Norma y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida del Ministerio de Salud Pública (2009) se sienten responsables, porque no evitaron estos infortunados sucesos por sí mismas; encuentran dificultades para afrontar responsabilidades y generan sentimientos de inseguridad, inferioridad y desconfianza, así como el desconocimiento de las propias capacidades.

Dutton 1992 citado por Matud (2004) plantea a los efectos psicológicos del maltrato como: “Una experiencia traumática que incluye un amplio rango de respuestas cognitivas, conductuales, emocionales, interpersonales o físicas que pueden ser clasificadas en tres grupos. Indicadores de disfunción o malestar psicológico; problemas de relación; cambios en el esquema cognitivo” (p.43).

La violencia intrafamiliar según la Norma y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida del Ministerio de Salud Pública (2009) es definida como:

El evento o acto que atenta contra los derechos y el bienestar de una o mas personas en el ámbito de su hogar. Es el uso de un poder absurdo que lesiona severamente a sus victimas tanto en las esferas afectivas, cognitivas, conductuales, interpersonales y ocupacionales cuyo agresor/a es un miembro de la familia. (p.26)

A partir de esta conceptualización se considera fundamental los procesos emocionales y cognitivos que median entre el estímulo desencadenante y la conducta potencialmente violenta, es decir las creencias fruto del acontecimiento activador y las consecuencias emocionales y conductuales que se producen en las personas víctimas de violencia.

## **SALUD**

La salud es definida como un estado en el que un organismo ejerce de manera eficaz todas sus actividades y funciones, considerándola así como un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad.

La salud según la Organización Mundial de la Salud es el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. OMS, 1946

La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Desde este punto de vista la salud es considerada como un pilar fundamental dentro de la calidad de vida, del bienestar y en definitiva de la felicidad.

Dentro del contexto de la promoción de la salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Feldenkrais, 1992 cita la siguiente frase para definir la salud:

"Se mide por el impacto que una persona puede recibir sin comprometer su sistema de vida. Así, el sistema de vida se convierte en criterio de salud." "Una persona sana es aquella que puede vivir sus sueños no confesados plenamente."

Según el reporte de LaLonde, del año 1974 realizado en Canadá, sugiere que existen cuatro determinantes generales que influyen en la salud, a los cuales llamó, "biología humana", "ambiente", "Forma de vida" y la "organización del cuidado de la salud" Una Nueva perspectiva de la salud de los canadienses] De esta manera, la salud es mantenida por la ciencia y la práctica de medicina, pero también por esfuerzo propio.

El proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar responsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de participación social, comunicativa y educativa para la salud.

## **SALUD MENTAL**

Se habla de salud mental en los ámbitos clínicos, sociales, culturales. En el ámbito clínico, por mucho tiempo se ha equiparado la concepción de salud mental con el concepto de enfermedad mental, igualmente se han utilizado los criterios de la medicina tradicional para referirse a la salud mental.

En la psiquiatría según (Vidal, y Alarcón, 1986), citado por Carrazana (2002), se considera que la salud mental: “Es el estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades. (p.02)

En psicología cuando se habla de salud mental como refiere (Davini, Gellon De Salluzi, Rossi, 1968) citado por Carrazana (2002), se la entiende como un;

Estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y esta logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales. También se considera un estado normal del individuo. (p.02)

En este sentido la salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos, es decir a la forma de reaccionar de cada uno con las actividades en general en la comunidad; comprende al modo en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. La salud mental depende de: cómo uno se siente consigo mismo y a los otros, y en que manera uno responde a las demandas de la vida.

Carrazana (2002), menciona que en el ámbito social se habla de salud mental comunitaria que involucra el desarrollo general de los aspectos psicosociales y conductuales, la percepción de la salud y la calidad de vida por parte de la población, la forma con que se cubren las necesidades básicas y se aseguran los derechos humanos y la atención de trastornos mentales.

El movimiento de la salud mental, entendida muchas veces como higiene mental, comenzó con el intento de reintegrar a las personas curadas a su vida normal. Se originó con William James y Meyer, quienes implantaron la Higiene Mental en los Estados Unidos. Su objetivo era cuidar del enfermo mental y emocional, optimar el tratamiento y clarificar la función desempeñada por la perturbación psicológica y mental en la educación del niño, el trabajo, los negocios y la criminología.

La Organización Mundial de la Salud intenta dar un enfoque multidisciplinario respecto a la salud mental, integrando aspectos psiquiátricos, psicológicos y sociales. Salud Mental de acuerdo a la OPS/OMS, citado por Carrazana (2002):

Es la actividad de la conciencia, es afectividad, autovaloración personal y actividad de grupo, es voluntad, inteligencia, memoria, atención, pensamiento. La salud mental es parte integral e íntegra de la salud humana, es la esencia que determina el ser. (p.03)

En su Constitución, la OMS (Levav, 1992), citado por Carrazana (2002), define la salud mental como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social.” (p.03)

En el área de psiquiatría aún están los que afirman que la salud mental es la ausencia de enfermedades, aquellos que se remiten a los criterios tradicionales de la medicina en cuanto a salud y enfermedad y adoptan la salud mental diagnosticando y tratando las enfermedades mentales. Consideran que la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales son problemas estrictamente médicos.

La salud mental enfoca aspectos de especial interés en todas las acciones sanitaria y es un elemento significativo de la atención primaria de salud.

Este campo de la salud mental se representa a las calidades y las modalidades de la vida de los seres humanos como integrantes de agregados sociales que van desde las familias a los grupos organizados y las clases, es decir a la calidad de vida y el nivel de bienestar de las personas están condicionados por su estructura familiar, por su agrupación en conjuntos organizados y también por su pertenencia a la clase.

## **BIENESTAR**

Desplegando un orden epistemológico en el que se desarrolla el bienestar psicológico es necesario señalar los supuestos desde los cuales éste se origina. Especialmente desde los componentes de la palabra bienestar humano es decir, el bienestar como concepto global.

El constructo teórico de bienestar según manifiesta Casullo. (2002):

Es un constructo temporal, el cual es evaluado constantemente por el sujeto, que involucra distintas situaciones en contexto determinados y las diferentes condiciones que dicho contexto le presenta, de esta manera se evidencia la relación entre el Bienestar y las experiencias tanto internas como externas que se le proponen al individuo, si bien es cierto que existen ciertas disposiciones subjetivas, existen variables ambientales que interactúan con las variables personales. (p. 14)

El bienestar desde esta perspectiva implica la experiencia personal del individuo en correlación entre lo afectivo y lo cognitivo, la apreciación subjetiva que cada persona realiza ante eventos y/o acontecimientos específicos y globales que se le presenten al sujeto en su vida, siendo estos aspectos tanto positivos como negativos, de esta forma el bienestar supone un grado de salud mental.

## **BIENESTAR PSICOLÓGICO**

En el abordaje teórico-conceptual es necesario tener en cuenta el carácter global y multidimensional del bienestar psicológico, el mismo que según Castro (2009):

Constituye un indicador positivo de la relación que el sujeto tiene consigo mismo (Autoaceptación) y con su medio (Relaciones Interpersonales), que incluye aspectos valorativos y afectivos, tanto positivos como negativos que se integran en el proyecto y en la Satisfacción con la Vida del sujeto, quien percibe un grado de Autonomía y dominio de su situación. (p. 70)

Esta concepción acerca del constructo bienestar psicológico se ha desarrollado a partir de las aportaciones de diversos autores, ciertamente, las primeras concepciones se modularon alrededor de conceptos como la auto-actualización (Maslow, 1968), el funcionamiento pleno (Rogers, 1961) o la madurez (Allport, 1961).

Diener (citado por Castro, 2009) propone que el Bienestar Psicológico “posee componentes cognitivos y cambiantes en el tiempo, la apreciación se modifica en función del afecto positivo o negativo predominante. El bienestar psicológico es estable a largo plazo pero experimenta variaciones circunstanciales en función de aspectos predominantes.” p.39

Una de las características del bienestar es ser estable, es decir, el cual se conserva en el tiempo e impregna la vida global de las personas, focalizando su atención en el funcionamiento positivo tales como el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, así como por el estilo y manera de afrontar las diversas situaciones, en el esfuerzo y en el afán por obtener nuestras objetivos.

Bienestar subjetivo y bienestar psicológico suelen ser utilizados como sinónimos según algunos autores, sin embargo es importante esclarecer y enfatizar que no lo son, pues el bienestar subjetivo desde las aportaciones teóricas de Diener (1996) citado por Vásquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009) se encuentra determinado por: “ dos elementos macro-temporales siendo estos el balance afectivo el cual se obtiene restando la frecuencia de emociones positivas, la frecuencia de emociones

negativas (...) balance entre frecuencia de afectos placenteros o displacenteros en la propia experiencia inmediata". (p17).

El bienestar psicológico hace alusión al estado emocional y mental de la persona, según refiere Castro (2009):

El bienestar psicológico hace parte del bienestar subjetivo pero se interesa solo por el ámbito psicológico el funcionamiento en cuanto a lo psíquico su relación con lo físico y con lo social, siendo una percepción subjetiva un estado que da cuenta de los aspectos que impactan y afectan al sujeto y que muchas veces no son evidenciados por la conducta sino que se quedan a nivel cognitivo y afectivo. La evaluación que hace la persona de su estatus, influirá en la toma de decisiones y en su conducta. (p.71)

### **COMPONENTES DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO**

El bienestar tiene tres componentes básicos: el afecto positivo, el afecto negativo y los juicios cognitivos sobre el bienestar.

La literatura de investigación hace referencia a la satisfacción es un constructo triárquico como señala Castro (2009):

Por un lado tenemos los estados emocionales (afecto positivo y afecto negativo), y por el otro, el componente cognitivo. Los estados emocionales son más lábiles y momentáneos, al mismo tiempo son independientes. El tener una alta dosis de afectividad positiva no implica tener una alta dosis de afectividad negativa. El componente cognitivo de la satisfacción se denomina bienestar, y es resultado de la integración cognitiva que las personas realizan acerca de cómo les fue (o les está yendo) en el transcurso de su vida. (p. 52)

### **DIMENSIONES DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO**

Partiendo de la explicación multidimensional formulada por Ryff (1995) menciona que el Bienestar Psicológico tiene algunas dimensiones que establecen los niveles de bienestar, los cuales son evaluados a través de la escala de bienestar

psicológico de Ryff, dichas dimensiones son autoaceptación, relaciones interpersonales, autonomía y un proceso evaluativo posterior a la formación del bienestar psicológico considerado como la satisfacción de la vida.

La autoaceptación es una de las fuentes primarias emocionales el cual según Castro (2009) habría de considerarlo como: “uno de los componentes de apreciación positiva de sí mismo, el reconocimiento y la aceptación que el sujeto realiza tanto de sus habilidades y competencias como de sus limitaciones”. p.44. La autoaceptación integra 15 reactivos que evalúan la aceptación y la valoración de sí mismo, la seguridad consigo mismo y la confianza en sus propias opiniones y la responsabilidad de su vida.

Las relaciones interpersonales, esta dimensión la conforma 8 reactivos, los que evalúan la extroversión y el aislamiento social, es decir, según Castro (2009):

“Experimentar la sensación de que no hay muchas personas que quieran escuchar cuando la persona desea hablar, sentir que otros tienen más amigos que uno o no haber experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza; por otra parte, la sensación de que se tienen compañías y que éstas son satisfactorias para la persona, la sensación de que las amistades aportan muchas cosas a la persona o la certeza de que puede confiarse en los amigos y ellos saben que pueden confiar en la persona”. p. 82

La dimensión de Autonomía contiene 6 reactivos que evalúan elecciones de la vida, la insatisfacción con los logros de la vida, grado de independencia, preocupación acerca de lo que piensas los demás sujetos de ti.

La Autonomía es considerada el sostén de la propia individualidad en distintos contextos sociales, como indica Ryff y Keyes (1995) citado por Castro. (2009):

La persona necesita asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación) y mantener la independencia y autoridad personal; si la autonomía es alta, se asegura que la persona puede resistir en mayor medida la presión social y puede autorregular mejor su comportamiento, certeza de que puede confiarse en los amigos y ellos saben que pueden confiar en la persona. p.84

La Satisfacción de la vida es otra dimensión dentro del bienestar psicológico que se refiere a la importancia de nuevas experiencias, también la capacidad para controlar y dominar las condiciones del medio mediante el crecimiento y el cambio.

Dicha propuesta planteada por Ryff 1995 para evaluar los componentes del Bienestar Psicológico es retomada y rediseña por Casullo, Brenlla, Solano, Cruz, González, Maganto, Martin entre otros en el año 2002 con el fin de agrupar las dimensiones evaluadas y diseñar una escala más corta con menos ítems que permitiera evaluar los niveles de bienestar y que guardara fidelidad a la propuesta inicial de Ryff.

Las dimensiones propuestas por Casullo y colaboradores son Control de situaciones, Aceptación de sí mismo, Vínculos psicosociales, Autonomía y Proyectos. Castro (2009) señala:

La primera dimensión control de situaciones conjetura tener sensación de control y de autocompetencia. Las personas con control pueden crear o moldear contextos para adecuarlos a sus propias necesidades e intereses.

La Aceptación de sí mismo poder aceptar los múltiples aspectos de sí mismo, incluyendo los buenos y los malos. Sentirse bien acerca de las consecuencias de los eventos pasados.

Los Vínculos Psicosociales como la capacidad para establecer buenos vínculos con los demás. Tener calidez confianza en los demás y capacidad de empatía.

La Autonomía como la capacidad para poder tomar decisiones de modo independiente. Tener asertividad y poder confiar el propio juicio.

Y por último Proyectos lo cual se relaciona con las metas y proyectos que se tengan en la vida, el significado que cada individuo da a su vida. p.86

## **MODELOS TEÓRICOS DEL BIENESTAR**

### **TEORÍAS UNIVERSALISTAS**

Este grupo de teorías son también llamadas teorías télicas y proponen que la satisfacción se alcanza con el logro de ciertos objetivos o cuando se han satisfecho ciertas necesidades básicas. Diener y Larsen, (1991) citado por Castro (2009) p.46 las necesidades están moderadas por el aprendizaje, el ciclo vital y los factores emocionales, solo para nombrar algunos, el logro del bienestar resultará de alcanzar diferentes objetivos, para diferentes personas, en diferentes etapas de la vida. Estas necesidades pueden ser de corte universal, como las propuestas por Maslow, o pueden estar basadas en las más íntimas necesidades psicológicas personales, como las planteadas por Murray.

El bienestar psicológico es una dimensión fundamentalmente evaluativa que tiene que ver con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido. Ryff ofrece una interesante perspectiva uniendo las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital. Para la autora, el bienestar tiene variaciones importantes según la edad, el sexo y la cultura. Pudo verificar en diferentes estudios que el bienestar psicológico está compuesto por seis dimensiones bien diferenciadas: 1) una apreciación positiva de sí mismo; 2) la capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida; 3) la alta calidad de los vínculos personales; 4) la creencia de que la vida tiene propósito y significado; 5 el sentimiento de que se va creciendo y desarrollándose a lo largo de la vida y 6) el sentido de autodeterminación. Se pudo verificar mediante técnicas de análisis factorial confirmatorio, en población general norteamericana la existencia de 6 dimensiones del bienestar RYFF Y KEYES, 1995.

## **MODELOS SITUACIONALES (BOTTOM UP)**

En las teorías situacionales la satisfacción es un efecto del bienestar percibido en cada una de las áreas vitales de las personas, es decir, la suma de momentos felices en la vida da como resultado la satisfacción de las personas

Lyubomirsky, (2007) citado por Castro (2009) p.48 este tipo de teorías otorga alta importancia a las circunstancias que las personas tienen que vivir. Sin embargo, la investigación ha demostrado que las variables sociodemográficas son malos predictores de la satisfacción vital.

## **MODELOS PERSONOLÓGICOS (TOP DOWN)**

El modelo personológico suponen que el bienestar es una disposición general de la personalidad, y dado que la personalidad es estable, el bienestar también lo es. Según este enfoque, las personas “felices por naturaleza” son aquellas que disposicionalmente experimentan mayor satisfacción en el trabajo, en la familia, con los amigos, en su tiempo libre, etc.

Los teóricos de la personalidad Costa y McRae (1980) citado por Castro (2009) demostraron que los rasgos de personalidad que correlacionan más con la satisfacción son Neuroticismo (N) y Extroversión (E).

“Estos rasgos están relacionados con la experiencia del afecto negativo y positivo respectivamente. Las personas que tienen mayormente rasgos correspondientes al factor N (emocionalidad, impulsividad, rabia y temor) están predispuestas a sufrir más agudamente los infortunios de la vida y a experimentar un mayor monto de afecto negativo, aunque no necesariamente disminuye la tendencia a experimentar afecto positivo (es decir ambas dimensiones son independientes). Por el contrario, aquellas personas que poseen más el componente E (vigor, sociabilidad), experimentan más efecto positivo; asimismo esta disposición no reduce la experiencia de afecto negativo. El balance cognitivo que hace que hace la persona entre afecto positivo y negativo, “dispuesto” por estos dos rasgos de personalidad la misma satisfacción ya que dos grandes contribuye a la experiencia de la satisfacción con la vida. Los autores afirman que las personas a lo largo de la vida tienden a experimentar la misma satisfacción ya que los rasgos

de personalidad son los principales predictores del bienestar subjetivo, es decir son más estables”. p.48-49

## **TEORÍAS DE LA ADAPTACIÓN**

Estas teorías consideran que la adaptación es la clave para entender la felicidad (MYERS, 1992). Ante el impacto de eventos altamente estresantes las personas simplemente se adaptan y vuelven a su nivel de bienestar previo –set point–. Brickman, Coates y Janoff-Bulman (1978).

Castro (2009) en el bienestar psicológico, cuatro décadas de progreso cita a Fredick y Loewenstein, (1999), p.49 en el que menciona que esta teoría se basa en un modelo automático de la habituación en el cual los sistemas reaccionan a las desviaciones del nivel de adaptación actual, estos procesos automáticos de habituación son adaptativos porque permiten que el impacto del evento simplemente se diluya. Por lo tanto, las fuentes de recursos personales permanecen libres para poder hacer frente a los nuevos estímulos que requieren atención inmediata

En cuanto a las recientes aportaciones en las teorías de la adaptación indican que las personas prestan atención a las circunstancias que les toca vivir de manera selectiva atendiendo a la última sensación que percibieron del evento

Lyubomirsky, (2007) citado por Castro (2009) p.51 sugiere que esta percepción sesgada afecta el juicio sobre la valoración del mismo y su recuerdo (peak-end theory). Estos hallazgos son los que iniciaron una línea de investigación sobre intervenciones dirigidas a elevar el nivel de bienestar de las personas.

## **TEORÍAS DE LAS DISCREPANCIAS**

Esta teoría fue propuesta por Michalos (1986) y es en realidad una integración de enfoques divergentes dentro del campo de la satisfacción. El autor considera que

la autopercepción del bienestar está multideterminada y no tiene una única causa. El autor, citado en Castro (2009) resumiendo las teorías sobre la satisfacción, identificó seis tipos de teorías basadas en hipótesis de comparación (gap), entendida como la distancia entre dos términos:

- a. Aquello que las personas tienen y el objetivo que quieren lograr (teoría del objetivo-logro).
- b. Aquello que las personas tienen y su ideal a lograr (teoría del ideal-realidad).
- c. Aquello que se tiene en el momento y lo mejor que se obtuvo del pasado (teoría de la mejor comparación previa).
- d. Aquello que uno obtiene y lo que otro grupo social significativo tiene (teoría de la comparación social).
- e. Adaptación entre medio y sujeto (teoría de la congruencia).

“Dentro de la teoría de las Múltiples Discrepancias el autor toma varias hipótesis en combinación, basándose en los trabajos de Campbell, Converse y Rodgers (1976)”. p.51

Parafraseando Castro (2009) p.51-52 el bienestar se manifiesta por la comparación que hacen las personas entre sus estándares personales y el nivel de condiciones actuales. Si el nivel de los estándares es inferior al nivel de logros, el resultado es la satisfacción. Si el estándar es alto y el logro es menor, el resultado es la insatisfacción.

## **BIENESTAR PSICOLÓGICO DENTRO DEL PROBLEMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

### **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

La raíz etimológica del término violencia citado por Corsi (1994) remite al “concepto de fuerza, el sustantivo violencia se corresponde con verbos tales como violentar, violar, forzar”. A partir de esta aproximación semántica la violencia implica el empleo de fuerza, (ya sea física, psicológica, económica, entre otras) para producir un daño, existiendo como menciona Corsi (1994) “la existencia de

un arriba y un abajo, reales o simbólicos, que adopten habitualmente la forma de roles complementarios: padre-hijo, hombre-mujer, joven-viejo, etc.”(p.23)

La agresión se define según Silva, G (1988) citado por Uribe, F. Acosta, M López, C como “un ataque o asalto, entendiendo por agresivo aquel que es propenso a actuar de manera hostil” (p.165), es así que una persona generadora de violencia es quien perpetra actos u omisiones que induzcan escenarios de violencia intrafamiliar hacia otro, mientras que una persona receptora de violencia se refiere a quien recibe, o se le provoque de cualquier forma, alguna o varias de las acciones u omisiones de violencia intrafamiliar, por parte de persona con la que tengan algún vínculo familiar, o su equiparación.

La agresividad humana tiene diferentes dimensiones constituyendo una estructura psicológica compleja tal como explica Corsi (1994):

“Agresividad es un constructo teórico en el que cabe distinguir tres dimensiones: a) una dimensión conductual-en el sentido de conducta manifiesta- la que llamamos agresión; b) una dimensión fisiológica-en el sentido de concomitantes viscerales y autonómicos- que forma parte de los estados afectivos; c) una dimensión vivencial o subjetiva que califica la experiencia del sujeto, a la que llamaremos hostilidad” (p.18)

Parafraseando a Corsi (1994) la agresividad se diferencia de la agresión por ser una disposición o capacidad que puede materializarse o no en comportamientos y que puede aparecer como una manera de resistencia o de ataque, frente a un contexto social hostil. En cambio, la agresión se refiere a toda actuación que plasme la capacidad agresiva, por lo que tiende a definirse por acciones concretas: golpes, maltrato, vejaciones. Uno de los rasgos que la caracterizan es que sus acciones no son accidentales, sino intencionales y deliberadas, e indican escaso interés y menosprecio a los otros sujetos.

## **CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

La violencia intrafamiliar Garrido, Stangeland y Redondo (1999) citado en Psicopatología Clínica, Legal y Forense (2001) mencionan algunas características fundamentales de la violencia en el hogar, entre ellas:

“a) Es una conducta que no suele denunciarse; b) es una conducta continuada en el tiempo; c) como conducta agresiva, tiende a ser aprendida de forma vicaria por la prole, ocurriendo con frecuencia una transmisión cultural de los patrones aprendidos. (El llamado efecto espejo)” p.20

Desde la perspectiva cognitivo en psicología una conducta agresiva no hace referencia únicamente a una respuesta impulsiva ante un acontecimiento sino a la interpretación que se hace de ellos, tal como indica Corsi (1994):

Para poder entender una conducta agresiva, al observador externo no le resulta suficiente conocer donde tal conducta se produce; necesita saber cual es el significado que el sujeto le adjudica a esa situación. Es así que una persona agresiva es aquella que tiende a percibir los datos de la realidad como provocadores o amenazantes y frente a tal construcción cognitiva, reacciona con conductas de ataque y de defensa. P.22

En la construcción de la estructura de la conducta agresiva argumentando a Corsi (1994), los significados cultural o individualmente construidos son elementos indispensables dentro de una conducta agresiva, que muchas veces adoptan la forma de mitos, prejuicios, creencias, compartidos por quienes pertenecen a una misma cultura o subcultura, es así que la conducta emergente resulta relacionada con dicho sistema de creencias.

### **MODELO INTEGRATIVO PARA LA COMPRENSIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

La causas de la violencia intrafamiliar según el modelo ecológico deben de ser entendidas desde una determinación reciproca mas no literal es así Bronfenbrenner (citado por Corsi, 1994) señala: “la realidad familiar, realidad social y la cultura pueden entenderse como un todo articulado, como un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se articulan entre si de manera dinámica” (p.49).

A partir del modelo ecológico, los distintos contextos en los que se desarrolla una persona son macrosistema, exosistema y microsistema. Corsi (1994) afirma: “Macrosistema remite a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura en particular. Son patrones generalizados que impregnan los distintos estamentos de una sociedad” (p.49).

Las creencias culturales asociadas al problema de la violencia intrafamiliar han sido definidas según Corsi (1994): “al entorno más amplio como sociedad patriarcal, en el que el poder es conferido al hombre por sobre la mujer y a los padres por sobre los hijos” (p.54). Este sistema de creencias patriarcal mantiene un modelo de familia vertical, el que está constituido por el jefe del hogar y subsistemas donde están ubicados la mujer y los hijos, dentro de este modelo vertical es necesario sumar la concepción acerca del poder y la obediencia en el contexto familiar.

El exosistema está compuesto por la comunidad más próxima, según refiere Corsi (1994): “incluye las instituciones mediadoras entre el nivel de la cultura y el nivel individual: la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, los ámbitos laborales, las instituciones recreativas, los organismos judiciales y de seguridad.” (p.50).

La estructura y funcionamiento de estos entornos tienen un papel decisivo para favorecer la retroalimentación, es así que el problema de violencia intrafamiliar históricamente ha sido sustentado por estas instituciones mediadoras, esto sucede según explica Corsi (1994) cuando:

En primer lugar, tenemos que considerar la denominada legitimización institucional de la violencia, es decir, cuando las instituciones reproducen en su funcionamiento el modelo de poder vertical y autoritario; de alguna u otra manera terminan usando métodos violentos para resolver conflictos institucionales, lo cual se transforma en un espacio simbólico propicio para el aprendizaje y/o legitimización de las conductas violentas en el nivel individual. (p.55).

Microsistema desde la perspectiva del modelo ecológico se refiere según manifiesta Corsi (1994): “a las relaciones cara a cara que constituyen la red vincular mas próxima a la persona. Dentro de esta red juega un papel privilegiado la familia, entendida como estructura básica de microsistema” (p.50).

Dentro del microsistema se considera la estructura de la familia, los patrones de interacción familiar, tanto como las historias personales de quienes constituyen la familia. Corsi (1994) cita:

Los estudios realizados con familias que presentan problemas con violencia muestran un predominio de estructuras familiares de corte autoritario, en las que la distribución de poder sigue los parámetros dictados por los estereotipos culturales, (...). Los antecedentes que emergen de la historia personal de quienes están involucrados en relaciones de violencia muestran un alto porcentaje de contextos violentos en las familias de origen, esto ha servido de modelo de resolución de conflictos y ha ejercido el efecto de normalización de la violencia” (p.57-58).

Desde esta perspectiva los modelos violentos de la familia de origen, como la recurrencia de conductas violentas, percibidas a lo largo de la vida, las ha convertido en algo corriente, a tal punto de que muchas personas no son conscientes del maltrato que sufren.

El nivel individual, dentro de este modelo es considerado como un subsistema en el que se distinguen cuatro dimensiones psicológicas interdependientes. Es así que Corsi (1994) indica:

1. La dimensión cognitiva, que comprende las estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptualizar el mundo que configuran el paradigma o estilo cognitivo de la persona.
2. La dimensión conductual, que abarca el repertorio de comportamientos con el que una persona se relaciona con el mundo.
3. La dimensión psicodinámica, que se refiere a la dinámica intrapsíquica, en sus distintos niveles de profundidad (desde emociones, ansiedades y conflictos conscientes, hasta manifestaciones del psiquismo inconsciente).

4. La dimensión interaccional, que alude a las pautas de relación y de comunicación interpersonal. (p.51)

Estas dimensiones desde este modelo deben considerarse en su interacción recíproca con los sistemas mencionados anteriormente.

## **FORMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Para los efectos del art. 2 de la ley contra la violencia a la mujer y a la familia citada en la Norma y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida del Ministerio de Salud Pública (2009) se considera diversas formas de violencia intrafamiliar entre ellas:

**Violencia física.**-Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas, cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerar el tiempo que se requiere para su recuperación. (p.25)

Argumentando la conceptualización realizada la violencia física es el acto en que se agrede intencionalmente a otra persona, recurriendo de alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia; para inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro (a), dirigido hacia su sometimiento y control.

### **Violencia psicológica**

En términos generales la violencia psicológica como se menciona en Norma y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida del Ministerio de Salud Pública (2009) es considerada como:

Las conductas que residen en hechos repetitivos cuyas formas de expresión pueden ser: prohibiciones (para trabajar, salir de casa, visitar o hablar con familiares y amigos, tomar decisiones, arreglarse y vestirse como lo desee, etc.); coacciones (interceptar la correspondencia e intervenir las llamadas telefónicas, etc.); amenazar con (causar algún daño a otros miembros de la familia, quitar a los hijos, suicidarse, abandonar y no dar dinero para la manutención, etc.); intimidaciones (miradas, chantajes, destruir intencionalmente un objeto, mostrar armas, responsabilizar a otras personas por la conducta violenta, etc.); actitudes

devaluatorias (hablar mal de la pareja o de un integrante de la familia y que cause descrédito, apodos, deshonra o desprecio, generar sentimientos de inferioridad, culpabilidad o torpeza, burlarse, etc.) que provocan en quien las recibe deterioro, disminución o afectación a sus sentimientos, autoestima y estructura de su personalidad (p.25)

### **Violencia sexual**

Es la acción u omisión por la cual se induce a la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir, es así que en la Norma y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida del Ministerio de Salud Pública (2009) se considera a la violencia sexual como:

Todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u otras practicas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de la fuerza física, intimidación, amenazas o cualquier otro medio coercitivo. (p.25)

Esta forma de expresión se explican en la Norma y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida del Ministerio de Salud Pública (2009) ejerce por medio de:

1. Acciones coercitivas: Imponiendo ideas y actos sexuales, además de criticar, comparar o ridiculizar la sexualidad de la pareja con objeto de herir o dañar sus emociones o sus sentimientos.
2. Conductas:
  - Celando para controlar, manipular o dominar a la pareja.
  - Induciendo o forzando a la persona para tener sexo a pesar de la oposición de la pareja Se pueden usar diferentes formas, desde convencer con dinero o regalos hasta valerse de amenazas, golpes o incluso asesinar a su víctima si opone resistencia.

- Tocar a la pareja o a la persona cuando no desean ser tocados, penetrar con objetos, exponer sus genitales a las personas que no quiere verlos, espiar a la otra persona cuando va al baño o cuando se esta cambiando, etc. (p.27)

### **Negligencia**

En la norma y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida del Ministerio de Salud Pública (2009) la negligencia es considerada como otra forma de maltrato que se expresa por “descuido u omisiones del padre, la madre o el/la adulto/a encargado/a que le niega o priva de alimentos, vestimenta, educación, atención médica y supervisión, y abandona a un niño, una niña o un/a adolescente”. (p.25)

El empleo de las distintas formas de violencia intrafamiliar, supone según CORSI (1994) el empleo de la fuerza para controlar la relación y habitualmente es ejecutada desde los más fuertes hacia los más débiles. Es por eso que la violencia es concebida como un emergente de las relaciones de poder dentro de una familia.

Los tipos de violencia tienen como propósito, mantener el poder y dominio de una persona sobre otra persona, en este caso sobre uno o varios miembros dentro del núcleo familiar, es así que habitualmente el abuso físico es recurrente y aumenta tanto en la intensidad como en la frecuencia ubicando a la persona en una situación de peligro físico, de la misma manera la violencia psicológica puede darse antes o después del abuso físico o acompañarlo, sin embargo no siempre que exista violencia psicológica hay abuso físico.

La violencia sexual incluye cualquier tipo de relación sexo coital forzado o degradación sexual, tal como anteriormente se ha mencionado, siendo este tipo de violencia sobre el que más les cuesta trabajo hablar a las víctimas.

## **CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA**

### **Violencia Psicológica**

En la norma y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida del Ministerio de Salud Pública (2009)

tienden a generar algún tipo de desequilibrio en la persona y a dejarla indefensa frente a las agresiones, resultando algunas de las siguientes manifestaciones:

Baja autoestima; Sentimientos de miedo, ira, vulnerabilidad o indefensión, tristeza, humillación y desesperación; Trastornos psiquiátricos: del estado de ánimo, ansiedad, estrés postraumático; de personalidad; abuso o dependencia del alcohol, tabaquismo y otras sustancias nocivas; ideación o intentos de suicidio, entre otros. Este clima de terror produce además síntomas físicos como son dificultades respiratorias, palpitaciones, angina de pecho, sudoración, problemas urinarios, diarreas, frecuentes dolores de cabeza, tensiones o estrés. (p.28).

### **Violencia Física**

Sus consecuencias son traumáticas tal como se señala en la Norma y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida del Ministerio de Salud Pública (2009):

Su gravedad va desde hematomas, heridas, fracturas, lesiones en órganos internos, quemaduras, hemorragias, desnutrición, abortos, hasta conmoción cerebral y muerte. El maltrato físico también produce consecuencias psicológicas como suelen ser la tensión y el miedo permanentes, agotamiento y desánimo, alteraciones en el sueño y hábitos alimenticios, hasta los trastornos psicológicos graves como depresión, ansiedad, etc. (p.29).

### **Violencia Sexual**

La violencia sexual tiene un impacto profundo en la persona, fragmentando todas sus defensas y dejándola indefensa, hasta el grado de destruir su concepto de sí misma o autovaloración, como se menciona en la Norma y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida del Ministerio de Salud Pública (2009) se pueden distinguir las siguientes consecuencias:

Consecuencias físicas: Lesiones o infecciones genitales, anales del tracto urinario y oral y embarazos.

Consecuencias Psicológicas: baja autoestima, ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, depresión, ansiedad, conducta por estrés postraumático, abuso o dependencia a sustancias, entre otros.

Otros: alteraciones en el funcionamiento social, e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual. (p.30).

## **CICLO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Walker propuso la teoría del ciclo de violencia conyugal, el que permite entender porqué la mujer, el hombre o el niño se convierten en víctimas, cómo caen en el aprendizaje de la conducta de la indefensión y por que la mayoría no intenta escapar a éste proceso. Este ciclo tiene tres fases que varían tanto en duración como en intensidad para un mismo binomio (esposo-esposa; madre-hijo; hijo-padre; etc.)

**Fase de tensión.-** Insultos, riñas, peleas, otras expresiones no consideradas violentas. Puede durar días o meses.

Durante ésta fase se producen golpes menores. Usualmente se intenta calmar al compañero(a) a través de conductas que antes le han resultado exitosas; el receptor se torna cariñosa(o) y complaciente evitando entrometerse en asuntos personales del agresor.

El razonamiento del receptor, es que si espera un tiempo, la situación cambiará y la conducta de su compañero(a) mejorará. Este razonamiento, desafortunadamente, no produce ninguna mejoría; solo pospone la segunda fase del ciclo: el incidente agudo de golpes.

**Fase de explosión de la agresión.-** A medida que se incrementan los incidentes de menor violencia, la tensión entre ambos va en aumento hasta llegar a un instante donde éstos ya no pueden ser controlados. Una vez que se ha llegado al punto de total falta de control, se abre el espacio de la siguiente fase: Explosión (Crisis).

Aumenta la tensión. Incrementa la frecuencia y gravedad de actos de violencia. Es una etapa breve pero más dañina. Dependiendo de la fortaleza emocional,

autoestima y sentimiento de culpa o miedo, la persona agredida puede paralizarse o buscar ayuda.

Esta fase está caracterizada por la descarga incontrolable de las tensiones que fueron aumentando en la primera fase. La falta de control y la profunda destructividad que lo caracteriza, marca una diferencia con la anterior. Esto no quiere decir que los incidentes previos no fuesen serios o profundamente injustos, pero no tenían el carácter de violencia extrema y sin control que caracteriza la segunda fase.

**Alejamiento o separación temporal.-** la persona busca ayuda en la familia, amigos/as y centros de ayuda.

**Fase de reconciliación, arrepentimiento o luna de miel.-** Señales de arrepentimiento por parte del agresor. El afecto es mas intenso entre ambos, evidenciando una relación de dependencia. Si no se termina la violencia se produce el deterioro a nivel afectivo, cognitivo y conductual de todos los integrantes de la familia.

El fin de la fase 2 y la entrada en la fase 3 es algo deseado por el generador y el receptor de la violencia. Caracterizando a la fase 3 por el arrepentimiento y la demostración de afecto del generador. Este sabe que ha ido demasiado lejos e intenta reparar lo hecho. La tensión acumulada en la primera fase y disipada en la segunda, desaparece comportándose de manera encantadora y constantemente cariñosa.

El generador se disculpa por su proceder en las fases previas y expresa su arrepentimiento al receptor de la violencia, se siente culpable de su comportamiento, pide perdón y asegura que no volverá a ocurrir, realmente confía en su capacidad de control.

La pareja que vive una relación de violencia logran convertirse a la larga, en una pareja simbiótica –cada uno depende tanto del otro, que cuando uno intenta alejarse, ambos se sienten drásticamente afectados por la separación-. Los dos logran creer y hacer creer a los demás que juntos podrán alcanzar un mundo mejor

para ambos. La sensación de sobredependencia y sobreconfianza del uno al otro, es obvia en esta fase del ciclo.

## **2.5 HIPÓTESIS**

HI

Las creencias irracionales influyen en los niveles de bienestar psicológico en las personas que acuden a la Sala de Acogida del Hospital Provincial Docente Ambato.

HO

Las creencias irracionales no influyen en los niveles de bienestar psicológico en las personas que acuden a la Sala de Acogida del Hospital Provincial Docente Ambato.

## **2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES**

Variable independiente: Creencias Irracionales

Variable dependiente: Bienestar Psicológico

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 MODALIDAD BÁSICA DE INVESTIGACIÓN**

El enfoque de la investigación es cuali-cuantitativo, cualitativo debido a que se realizará un acercamiento teórico a la realidad de los fenómenos psicológicos que interviene en estos procesos, dando descripciones de los acontecimientos, e interacciones entre ellas, es decir su vivencia con el fenómeno a investigar; y cuantitativo porque se aplicaran reactivos psicológicos (test), para verificar la hipótesis planteada con datos estadísticos que aseveren o anulen dicha información.

Considero que esta investigación se encuentra basada en una modalidad bibliográfica o documental ya que se utilizará fuentes primarias que serán recolectadas dentro de la institución y con fuentes secundarias que serán recolectadas fuera de la institución, es decir, independientes.

Las fuentes primarias que se va a utilizar dentro de la institución son registros y reactivos psicológicos de las pacientes con la finalidad de recabar la mayor información posible, que permitirá adentrarse en situaciones reales, naturales, actuales para conocer el problema desde su estado natural.

Las fuentes secundarias que se utilizarán son textos científicos de autores específicos que aporten sobre el tema, así como libros, revistas, reportes y publicaciones para obtener una idea de los eventos desde el punto de vista de las múltiples interacciones que los caracterizan, es decir, de una teoría explicativa que orienta hacia una comprensión contextual de los procesos investigativos.

Esta investigación se encuentra basada en una modalidad de campo, debido a que se podrá tener un acercamiento al objeto de estudio, en el Hospital Provincial

Docente Ambato, con las personas que acuden a esta institución, víctimas de violencia intrafamiliar para observar de cerca factores que predominan en el desarrollo de este problema, de esta manera la hipótesis podría ser comprobada con mayor dinamismo y seguridad.

### **3.2 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN**

#### **INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA**

A través de este tipo de investigación podré obtener datos de otras fuentes bibliográficas para obtener datos sustentables, en el que se analizará las creencias irracionales y su influencia en los niveles de bienestar psicológico. Para esto utilizaremos diversos métodos, tales como la observación y reactivos psicológicos (test).

#### **INVESTIGACIÓN ASOCIATIVA DE VARIABLES**

Este tipo de investigación permitirá realizar predicciones estructuradas a través de un análisis de correlación entre variables, es decir entre las creencias irracionales y la influencia en los niveles de bienestar psicológico en los mismos sujetos en un contexto determinado, en este caso en las personas víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al Hospital Docente Ambato con la finalidad de determinar modelos de comportamiento mayoritario

### **3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **POBLACIÓN**

La población estará constituida por las pacientes con diagnóstico de violencia intrafamiliar que acuden a la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial Docente Ambato.

#### **MUESTRA**

El tipo de muestra que se realizará será en referencia al muestreo no probabilístico por tanto la selección se hará en base al criterio del investigador, siendo este

intencional debido a la incidencia de casos de violencia intrafamiliar en la Sala de Primera Acogida.

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{Z^2 PQN}{Z^2 PQ + Ne^2}$$

$$n = \frac{(1.96^2)(0.5)(0.5)(221)}{(1.96^2)(0.5)(0.5) + (221)(0.05^2)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.5)(0.5)(221)}{(3.8416)(0.5)(0.5) + 221(0.0025)}$$

$$n = \frac{212.2484}{0.9604 + 0.5525}$$

$$n = \frac{212.2484}{1.5129}$$

$$n = 140.29$$

Solo se tomará la muestra de pacientes con diagnóstico de violencia intrafamiliar en la edad comprendida de 20-40 años, a lo que a su vez realizada la formula queda como resultado 140 pacientes.

### 3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### VARIABLE INDEPENDIENTE: CREENCIAS IRRACIONALES

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Items Básicos	Técnicas e instrumentos
“Las creencias irracionales se caracterizan por perseguir una meta personal de manera exigente, absolutista y no flexible. Algunas creencias irracionales causan y sustentan la neurosis”. ELLIS (1994)	Racionalidad	Evaluaciones funcionales de la realidad que promueven el desarrollo del potencial humano	Solo porque estoy tenso/a algunas veces, no significa que siempre estaré así	Técnica: entrevista Instrumento: Escala de Actitudes y Creencias
	Irracionalidad	Aprobación	Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia, amigos	Técnica: entrevista Instrumento: Escala de Actitudes y Creencias

		Comodidad	Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa	Técnica: entrevista Instrumento: Escala de Actitudes y Creencias
		Condenación	Cuando la gente actúa de manera ofensiva e injusta, deben ser culpabilizados y condenados por ello y ser considerados como individuos malos, viles e infames.	Técnica: entrevista Instrumento: Escala de Actitudes y Creencias
		Exigencia	Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende	Técnica: entrevista Instrumento: Escala de Actitudes y Creencias
		Baja tolerancia a	Es horrible cuando las cosas no van	Técnica: entrevista

		la frustración	como a uno le gustaría que fueran	Insrumento: Escala de Actitudes y Creencias
		Tremendismo	Es tremendo y catastrófico cuando las cosas no van por el camino que a mí me gustaría que fuesen.	Técnica: entrevista Insrumento: Escala de Actitudes y Creencias
		Éxito	Tengo que ser totalmente competente, adecuado/a y capaz de lograr cualquier cosa o, al menos, ser competente en algun area importante.	Técnica: entrevista Insrumento: Escala de Actitudes y Creencias

**Tabla # 1:** - Operacionalización- Variable Independiente

**Elaborado Por:** Gabriela Núñez, 2013

**VARIABLE DEPENDIENTE: BIENESTAR PSICOLÓGICO**

<b>Conceptualización</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Items Básicos</b>	<b>Técnicas e instrumentos</b>
El bienestar psicológico es una dimensión fundamentalmente evaluativa que tiene que ver con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido. Ryff ofrece una interesante perspectiva uniendo las teorías del desarrollo humano óptimo,	Control de situaciones/ aceptacion de si	Tiene una sensación de control y de autocompetencia. Puede crear o manipular contextos para adecuarlo a sus propias necesidades e intereses.	Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo.  Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar.  Encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias	Técnica: entrevista  Instrumento: Escala BIEPS-
	Autonomía	Puede tomar decisiones de modo independiente. Es asertivo. Confía en su	Puedo decir lo que pienso sin mayores problemas.	Técnica: entrevista

el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital. RIFF Y KEYES (1995)		propio juicio	En general hago lo que quiero, soy poco influenciado.  Puedo tomar decisiones sin dudar mucho.	Instrumento: Escala BIEPS
	Proyectos	Tiene metas y proyectos en la vida. Considera que la vida tiene significado. Tiene valores que hacen que la vida tenga sentido.	Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida.  Me importa pensar que haré en el futuro.  Siento que podré lograr las metas que me proponga.  Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida.	Técnica: entrevista  Instrumento: Escala BIEPS-
	Vínculos	Es cálido. Confía en los demás. Puede establecer buenos vínculos. Tiene capacidad empatía y	Generalmente le caigo bien a la gente.  Cuento con personas que me	Técnica: entrevista  Instrumento:

		afectiva.	ayudan si lo necesito. Creo que en general me llevo bien con la gente.	Escala BIEPS-
--	--	-----------	---	---------------

**Tabla # 2:** - Operacionalización- Variable Dependiente

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2013

### 3.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
¿Para qué?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué tipo de creencias tienen estos pacientes?</li> <li>2. ¿Qué niveles de bienestar psicológico tienen estos pacientes?</li> <li>3. ¿Qué alternativas se pueden generar para solucionar este problema?</li> </ol>
¿De qué personas u objetos?	Víctimas de Violencia Intrafamiliar
¿Sobre qué aspectos?	VI: Creencias Emocionales VD: Bienestar Psicológico
¿Quién lo va hacer?	El alumno investigador
¿A quién?	A mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Ambato
¿Cuándo?	Julio – Diciembre 2013
¿Dónde?	Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Ambato

¿Cuántas veces?	280 Veces
¿De qué técnicas de recolección de la información?	Pruebas psicométricas
¿Con qué instrumentos?	<p>Escala de actitudes y creencia</p> <p>La Escala de Bienestar Psicológico para Adultos</p> <p>BIEPS-A</p>

**Tabla # 3:** - Plan de Recolección de Información

**Elaborado por:** Gabriela Núñez ,2013

### 3.6 PLAN DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
¿Con qué instrumentos?	Método estadístico chi cuadrado.
¿Para qué?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué tipo de creencias tienen estos pacientes?</li> <li>2. ¿Qué niveles de bienestar psicológico tienen estos pacientes?</li> <li>3. ¿Qué alternativas se pueden generar para solucionar este problema?</li> </ol>
¿De qué personas u objetos?	Víctimas de violencia intrafamiliar
¿Sobre qué aspectos?	VI: Creencias Irracionales VD: Bienestar Psicológico
¿Quién lo va a hacer?	El alumno investigador
¿A quién?	A mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de la Sala de Primera Acogida del Hospital Provincial General Docente Ambato
¿Cuándo?	Julio – Diciembre 2013
¿Dónde?	Sala de Acogida del Hospital Provincial General Docente Ambato
¿Cuántas veces?	280 veces
¿De qué técnicas de recolección de la	Pruebas psicométricas

información?	
¿Con qué instrumentos?	Test de las Creencias Irracionales de Ellis  La Escala de Bienestar Psicológico para Adultos  BIEPS-A

**Tabla # 4:** - Plan de Procesamiento de Información

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2013

### 3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

#### **Escala de Actitudes y Creencias**

La Escala de Actitudes y Creencias o ABT es la versión española del Attitudes and beliefs test (adaptado de Burgess, 1990), esta escala permite calcular siete puntajes con respecto a cuatro niveles del proceso (exigencia, tremendismo, baja tolerancia, condenación) y tres niveles de contenido (aprobación, éxito y comodidad)

**Fiabilidad:** Las sub-escalas tienen una fiabilidad superior a 95.

**Confiabilidad:** El análisis de confiabilidad realizado mediante el alfa de Cronbach, se obtuvo un 0.77, teniendo una adecuada confiabilidad y resulta útil para la evaluación de ideas irracionales.

**Composición:** La escala esta compuesta de 48 ítems, tipo Likert; 24 miden la racionalidad y 24 irracionalidad.

#### **Calificación:**

El puntaje de cada nivel se calcula añadiendo los números seleccionados por el sujeto en cada uno de los ítems. Por ejemplo, un círculo alrededor del 4 en el ítem #8 equivale a cuatro, como un círculo alrededor de 2 en el ítem #15 equivale a dos y un círculo alrededor del 1 en el ítem #9 equivale a uno. Si se añaden los ítems #8, #15 y #19, el puntaje total seria: 2+4+1, o siete.

**Dimensiones:**

Se pueden calcular dos dimensiones a través de la “Escala de Actitudes y Creencias” entre estas: un índice de irracionalidad y racionalidad.

**Racionalidad:** pueden agruparse los ítems de la siguiente forma:

Ítems #1,2,5,6,9,10,15,16,19,20,23,24,27,28,31,32,35,36,37,38,41,42,45,46

**Irracionalidad:** En el proceso pueden calcularse cuatro puntajes agrupando los

1. Exigencia: Ítems # 13,17,21,25,29,33
2. Tremendismo: Ítems # 14,18,22,26,30,34
3. Baja tolerancia a la frustración: Ítems # 3,7,11,39,43,47
4. Condenación: Ítems # 4,8,12,40,44,48

En contenido pueden calcularse tres puntajes agrupando los ítems de la siguiente manera:

1. Aprobación: Ítems # 4,7,13,22,25,34,40,43
2. Éxito: Ítems # 8,11,14,17,26,29,44,47
3. Comodidad: Ítems # 3,12,18,21,30,33,39,48

**Interpretación:**

**Racionalidad:** evaluaciones funcionales de la realidad que promueven el desarrollo del potencial humano.

Percentil 25: “Racionalidad baja” que indicaría que estas personas poseen evaluación funcional de los acontecimientos, sin un compromiso muy grande en las subescalas evaluadas;

Percentil 50: “Racionalidad media” que implica una racionalidad promedio señalando que el sujeto realiza evaluaciones funcionales de la realidad que promueven su desarrollo, en términos generales,

Percentil 75-95 “Racionalidad alta”, es decir poseen un alto nivel de racionalidad.

**Irracionalidad:** evaluaciones imprecisas manifestándose como necesidades, deberes o demandas que interfieren en el desarrollo del individuo.

“Exigencia”: indicaría que los “debo” y “tengo que” son incuestionables y totalitarios e interfieren o dificultan la obtención de propósitos y objetivos básicos.

“Tremendismo”: indicaría la predisposición a destacar lo negativo de una situación, a apreciarlo como más de un 100% malo, lo que dificultan la obtención de propósitos y objetivos básicos.

“Baja tolerancia a la frustración” o “No puedo soportar”, indicaría la predisposición a resaltar lo insoportable de un acontecimiento, ya que piensan que no pueden experimentar ninguna felicidad, bajo ninguna circunstancia lo que dificultan la obtención de propósitos y objetivos básicos.

“Condenación” o “Evaluación global de la valía del ser humano”, indicaría la predisposición a valorar como ‘mala’ la esencia humana, la estimación hacia los demás y uno mismo/a, como resultado de la conducta individual lo que dificultan la obtención de propósitos y objetivos.

“Aprobación” o “Evaluación global de la valía del ser humano”, indicaría la tendencia a evaluar como una necesidad extrema el ser amado y aceptado por todos lo que dificultan la obtención de propósitos y objetivos básicos.

“Éxito”, indicaría la idea "Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos" lo que dificultan la obtención de propósitos y objetivos básicos.

“Comodidad”, indicaría la idea “Mi pasado ha de afectarme siempre” y/o “Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello”, que derivarán en emociones y conductas disfuncionales.

### **Escala de Bienestar Psicológico**

La escala de Bienestar Psicológico de Ryff propone criterios para la evaluación de un buen funcionamiento psicológico. Este instrumento psicométrico evalúa seis

dimensiones o atributos positivos del bienestar psicológico, que Casullo instauró basándose en los postulados teóricos sobre las necesidades satisfechas, motivos y atributos que caracterizan a una persona en plena salud mental, que habían realizado autores como Freud, Marie Jahoda, etc.

La Escala de Bienestar Psicológico, desarrollada y adoptada por Casullo a partir de la propuesta teórica de Ryff y Keyes (1995) en el que la persona evaluada responde empleando un formato de respuesta tipo Likert

**Administración:** Puede realizarse de manera individual o colectiva

**Fiabilidad:** Las sub-escalas tienen una fiabilidad superior a 90.

**Validez convergente:** Las dimensiones de bienestar psicológico correlacionan con alto afecto positivo, satisfacción con la vida y bajo afecto negativo y depresión. La puntuación del BP correlacionaba .66 con balanza de afectivo de Bradburn, .51 con una escala de felicidad, .72 con la escala de madurez o autonomía de Heath, .66 con la escala de Dureza o control de Kobasa, .77 con la escala de Coherencia o sentido y propósito de Antonovsky, .58 con la escala optimismo LOT, , .68 con al escala de auto-estima de Rosenberg, y .53 con la escala de calidad de vida que medía la satisfacción e importancia de las relaciones con otros y familiares (Compton et al, 1996).

### **Valoración de las respuestas BIEPS-A.**

El formato de respuesta es de tipo Likert, en el que “En desacuerdo” corresponde a “1 punto”, “Ni acuerdo ni en desacuerdo” concierne a “2 puntos” y “De acuerdo” compete a “3 puntos”

### **Dimensiones**

La Escala de Bienestar Psicológico versión Adultos valora algunas dimensiones

1. Aceptación/Control: 2, 11 y 13
2. Autonomía: 4, 9 y 12
3. Vínculos: 5, 7 y 8

#### 4. Proyectos: 1,3, 6 y 10

##### **Interpretación:**

##### **Interpretación de la escala.**

En puntuaciones inferiores al percentil 25 se considera que la persona posee un bajo nivel de bienestar psicológico en varias de sus áreas vitales. Un nivel de bienestar psicológico promedio se observa en puntuaciones mayores al percentil 50, indicando que el sujeto se siente satisfecho con distintos aspectos de su vida. Las puntuaciones correspondientes al percentil 95 indican un alto nivel de bienestar, señalando que el sujeto se siente muy satisfecho con su vida en general.

##### **Bienestar psicológico:**

Puntuaciones inferiores al percentil 25: señala que el individuo se autopercibe un Bienestar Psicológico muy bajo en el que están involucradas algunas de sus áreas vitales.

Puntuaciones correspondientes al percentil 50: señalan un bienestar promedio indicando que la persona se siente satisfecho con su vida, en términos generales.

Puntuaciones correspondientes a los percentiles 75 a 95: señalan un alto nivel de bienestar, es decir que la persona se siente muy satisfecho con su vida.

##### **Dimensiones:**

*Control de situaciones.* Las puntuaciones altas indica que el sujeto tiene sensación de control y autocompetencia, puede crear o manipular contextos para adecuarlos a sus propias necesidades e intereses. En cambio, aquellos que presentan una baja sensación de control tienen dificultades para manejar los asuntos de la vida diaria, no se dan cuenta de las oportunidades y creen que son incapaces de modificar el ambiente.

*Aceptación de sí mismo.* Puede aceptar los múltiples aspectos de sí mismo, incluyendo los buenos y los malos. Se siente bien acerca del pasado. Si el sujeto obtiene un bajo puntaje, indica que está desilusionado respecto de su vida pasada, le gustaría ser diferente de cómo es y se siente insatisfecho consigo mismo.

*Vínculos psicosociales.* Si posee un puntaje alto, el sujeto es cálido, confía en los demás, puede establecer buenos vínculos, tiene capacidad de empatía y es afectivo. En caso contrario, tiene pocas relaciones con los demás, es aislado, se siente frustrado en los vínculos que establece y no puede mantener compromisos con los demás.

*Autonomía.* Cuando puntúa alto, el sujeto puede tomar decisiones de modo independiente, es asertivo y confía en su propio juicio. Las puntuaciones bajas indican que el individuo es emocionalmente inestable, depende de los demás para tomar decisiones y le preocupa lo que piensan los otros.

*Proyectos.* Indica que tiene metas y proyectos en la vida, considera que la vida tiene significado y posee valores que hacen que su vida tenga sentido. Las puntuaciones bajas indican que la vida carece de sentido y de significado, el sujeto tiene pocas metas y proyectos y no puede establecer propósitos.

### **3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS**

- Se realizará una investigación crítica de la información obtenida; y se ejecutará una limpieza de la información incorrecta, no indispensable para la investigación.
- Para examinar la información adquirida a través de los instrumentos de investigación se llevará a cabo el siguiente procedimiento:
  - Escrutinio y clasificación de la información
  - Codificación y tabulación de la información
  - Análisis e interpretación de los resultados.

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1. Análisis de la ficha de violencia intrafamiliar

##### Datos demográficos de la Población

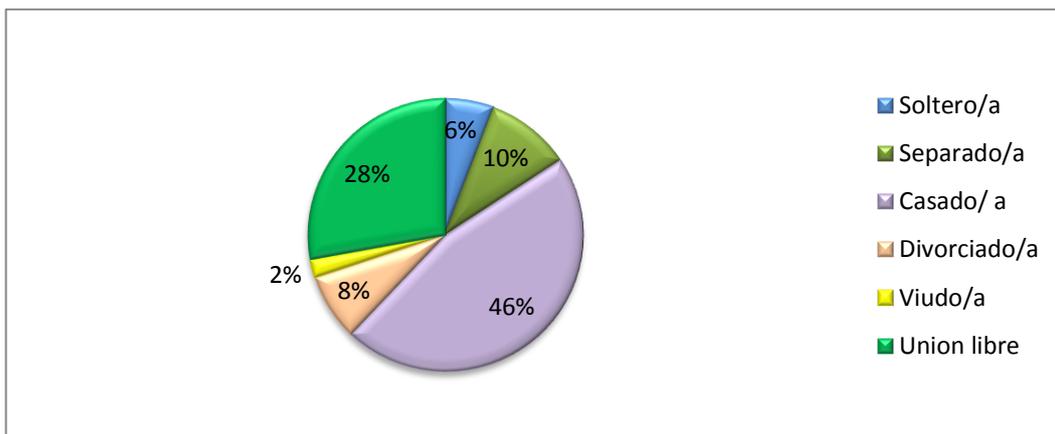
##### Estado civil

Alternativa	N de casos	Porcentaje
Soltero/a	8	6
Separado/a	14	10
Casado/ a	65	46
Divorciado/a	11	8
Viudo/a	3	2
Union libre	39	28
<b>Total</b>	140	100

**Tabla # 5:** - Estado Civil

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** De los 140 pacientes encuestados, con respecto a su estado civil el mayor porcentaje es de 46 que corresponde a la opción “Casado/a”, le sigue la alternativa “Unión libre” en un 28%, a continuación con 10% esta la opción “Separado”, posteriormente la opción “Divorciado/a” en un 8%, después en un 6% se encuentra la alternativa “Soltero/a” y por ultimo con un porcentaje de 2 se encuentra la opción “Viudo/a”.



**Gráfico # 5:** Estado Civil  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

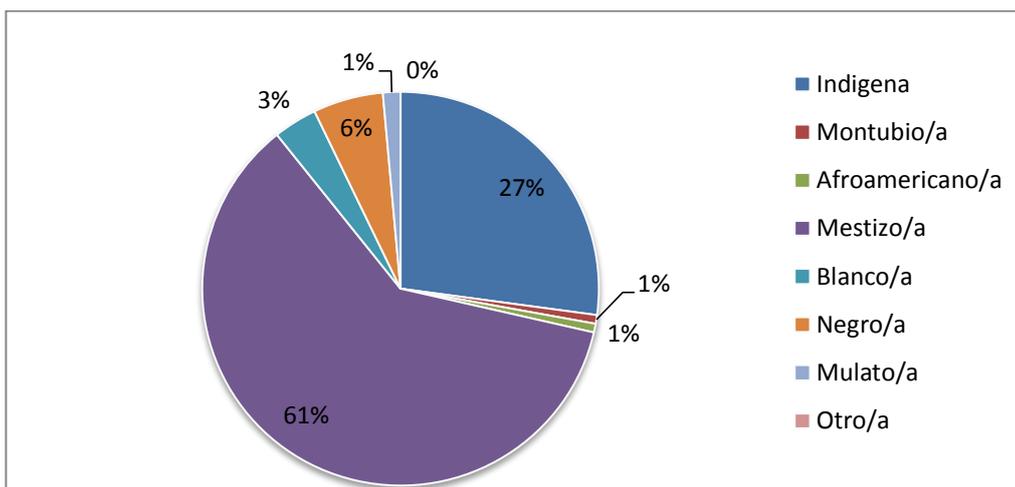
**Interpretación.-** Con respecto al estado civil de esta población, los resultados muestran que casi la mitad de estas personas esta casada y el 28% vive en unión libre siendo estos los porcentajes más representativos mientras que en las demás alternativas sus puntuaciones son inferiores al 10%.

#### Auto identificación

Alternativa	N de casos	Porcentaje
Indígena	38	27
Montubio/a	1	1
Afroamericano/a	1	1
Mestizo/a	85	61
Blanco/a	5	3
Negro/a	8	6
Mulato/a	2	1
Otro/a	0	0
<b>Total</b>	140	100

**Tabla # 6:** - Autoidentificación  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-**El mayor porcentaje es 61% y corresponde a la opción “Mestizo”, le sigue la 27% que concierne a la alternativa “Indígena”, mientras que el 6% de esta población se considera “Negro/a”, a si mismo la opción “Blanco” recae sobre el 3%, las alternativas “Montubio/a, Afroamericano/a, Mulato/a” con un 1% cada una respectivamente.



**Gráfico # 6:** Autoidentificación  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

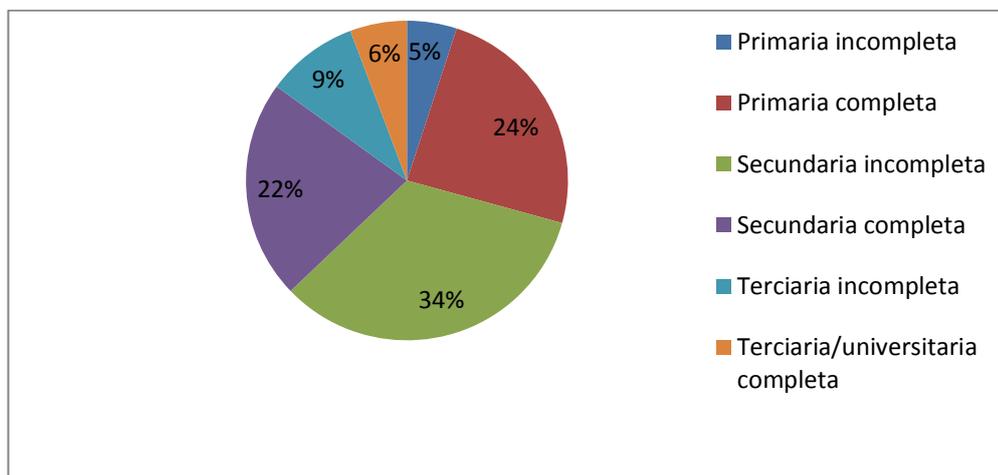
**Interpretación.-**La autoidentificación es como la persona autocalifica su pertenencia étnica es así, que dentro de esta investigación mas de la mitad de la población se auto identifica como mestizo/a, casi una cuarta parte de estas personas se considera indígena, siendo estos los índices mas significativos mientras que las demás alternativas como negro/a, mulato/a, afroamericano/a, blanco/a tienen puntuaciones menos representativas es decir, que el 15% de la población se autoidentifica dentro de las opciones anteriormente mencionadas.

### Educación

Alternativa	N de casos	Porcentaje
Primaria incompleta	7	5
Primaria completa	34	24
Secundaria incompleta	47	34
Secundaria completa	31	22
Terciaria incompleta	13	9
Terciaria completa	8	6
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Tabla # 7:** - Educación  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** Según la muestra de 140 personas víctimas de violencia intrafamiliar respondieron en este ítem en un 34% por la opción “Secundaria incompleta”, seguido de un 22% por la alternativa “Primaria completa”, continuando con un 18% por “Secundaria completa”, así también un 9% por la opción “Terciaria completa”, de la misma manera un 6% por la opción “Terciaria incompleta” y por ultimo con un 5% por la opción “Terciaria/universitaria completa”.



**Gráfico # 7:** Educación  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

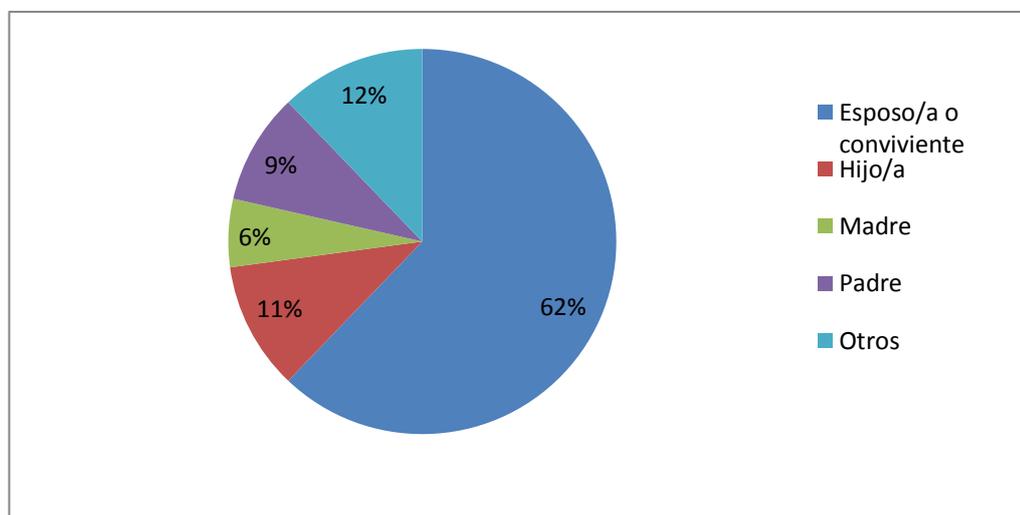
**Interpretación.-**El nivel de escolaridad de esta población es diverso, es así que una tercera parte de los evaluados ha señalado con respecto a su educación no haber concluido la secundaria y el 22% de las personas dentro de la investigación ha concluido con la secundaria, de la misma forma una cuarta parte de los evaluados a terminado la primaria y solo el 5 % de la población tiene su primaria incompleta, al igual que el 15% ha indicado su nivel de escolaridad en la alternativa terciaria incompleta y completa, también se puede señalar que el 48% de la población estudiada dentro de los tres niveles de escolaridad no ha concluido con su nivel educativo y el 52% si ha terminado con su nivel educativo, en cualesquiera de los niveles de escolaridad es así que se puede inferir que el mayor porcentaje de personas víctimas de violencia intrafamiliar es cuando no existe un nivel de escolaridad completo, cabe recalcar que esta alternativa no es determinante en la violencia intrafamiliar ya que inciden una variedad de circunstancias para que se produzca.

### Relación con el agresor

Alternativa	N de casos	Porcentaje
Esposo/a o conviviente	87	62
Hijo/a	15	11
Madre	8	6
Padre	13	9
Otros	17	12
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Tabla # 8:** Relación con el Agresor  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** Según la muestra de 140 pacientes respondieron para el ítem “Relación con el agresor”, un 62% por la alternativa “Esposo/a”, seguido de un 12% que señaló la opción “Otros”, continuando con un 11% por “Hijo/a”, así también un 9% por la opción “Padre”, y por ultimo con un 6% por la opción “Madre”.



**Gráfico # 8:** Relación con el Agresor  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

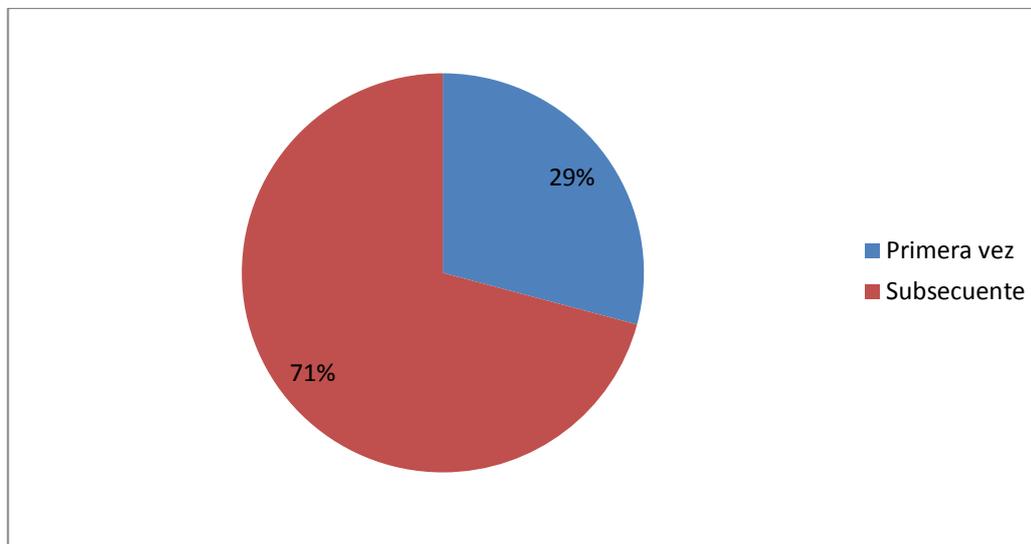
**Interpretación.-** En la población evaluada se investigó la relación que tenían con el agresor, donde más de la mitad de los evaluados indica que el agresor es su esposo o conviviente, mostrando un alto índice de violencia de pareja, un 11% de estas personas es víctima de violencia filio parental, un 15% de la población estudiada es víctima de violencia parental y el 12% indica que el agresor es otro miembro de la familia, en los que señalan a tíos/as y primos.

## Frecuencia de la agresión

Alternativa	N de casos	Porcentaje
Primera vez	49	29
Subsecuente	91	71
<b>Total</b>	140	100

**Tabla # 9:** Frecuencia de la Agresión  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** Los 140 pacientes evaluados respondieron para el ítem “Frecuencia de la agresión”, un 29 % por la alternativa “Primera vez”, y el 71% de esta población, es decir, 119 personas señalan la opción “Subsecuente”.



**Gráfico # 9:** Frecuencia de la Agresión  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación.-** La frecuencia de la agresión en la mayoría de casos investigados en este trabajo es del 71 %, es decir que 7 de cada 10 personas víctimas de violencia intrafamiliar viven periodos de agresión subsecuentes y solo en un 29% de los casos la agresión ha ocurrido por primera vez.

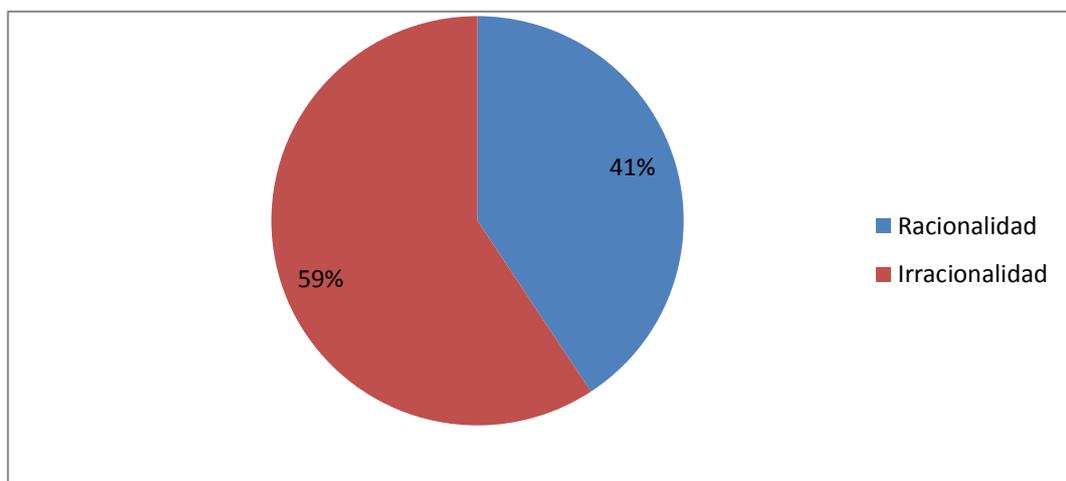
## 4.2 Análisis de los resultados de Escala de Actitudes y Creencias. Versión española del Attitudes and beliefs test (adaptado de Burgess, 1990)

### 1. Racionalidad e Irracionalidad

Alternativa	N° de casos	Porcentaje
Racionalidad	57	41
Irracionalidad	83	59
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Tabla # 10:** Racionalidad e Irracionalidad  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** Según la muestra de 140 pacientes evaluados con la “Escala de actitudes y creencias”, en cuanto a la racionalidad e irracionalidad, los resultados arrojan que un 59% califica dentro de la “Irracionalidad” y en el 41% las puntuaciones están dentro de la “Racionalidad.”



**Gráfico # 10:** Racionalidad e Irracionalidad  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación.-** Con respecto a los resultados sobre la racionalidad e irracionalidad, en la muestra de 140 pacientes evaluados las puntuaciones sobre la mayoría de los casos investigados corresponde a “Irracionalidad” es así que 83 personas, poseen creencias irracionales, es decir evaluaciones imprecisas manifestándose como necesidades, deberes o demandas que interfieren en el desarrollo del individuo y 57 casos cuyas puntuaciones califican dentro de

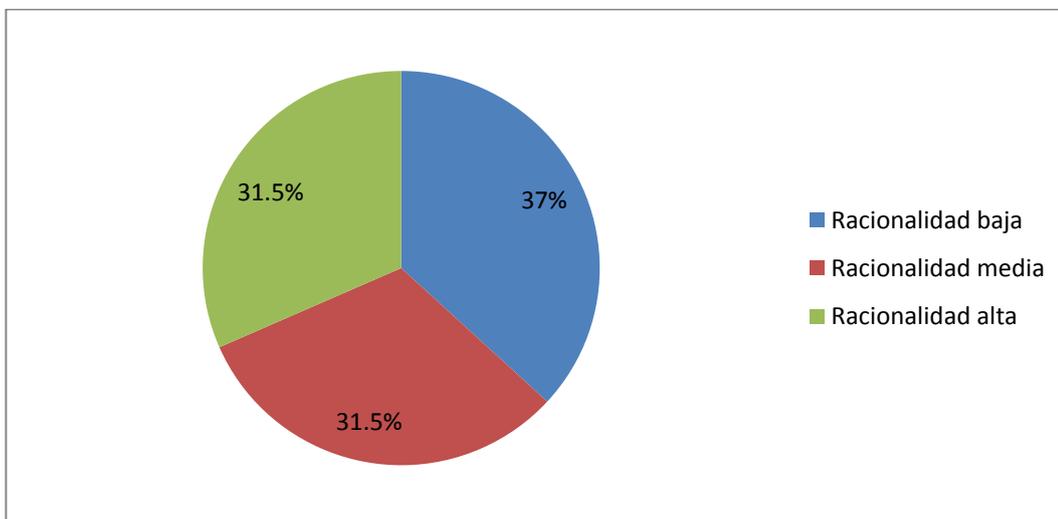
“Racionalidad” siendo estas evaluaciones funcionales de la realidad que promueven el desarrollo del potencial humano.

## 2. Escala de racionalidad

Alternativa	N° de casos	Porcentaje
Racionalidad baja	21	37
Racionalidad media	18	31.5
Racionalidad alta	18	31.5
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

**Tabla# 11:** Racionalidad  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** Según los resultados de la “Escala de actitudes y creencias”, de las 140 personas evaluadas, 57 casos puntúan dentro de la “Racionalidad”, de estos casos el 37% posee una “Racionalidad baja”, de la misma manera el 31.5% tiene una “Racionalidad media”, al igual que una “Racionalidad alta” respectivamente.



**Gráfico # 11:** Racionalidad  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación.-** En relación a los 57 casos que puntúan dentro de la “Racionalidad”, el 37% tiene una “Racionalidad baja” que indicaría que estas personas poseen evaluación funcional de los acontecimientos, sin un compromiso muy grande en las subescalas evaluadas; el 31.5% posee un “Racionalidad media” que implica una racionalidad promedio señalando que el sujeto realiza evaluaciones funcionales de la realidad que promueven su desarrollo, en términos

generales, de la misma manera el 31.5% posee una “Racionalidad alta”, es decir poseen un alto nivel de racionalidad.

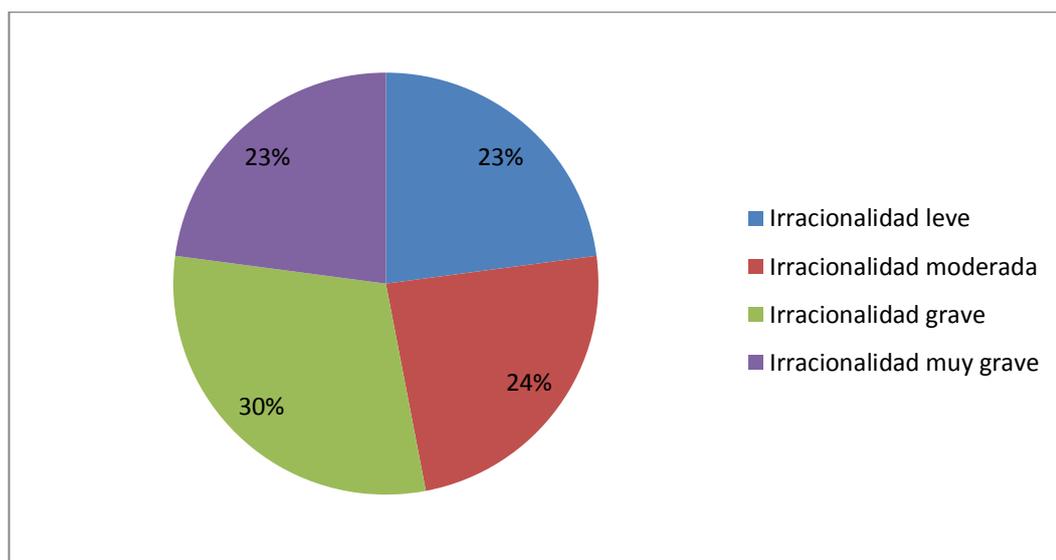
### 3. Escala de irracionalidad

Alternativa	N° de casos	Porcentaje
Irracionalidad leve	19	23
Irracionalidad moderada	20	24
Irracionalidad grave	25	30
Irracionalidad muy grave	19	23
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

**Tabla # 12:** Irracionalidad

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** De acuerdo a los resultados de la “Escala de actitudes y creencias”, de las 140 personas evaluadas, 83 casos puntúan dentro de la “Irracionalidad”, el mayor porcentaje de estos casos es el 30% que posee una “Irracionalidad grave”, seguido de un 24% de las personas que tiene “Irracionalidad moderada”, de la misma manera el 23% tiene una “Irracionalidad leve”, al igual que una “Irracionalidad muy grave” respectivamente.



**Gráfico # 12:** Irracionalidad

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación.-** En relación a los 83 casos que puntúan dentro de la “Irracionalidad”, la mayoría de la población evaluada posee “Irracionalidad grave” que indicaría que estas personas poseen evaluaciones imprecisas de la realidad que interfieren en el desarrollo del individuo, con un compromiso muy

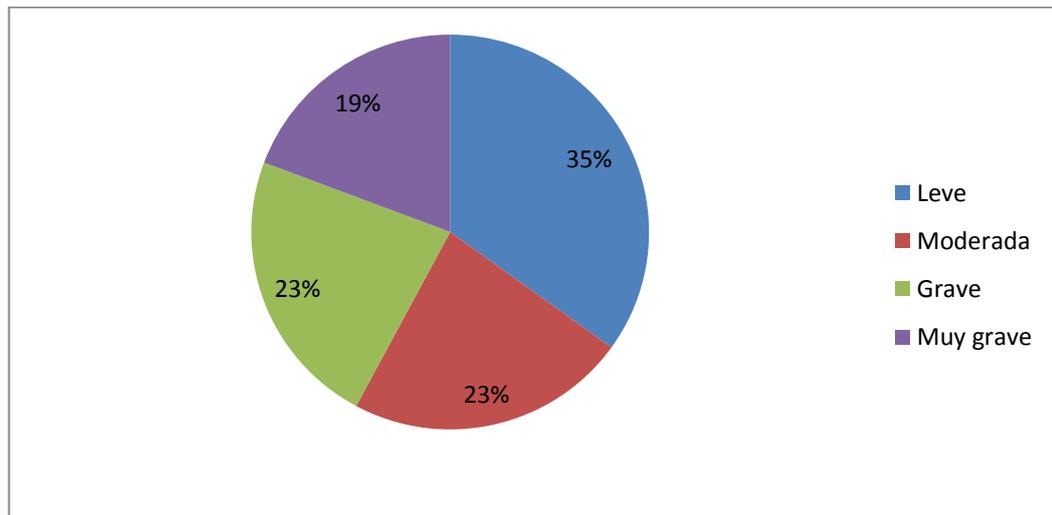
grande en las subescalas evaluadas, el resto también presenta alguna dificultad de acuerdo a la escala de leve a muy grave.

### 5. Subescala “Exigencia”

Alternativa	N° de casos	Porcentaje
Leve	29	35
Moderada	19	23
Grave	19	23
Muy grave	16	19
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

**Tabla # 13:** Exigencia  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** Acorde a los resultados de la “Escala de actitudes y creencias”, de los 83 casos que puntúan dentro de la “Irracionalidad”, en la subescala “Exigencia” el mayor porcentaje de estos casos es el 35% en la alternativa “Leve”, seguido de un 23% en la opción “Moderada”, de la misma manera el 23% en la alternativa “grave”, el 19% en la opción “Muy grave” respectivamente.



**Gráfico # 13:** Exigencia  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación.-** En relación a la subescala “Exigencia”, la mayoría de la población evaluada tiene un nivel “Leve”, en esta creencia, que indicaría que los “debo” y “tengo que” son incuestionables y totalitarios e interfieren o dificultan la obtención de propósitos y objetivos básicos, las alternativas “moderado y

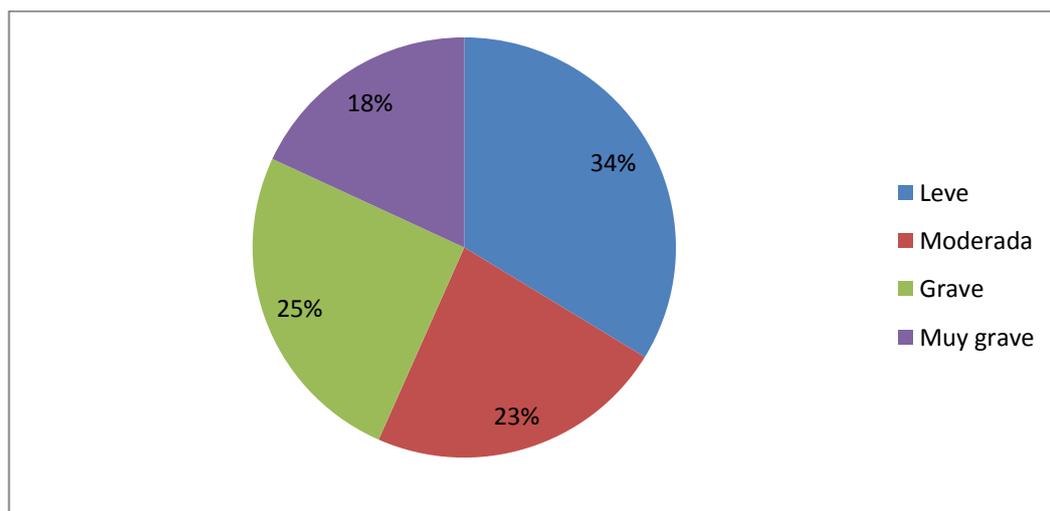
grave” tiene puntuaciones similares , el 19% presenta la creencia “Exigencia” en un nivel “Muy grave” que implica que derivarán en emociones y conductas disfuncionales o desadaptativas.

### 6. Subescala “Tremendismo”

Alternativa	N° de casos	Porcentaje
Leve	28	34
Moderada	19	23
Grave	21	25
Muy grave	15	18
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

**Tabla # 14:** Tremendismo  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** Según los resultados de la “Escala de actitudes y creencias”, de los 83 casos que puntúan dentro de la “Irracionalidad”, en la subescala “Tremendismo” el mayor porcentaje de estos casos es el 34% en la alternativa “Leve”, seguido de un 25% en la opción “Grave”, le sigue la opción “Moderada” en un 23%, de la misma manera el 18% en la alternativa “Muy grave.”



**Gráfico # 14:** Tremendismo  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación.-** En relación a la subescala “Tremendismo”, la mayoría de la población evaluada tiene un nivel “Leve”, en esta creencia, que indicaría la predisposición a destacar lo negativo de una situación, a apreciarlo como mas de un 100% malo, lo que dificultan la obtención de propósitos y objetivos básicos,

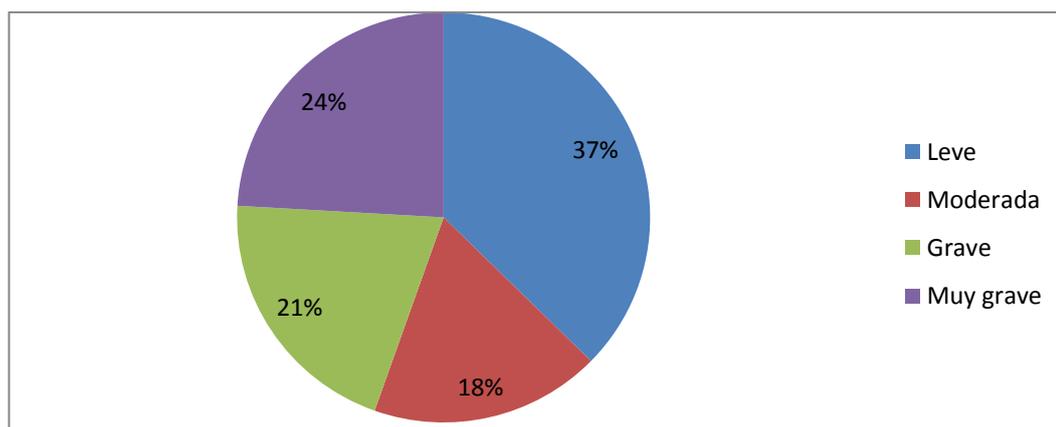
las alternativas “moderado y grave” tiene puntuaciones similares , el 18% presenta la creencia “Tremendismo” en un nivel “Muy grave” que implica que derivarán en emociones y conductas disfuncionales o desadaptativas.

### 7. Subescala “Baja tolerancia a la frustración”

Alternativa	N° de casos	Porcentaje
Leve	31	37
Moderada	15	18
Grave	17	21
Muy grave	20	24
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

**Tabla # 15:** Baja Tolerancia a la Frustración  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** De acuerdo a los resultados de la “Escala de actitudes y creencias”, de los 83 casos que puntúan dentro de la “Irracionalidad”, en la subescala “Baja tolerancia a la frustración” el mayor porcentaje se encuentra en la alternativa “Leve” en un 37%, le sigue la opción “Muy grave” con un 24%, posteriormente la opción “Grave” con un 21% y por ultimo con un porcentaje de 18 la alternativa “Moderada.”



**Gráfico # 15:** Baja Tolerancia a la Frustración  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación.-** En relación a la subescala “Baja tolerancia a la frustración” o “No puedo soportar”, la mayoría de la población evaluada tiene un nivel “Leve”, en esta creencia, que indicaría la predisposición a resaltar lo insoportable de un acontecimiento, ya que piensan que no pueden experimentar ninguna felicidad, bajo ninguna circunstancia lo que dificultan la obtención de propósitos

y objetivos básicos, las alternativa, “moderado y grave” tiene puntuaciones similares , el 24% presenta la creencia “Baja tolerancia a la frustración” en un nivel “Muy grave” que implica que derivarán en emociones y conductas disfuncionales o desadaptativas.

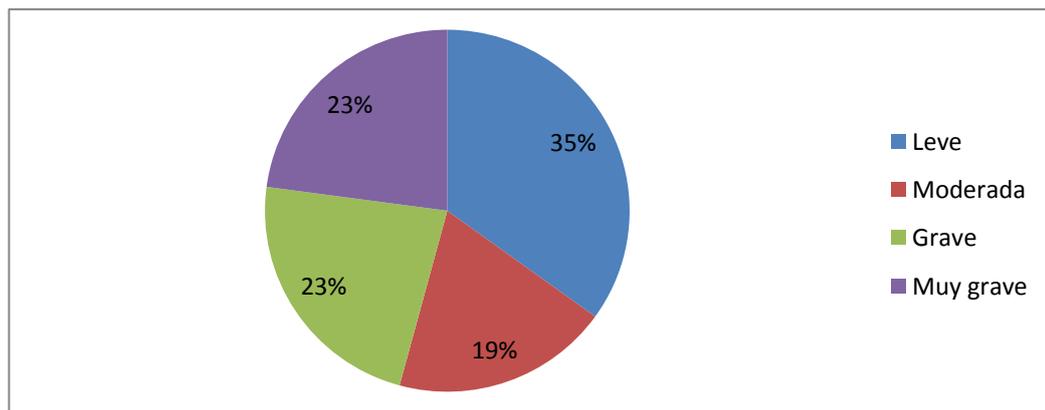
### 8. Subescala “Condenación”

Alternativa	N° de casos	Porcentaje
Leve	29	35
Moderada	16	19
Grave	19	23
Muy grave	19	23
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

**Tabla# 16:** Condenación

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** Con respecto a los resultados de la “Escala de actitudes y creencias”, de los 83 casos que puntúan dentro de la “Irracionalidad”, en la subescala “Condenación” el mayor numero de casos se encuentra en la alternativa “Leve” que representa el 35% de esta población, le siguen las opciones “Grave y muy grave” con un 23% cada una, y por ultimo con un porcentaje de 19 la opción “Moderada.”



**Gráfico # 16:** Condenación

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación.-** De acuerdo a la subescala “Condenación” o “Evaluación global de la valía del ser humano”, la mayoría de la población evaluada tiene un nivel “Leve”, en esta creencia, que indicaría la predisposición a valorar como ‘mala’ la esencia humana, la estimación hacia los demás y uno mismo/a, como resultado de

la conducta individual lo que dificultan la obtención de propósitos y objetivos básicos, las alternativa, “moderado y grave” tiene puntuaciones similares , el 23% presenta la creencia “Condenación” en un nivel “Muy grave” que implica que derivarán en emociones y conductas disfuncionales o desadaptativas.

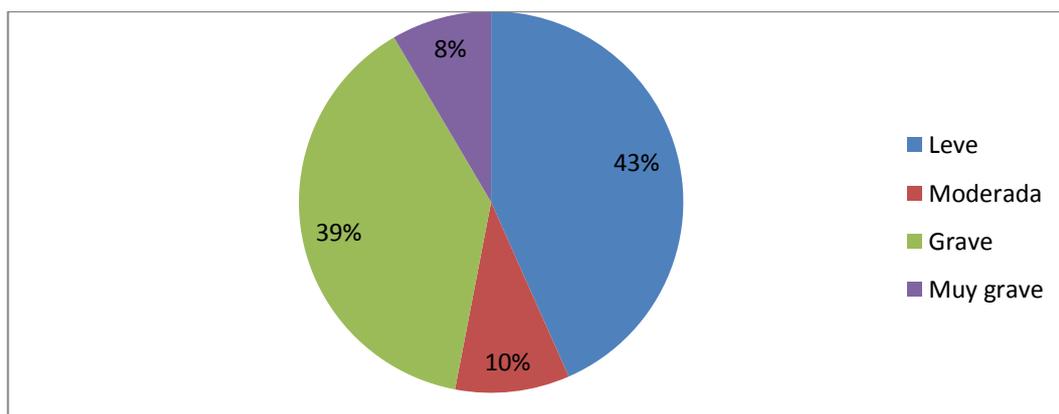
### 9. Subescala “Aprobación”

Alternativa	N° de casos	Porcentaje
Leve	36	43
Moderada	8	10
Grave	32	39
Muy grave	7	8
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

**Tabla # 17:** Aprobación

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** Acorde a los resultados de la “Escala de actitudes y creencias”, de los 83 casos que puntúan dentro de la “Irracionalidad”, en la subescala “Aprobación” el mayor numero de casos se encuentra en la alternativa “Leve” que representa el 43% de esta población, a continuación con un 39% la opción “Grave”, después con un 10% la alternativa “Moderada” y por ultimo la opción “Muy grave” con un 8%.



**Gráfico # 17:** Aprobación

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación.-** De acuerdo a la subescala “Aprobación” o “Evaluación global de la valía del ser humano”, la mayoría de la población evaluada tiene un nivel “Leve”, en esta creencia, que indicaría la tendencia a evaluar como una necesidad extrema el ser amado y aceptado por todos lo que dificultan la obtención de

propósitos y objetivos básicos, las alternativa, “moderado y muy grave” tiene puntuaciones similares , el 39% presenta la creencia “Aprobación” en un nivel “Grave” que implica que derivarán en emociones y conductas disfuncionales.

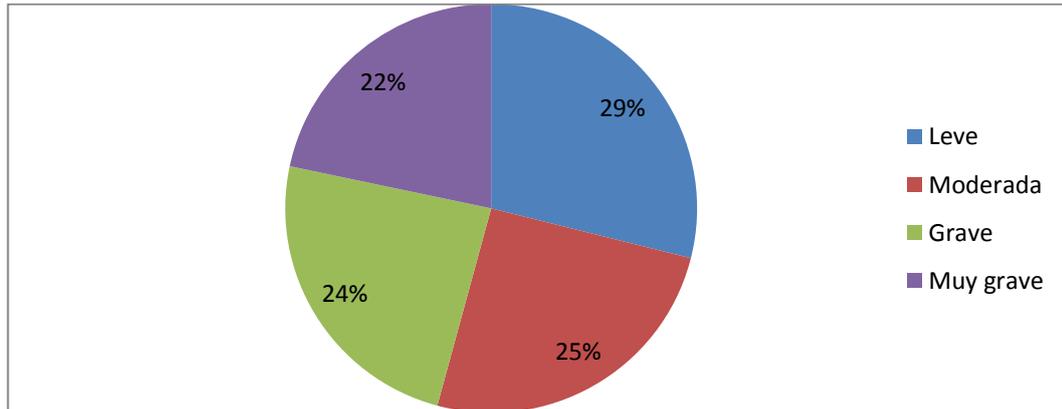
### 10. Subescala “Éxito”

Alternativa	N° de casos	Porcentaje
Leve	24	29
Moderada	21	25
Grave	20	24
Muy grave	18	22
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

**Tabla # 18:** Éxito

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** De los 83 casos que puntúan dentro de la “Irracionalidad”, en la subescala “Éxito” el mayor numero de casos se encuentra en la alternativa “Leve” que representa el 29% de esta población, a continuación con un 25% la opción “Grave”, después con un 24% la alternativa “Moderada” y por ultimo la opción “Muy grave” con un 22%.



**Gráfico # 18:** Éxito

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación.-** Conforme a la subescala “Éxito”, la mayoría de la población evaluada tiene un nivel “Leve”, en esta creencia, que indicaría la idea "Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos" lo que dificultan la obtención de propósitos y objetivos básicos, las alternativa, “moderado y grave” tiene puntuaciones similares, el 22% presenta la

creencia “Éxito”, en un nivel “Muy grave” que implica que derivarán en emociones y conductas disfuncionales en su vida, considerándola globalmente.

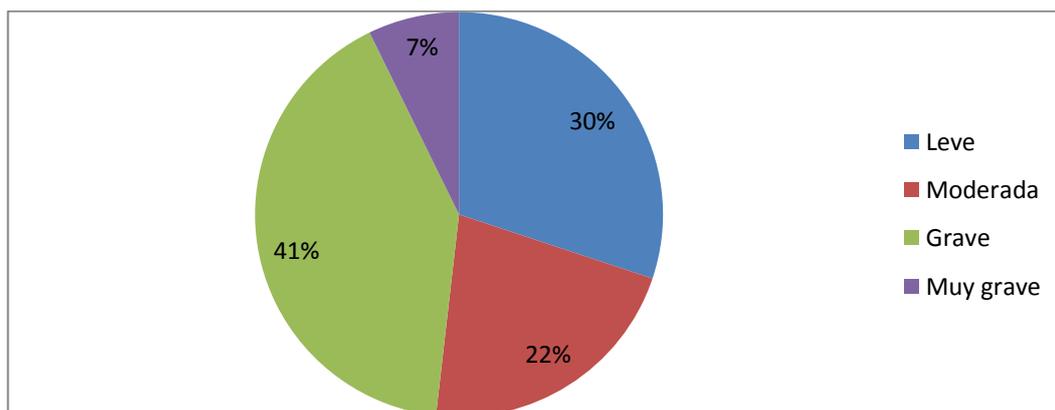
### 11. Subescala “Comodidad”

Alternativa	N° de casos	Porcentaje
Leve	25	30
Moderada	18	22
Grave	34	41
Muy grave	6	7
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

**Tabla # 19:** Comodidad

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** De los 83 casos que puntúan dentro de la “Irracionalidad”, en la subescala “Comodidad” el mayor numero de casos se encuentra en la alternativa “Grave” que representa el 41% de las personas evaluadas que cumplen la característica de “Irracionalidad” según la “Escala de actitudes y creencias”, a continuación con un 30% la opción “Leve”, después con un 22% la alternativa “Moderada” y por ultimo la opción “Muy grave” con un 7%.



**Gráfico # 19:** Comodidad

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación.-** Conforme a la subescala “Comodidad”, la mayoría de la población evaluada tiene un nivel “Grave”, en esta creencia, que indicaría la idea “Mi pasado ha de afectarme siempre” y/o “Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello”, que derivarán en emociones y conductas disfuncionales en su vida, considerándola globalmente y en un nivel “Leve” el 30% presenta la creencia “Comodidad”, es

decir, esta idea dificulta la obtención de propósitos y objetivos básicos de estas personas, siendo estas las puntuaciones mas significativas.

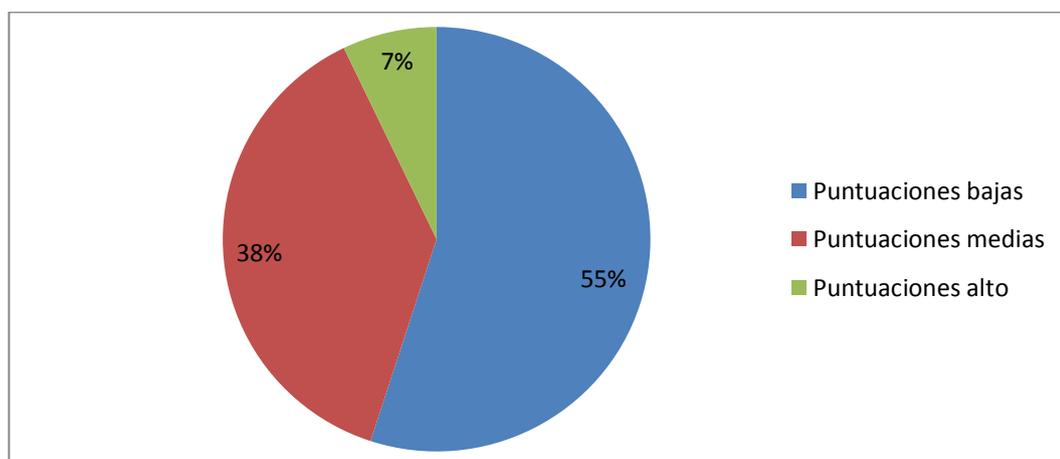
#### 4.2. Análisis de los resultados de la Escala de Bienestar Psicológico.

##### 1. Bienestar psicológico

Alternativa	N° de casos	Porcentaje
Puntuaciones bajas	77	55
Puntuaciones medias	53	38
Puntuaciones alto	10	7
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Tabla # 20:** Bienestar Psicológico  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** De los muestra de 140 personas evaluadas a través de la “Escala de Bienestar Psicológico”, el 55% de esta población tiene “Puntuaciones bajas”, el 38 % posee puntuaciones medias y por ultimo el 7% tiene puntuaciones altas con respecto a la escala total de Bienestar psicológico.



**Gráfico # 20:** Bienestar Psicológico  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación.-** De acuerdo a las 140 personas evaluadas en esta investigación la mayoría de esta población, según la “Escala de Bienestar Psicológico” posee “Puntuaciones bajas” que indican que la persona auto percibe un Bienestar Psicológico bajo y que están implicadas algunas de sus áreas vitales, alrededor de una tercera parte tiene puntuaciones medias, es decir tienen un bienestar promedio señalando que la persona se siente satisfecho con su vida, en términos generales y por ultimo solo siete de cada cien personas califica dentro de “Puntuaciones

altas", muestran un alto nivel de bienestar, señalando que la persona se siente muy satisfecha con su vida, considerándola globalmente.

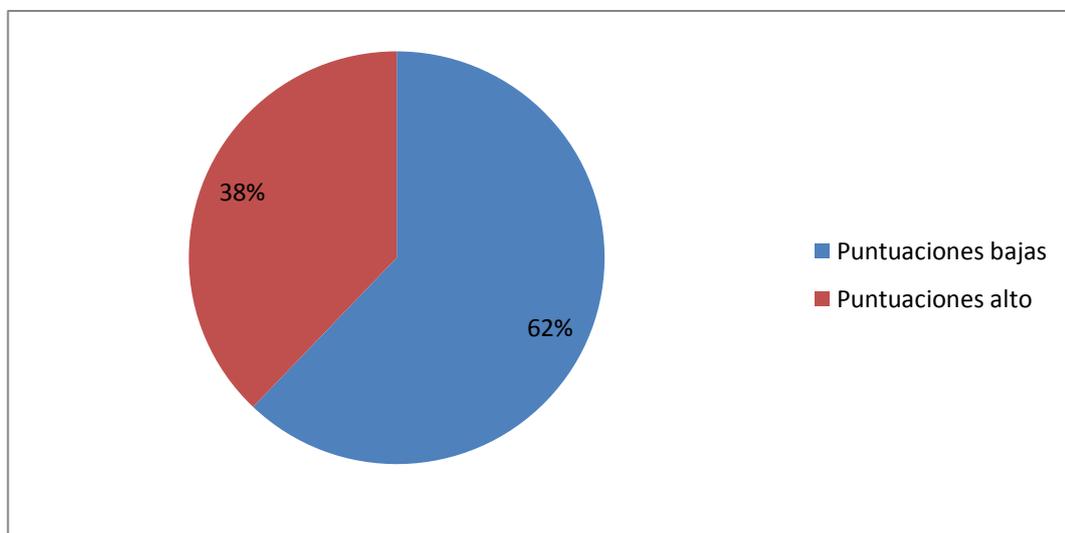
## 2. Dimensión "Control"

Alternativa	N° de casos	Porcentaje
Puntuaciones bajas	87	62
Puntuaciones alto	53	38
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Tabla # 21:** Control

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** De los muestra de 140 personas evaluadas a través de la "Escala de Bienestar Psicológico", en la dimensión "Control" el mayor numero de casos se encuentra en la alternativa "Puntuaciones bajas" que representa el 62% de esta población y con un 38% la opción "Puntuaciones altas."



**Gráfico # 21:** Control

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación.-** En lo concerniente a la dimensión "Control", en la muestra de 140 pacientes evaluados las puntuaciones sobre la mayoría de los casos investigados corresponde a "Bajas" es así que 83 personas, poseen un "Bajo control" en esta escala, es decir que estas personas tienen dificultades en manejar los asuntos de la vida diaria, debido a que piensan que son incapaces de modificar el ambiente y 57 casos cuyas puntuaciones califican dentro de "Control Alto" lo

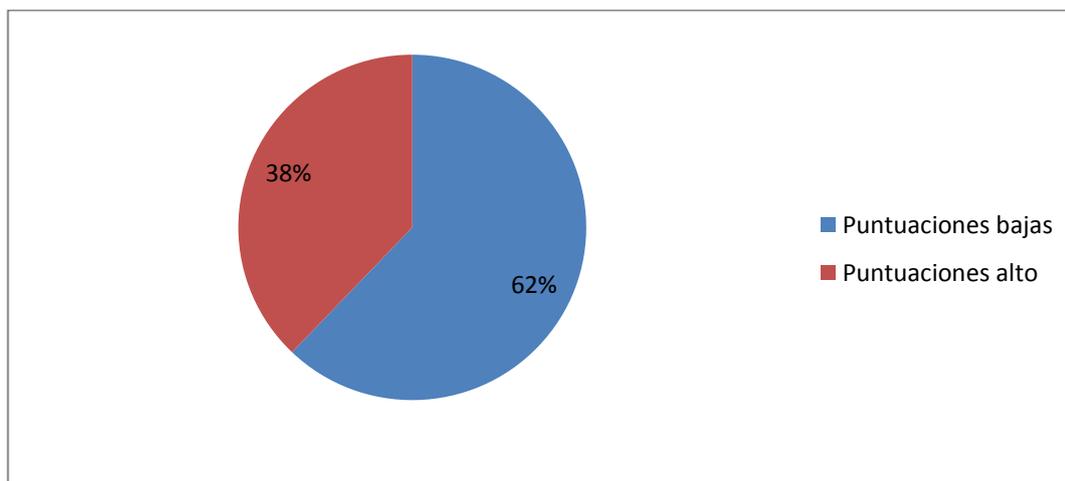
que significa que pueden crear o manipular contextos para adecuarlos a sus propios intereses y necesidades.

### 1. Dimensión “Aceptación de si”

Alternativa	N° de casos	Porcentaje
Puntuaciones bajas	87	62
Puntuaciones alto	53	38
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Tabla # 22:** Aceptación de si  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** De acuerdo a los resultados en la “Escala de Bienestar Psicológico”, de las 140 personas evaluadas, en la dimensión “Aceptación de si” el mayor numero de casos se encuentra en la alternativa “Puntuaciones bajas” que representa el 62% de esta población y con un 38% en la opción “Puntuaciones altas.”



**Gráfico # 22:** Aceptación de si  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación.-** Con respecto a la dimensión “Aceptación de si”, en la muestra de 140 pacientes evaluados las puntuaciones sobre la mayoría de los casos investigados corresponde a “Bajas” es así que 62% de las personas investigadas, posee una “Baja aceptación de si” en esta escala, es decir que estas personas se sienten insatisfechas consigo mismas ya que están desilusionadas con su vida pasada y 38% de los casos califican dentro de “Puntuaciones Altas” lo que

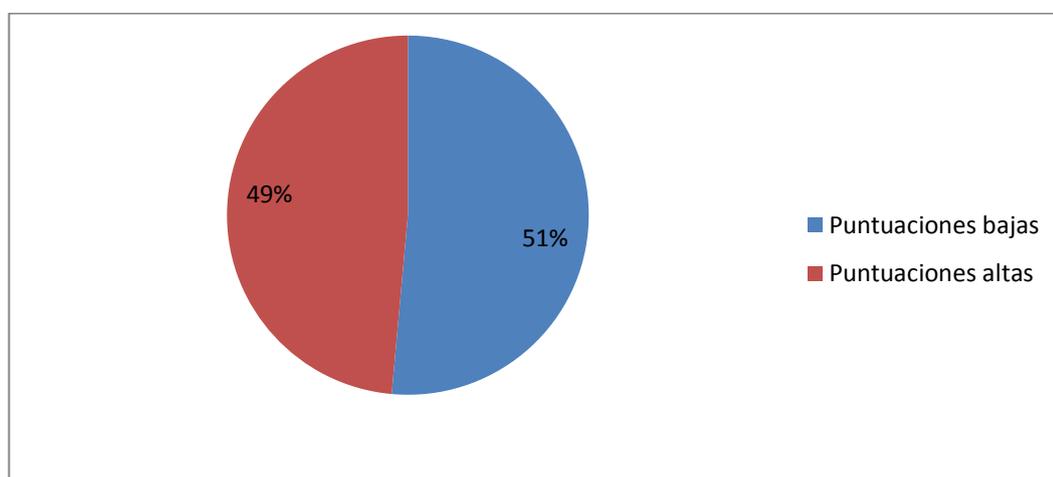
significa que puede aceptar los múltiples aspectos de si mismo, incluyendo los buenos y los malos, sintiéndose bien acerca del pasado.

## 2. Dimensión “Vínculos psicosociales”

Alternativa	N° de casos	Porcentaje
Puntuaciones bajas	72	51
Puntuaciones altas	68	49
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Tabla # 23:** Vínculos Psicosociales  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** De acuerdo a los resultados en la “Escala de Bienestar Psicológico”, de las 140 personas evaluadas, en la dimensión “Vínculos Psicosociales” el mayor número de casos se encuentra en la alternativa “Puntuaciones bajas” que representa el 51% de esta población y con un 49% en la opción “Puntuaciones altas.”



**Gráfico # 23:** Vínculos Psicosociales  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación.-** De acuerdo a la dimensión “Vínculos psicosociales”, en la muestra de 140 pacientes valorados, las puntuaciones sobre las alternativas casi son asimiles en los casos investigados, es así el 51% corresponde a “Puntuaciones Bajas” en esta escala, lo que significa que estas personas tienen pocas relaciones interpersonales, se sienten frustrados con los vínculos que establecen con los demás y 49% de los casos califican dentro de “Puntuaciones Altas”, es decir que

son personas cálidas, que pueden establecer vínculos con los demás, debido a que tienen capacidad empática y afectiva.

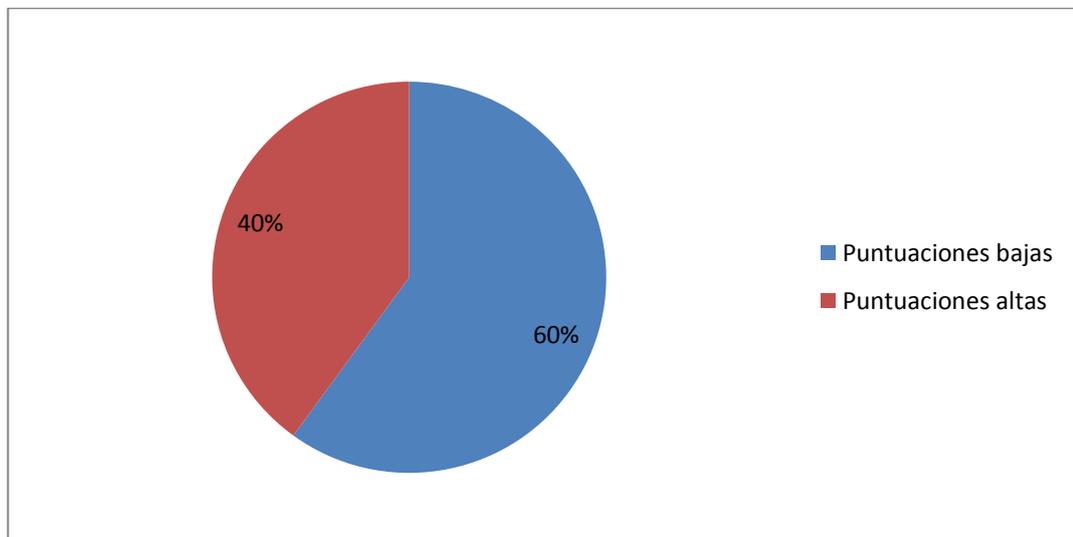
### 3. Dimensión “Autonomía”

Alternativa	N° de casos	Porcentaje
Puntuaciones bajas	84	60
Puntuaciones altas	56	40
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Tabla # 24:** Autonomía

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** De acuerdo a los resultados en la “Escala de Bienestar Psicológico”, de las 140 personas evaluadas, en la dimensión “Autonomía” el mayor número de casos se encuentra en la alternativa “Puntuaciones bajas” que representa el 60% de esta población y con un 40% en la opción “Puntuaciones altas.”



**Gráfico # 24:** Autonomía

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación.-** Según la muestra de 140 pacientes valorados, en la dimensión “Autonomía”, se evidencia que más de la mitad de esta población tiene “Puntuaciones Bajas” en esta escala que corresponde al 60% de los casos, esto significa que estas personas son emocionalmente inestables, además de depender de los demás para tomar decisiones y 40% de los casos califican dentro de

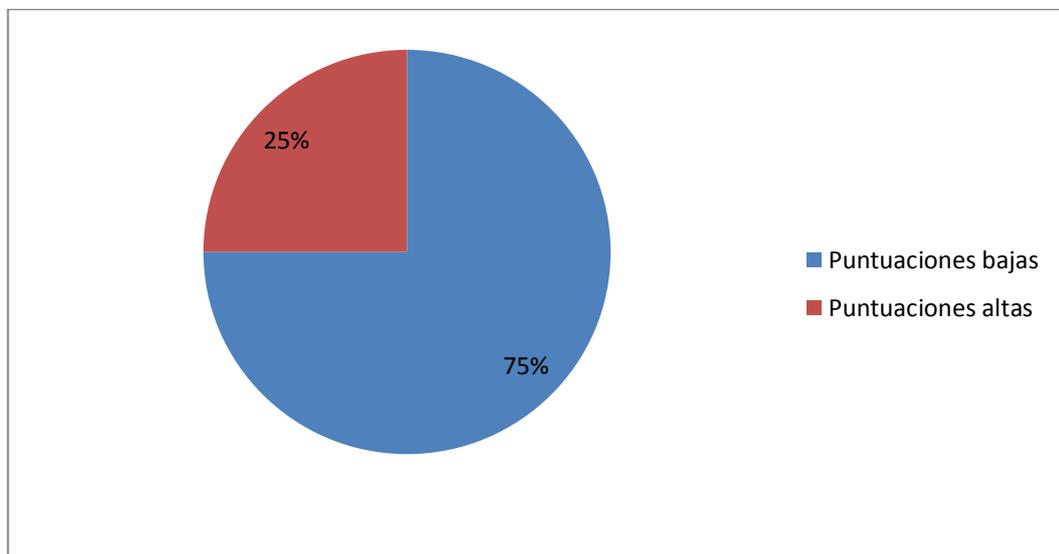
“Puntuaciones Altas”, es decir, pueden tomar decisiones de modo independiente, confiando en su propia juicio.

#### 4. Dimensión “Proyectos”

Alternativa	N° de casos	Porcentaje
Puntuaciones bajas	105	75%
Puntuaciones altas	35	25%
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Tabla# 25:** Proyectos  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.-** Conforme a los resultados en la “Escala de Bienestar Psicológico”, de las 140 personas evaluadas, en la dimensión “Proyectos” el mayor número de casos se encuentra en la alternativa “Puntuaciones bajas” que representa el 75% de esta población y con un 25% en la opción “Puntuaciones altas.”



**Gráfico # 25:** Proyectos  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación.-** Conforme a la muestra de 140 pacientes valorados, en la dimensión “Proyectos”, se evidencia que tres cuartas partes de esta población tienen “Puntuaciones Bajas” en esta escala, que corresponde al 75% de los casos, esto significa que la vida para estas personas carece de sentido y significado ya que tienen pocas metas y proyectos; el 25% de los casos califican dentro de

“Puntuaciones Altas”, es decir, tiene metas y proyectos y consideran que la vida tiene significado.

### 4.3. Verificación de Hipótesis

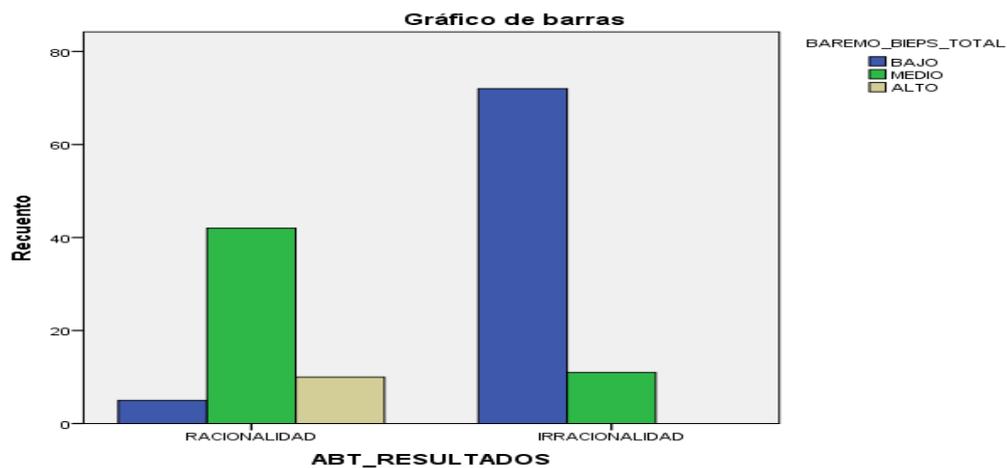
#### Prueba de chi-cuadrado a través del Programa Estadístico IBM SPSS

**Tabla de contingencia ABT\_RESULTADOS \* BAREMO\_BIEPS\_TOTAL**

		BIENESTAR PSICOLÒGICO			Total
		BAJO	MEDIO	ALTO	
CREENCIAS IRRACIONALES	RACIONALIDAD	5	42	10	57
	IRRACIONALIDAD	72	11	0	83
Total		77	53	10	140

**Tabla # 26:** Prueba chi\_cuadrado  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Análisis.**-De los 57 que tiene creencias 42 personas tiene un bienestar medio, 10 tienen el nivel de bienestar alto, mientras que solo 5 personas poseen un bienestar bajo. Dentro de irracionalidad puntúan 72 personas de las que 72 poseen un bienestar bajo, 11 un nivel de bienestar medio y ninguna posee un alto nivel de bienestar.



**Gráfico # 26:** Prueba de chi\_cuadrado  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

**Interpretación:** En los datos analizados anteriormente, se puede observar que a mayor racionalidad mejor son los niveles de bienestar psicológico debido a que de las personas que tenían racionalidad la mayoría tenía un nivel medio de bienestar psicológico, mientras que de las personas que tenían en su calificación irracionalidad la mayoría poseía un bajo nivel de bienestar psicológico.

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilatera l)	Sig. exacta (bilatera l)	Sig. exacta (unilateral )	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	84.517 <sup>a</sup>	2	.000	.000		
Razón de verosimilitudes	98.080	2	.000	.000		
Estadístico exacto de Fisher	93.643			.000		
Asociación lineal por lineal	78.012 <sup>b</sup>	1	.000	.000	.000	.000
N de casos válidos	140					

a. 1 casillas (16.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.07.

b. El estadístico tipificado es -8.832.

A través de la aplicación de la prueba Chi-cuadrado de Pearson se encuentra que las creencias irracionales si están relacionado con los niveles de bienestar psicológico [ $X^2(2) = 84.51 p, < 0.001, N=140$ ].

**Tabla # 27:** Prueba chi\_cuadrado  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. CONCLUSIONES

Con la finalización de la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- La investigación presentada hace constancia de las creencias irracionales y su influencia en los niveles de bienestar psicológico, de la muestra en estudio que pertenece a la Sala de Primera Acogida del Hospital Regional Docente Ambato, la mayoría presenta un alto índice de Irracionalidad, teniendo una irracionalidad “Muy Grave” en las siguientes creencias irracionales (baja tolerancia a la frustración 24%,condenación 23% y éxito 22%) y las de menor porcentaje (éxito 19%, tremendismo 18%, aprobación 8% comodidad 7%) aunque todas las creencias evaluadas a través de la Escala de Actitudes y Creencias están presentes en mayor o menor porcentaje.
- Se concluye que dentro de los Niveles de Bienestar Psicológico en la Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS-A) como resultado de las creencias irracionales, la mayoría de la población presenta Bienestar bajo, es decir un 55%, en un 38% bienestar medio y con un 7% bienestar alto, lo que nos indica que los niveles de bienestar psicológico depende de la manera en como el individuo evalúa las situaciones, acontecimientos, sucesos o hechos.
- Se aprueba la hipótesis después de haber realizado el Cálculo Matemático del Chi Cuadrado ( $X^2$ ), donde se adquiere como conclusión que a través

de la aplicación de la prueba Chi-cuadrado de Pearson se encuentra que las creencias irracionales si están relacionado con los niveles de bienestar psicológico [ $X^2(2) = 84.51$  p, < 0.001, N=140].

## **5.2. RECOMENDACIONES:**

- Diseñar un protocolo psicoterapéutico enfocado en el manejo de salud mental para mantener el bienestar psicológico en las personas con creencias irracionales, estableciendo guías para su correcta funcionalidad en la interrelación con los miembros de la sociedad.
- Trabajar sobre el malestar presente, en los pacientes que acuden a la Sala de Primera Acogida, a través de procesos terapéuticos como es la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), que ayudará a desarrollar la solución de conflictos de manera funcional y obtener un progreso significativo tanto a nivel personal como social, permitiéndole efectuar cambios para mejorar la salud mental y alcanzar estilos de vida más placenteros.
- Se recomienda plantear procesos psico-educativos a manera de prevención e intervención, que permitirá un equilibrio con su entorno biosociocultural y ayudara a prevenir la irracionalidad para de esta forma garantizar el ajuste psicológico imprescindible para que el sujeto goce de un bienestar psicológico alto.
- Fomentar el conocimiento del constructo de Creencias Irracionales en las personas victimas de violencia intrafamiliar, con la finalidad de sensibilizarlos con el tema y puedan tomar conciencia del tipo de creencia irracional que suelen tener para optar por otra u otras mas saludables y funcionales.

## **CAPITULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **TITULO:**

**“Protocolo psicoterapéutico enfocado en el manejo del bienestar psicológico mediante la Terapia Racional Emotivo-Conductual dirigido a las personas con creencias irracionales que acuden a la Sala de Primera Acogida del “Hospital Provincial Docente Ambato”.**

#### **6.1 DATOS INFORMATIVOS:**

##### **INSTITUCIÓN EJECUTORA:**

“Hospital Provincial Docente Ambato”

##### **BENEFICIARIOS:**

**DIRECTOS:** Personas que presentan creencias irracionales

**INDIRECTOS:** Familiares de los pacientes, “Sala de Primera Acogida”, “Hospital Provincial Docente Ambato”

##### **TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN:**

3 meses

##### **UBICACIÓN:**

**PROVINCIA:** Tungurahua

**CIUDAD:** Ambato

**DIRECCIÓN:** Av. Pasteur y Unidad Nacional

## 6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

De acuerdo a la investigación presente se deduce que en la actualidad las personas víctimas de violencia intrafamiliar poseen un sistema de creencias irracionales lo que conduce a verse afectados en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve y por ende su bienestar psicológico tiende a ser bajo, así como las dimensiones del mismo.

En la “Sala de Primera Acogida”, se atiende personas víctimas de violencia intrafamiliar, de género y abuso sexual, siendo más frecuente los casos de violencia intrafamiliar en personas de 20 a 40 años, las cuales registran según la presente investigación y a través de la “Escala de Actitudes y Creencias” la mayoría de la población presenta un alto índice de Irracionalidad, teniendo una irracionalidad “Muy Grave” en las siguientes creencias irracionales (baja tolerancia a la frustración 24%,condenación 23% y éxito 22%) y las de menor porcentaje (éxito 19%, tremendismo 18%, aprobación 8% comodidad 7%) que indicaría que estas personas poseen evaluaciones imprecisas de la realidad que interfieren en el desarrollo del individuo, con un compromiso muy grande en las subescalas evaluadas, el resto también presenta alguna dificultad de acuerdo a la escala de leve a muy grave.

Entre las personas evaluadas y dentro de las condiciones valoradas a través de los test aplicados, la mayoría presenta un alto índice de Irracionalidad, teniendo niveles significativos las siguientes creencias irracionales (baja tolerancia a la frustración, tremendismo, condenación) aunque todas las creencias evaluadas a través de la Escala de Actitudes y Creencias están presentes en mayor o menor porcentaje.

Es así que en lo concerniente a las creencias irracionales, el individuo realiza evaluaciones imprecisas de la realidad, asociadas con emociones inadecuadas que interfieren con la consecución de metas; lo que impide el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, dificultando el funcionamiento positivo, íntimamente relacionado con el bienestar psicológico.

Las personas víctimas de violencia intrafamiliar también presentan dificultad en la búsqueda de ayuda para la solución de problemas debido a que mantienen la idea “los platos sucios se lavan en casa”, de igual manera estas personas deben trabajar en la habilidad para desarrollar y fortalecer sus capacidades lo que permitirá realizar evaluaciones funcionales de la realidad, es decir, de los hechos, acontecimientos o situaciones promoviendo el desarrollo del potencial humano.

### **6.3 JUSTIFICACIÓN**

La ejecución de la siguiente propuesta es de vital importancia debido a que dentro de la población investigada, se presenta en un alto porcentaje las creencias irracionales, es decir un 59% de la población estudiada, las que se caracterizan por seguir una meta personal de manera rígida, extremista y no flexible que hacen más vulnerables a las personas e influyen en capacidades lo que en el futuro puede conllevar en diferentes dificultades psicológicas que pueden influir en el bienestar psicológico y sus diferentes dimensiones, las mismas que fueron sondeadas y estudiadas en los capítulos anteriores de esta investigación, es por tal razón que la aplicación de un procedimiento psicoterapéutico es esencial y necesario para poder modificar el sistema de creencias irracionales.

La aplicación de la Terapia Racional Emotivo- Conductual será enfocado en la reestructuración de las ideas ilógicas y desarrollar actividades que contrarresten las ideas que mantienen influyendo de manera significativa en el comportamiento funcional de las personas, aplicando los lineamientos de esta terapia de manera sencilla y clara.

Al reestructurar el sistema cognitivo, las creencias irracionales de las personas víctimas de violencia intrafamiliar serán sustituidas por otras más funcionales y adaptativas contribuyendo al enriquecimiento de su bienestar psicológico dotándolo de pensamientos racionales, que influirán de manera positiva en su acontecer diario.

La realización de la propuesta es factible debido a que existe la cooperación de las autoridades del establecimiento y de los profesionales a cargo de la “Sala de

Primera Acogida”, lo que permitirá trabajar en la prevención, tratamiento y rehabilitación de esta problemática; teniendo como beneficiarios no solo las personas tratadas con creencias irracionales, sino también las pacientes que acudan a esta Sala debido a que este protocolo se lo podría utilizar como un modelo preventivo para las personas que no califiquen dentro de irracionalidad, además las familias de estas personas también serán beneficiadas ya que se proveerá de sujetos con equilibrio psico-social imprescindible para mantener un alto bienestar psicológico, capaces de desempeñarse en todas las áreas que sean requeridos.

## **6.4 OBJETIVO GENERAL**

Modificar las creencias irracionales a través de un protocolo psicoterapéutico enfocado en el manejo del bienestar psicológico mediante la Terapia Racional Emotivo-Conductual dirigido a las personas con creencias irracionales que acuden a la Sala de Primera Acogida del “Hospital Provincial Docente Ambato”.

### **6.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Reestructurar las creencias irracionales.
- Aplicar una matriz terapéutica cognitivo-conductual con el fin de mejorar el bienestar psicológico.
- Evaluar cambios en el sistema cognitivo y en los niveles de bienestar psicológico.

## **6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD**

La aplicación de esta propuesta es factible debido a que se cuenta con la apertura de la Institución, a demás de los recursos humanos y materiales necesarios para poder desarrollar el protocolo psicoterapéutico, lo que ayudará para que la ejecución del trabajo sea beneficioso.

El desarrollo de la propuesta es factible ya que se cuenta con los recursos materiales como bibliografía necesaria, materiales de oficina, equipos

audiovisuales, los recursos humanos y técnicos, además del apoyo con los recursos físicos e institucionales en el Hospital Provincial Docente Ambato.

La ejecución de la propuesta también es factible debido a que existe la cooperación de las autoridades del establecimiento y de los profesionales a cargo de la “Sala de Primera Acogida”, lo que permitirá trabajar en la prevención, tratamiento y rehabilitación de esta problemática.

## **6.6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO - TÉCNICA.**

### **6.6.1 FUNDAMENTOS DE PSICOTERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL (TREC)**

La teoría de la Terapia Racional Emotivo–Conductual fue expuesta inicialmente por Albert Ellis, en 1956, durante un Congreso de la American Psychological Association, bajo el nombre de terapia racional.

La fundamentación teórica de referencia de la Terapia Racional Emotivo-Conductual esta basada en la premisa de la existencia de una relación entre pensamientos, emociones y conductas, según se menciona:

La TREC se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación a la realidad. Por esta razón, la meta primordial de la TREC es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos “irracionales” o disfuncionales y ayudarlo a reemplazar dichos pensamientos por otros mas ‘racionales” o eficientes, que le permitan lograr con mas eficacia metas de tipo personal como ser feliz, establecer relaciones con otras personas, etc. (Vega, 1997, p. 18)

Desde esta perspectiva según la terapia racional emotivo-conductual no son los hechos sino mas bien la forma en como las personas evalúan e interpretan el acontecimiento. Por lo tanto al identificar estas ideas irracionales en terapia se puede reemplazar por otras funcionales y eficaces.

Este modelo terapéutico toma a la persona como el responsable de su pensar, sentir y actuar y no a otras personas, ni ha su pasado, en este punto es importante recalcar que dentro de este modelo no es que se pase por alto el papel del ambiente en el aprendizaje, ni de su influencia en la adquisición de ideas y emociones inapropiadas. (Vega, 1997) menciona: “Se rechaza el concepto de que, debido a su pasado, la persona esta condenada a pensar, sentir, actuar de manera irracional, sin que tenga ningún control sobre ello, ni la esperanza de poder modificarlo por un periodo largo periodo de tiempo” (p.19). Es así que cambio y la velocidad en el que se produzca depende de la persona.

La TREC conjetura la existencia de dos tendencias básicas y naturales en el ser humano. (Vega et al.,1997) menciona:

Una de ellas es la facilidad con que las personas, no importa lo racionalmente que hayan sido educadas, a menudo tienden a polarizar rápidamente sus deseos personales o sociales hasta exigencias rígidas y absolutistas. La otra es que las personas tienen el potencial para desarrollar la habilidad de identificar, cuestionar o debatir y cambiar dichas exigencias, si así lo desean. (p.19)

## **6.6.2 PRINCIPALES CONCEPTOS TEÓRICOS DE LA TREC**

En la terapia racional emotivo-conductual de Albert Ellis, el terapeuta ayuda a la persona a entender y comprender su filosofía de vida personal, a investigar las creencias que aportan en los dolores emocionales, por lo cual a través de un análisis racional se puede entender las creencias irracionales y cambiarlas por otras más racionales. Es así, que la idea central de la TREC es que son las percepciones y juicios inexactos los que producen malestar y a través de un debate racional, se mejora la percepción de los acontecimientos y se accede a emociones y conductas adecuadas.

Ellis desarrolla algunos constructos teóricos esenciales para la comprensión del funcionamiento de la terapia racional emotivo-conductual, que se detallan a continuación.

### **6.6.2.1 METAS Y RACIONALIDAD**

La racionalidad dentro de la terapia racional emotivo-conductual es considerada a la manera práctica y funcional de pensar y evaluar los acontecimientos, hechos o sucesos, mientras que la irracionalidad es cuando se observa un comportamiento poco funcional debido a la evaluación errónea de la realidad.

Parafraseando a (Serrano, 2011) los personas son mas felices cuando buscan obtener racionalmente las metas que se han trazando. También mencionan las principales metas humanas: “Supervivencia; y la felicidad que puede ser perseguida a través de una o varias de las siguientes submetas: Aprobación o afecto, éxito y competencia personal en diversos asuntos y bienestar físico, emocional o social” (p.19-20).

Desde esta concepción se puede evidenciar en el enfoque terapéutico una fuerte influencia de la filosofía estoica, es decir donde las personas son seres propositivos que buscan metas personales, necesarias para formar filosofías personales.

### **6.6.2.2 COGNICIÓN Y PROCESOS PSICOLÓGICOS**

En la TREC el pensar, sentir y actuar de una persona están íntimamente interrelacionados, afectándose recíprocamente. Es así, que los primordiales elementos de la salud mental y de los trastornos psicológicos se localizan a nivel de pensamiento, tal como (Serrano, 2011) expresa a continuación: “Estos componentes son: Las Creencias Irracionales (Exigencias) en los procesos de trastorno psicológico y las Creencias Racionales (Preferencias) en los procesos de salud psicológica” (p.20).

Partiendo desde este modelo las personas, en cierto sentido, cuando persiguen sus metas de manera irracional, exigente, absolutista es mas probable que tiendan al sufrimiento debido a las evaluaciones imprecisas, poco funcionales que se pueden observar en los procesos de trastornos psicológicos. Sin embargo las personas comúnmente, son mas felices, cuando la consecución de sus metas esta

determinada por la flexibilidad y adaptabilidad producto del pensamiento racional.

### **6.6.2.3 EL MODELO A-B-C EN EL FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO**

En la TREC (terapia racional emotiva-conductual) el modelo ABC es considerado como un extenso marco referencial donde se puede conceptualizar los problemas psicológicos de las personas.

El modelo ABC, de la TREC, según manifiesta Vega, Caballo y Ellis (1997) funciona de la siguiente manera:

El acontecimiento activante o “A” es interpretado por el individuo, quien desarrolla una serie de creencias o “B” sobre el mismo. A partir de estas creencias se desarrolla la “C” o consecuencias que resultarían de la interpretación (o creencias) que el individuo hace de “A”. Las consecuencias pueden ser emocionales y/o conductuales. Si las creencias son funcionales, lógicas y empíricas, se consideran racionales. Si por el contrario, dificultan el funcionamiento eficaz del individuo, son irracionales. (p.20)

Desde esta perspectiva “A” o Acontecimiento activador, puede ser una situación, suceso o acontecimiento externo o interno, como por ejemplo un pensamiento, imagen, sensación, emoción, etc. “B” como se menciono anteriormente constituye el sistema de creencias, en el que se puede añadir el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, , atribuciones, normas, sistema de valores, esquemas, filosofía de vida, etc. y la “C” o consecuencias representan la reacción en cuanto a la situación “A”, estas pueden ser de tipo emocional y/o conductual, las que pueden producir dos tipos de conductas y emociones por lo (Susini G.V.) citado por (Serrano, 2011) manifiesta:

“Las funcionales, que sirven para resolver, mejorar, o al menos no desvían de las metas o propósitos y, las emociones y conductas disfuncionales que son aquellas inapropiadas, contraproducentes, impiden una mejor resolución de problemas o empeoran los resultados, nos desvían de las metas o propósitos, son auto saboteadoras”. (p.22)

La TREC a partir de este constructo señala que a través del proceso de valoración personal de los acontecimientos se producen las consecuencias ante estos y que depende de la persona, es decir, de sus actitudes valorativas o creencias que las consecuencias sean estados perturbadores extremos e irracionales o funcionales y racionales.

Según la TREC la valoración que se realiza de los acontecimientos depende en cierto sentido de la implicación que tiene la persona con sus metas, las que pueden ser perseguidas de manera irracional, lo que provocaría un "procesamiento de la información absolutista" (Serrano, 2011) y por ende consecuencias psicológicas poco favorables para el individuo, o de la misma forma puede seguir un "procesamiento de la información preferencial" (Serrano, 2011) es decir, que las consecuencias pueden ser saludables debido a la flexibilidad ante estos acontecimientos.

### **6.6.3 TEORÍA DEL CAMBIO TERAPÉUTICO**

De acuerdo a la TREC se diferencian algunos focos y niveles de cambio, tal como menciona (Ellis, 1990), citado por (Serrano, 2011), es así que conforme a los focos de cambio señala:

- a) Aspectos situacionales o ambientales implicados en el trastorno emocional.
- b) Consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas o sintomáticas del trastorno emocional.
- c) En las evaluaciones cognitivas del sujeto implicadas en el trastorno emocional.

Aquí se distinguirían a su vez dos focos:

- c.1. Distorsiones cognitivas o inferencias anti-empíricas: "Me voy a poner muy nervioso y no voy a poder quedarme en la situación".
- c.2. Creencias irracionales "Necesito tener el afecto de la gente importante para mí... y no soporto que me rechacen. (p.31)

Con respecto a los aspectos situacionales implicados en el trastorno emocional se podría citar un ejemplo centrándonos en los resultados de esta investigación: Facilitar a una persona víctima de violencia intrafamiliar, un ambiente con personas asertivas y reforzantes de la conducta pro-social, este representaría un cambio en el punto A del modelo A-B-C.

De acuerdo a las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas, en relación con la investigación se señala el siguiente ejemplo: la misma persona víctima de violencia intrafamiliar se convendría medicar sus temores, manejando su ansiedad a través de la enseñanza de la relajación y de esta manera la persona podrá autoreforzar positivamente sus logros sociales, es así que se intervendría en el punto C del modelo A-B-C.

De acuerdo a las evaluaciones cognitivas implicadas en el problema o trastorno emocional, se puede intervenir a través del debate, cuestionamiento lógico o de comprobación de la realidad como por ejemplo: “es algo terrible, mi vida es un desastre” esta idea pertenece a una persona víctima de violencia intrafamiliar para lo cual al realizar debate filosófico “¿como prueba esto que su vida, en todos sus aspectos, seria terrible, un verdadero desastre?”, al utilizar este tipo de técnicas se produciría cambios en el punto B del modelo A-B-C.

Para Ellis (1990) los tres focos pueden, y suelen producir modificaciones emocionales, cognitivas y conductuales, citado por (Serrano, 2011). En una terapia basada en la TREC los tres focos se suelen trabajar conjuntamente, sin embargo cabe recalcar que el foco mas importante para el cambio es el punto B del modelo A-B-C, sobretodo para la modificación de creencias irracionales.

En la TREC se mencionan algunos Niveles relacionados con la "profundidad" y generabilidad del cambio, o lo que se conoce como proceso de comprensión de la propia conducta o INSHINGTS según (Ellis, 1990) citado por (Serrano, 2011)

Nº 1: Que el sujeto tome conciencia de que su trastorno deriva de B (Irracional) y no directamente de A.

Nº 2: Que el sujeto tome conciencia de como él mismo por auto-doctrinación o auto-refuerzo mantiene la creencia irracional.

Nº 3: Que el sujeto trabaje activamente la sustitución de las creencias irracionales por creencias racionales mediante las inter-sesiones de tipo conductual, cognitivo y emocional. (p.32)

Según la TREC, el terapeuta debe recorrer secuencialmente esos niveles; usualmente en los primeros niveles suele ser muy directiva y al final del tercer nivel puede convertirse más en un método de autoayuda.

#### **6.6.4 PRINCIPALES TÉCNICAS DE TRATAMIENTO EN LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA-CONDUCTUAL (TREC)**

Las técnicas y estrategias utilizadas por la TREC, han sido extraídas del Manual de Psicoterapia Cognitiva de Sánchez J.J y Cano S., J.J.

Ellis (1989) según manifiesta (Serrano, 2011) clasifica las principales técnicas de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de acuerdo a los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

Dentro de las técnicas cognitivas se enfocan en la evaluación cognitiva que la persona realiza de las situaciones o acontecimientos, dentro de estas técnicas (Serrano, 2011) señala: “Detección, refutación, discriminación, tareas cognitivas para la casa, definición técnicas referencias, técnicas de imaginación (imaginación racional emotiva, la proyección en el tiempo e hipnosis)” (p.55)

1. Detección: radica en investigar las Creencias irracionales que llevan a las conductas y emociones perturbadoras. Dentro de esta técnica se suele utilizar auto-registros, en los que se lleva un listado de creencias irracionales o un formato de auto/preguntas. , ayudan a la identificación del pensamiento irracional

2. Refutación: reside en una sucesión de preguntas que el terapeuta utiliza para trabajar con las creencias irracionales, se suele utilizar el debate o cuestionamiento que puede ser de tipo filosófico o empírico, Ellis (1997) en relación a los tipos de debate señala: “cuestionar la falta de lógica o debate

filosófico, centrarse en el aspecto objetivo o debate empírico, centrarse en el aspecto pragmático/practico” (p.55)

3. Discriminación: consiste en enseñar al paciente, a través de ejemplos, la divergencia entre las creencias racionales e irracionales.

4. Tareas cognitivas para casa: se suele enviar los auto-registros de eventos con guías de refutación, biblioterapia que consiste en textos de autoayuda de la TREC. Y todo el material didáctico necesario para trabajar con el pensamiento irracional.

5. Definición: Ellis 1997 citado por (Serrano, 2011) manifiesta que en esta técnica: “se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta (Ejemplo: en vez de decir No puedo, decir, Todavía no lo logré..)” (p.55)

6. Técnicas referenciales: el terapeuta anima al paciente a realizar un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, con la finalidad de evitar generalizaciones polarizantes.

7. Técnicas de imaginación: con respecto a estas técnicas se utilizan, sobretodo, estas modalidades, las que se aplican en casos en los pacientes continúan produciendo comportamientos disfuncionales a pesar de sus obvias consecuencias destructivas:

7.1 La Imaginación Racional Emotiva (IRE): es una técnica muy efectiva, se enfoca en la premisa de que no solo las experiencias reales sino también a través de la imaginación se pueden crear conexiones o impulsos nerviosos. Según (Serrano, 2011): “Donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional” (p.56).

7.2 La proyección en el tiempo: consiste en que el terapeuta trabaja con el paciente, el que a través de la imaginación el paciente se ve enfrentando con éxito eventos pasados o esperados negativos pese a la valoración catastrofista.

7.3 Hipnosis: se conoce como Hipnoterapia racional emotiva en la que se emplea la sugestión conjuntamente con frases racionales. Ellis (1997) marca:

La Hipnoterapia racional emotiva utiliza las modificaciones específicas de la técnica de relajación progresiva (Jacobson, 1938), donde en un periodo de aproximadamente 10 minutos, se coloca al paciente en un estado ligero de hipnosis o de relajación profunda. Una vez logrado esto, se utilizan los 10 minutos siguientes para darle instrucciones encaminadas en la identificación de las ideas irracionales específicas (iBs) que están causando su problema principal, como la depresión o ansiedad (Ce), y a su cuestionamiento o debate (D), en el que el paciente ha sido entrenado previamente en sesiones de terapia no hipnótica. (p.76).

Las técnicas emotivas que se utilizan en la TREC se manejan principalmente para trabajar sobre las consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas o sintomáticas del problema o trastorno. Dentro de estas (Ellis, 1994) citado por (Serrano, 2011) indica: “Uso de la aceptación incondicional con el paciente, métodos humorísticos, autodescubrimiento, uso de modelado vicario, inversión del rol racional, ejercicio de ataque a la vergüenza, ejercicio de riesgo, unidades subjetivas de malestar, construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías” (p.57)

1. Uso de la aceptación incondicional con el paciente: se refiere a la aceptación del paciente pese a lo negativa que sea su conducta como modelo de su propia autoaceptación.

2. Métodos humorísticos: el uso del humor podría ser una técnica terapéutica muy efectiva, con ellos se alienta al sujeto a descentrarse de su enfoque considerablemente catastrófico de los acontecimientos y funcionan de manera paradójica y ayudan a la persona a ver lo poco empírico e irracional de lo que se esta diciendo a si mismo.

3. Autodescubrimiento: el terapeuta puede mostrar que también es humano y ha adquirido problemas similares a los del cliente, para de esta manera provocar una aproximación y modelado superador.

4. Uso de modelado vicario: se emplea algunos recursos literarios como historias, leyendas, parábolas, metáforas, etc. para descubrir las creencias irracionales y su pertinente innovación.

5. Inversión del rol racional: se solicita al paciente que adopte el rol de personificar el uso de la creencia racional en un escenario simulado y comprobar así los nuevos efectos.

6. Ejercicio de ataque a la vergüenza: se anima al cliente a comportarse en público de manera espontáneamente vergonzosa, para tolerar así las consecuencias de ello. Ellis (1997):

Durante los ejercicios para atacar la vergüenza, el paciente actúa en público de una manera deliberadamente vergonzosa, tratando, al mismo tiempo, de aceptarse a si mismo, a pesar de su comportamiento inaceptable y de tolerar la incomodidad que esa conducta le puede producir. (p.65).

7. Ejercicio de riesgo: se alienta al paciente a tomar riesgos calculados.

8. Unidades subjetivas de malestar: esta técnica es utilizada específicamente para tratar de cuantificar una emoción, es así que Ellis (1997) se refiere a esta técnica como:

Las unidades subjetivas de malestar (USM) son utilizadas, generalmente, para tratar de cuantificar una emoción empleando como punto de referencia el informe del propio paciente sobre la intensidad de su estado emocional en un momento determinado. La escala sigue in formato Likert, donde se ofrece al paciente la opción de escoger un nivel dentro de un rango, que va desde “muy alto” hasta “inexistente”, variando dependiendo del caso. (p.67).

9. Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se incita al sujeto a ejecutar argumentos racionales y de desapego humorístico de los irracionales.

En la TREC las técnicas conductuales se suelen utilizar con la finalidad de trabajar en los aspectos situacionales o ambientales implicados en el trastorno o problema. (Ellis, 1994) citado por (Serrano, 2011) menciona algunas técnicas:

“Tareas para casa, técnica de “quedarse allí”, ejercicios de no demorar tareas, uso de recompensas y castigos, entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad” (p.59).

1. Tareas para casa: la TREC ha introducido esta técnica como un elemento útil dentro de la psicoterapia. Según Ellis (1997):

Su propósito principal es ayudar al paciente a reforzar lo adquirido durante la sesión terapéutica, como su nueva filosofía racional (E) o su habilidad para debatir (D), a través de ejercicios para practicar, entre una sesión y otra, cuando el sujeto tiene que funcionar en el mundo real. (p.57).

2. Técnica de "Quedarse allí": dentro de esta técnica se pide al paciente que recuerde acontecimientos o situaciones incómodas como una forma de soportarlos.

3. Ejercicios de no demorar tareas: Se solicita al sujeto a no abandonar trabajos para "mañana" con la finalidad de no evitar la incomodidad que estas pueden producir en el paciente.

4. Uso de recompensas y castigos: el terapeuta pide al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.

5. Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad. El terapeuta enseña al paciente un estilo de comportamiento que le permite adaptarse a su entorno y de esta forma ganar de este muchas recompensas a corto y largo plazo.

#### **6.6.4.1 TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS ENFOCADO EN PROBLEMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Las técnicas que desarrolla terapia racional emotiva-conductual (TREC) pueden ser muy efectivas, debido a que su enfoque se basa en el cambio de patrones de pensamiento irracional que la persona tiene y que influyen con su bienestar.

La aplicación de técnicas a partir de la TREC son fundamentales en problemas de violencia intrafamiliar, por lo que para un tratamiento adecuado es necesario realizar un análisis funcional y sus relación con las estrategias y de las técnicas para la intervención: cognitivo, conductuales y emotivas, (las que ya se detallaron anteriormente).

#### **6.6.4.2 GUÍA PARA LA DETECCIÓN DE CREENCIAS IRRACIONALES**

La autora Susini, citado por (Serrano, 2011) muestra la consiguiente guía para la localización de pensamientos disfuncionales en la TREC:

Detectar **PENSAMIENTOS EXTREMISTAS** (“todo o nada”, “siempre o nunca”).

Detectar **INFERENCIAS** (suposiciones y/o atribuciones).

Detectar **DEMANDAS** (El debe, yo debo, el mundo debe)

Detectar **CONDENAS GLOBALES** (a los otros, a mi mismo, al mundo).

Detectar **TREMENDIZACIÓN** (es terrible, me voy morir)

Detectar **BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN** (es insoportable, necesito si o si...) (p.58).

Una vez investigadas las creencias irracionales, la autora propone una serie de cuestionamientos en base al pensamiento irracional, cita algunos ejemplos para trabajar con la modificación de estas ideas por otras más funcionales, según el caso:

Las demandas o exigencias absolutistas, al no ser flexibles, adaptables al entorno suelen convertirse en disfuncionales ya que producen emociones y conductas que dificultan los propósitos y objetivos básicos. Según Susini, citado por (Serrano, 2011) se puede utilizar el siguiente cuestionamiento:

“No debo cometer errores”

¿Un error borra todas las cosas buenas que haces?

¿Conoces personas que no cometan errores?

¿Para que crees que te pueda servir cometer errores?

¿Conoces algún bebé que haya salido del vientre de su madre caminando?

Conectar con el pensamiento erróneo de que uno debe saberlo todo, y por eso no debe equivocarse. (p.56)

Condena Global: es la tendencia a considerar como mala la valía humana, de uno mismo y/o de los demás. Según Susini, citado por (Serrano, 2011) se puede utilizar el siguiente cuestionamiento para modificar estas ideas:

¿Las personas son malas o se comportan de la manera que ti no te gusta?

¿Si una persona se comporta de la manera que no te gusta, significa que es mala o solo tuvo una mala actitud?

¿Siempre hizo todo mal?

¿Puede ser que haya hecho algo bien?

¿Existe alguien que no haga “nada” bien?

Tremendismo: se refiere a la tendencia de recalcar una situación en exceso negativa. Según Susini, citado por (Serrano, 2011) se puede utilizar el siguiente cuestionamiento:

¿De 0% a 100% que tan terrible es esto que te está ocurriendo?

Si ocurriera un terremoto y se desplomara tu casa, de 0% a 100% ¿Cuán terrible sería?

¿Qué crees de las personas que sufren adversidades mayores a las que tu crees se pueden soportar?, ¿Son seres de otro planeta? o simplemente las personas están preparadas para soportar terribles catástrofes y pérdidas.

Ahora: de 0% a 100% ¿Cuán terrible es esto que te está ocurriendo? (p.58)

## 6.7. MODELO OPERATIVO

<b>FASE I:</b>						
<b>INTRODUCTORA</b>						
<b>ETAPA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>LOGÍSTICA</b>	Determinar el espacio físico donde se desarrollará el programa	Imprimación Positiva	Adecuar el espacio físico.	Espacio físico Material de oficina Material bibliográfico	Investigadora: Gabriela Núñez	Primera sesión
<b>PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO</b>	Dar a conocer el funcionamiento del programa	Psicoeducación	Charla explicativa del programa	Laptop Proyector Sala de Primera Acogida	Investigadora: Gabriela Núñez	Segunda sesión

<b>ENCUADRE</b>	Establecimiento de normas y reglas dentro del programa		Reunión con el equipo de trabajo	Recursos humanos Material de oficina Espacio físico Material bibliográfico	Investigadora: Gabriela Núñez	Tercera sesión
<b>EMPATÍA</b>	Promover y generar un clima de confianza para el programa psicoterapéutico .	Psico-educación	Información sobre los beneficios de las técnicas y estrategias en la terapia racional emotiva-conductual	Recursos humanos Material de oficina Material bibliográfico Espacio físico	Investigadora: Gabriela Núñez	Cuarta sesión

<b>FASE II:</b>						
<b>PSICODIAGNÓSTICO</b>						
<b>RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</b>	Realizar una historia clínica psicológica		Entrevista a los pacientes para llenar la historia clínica psicológica	Recursos humanos Material de oficina Material bibliográfico Espacio físico	Investigadora: Gabriela Núñez	Quinta sesión
<b>EVALUACIÓN</b>	Identificar las creencias irracionales en cada caso.	Coaching	Entrenamiento en la autoidentificación de creencias irracionales	Recursos humanos Material de oficina Material bibliográfico Espacio físico	Investigadora: Gabriela Núñez	Sexta sesión

**MODELO PREVENTIVO EN LA APARICIÓN DE CREENCIAS IRRACIONALES**

**FASE III: PREVENCIÓN**

<b>MODELO ABC</b>	Determinar los problemas secundarios derivados del problema de violencia intrafamiliar	Psico-educación	Información sobre el modelo ABC	Recursos humanos Material de oficina Material bibliográfico Espacio físico	Investigadora: Gabriela Núñez	Primera sesión
<b>VIVENCIAL</b>	Comprender como contribuye las creencias irracionales en el bienestar psicológico de los	Taller	“Pensando racionalmente en situaciones que requieren conducta asertiva” desde la	Recursos humanos Material de oficina Material bibliográfico Espacio físico	Investigadora: Gabriela Núñez	Segunda sesión

	pacientes		terapia racional emotiva- conductual (TREC)			
<b>TAREAS PARA CASA</b>	Ayudar a reforzar lo adquirido durante la sesión terapéutica	Asesoramiento	Tareas para enviar a casa:  Formulario de autoayuda  Hoja para la identificación de ideas irracionales  Diario de debate	Recursos humanos  Material de oficina  Material bibliográfico	Investigadora:  Gabriela Núñez	Tercera Sesión

**FASE IV:****INSIGHT INTELECTUAL**

<b>DEBATE</b>	Tomar conciencia acerca del pensamiento disfuncional	Psico-educación	Información sobre los estilos de debate en la TREC	Recursos humanos Material de oficina Material bibliográfico Espacio físico	Investigadora: Gabriela Núñez	Cuarta sesión
<b>VIVENCIAL</b>	Mejorar los niveles de bienestar psicológico	Taller	“Pensando racionalmente para mejorar el bienestar psicológico”	Recursos humanos Material de oficina Material bibliográfico Espacio físico	Investigadora: Gabriela Núñez	Quinta sesión

<b>BIBLIOTERAPIA</b>	Afianzar y mantener las nuevas actitudes racionales	Biblioterapia	Lectura del libro "Como hacer funcionar bien ti vida" de Ken Keyes	Recursos humanos Material bibliográfico	Investigadora: Gabriela Núñez	Sexta sesión
<b>FASE VI: SESIONES FINALES</b>						
<b>AUTO-TERAPIA</b>	Enseñarle al paciente a resolver sus problemas de manera racional	Coaching y asesora- miento	Guía para la prevención e intervención en problemas de violencia intrafamiliar desde la TREC	Recursos humanos Material bibliográfico Material de oficina Espacio físico	Investigadora: Gabriela Núñez	Séptima semana

<b>SONDEO</b>	Monitorear los casos atendidos y comprobar la eficacia del protocolo.	Seguimiento	Llenar la ficha de seguimiento psicológico.	Recursos humanos Material bibliográfico Material de oficina	Investigadora: Gabriela Núñez	Octava sesión
---------------	---	-------------	---	---	----------------------------------	---------------

**MODELO DE PSICOTERAPIA PROFUNDA PARA LAS CREENCIAS IRRACIONALES**

<b>FASE III: INTERVENCIÓN EN CREENCIAS IRRACIONALES</b>						
<b>MODELO ABC</b>	Determinar los problemas secundarios derivados del problema de violencia	Psico-educación	Información sobre el modelo ABC	Recursos humanos Material de oficina Material bibliográfico Espacio físico	Investigadora: Gabriela Núñez	Primera sesión

	intrafamiliar					
<b>VIVENCIAL</b>	Comprender como contribuye las creencias irracionales en el bienestar psicológico de los pacientes	Taller	“Pensando racionalmente en situaciones que requieren conducta asertiva” desde la terapia racional emotiva-conductual (TREC)	Recursos humanos Material de oficina Material bibliográfico Espacio físico	Investigadora: Gabriela Núñez	Segunda sesión
<b>TAREAS PARA CASA</b>	Ayudar a reforzar lo adquirido durante la sesión terapéutica	Asesoramiento	Tareas para enviar a casa: Formulario de autoayuda	Recursos humanos Material de oficina Material bibliográfico	Investigadora: Gabriela Núñez	Tercera Sesión

			Hoja para la identificación de ideas irracionales  Diario de debate			
<b>FASE IV:</b>						
<b>INSIGHT INTELECTUAL</b>						
<b>DEBATE</b>	Tomar conciencia acerca del pensamiento disfuncional	Psico-educación	Información sobre los estilos de debate en la TREC	Recursos humanos Material de oficina Material bibliográfico Espacio físico	Investigadora: Gabriela Núñez	Cuarta sesión
<b>DEBATE</b>	Mejorar los niveles de bienestar	Dialogo socrático	Taller “Pensando racionalmente para mejorar el	Recursos humanos Material de oficina	Investigadora: Gabriela Núñez	Quinta sesión

	psicológico		bienestar psicológico”	Material bibliográfico Espacio físico		
<b>BIBLIOTERAPIA</b>	Afianzar y mantener las nuevas actitudes racionales	Biblioterapia	Lectura del libro “Como hacer funcionar bien ti vida” de Ken Keyes	Recursos humanos Material bibliográfico	Investigadora: Gabriela Núñez	Sexta sesión
<b>FASE V:</b>						
<b>INSIGHT EMOCIONAL</b>						
<b>CAMBIO DE ACTITUDES</b>	Disminuir las creencias irracionales del paciente y	Técnicas Emociona-	Enseñar las técnicas emocionales:	Recursos humanos Material de oficina	Investigadora: Gabriela Núñez	Séptima sesión hasta la decimo primera

	fomentar las racionales	les	Aceptación incondicional con el paciente.  Modelado vicario. Inversión del rol racional, Ejercicio de ataque a la vergüenza y de riesgo.	Material bibliográfico  Espacio físico		sesión
<b>TAREAS PARA CASA</b>	Crear nuevas ideas o filosofías racionales y actuar en contra de las creencias irracionales	Asesora- miento	Enseñar las técnicas emocionales:  Unidades subjetivas de malestar, redacciones,	Recursos humanos  Material de oficina  Material bibliográfico	Investigadora:  Gabriela Núñez	Decimo segunda sesión

			ensayos o poesías. Autodescubrimiento			
<b>FASE VI:</b>						
<b>INSIGHT CONDUCTUAL</b>						
<b>CAMBIO DE CONDUCTAS</b>	Trabajar en los aspectos situacionales implicados en el problema. “	Técnicas conductuales	Enseñar algunas técnicas conductuales:  Ejercicios de no demorar tareas, uso de recompensas y castigos, entrenamiento en habilidades	Recursos humanos  Material de oficina  Material bibliográfico  Espacio físico	Investigadora:  Gabriela Núñez	Decimo tercera sesión hasta la decima octava sesión

			sociales.			
<b>VIVENCIAL</b>	Fomentar el desarrollo de conductas deseadas	Técnica del Rol Playing	Intercambia de roles	Recursos humanos Material bibliográfico Espacio físico	Investigadora: Gabriela Núñez	Decimo novena sesión
<b>FASE VII:</b>						
<b>SESIONES FINALES</b>						
<b>AUTO-TERAPIA</b>	Enseñarle al paciente a resolver sus problemas de manera racional	Coaching y asesoramiento	Guía para la prevención e intervención en problemas de violencia intrafamiliar desde la TREC	Recursos humanos Material bibliográfico Material de oficina Espacio físico	Investigadora: Gabriela Núñez	Vigésima sesión

<b>SONDEO</b>	Monitorear los casos atendidos y comprobar la eficacia del protocolo.	Seguimiento	Llenar la ficha de seguimiento psicológico.	Recursos humanos Material bibliográfico Material de oficina	Investigadora: Gabriela Núñez	Vigésima primera sesión
---------------	---	-------------	---	---	----------------------------------	-------------------------

**Tabla # 28:** Modelo operativo  
**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

El modelo operativo desarrollado para este protocolo consta de una fase introductoria a la que pueden acceder todos los pacientes que acuden a esta Sala, al igual que la fase de psico-diagnostico ; después de aquello se ha desarrollado dos tipos de modelos una para pacientes que no posean creencias irracionales para los cuales se utilizara un modelo preventivo que consta de ocho sesiones; el otro modelo esta enfocado en la rehabilitación e intervención en las creencias irracionales, este modelo consta de algunas fases y esta estructurado a través de veintiún sesiones.

## **6.8.- ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA.**

### **6.8.1 Recursos**

#### **Recursos Físicos o Institucionales**

- Universidad Técnica de Ambato
- Facultad de Ciencias de la Salud
- Carrera de Psicología Clínica
- Instalaciones del Hospital Provincial Docente Ambato
- Sala de Primera Acogida

#### **Recursos Humanos**

- **Investigador:** Núñez López María Gabriela
- Profesionales a cargo de la “Sala de Primera Acogida”
- Pacientes víctimas de violencia intrafamiliar

#### **Materiales**

- Materiales de Oficina
- Equipos Audiovisuales
- Reactivos Psicológicos

#### **Financieros**

Alícuotas del investigador

## 6.8.2 Presupuesto

RUBRO DE GASTOS	VALOR
Materiales de Oficina	100
Equipos Audiovisuales	350
Reactivos Psicológicos	200
Equipo Técnico	500
TOTAL	1250

**Tabla #29:** Presupuesto

**Elaborado por:** Gabriela Nunez, 2014

## 6.9.- PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

<b>PREGUNTAS BÁSICAS</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>
<b>1.- ¿QUÉ EVALUAR?</b>	Modificación de las creencias irracionales
<b>2.- ¿POR QUÉ EVALUAR?</b>	Conocer los niveles de racionalidad frente al pensamiento irracional
<b>3.- ¿PARA QUÉ EVALUAR?</b>	Determinar la eficacia del protocolo
<b>4.- INDICADORES</b>	Cualitativo y Cuantitativo
<b>6.- ¿QUIEN EVALÚA?</b>	Núñez López María Gabriela

<b>7.- ¿CUANDO EVALUAR?</b>	Según el plan de actividades
<b>8.- ¿COMO EVALUAR?</b>	Test psicológicos, observación, entrevista, ficha de seguimiento psicológico.
<b>9.- FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	Material bibliográfico, test psicológicos, historia clínica psicológica
<b>10.- ¿CON QUÉ EVALUAR?</b>	Escala de actitudes y creencias  Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS-A)

**Tabla #30:** Plan de Monitoreo y Evaluación

**Elaborado por:** Gabriela Núñez, 2014

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

APA *Diccionario Conciso de Psicología* (210). Editorial Manual Moderno, México.

Balarezo, L. (1995). *Psicoterapia*. Ecuador: Ediciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison: International Universities Press.

Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva*. Barcelona. Editorial Gedisa.

Castro, A., Casullo, M. (2009). *Fundamentos de la psicología positiva*. Buenos Aires. Editorial Paidós SALCE

Ellis, A. (2006). *Razón y emoción en psicoterapia*. Editorial Desclee de Brouwer.

Ellis, A., Bernard, M. (1990). *¿Qué es la Terapia Racional Emotiva (RET)?*. En Manual de Terapia Racional emotiva. Volumen 2. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Herrera, L. Medina, A. Naranjo, G. (2010). *Tutoría de la Investigación Científica*. 4ta Edición, Graficas Corona, Ecuador.

Lega, L. Caballo. Ellis, A. (2009). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva-Conductual* (2da Edición), Madrid.

Ministerio de Salud Pública (2009). *Norma y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida*. Primera Edición Ecuador.

Ruiz, S. Juan J. (2005). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. México.

Thagord, P. (2008). *La mente, introducción a las ciencias cognitivas*. Buenos Aires.

Yanchapanta, V. (2010). *Pensamientos disfuncionales que presentan las mujeres que asisten a la oficina del foro de la mujer, víctimas de maltrato físico, psicológico y sexual en el periodo marzo-julio 2009*. Universidad Técnica de Ambato.

## LINKOGRAFÍA

Abello-Llanos (2009). *Bienestar y trauma en personas adultas desplazadas por la violencia política*. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. Recuperado de

Balcázar N. Loera N, Gurrola, Bonilla M. & González L. (2009) *Adaptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en adolescentes preuniversitarios*. Revista científica electrónica de psicología icsa-uaeh no.7. Recuperado de [http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=64249&id\\_seccion=80&id\\_ejemplar=6450&id\\_revista=15](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=64249&id_seccion=80&id_ejemplar=6450&id_revista=15)

Buelvas, F. & Amaris M. (2010). *Comprensión del bienestar en una persona desplazada por la violencia sociopolítica*. Universidad del Norte (Colombia). Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-417X2010000200009&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2010000200009&lang=pt)

Fernández J. (2002). *Disfrute y bienestar subjetivo, un estudio psicométrico de la gaudibilidad*. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4741/fpb1de2.pdf?sequence=1>

Galdames, S. & Arón, A. (2007). *Construcción de una Escala Para Medir Creencias Legitimadoras de Violencia en la Población Infantil*. Universidad de la Serena, Departamento de Psicología, Chile. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22282007000100002&lang=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282007000100002&lang=pt)

- Gómez, M. (2001) *.El Estado del Bienestar. Prespuestos éticos y políticos.* Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/1751/TESISGPEDRO.pdf?sequence=1>
- González, Y. (2012) *Bienestar Psicológico en una Muestra de Niñas Institucionalizadas en la Ciudad de Pereira entre 10 Y 17 años de edad expuesta a situación de abuso sexual por tocamiento.* Universidad Católica de Pereira. Recuperado de <http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/2248/CDMPSI150.pdf?sequence=1>
- Ordoñez A, Serreno M. (2011). *Análisis de las ideas irracionales desde el enfoque cognitivo conductual en las mujeres que asisten al centro de equidad y Justicia “Tres Manueles” Quito.* Universidad Politécnica Salesiana. Recuperado de <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/3388/1/QT02530.pdf.pdf>
- Paredes S. (2010). *El bienestar psicológico del adulto mayor.* Recuperado de <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/903/15/EL%20BIENESTAR%20PSICOLOGICO%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>
- Ramírez, J., López G. & Padilla F. (2005). *Nuevas generaciones, nuevas creencias? Violencia de género y jóvenes.* Programa Interdisciplinario de Estudios de Género, Guadalajara. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-94362009000100006&lang=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362009000100006&lang=pt)
- Serrano, D. (2011). *Educacion emocional en el contexto escola.r* Universidad de Cuenca. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2248/1/tps750.pdf>

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASES DE DATOS UTA

EBRARY. Corsi, J. (1994). Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. Buenos Aires. Editorial Paidós Recuperado de <http://site.ebrary.com/lib/utasp/reader.action?docID=10268676>

PROQUEST. Calvete, E. & Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. Anales de Psicología. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1288774721/abstract/53C3162F3A474F78PQ/3?accountid=36765>

PROQUEST. Castro, A.. Casullo, M. (2002). Patrones de personalidad, síndromes Clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1115388166/15D30F4D3D7B4D92PQ/5?accountid=36765>

SPRINGER. Balcázar N. Loera N, Gurrola, Bonilla M. & González L. (2009) *Adaptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en adolescentes preuniversitarios*. Revista científica electrónica de psicología icsa-uaeh no.7. Recuperado de [http://link.springer.com/article/.php?method=showDetail&id\\_articulo=64249&id\\_seccion=80&id\\_ejemplar=6450&id\\_revista=15](http://link.springer.com/article/.php?method=showDetail&id_articulo=64249&id_seccion=80&id_ejemplar=6450&id_revista=15)

SPRINGER. Lega, L. Caballo. Ellis, A. (2009). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva-Conductual* (2da Edición), Madrid. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1023/A%3A1012537814117>

## ANEXOS



### Anexo 1

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



Fecha de hoy:.....

**Apellido y Nombre**.....**Edad:**.....

Lugar donde nació:.....

Lugar donde vivo ahora:.....

Ocupación actual.....

Persona /s con quienes vivo.....

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

#### Sexo

Mujer

Hombre

#### Estado Civil

Soltero/a

Casado/a

Viudo/a

Separado/a

Divorciado/a

Unión Libre

#### Auto identificación

Indígena

Afroamericano/a

Negro/a

Mulato/a

Montubio/a

Mestizo/a

Blanco/a

Otro/a

### **Educación**

- |                       |                          |                                  |                          |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Primaria incompleta   | <input type="checkbox"/> | Primaria completa                | <input type="checkbox"/> |
| Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> | Secundaria completa              | <input type="checkbox"/> |
| Terciaria incompleta  | <input type="checkbox"/> | Terciaria/universitaria completa | <input type="checkbox"/> |

### **Relación con el agresor**

- |         |                          |       |                          |       |                          |
|---------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|
| Espos/a | <input type="checkbox"/> | Madre | <input type="checkbox"/> | Padre | <input type="checkbox"/> |
| Hijo/a  | <input type="checkbox"/> | Otros | <input type="checkbox"/> |       |                          |



## Anexo 2

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



#### ESCALA DE ACTITUDES Y CREENCIAS

Este inventario presenta distintas actitudes o creencias que la gente mantiene a veces. Lee cada frase atentamente y anota el grado de acuerdo o desacuerdo con la misma.

En cada frase, responda colocando un círculo alrededor del número que mejor describa como piensas. Asegúrate de escoger solamente una respuesta para cada frase. Debido a que cada persona es diferente, no hay respuestas correctas o incorrectas a estas frases.

Para saber si una determinada actitud es típica de tu forma de ver las cosas, ten presente como eres la mayor parte del tiempo.

Puesto que nos interesan tus reacciones inmediatas o espontáneas, no es necesario, que les des muchas vueltas a una frase. Anota tu respuesta rápidamente y pasa a la siguiente pregunta, la mayoría son breves y tardaras poco en responderlas.

Fíjate en el ejemplo que sigue. Para mostrar el grado en que una frase describe tu actitud, rodea con un círculo un número del 1 (muy en desacuerdo) al 5 (muy de acuerdo). Una respuesta del 2 al 4 indicaría que estas algo de acuerdo o algo en desacuerdo; una respuesta de 3 indicaría que no estas de acuerdo ni tampoco en desacuerdo.

---

Estoy muy en desacuerdo		1	2	3	4	5		Estoy muy de acuerdo
Ejemplo: Me gusta conocer gente.....								

---

Completa el ejemplo y asegúrate de que entiendes la tarea

Gracias por tu participación y colaboración

¿EN QUE GRADO ESTA DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?	Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Neutral	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo
1. Quiero caerle bien a algunas personas	1	2	3	4	5
2. A veces es desagradable cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4	5
3. En ocasiones, cuando estoy tenso/a, me es imposible funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
4. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, pienso que soy una mala persona	1	2	3	4	5
5. Quiero hacer bien algunas cosas	1	2	3	4	5
6. A veces es desagradable cuando estoy tenso/a	1	2	3	4	5
7. Algunas veces, cuando no le agrado a la gente, me resulta imposible funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
8. En ocasiones, cuando hago las cosas mal, pienso que soy un fracaso	1	2	3	4	5
9. De vez en cuando quiero estar relajado/a	1	2	3	4	5
10. A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente	1	2	3	4	5

11. Algunas veces, cuando no lo hago bien, me es imposible funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
12. En ocasiones, cuando estoy tenso/a pienso que siempre estaré de esa manera	1	2	3	4	5
13. Necesito caerle bien a algunas personas	1	2	3	4	5
14. A veces es terrible cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4	5
15. En ocasiones, cuando estoy tenso/a, me resulta imposible funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
16. Pienso que no soy una mala persona incluso si no le caigo bien a algunas personas	1	2	3	4	5
17. Necesito hacer algunas cosas bien	1	2	3	4	5
18. En ocasiones es terrible cuando estoy tenso/a	1	2	3	4	5
19. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, me es difícil funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
20. Pienso que no soy un fracaso incluso si hago mal algunas cosas	1	2	3	4	5
21. De vez en cuando necesito estar relajado/a	1	2	3	4	5
22. A veces es terrible, cuando no le caigo bien a la gente	1	2	3	4	5
23. En ocasiones, cuando no lo hago bien, me es difícil funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
24. Pienso que no siempre estaré tenso/a, incluso si a veces no me encuentro relajado/a	1	2	3	4	5

25.Es esencial que le agrade a algunas personas	1	2	3	4	5
26.Algunas veces, cuando no hago las cosas bien, me siento perturbado/a	1	2	3	4	5
27.En ocasiones es frustrante cuando estoy tenso/a	1	2	3	4	5
28.SSolo porque no les agrade a algunas personas no significa que sea una mala persona	1	2	3	4	5
29.Es esencial que haga bien algunas cosas	1	2	3	4	5
30.Algunas veces, cuando estoy tenso/a, me perturbo	1	2	3	4	5
31.A veces es frustrante cuando no le caigo bien a la gente	1	2	3	4	5
32.Solo porque hago algunas cosas mal, no significa que sea un fracaso	1	2	3	4	5
33.de vez en cuando es esencial estar relajado/a	1	2	3	4	5
34. Algunas veces cuando no le agrado a la gente me siento perturbado/a	1	2	3	4	5
35.En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4	5
36.Solo porque estoy tenso/a algunas veces, no significa que siempre estaré así	1	2	3	4	5
37.Es importante que le agrade a algunas personas	1	2	3	4	5
38. A veces, cuando no hago las cosas bien me siento decepcionado/a	1	2	3	4	5
39.Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso/a	1	2	3	4	5

40.Si no les agrado a algunas personas eso significa que soy una mala persona	1	2	3	4	5
41.Es importante que haga bien algunas cosas	1	2	3	4	5
42.En ocasiones, cuando estoy tenso/a, me siento decepcionado/a	1	2	3	4	5
43.A veces es insoportable cuando no le caigo bien a la gente	1	2	3	4	5
44.Si hago algunas cosas mal eso significa que soy un fracaso	1	2	3	4	5
45. De vez en cuando es importante estar relajado/a	1	2	3	4	5
46.En ocasiones, cuando no le gusto a la gente, me siento decepcionado/a	1	2	3	4	5
47. A veces es insoportable cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4	5
48. Nunca voy a conseguir estar relajado/a	1	2	3	4	5



Anexo 3  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



**ESCALA BIEPS-A (Adultos)**

María Martina Casullo

Le pedimos que lea con atención las frases siguientes. Marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pensó y sintió durante el último mes. Las alternativas de respuesta son: **-ESTOY DE ACUERDO- NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO -ESTOY EN DESACUERDO-** No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder. Marque su respuesta con una cruz (aspa) en uno de los tres espacios.

Items	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
1. Creo que sé lo que quiero hacer con mí.			
2. Si algo me sale mal puedo aceptarlo.			
3. Me importa pensar que hare en el futuro.			
4. Puedo decir lo que pienso sin mayores problemas.			
5. Generalmente la caigo bien a la gente.			
6. Siento que podre lograr las metas que me proponga.			

7. Cuento con personas que me ayudan si lo necesito.			
8. Creo que en general me llevo bien con la gente.			
9. En general hago lo que pienso, soy poco influenciado.			
10. Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida.			
11. Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar.			
12. Puedo tomar mis decisiones sin dudar mucho.			
13. Encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias.			