



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD**

**CARRERA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**TEMA:**

---

**LOS PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES Y SU INFLUENCIA EN LA ANSIEDAD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD QUE HAN ENFRENTADO NEGATIVAS DEL BENEFICIO DE PRELIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL REGIÓN SIERRA CENTRO NORTE COTOPAXI**

---

Trabajo de Titulación previo a la obtención del título de Psicólogo General.

**Autor**

Cajas Tibanta José Enrique

**Tutor**

Ps. Cl. Verónica Elizabeth Labre Tarco Mg.

**Ambato - Ecuador**

**2019**

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA,  
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN  
ELECTRÓNICA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, JOSÉ ENRIQUE CAJAS TIBANTA, declaro ser autor del Proyecto de Tesis, titulado “Los pensamientos disfuncionales y su influencia en la ansiedad de las personas privadas de libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del Centro de Rehabilitación Social Región Sierra Centro Norte Cotopaxi”, como requisito para optar al grado de “Psicólogo General”, autorizo al Sistema de Bibliotecas de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI).

Los usuarios del RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, acepto que los Derechos de Autor, Morales y Patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes, producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Ambato, a los 02 del mes de Septiembre del año 2019, firmo conforme:

Autor: Cajas Tibanta José Enrique

Firma 

Número de Cédula: 1804015574

Dirección: La Península calles: Miami y Buenos Aires

Correo Electrónico: itoj27@gmail.com

Teléfono: 0992927007 / 032445223

## APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Ps. Cl Verónica Elizabeth Labre Tarco con el número de cedula 180389139-7, en mi calidad de tutor del trabajo de titulación nombrado por el Comité Curricular de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica:

Certifico:

Que el Trabajo de Titulación "LOS PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES Y SU INFLUENCIA EN LA ANSIEDAD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD QUE HAN ENFRENTADO NEGATIVAS DEL BENEFICIO DE PRELIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL REGIÓN SIERRA CENTRO NORTE COTOPAXI", desarrollado por Cajas Tibanta José Enrique, estudiante de la Carrera de Ciencias Psicológicas para optar por el Título de Psicólogo General ha sido revisado en todas sus partes y considero que dicho informe investigativo, reúne los requisitos técnicos, científicos y reglamentarios, para ser sometido a sustentación pública y evaluación por parte del tribunal Examinador.

Ambato, 02 de Septiembre de 2019



Ps. Cl. Verónica Elizabeth Labre Tarco Mg.

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA

El abajo firmate, en calidad de estudiante de la Universidad Tecnológica Indoamérica, declara que los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de su persona como autor de este Trabajo de Titulación.

Ambato, 02 de Septiembre de 2019



Cajas Tibanta José Enrique

C.C. 1804015574

## APROBACIÓN TRIBUNAL

El trabajo de Investigación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: **“LOS PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES Y SU INFLUENCIA EN LA ANSIEDAD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD QUE HAN ENFRENTADO NEGATIVAS DEL BENEFICIO DE PRELIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL REGION SIERRA CENTRO NORTE COTOPAXI”**, previo a la obtención del Título de Psicólogo General, reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

Para constancia firman:


Ambato, 02 de Septiembre de 2019

  
.....  
**Dr. Renato Fernando Betancourt Ulloa Mg.**

Presidente:

  
.....  
**Ps. Cl. Gabriela Lorena Abril Lucero Mg.**

Vocal:

  
.....  
**Ps. Cl. Ana Carolina Márquez Altamirano Mg.**

Vocal:

## **DEDICATORIA**

Dedico el arduo trabajo de esta tesis; A mis padres, por su apoyo incondicional y por haber hecho de mi la persona que soy ahora, por su valioso ejemplo, sus consejos y por inculcarme siempre el valor y la importancia que tiene la unión de la familia y por tantas cosas más, no me alcanzará la vida para agradecerle todo ese amor y entrega, su comprensión, su sacrificio y su cariño.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por ser el principal ser protector quien me ha permitido con su bendición cumplir este gran objetivo en mi vida, y por escuchar siempre los anhelos más profundos de mi corazón.

A mi familia por su apoyo incondicional y por confiar en mí, ha sido siempre una de mis principales motivaciones.

Un profundo y especial agradecimiento al tutor de mi tesis, la Ps. Cl. Verónica Labre Mg., por guiar mis ideas, por su profesionalismo, su comprensión, su entrega y dedicación, por su valioso apoyo y cariño, sin su ayuda no hubiese sido posible concluir con este trabajo.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada.....	I
Autorización Por Parte Del Autor Para La Consulta.....	II
Aprobación Del Tutor Del Trabajo De Titulación.....	III
Declaración De Autoría.....	IV
Aprobación Tribunal.....	V
Dedicatoria.....	VI
Agradecimiento.....	VII
Índice De Contenidos.....	VIII
Índice De Tablas.....	X
Índice De Gráficos.....	XII
Resumen Ejecutivo.....	XIII
Abstract.....	¡ER

### **ROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**

Introducción.....	1
-------------------	---

### **CAPÍTULO I**

El Problema.....	3
Contextualización.....	4
Antecedentes Investigativos.....	6
Fundamentaciones.....	10
Fundamentación Epistemológica.....	10
Fundamentación Psicológica.....	11
Justificación.....	12
Objetivos.....	13
Objetivo General.....	13
Objetivos Específicos.....	13
Marco Conceptual.....	14
Pensamientos Disfuncionales.....	14
Ansiedad.....	24

### **CAPÍTULO II**

Metodología.....	39
------------------	----



Población Y Muestra.....	39
Instrumentos De Investigación.....	40
Inventario De Pensamientos Automáticos.....	41
Escala De Valoración De La Ansiedad De Hamilton.....	43

### **CAPÍTULO III**

Análisis De Resultados.....	47
Diagnóstico De La Situación Actual.....	47
Comprobación De Las Hipótesis De Las Variables De Estudio.....	50
Decisiones.....	53

### **CAPÍTULO IV**

Conclusiones Y Recomendaciones.....	59
Conclusiones.....	59
Recomendaciones.....	60
Discusión.....	62

### **CAPÍTULO V**

Propuesta.....	64
Tema.....	64
Justificación.....	64
Objetivos.....	65
Objetivo General.....	65
Objetivo Específicos.....	65
Estructura Técnica De La Propuesta.....	65
Argumentación Teórica.....	66
Diseño Técnico De La Propuesta.....	76
Plan Operativo.....	76
Cronograma Y Protocolo Terapéutico.....	77
TALLER 1 Tema: Socialización Del Paciente En La Terapia Cognitiva.....	79
TALLER 2 Identificación Y Categorización De Pensamientos Automáticos.....	86
TALLER 3 El Análisis De La Lógica Incorrecta.....	92

TALLER 4 La Búsqueda De Respuestas Alternativas.....	98
TALLER 5 La Comprobación De Hipótesis.....	104
Bibliografía.....	111
Anexos.....	119

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N° 1.</b> Población .....	40
<b>Tabla N° 2.</b> Instrumentos de la investigación .....	40
<b>Tabla N° 3.</b> Confiabilidad del instrumento de la investigación .....	41
<b>Tabla N° 4.</b> Pensamientos disfuncionales .....	47
<b>Tabla N° 5.</b> Niveles de Ansiedad .....	49
<b>Tabla N° 6.</b> Frecuencia observada de filtraje .....	52
<b>Tabla N° 7.</b> Frecuencia esperada filtraje .....	52
<b>Tabla N° 8.</b> Calculo del chi-cuadrado de filtraje.....	52
<b>Tabla N° 9.</b> Frecuencia observada de culpabilidad.....	53
<b>Tabla N° 10.</b> Frecuencia esperada de culpabilidad .....	53
<b>Tabla N° 11.</b> Calculo del chi-cuadrado de culpabilidad .....	54
<b>Tabla N° 12.</b> Frecuencia observada de los debería .....	54
<b>Tabla N° 13.</b> Frecuencia esperada de los debería .....	55
<b>Tabla N° 14.</b> Calculo del chi-cuadrado de los debería.....	55
<b>Tabla N° 15.</b> Frecuencia observada de las falacias de recompensa divina .....	56
<b>Tabla N° 16.</b> Frecuencia esperada de las falacias de recompensa divina .....	56
<b>Tabla N° 17.</b> Calculo del chi-cuadrado de las falacias de recompensa divina.....	56
<b>Tabla N° 18.</b> Chi-cuadrado de la Ansiedad bajo los pensamientos disfuncionales .....	57
<b>Tabla N° 19.</b> Plan operativo .....	76
<b>Tabla N° 20.</b> Cronograma y protocolo terapéutico .....	79
<b>Tabla N° 21.</b> Taller 1. Socialización del paciente en la terapia cognitiva .....	79
<b>Tabla N° 22.</b> Taller 2 identificación y categorización de pensamientos automáticos .....	86

<b>Tabla N° 23.</b> Taller 3 El análisis de la lógica incorrecta.....	92
<b>Tabla N° 24.</b> Taller 4 la búsqueda de respuestas alternativas .....	98
<b>Tabla N° 25.</b> Taller 5 La comprobación de hipótesis.....	104

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico N° 1:</b> Frecuencia .....	48
<b>Gráfico N° 2:</b> Ansiedad.....	49
<b>Gráfico N° 3:</b> Tabla de los valores críticos de la distribución .....	51
<b>Gráfico N° 4:</b> Verificación del Chi-Cuadrado .....	58

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**TEMA:** LOS PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES Y SU INFLUENCIA EN LA ANSIEDAD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD QUE HAN ENFRENTADO NEGATIVAS DEL BENEFICIO DE PRELIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL REGION SIERRA CENTRO NORTE COTOPAXI

**AUTOR:** Cajas Tibanta José Enrique

**TUTOR:** Ps. Cl. Verónica Elizabeth Labre Tarco Mg.

**RESUMEN EJECUTIVO**

La presente investigación tiene como finalidad analizar los pensamientos disfuncionales y su influencia en la ansiedad de las personas privadas de libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del Centro de Rehabilitación Social Región Sierra Centro Norte Cotopaxi. Los participantes fueron 40 personas privadas de libertad de 22 a 72 años de edad. Uno de los reactivos utilizados fue el Inventario de pensamientos Automáticos, para poder identificar los pensamientos disfuncionales. Con el cual se evidenció que la mayor parte de la población tiene el pensamiento falacia de recompensa divina. En este error cognitivo se espera que en un futuro los problemas del individuo mejoren por sí solos de manera mágica. Para medir los niveles de ansiedad se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton. Con el que se comprobó que las tres cuartas partes de la población presenta un nivel leve de ansiedad, es decir, que no presentan alteración fisiológica y sintomatológica mientras que menos de la cuarta parte presenta un nivel moderado de ansiedad, indicándose que sí existe afección al nivel fisiológico y sintomatológico. Además, un mínimo porcentaje con un nivel severo de ansiedad provocando malestar con síntomas como el miedo y angustia. Una vez aplicados los instrumentos de evaluación se consolidaron y analizaron datos, llegando a la conclusión que los pensamientos disfuncionales si influyen en la ansiedad de las personas privadas de libertad. Se aplicó el taller de intervención psicológica basada en la Terapia Cognitiva Conductual que permita modificar los pensamientos disfuncionales.

**DESCRIPTORES:** Ansiedad, creencias, distorsiones, pensamientos disfuncionales

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**THEME:** THE DYSFUNCTIONAL THOUGHTS AND THEIR INFLUENCE  
ON THE ANXIETY OF INMATE PEOPLE WHO HAVE FACED NEGATIVES  
TO THE PRE-LIBERTY BENEFIT IN COTOPAXI CENTRAL NORTH  
HIGHLANDS REGION SOCIAL REHABILITATION CENTRE

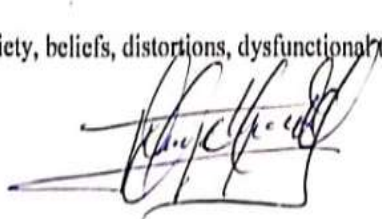

**AUTHOR:** Cajas Tibanta José Enrique

**TUTOR:** Cl. Ps. Verónica Elizabeth Labre Tureo Mg.

**ABSTRACT**

The purpose of this research is to analyse dysfunctional thoughts and their influence on the anxiety of inmate people that have faced negatives to the pre-liberty benefit in Cotopaxi Central North Highlands Region Social Rehabilitation Centre. The participants were 40 inmate people from 22 to 72 years old. One of the tests used was the Inventory of Automatic Thoughts, in order to identify dysfunctional thoughts. This evidenced that most of the population has the fallacy of divine reward. In this cognitive error it is expected that the individual thinks that their future problems will resolve on their own in a magical way. On the other hand, to measure anxiety levels, the Hamilton Anxiety Scale was used. It was found that three-fourths of the population has a mild level of anxiety, that is, they do not have physiological and symptomatic alterations while less than one quarter part presents a moderate level of anxiety, indicating that there is a condition at the physiological and symptomatic level. Furthermore, there is a minimum percentage with a severe level of anxiety causing discomfort with symptoms such as fear and anguish. Once the evaluation instruments were applied, data was consolidated and analysed, concluding that dysfunctional thoughts do influence the anxiety of inmate people. Thus psychological intervention workshops were applied, based on Cognitive Behavioural Therapy that allows the modification of dysfunctional thoughts.

**KEYWORDS:** Anxiety, beliefs, distortions, dysfunctional thoughts

## INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y desconcierta especialmente en la funcionalidad del procesamiento cognitivo, es decir cuando la persona está en peligro su manera de actuar es instantáneo para salvar su vida, la ansiedad tiene síntomas fisiológicos y somáticos, estos consisten en un aumento de la actividad del sistema nervioso, que se refleja en la sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia (Sanchez, 2017). La ansiedad se puede manifestar en varios ámbitos como el escolar laboral o familiar, los individuos al estar con ansiedad están propensos a caer en estrés y tener un estilo de vida no placentero.

Por otro lado, se toma en cuenta los pensamientos disfuncionales que son creencias y costumbres que tiene cada persona y se plasman en constructos totalmente cerrados, rígidos y opuestos, en tal virtud, el objetivo principal es investigar los pensamientos disfuncionales y su influencia en la ansiedad.

Las personas privadas de libertad al estar en un ambiente hostil y encerrados generan síntomas de ansiedad, preocupaciones excesivas el cual están relacionadas con las creencias que ellos tienen y con las que aprendieron dentro del CRS, las PPL que han enfrentado negativas de proceso de prelibertad son más propensos a tener un pensamiento disfuncional como por ejemplo, ellos piensan y creen que mágicamente se solucionara todos los problemas que ellos tienen, y esta distorsión se denomina falacia de recompensa divina, al pensar excesivamente este pensamiento genera ansiedad, intranquilidad y un malestar en su diario vivir, es por eso que ambas variables son motivo de preocupación y especial interés no sólo para la población en estudio, sino para toda la sociedad.

En el primer capítulo de esta investigación, se realiza una descripción del problema, los antecedentes, contextualización y detalle teórico-conceptual de las dos variables de estudio, la justificación y los objetivos que se pretenden con el presente trabajo.

En el segundo capítulo se abordará aspectos sobre la metodología utilizada, descripción de las características de la población y cálculo de la muestra; se describen de manera detallada los instrumentos de evaluación que fueron considerados para cada una de las variables, se explica además el proceso de obtención y análisis de los datos.

En el tercer capítulo se realiza el análisis e interpretación de los resultados generales relacionados con el problema, tomando en cuenta las características de los instrumentos utilizados y la población de estudio.

En el cuarto capítulo se muestran las conclusiones y recomendaciones de la investigación en base a los resultados obtenidos.

El quinto capítulo tiene que ver con el diseño de la propuesta, con la respectiva descripción del tema, justificación y objetivos, a más de la argumentación teórica y el diseño técnico de la misma.



## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **Planteamiento del Problema**

El Centro de Rehabilitación Social de Latacunga Cotopaxi, (CRS), se abrió en mayo 2013, cumple una proyección nacional que busca descartar el hacinamiento penitenciario existente por varios años, a partir de modernas instalaciones y un modelo de rehabilitación que certifique una efectiva reinserción en la sociedad, la capacidad del centro de rehabilitación social de Latacunga es de 4950, personas privadas de libertad, (PPL) del Centro de Privación Provisional de Libertad CPPL, al momento se encuentran un total de 4786 (PPL), la ocupación poblacional del CRS es de 96,7% de su capacidad (Ministerio de Justicia, 2017).

El CRS Cotopaxi posee espacios de máxima, mediana y mínima seguridad, está dividido en pabellones de hombres y mujeres, de atención prioritaria y un área administrativa, con una inversión que supera los 70 millones de dólares, existen antecedentes de problemáticas como: ansiedad, depresión, trastornos de personalidad, pensamientos disfuncionales. Regularmente las personas privadas de libertad presentan actitudes inapropiadas en el proceso de adaptación intracarcelaria, siendo un centro penitenciario donde las PPL, son regidos por estrictas normas, que deben efectuar, como no tener problemas dentro y fuera de los pabellones, acatar las órdenes de los guardias penitenciarios caso contrario pueden ser castigados o ser reportados mediante un "parte" un escrito donde el supervisor de la etapa detalla un procedimiento, un hecho o algún tipo de evento vinculado a un posible acto punible, el interno al tener un parte pierde beneficios que tiene una PPL dentro del CRS es decir, visitas familiares o conyugales, permanecer por cierto tiempo en una celda aislados de los demás privados de la libertad, al estar solo en la celda el individuo genera ansiedad pensamientos

obsesivos e irracionales, el grupo de reconsideración de prelibertad, son internos que llevan más del 50% de su condena ejemplo: una persona privada de libertad esta sentenciada por 8 años al tener ya 4 años dentro del CRS cumpliendo la sentencia tiene el derecho de hacer los trámites correspondientes para su libertad, una vez que haya echo dicho papeles tiene una audiencia con el juez para determinar su libertad o permanencia dentro del CRS, las personas privadas de libertad que tuvieron negativas en la audiencia es decir que no les dieron la libertad, son individuos vulnerables, al salir de la audiencia con la respuesta del juez negándole la libertad están propensos a tener pensamiento disfuncionales reflejándose en conflictos, riñas discusiones dentro de los pabellones, esto a su vez desencadena problemas de ansiedad, disgustos, aislamiento social, creencias irracionales afectando bilógica, psicológica y socialmente al individuo.

### **Contextualización**

En la actualidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. Más de 400 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad. Cada 10 de octubre se celebra el Día Mundial de la Salud Mental, cuyo lema este año es. La salud mental en el lugar de trabajo. Nuestra vivencia en el trabajo es uno de los factores que determinan nuestro bienestar general (OMS, 2017).

La ansiedad perturba especialmente la funcionalidad del procesamiento cognitivo, es decir, existe pensamientos que generan sesgos en la interpretación de la información cambiando lo que podría ser un evento confuso o inofensivo en algo que se percibe como negativo, los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con ansiedad ha aumentado cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los

conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. La OMS estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por depresión y ansiedad (OMS, 2017).

Según los datos extraídos del último informe del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Ecuador no se cuenta con un presupuesto específico para los trastornos de ansiedad, sino que éste se distribuye para todas las acciones de salud mental en general.

Actualmente el país dispone únicamente del 1.2% del presupuesto del Ministerio de salud Pública y de esta cantidad el 59% es destinado a los cinco hospitales psiquiátricos que funcionan en el país, donde se ofrece servicios de atención psicológica, psiquiátrica ambulatoria y de internamiento corto. Estos están situados en las tres ciudades más grandes, San Lázaro, Sagrado Corazón y Julio Endara en Quito, Instituto de Neurociencia en Guayaquil y el Centro de Rehabilitación del Alcoholismo y Drogadicción (CRA), ubicado en Cuenca. Al ser hospitales especializados en salud mental se tratan también los trastornos de ansiedad y a su vez el MSP ha incluido servicios de psiquiatría y salud mental comunitarios en las provincias de Pichincha, Azuay y Esmeraldas, para este año se estima alcanzar una inversión de \$2.362.400 (Ministerio de Salud Pública , 2016).

En Ecuador, en el año 2014, María José Casares López y colaboradores demostraron que el perfil del interno del centro penitenciario es varón, con una edad media de 34 años, nunca casado (51,4 %) y con hijos (56,3%). El 39.2% ha cursado los estudios básicos, existiendo un 37,2 % sin estudios ni titulación académica alguna. En cuanto al estado de salud, existe un alto porcentaje de personas con procesos infecciosos crónicos, los varones que se encuentran encarcelados tienden a tener un impacto en sus emociones, pues estas no son canalizadas por medios favorables esto conlleva a la pérdida de los roles familiares, sociales, sexuales y produce un deterioro de la propia identidad y de la autoestima (Henrique, 2015).

Los factores de riesgo que prevalecen e influyen en la depresión, ansiedad e ideas suicidas en reclusos son la soledad con un 51%, influencia de amistades 40%, violencia con un 70%, falta de comunicación 65.7%, uso y abuso del alcohol con un 81.4% y falta de oportunidades de trabajo 68.5% (Casares, y otros, 2016). No solo estos factores son tomados en cuenta, también el trato denigrante, la discriminación, el abuso, las condiciones en la que viven los internos, hacen que estas personas se llenen de un profundo sentimiento de infelicidad, desesperanza y angustia permanente, que lo hace sentirse incapaz de cambiar las cosas y de permanecer mal consigo mismo.

### **Antecedentes investigativos**

Después de revisar varias fuentes bibliográficas de tipo impreso, en sitios web, y demás fuentes de consulta no se encuentra una investigación igual al presente trabajo. Sin embargo, tras revisar documentos a través del Internet se halla investigaciones relacionadas con pensamientos disfuncionales, ansiedad mismos que pudo contribuir con el desarrollo del presente estudio.

En su trabajo titulado: *Niveles de ansiedad en reclusión*, llega a la conclusión que, en la Cárcel Nacional de Maracaibo, las distorsiones cognitivas, definiéndolas como errores lógicos del pensamiento, se fundamenta con la ansiedad cuya presencia se evidencia en la fase de evaluación psicológica inicial realizada al grupo de reclusos, participantes en este estudio Sánchez (como se citó en Ruiz, 2016). La técnica escogida fue la Relajación, debido al éxito que ha obtenido en los más variados ambientes y situaciones, en cuanto al logro de la disminución de los niveles de ansiedad y la experimentación de emociones de relajación y bienestar. Los esquemas cognitivos, se refieren al producto de los aprendizajes que hemos tenido a lo largo de la vida, el pensamiento disfuncional conlleva a analizar la ansiedad generalizada y episodio depresivo; desde el eje del trastorno de personalidad esquizoide; por ende, se opta por indagar la terapia cognitiva conductual cuya objetividad de la investigación fue modificar el pensamientos automáticos disfuncionales e identificar las creencias intermedias y centrales de donde nacen

estos pensamientos, mediante el uso del registro de pensamientos disfuncionales y/o la búsqueda de evidencia a favor o en contra de los mismos; cuyo resultados indica que el paciente debe ver de manera neutral su situación, bajo los pensamientos, emociones y distorsiones cognitivas que ha generado, dándole la posibilidad de reestructurar sus reflexiones de una manera más real y adaptativa al medio.

Mora (2015). En su trabajo titulado: *Prevención de la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios*, el objetivo de la investigación es evaluar el impacto de la ansiedad a través del desarrollo del pensamiento crítico y estrategias en solución de problemas, los participantes fueron 60 estudiantes universitarios que cursaban los primeros semestres; este tuvo una duración de 10 sesiones, cuyos instrumentos utilizados fueron el CES-D el cuestionario de Acontecimientos estresantes, ATQ (Kendall, Howard y Hays), ASSQ (Kendall y Hollon,); concluye que la ansiedad y la depresión mediante un programa de desarrollo del pensamiento crítico y dialogo socrático es efectivo en los estudiantes universitarios, esto se refleja en la disminución de sintomatología de ansiedad, depresión y pensamientos negativos. Los estudiantes universitarios al tener un dialogo socrático con el terapeuta, generan nuevas respuestas, hipótesis pensamientos positivos el cual les ayuda a la desvalorización de pensamientos negativos, disminución de síntomas de depresión ansiedad.

En la investigación de Sánchez (como se citó en Ruiz, 2016). En su trabajo titulado: *Niveles de ansiedad en reclusión*, cuyo objetivo es brindar a los reclusos atención psicológica, social y legal, con la intención de minimizar las consecuencias negativas del ambiente carcelario; sin embargo recintos penitenciarios generan efectos psicológicos negativos en los reclusos, como el: el estrés y/o ansiedad propia del proceso de prisionalización como penas privativas de libertad; que conlleven a rehabilitación social; con el propósito de explorar el efecto de la técnica de relajación sobre los niveles de ansiedad de sujetos internos en dicho centro penitenciario; conlleva a resultados donde la puntuación promedio de ansiedad rasgo (AR) que se encontró en el grupo de participantes es de 47.7, en tanto que los

datos presentado por esta prueba, (los puntajes normativos) es de 44,64, lo que indica, una tendencia ligeramente superior en la intensidad de ansiedad en el grupo estudiado. La puntuación promedio de la Ansiedad Estado (AE) en el grupo estudiado es de 45.9 y en los datos normativos es de 45.9, lo que indica una correspondencia en el nivel de ansiedad experimentadas por los sujetos con su grupo normativo y podría sugerir un nivel de ansiedad similar en sujetos encarcelados.

Por otra parte Rubiano (2014). Realizo un estudio titulado: La ansiedad en individuos que entran por primera vez a la cárcel, cuyo objetivo de esta investigación fue identificar la efectividad de un programa de intervención breve para la disminución de los niveles de ansiedad en población privada de la libertad; en la que se trabajó con 39 personas distribuidas en dos grupos, un grupo experimental (20 participantes) y un grupo control, con lista de espera (19 participantes); el diseño metodológico a utilizar fue cuasi experimental y los participantes fueron personas que ingresaron por primera vez a un centro penitenciario quienes manifestaron estar de acuerdo en participar voluntariamente; los instrumentos utilizados para medir los niveles de ansiedad fue el Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo STAI de Spielberger y Cols. Los resultados de la investigación evidencian que el tratamiento aplicado al grupo experimental obtuvo resultados significativos a favor de la disminución de los niveles de ansiedad en los sujetos privados de la libertad, Con respecto a los puntajes en los pretest del grupo control con lista de espera y grupo experimental para las escalas de ansiedad rasgo y estado, no se encontraron diferencias significativas a través de la prueba no paramétrica. Para la ansiedad se encontró una significancia de 0.855. El ingreso a la cárcel por primera vez coloca a las personas en una situación novedosa la cual se asocia con el inicio de respuestas de ansiedad y estrés, por esta razón el uso de intervenciones breves es posible, pues permite iniciar un proceso con personas que tienen una problemática en común, de fácil evaluación y con procesos de mantenimiento similares.

Uribe (2014). En su trabajo titulado: *Tratamientos para internos con depresión y ansiedad*, conlleva a concluir que las características de la depresión y la ansiedad estado/rasgo y su prevalencia en internos adscritos al programa de inducción al tratamiento penitenciario, del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC en Bucaramanga, Colombia. La muestra comprendió 112 internos con un promedio de edad de 33 años, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER) y el inventario de ansiedad estado rasgo (STAI). Los resultados indican que un 43,1% realizó su primera transgresión a la norma entre los 8 y 18 años, mientras los registros de manifestaciones depresivas revelan que el 16,7% la calificó como estado y un 43,68% como rasgo. Por su parte, la afectación ansiosa se mostró en un 8,03% como estado y en un 85,7% como rasgo. De acuerdo con esto, hubo mayor proporción de personas con experiencias previas, que desarrollaron cuadros sintomatológicos, que aquellas en las que la situación de encarcelamiento constituye un causante o detonante.

## **Fundamentaciones**

### **Fundamentación Epistemológica**

La presente investigación se basa en el pensamiento complejo de Edgar Morín, ve al mundo como un todo indisociable, es decir que no se puede separar, la persona posee conocimientos ambiguos, desordenados, que necesitan acciones retroalimentadoras, esta ideología propone un abordaje de manera multidisciplinario para lograr la construcción del pensamiento, la realidad es compleja no puede contemplarse desde un pensamiento disyuntivo, reduccionista, simplificador y predominante acrítico. El pensamiento complejo permite contemplar diferentes representaciones de un sistema al mismo tiempo, con el fin de tener un entendimiento más completo del mismo, se da lugar a la incertidumbre sobre lo que se sabe, es decir si el conocimiento existente es reestructurado, es capaz de generar, abandonar o recuperar, esta teoría es opuesta al modo de pensar, en cambio el pensamiento complejo relaciona y complementa la información obtenida, todos los individuos son diferentes y tienen muchas formas de reaccionar y de pensar (Morín, 2016).

La investigación se relaciona con el pensamiento complejo de Edgar Morín, porque las PPL al estar en un centro penitenciario aprenden conductas delincuenciales, conocimientos antiguos ya estructurados que genera incertidumbre en los internos, un ejemplo es cuando la persona entra por primera vez a un centro de rehabilitación social el individuo aprende un nuevo estilo de vida, a nivel social llevándose con las personas que son más afines o con las que tienen creencias que son semejantes y aprendiendo así las nuevas costumbres que tienen dentro del CRS, a nivel de supervivencia los internos nuevos al no tener conocimientos de cómo comportarse dentro de los pabellones con los líderes que son los voceros van a tener discusiones y peleas entre PPL, generando así un malestar y un modo de vida no agradable, es por eso que deberá asimilar conocimientos de otras PPL para poder solventar su bienestar dentro de los



pabellones, esto ocurre inesperadamente o incierto, es decir, desde que aparece un problema importante.

El pensamiento simple resuelve los problemas simples sin problemas. El pensamiento complejo no resuelve, en sí mismo, los problemas, pero constituye una ayuda para la estrategia que puede resolverlos. Él nos dice: ayúdate, el pensamiento complejo te ayudará (Morin, 2014).

### **Fundamentación Psicológica**

Esta investigación se fundamenta principalmente en la Teoría Cognitivo Conductual de Aaron Beck, esta teoría tiene relación entre los pensamientos de la persona (lo que se dice a sí misma sobre las situaciones que vive, sobre los demás, sobre la vida, sobre sí misma y sobre los problemas que presenta) las emociones y los sentimientos que experimenta la persona, las creencias, ideas y competencias cognitivas humanas son modificadas por factores externos, tales como un padre comprensivo, un ambiente estresante o un clima cálido, los procesos cognitivos de una persona afecta su comportamiento. De la misma manera, la construcción de dicho comportamiento puede modificar y alterar el ambiente y la forma en que piensa, la persona privada de libertad al afrontar una negativa puede cambiar su modo de percibir las cosas, interpretar y distorsionar la información en un momento dado, o sacar conclusiones negativas sin información suficiente o incluso ignorando, cuando esto ocurre, dice Beck, cometemos errores en la interpretación o errores de razonamiento, el modelo de Aaron Beck se relaciona con la investigación porque las personas privadas de libertad que han enfrentado negativas en el proceso de prelibertad, generan un patrón de pensamientos distorsionados, producto del proceso que debe tener para llegar a su libertad, la información negativa que le entregan a la PPL en la audiencia, crea distorsiones negativas y genera un malestar en su diario vivir (García, 2017)

## JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es importante porque radica en explicar la relación que existe entre los pensamientos disfuncionales y la ansiedad en las personas privadas de la libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del CRS Cotopaxi, este estudio provee a la sociedad de información sobre un tema que actualmente no se ha tomado muy en cuenta como es los pensamientos disfuncionales y su influencia en la ansiedad en las PPL, debido que el encarcelamiento no supone sólo un alejamiento de los modos de vida de la sociedad libre sino también el aprendizaje de normas, códigos de comunicación, "jergas carcelarias" o de actitudes hacia la autoridad, esto genera pensamientos disfuncionales, depresión, ansiedad, cambios emocionales y conductas humanas, que interviene en el comportamiento de las PPL, esto impide una adecuada adaptación, dificultando las respuestas óptimas frente a una negativa en el proceso de prelibertad.

Es original, por no encontrar trabajos similares referentes a la investigación propuesta dentro del CRS Cotopaxi, la investigación se muestra de forma novedosa e incluye una perspectiva actual de la problemática planteada.

La investigación es factible porque se cuenta con el apoyo de la institución, Centro de Rehabilitación Social Cotopaxi, por parte de sus autoridades, a más de contar con el material bibliográfico que ayudara a la recopilación e interpretación de la información en coordinación con los profesionales especializados en la temática. Los beneficiarios serán las PPL, las autoridades el equipo de psicólogos y personas que trabajan dentro del CRS Cotopaxi.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Investigar los pensamientos disfuncionales y su influencia en la ansiedad de las personas privadas de la libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del CRS COTOPAXI.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar los tipos de pensamientos disfuncionales de las personas privadas de la libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del CRS Cotopaxi.
2. Determinar los niveles de ansiedad de las personas privadas de la libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del CRS Cotopaxi.
3. Desarrollar una propuesta de intervención al problema presentado.

## **MARCO CONCEPTUAL**

### **PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES**

La sociedad a través de la historia ha fomentado de cierta forma valorar y procesar la información, exagerando la maldad o bondad en estereotipos, los factores sociales influyen en los pensamientos de cada individuo por ejemplo la idea del amor romántico indicado por González (2019) referencia: “acepta cualquier sacrificio, que es puro, eterno, sublime y fiel para toda la vida, generando la ilusión de ciertas situaciones ideales, llevando a conductas también de tipo bueno o malo en el contexto social” (p. 32). Las concepciones cristianas del cielo y el infierno y otras manifestaciones de la sociedad son ejemplos de creencias y costumbres que se plasman en constructos totalmente cerrados, rígidos y opuestos provocando así pensamientos disfuncionales.

Los procesos mentales comprenden hábitos o creencias cognitivas que se codifica y categoriza, la información de manera inapropiada (Martínez, 2014). La ansiedad y la depresión, comienza con la identificación de las creencias disfuncionales, los individuos tienen pensamientos repetitivos y automáticos mientras que los autores Bados y García (2013). Que son de naturaleza disfuncional, mientras las creencias o procesos se manifiestan en tendencias cognitivas como la generalización excesiva, dependencia de otros, y deseo de aprobación social. El pensamiento disfuncional hace a las personas vulnerables a la ansiedad, agresividad y depresión.

La perspectiva del procesamiento de la información, social es importante considerar que mecanismos cognitivos guían al individuo a la hora de responder de forma agresiva ante un hecho social que es visto por el propio agresor como intencional o amenazante (Guajala, 2015). Al hablar sobre pensamientos disfuncionales resulta importante mencionar los procesos cognitivos sesgados y distorsionados que ocurre en la mente del individuo, dentro del contexto de las interacciones sociales.

La persona percibe una posible amenaza o piensa que sus derechos no son apreciados por los demás, tiende a sentir una respuesta de malestar o daño psicológico, Berastegi (2017). Indica que determinadas personas tendrían más probabilidades de infringir normas, inhibir empatía, sentimientos de culpa e incitar hacer daño a quien considera su rival, el proceso cognitivo distorsionado representa interpretaciones erradas, provoca conflictos interpersonales con una visión negativa sobre el entorno social, la información que influye estas interpretaciones en la conducta es de forma egocéntrica, exagerada minimizando la responsabilidad, hostilidad de la víctima (Berastegi, 2017). Así mismo para Peña y Arturo (2015). Las distorsiones cognitivas están asociadas a problemas de comportamiento agresivo. El sentimiento de culpa, la disminución de la autoestima y el egocentrismo está vinculada en la conducta antisocial Cada individuo tiene una forma diferente de actuar y pensar, al estar en un ambiente tenso, aislado son propensos a tener ideas negativas, agresividad y un estilo de vida no agradable.

Los pensamientos automáticos constituyen un dialogo interno a nivel mental, se expresa como pensamientos o imágenes y están relacionados con los estados emocionales de gran intensidad como la euforia, la depresión, ansiedad, ira, entre otros (Ruiz A. , 2015). De manera general se define a los pensamientos disfuncionales como la acumulación de creencias, verbalizaciones y actitudes que los individuos regularmente lo hacen y conservan día tras día en su propio esquema cognitivo, estas están relacionadas en un evento estresor o ansiedad que pueden habitualmente traer consecuencias negativas para su diario vivir. El individuo tiene reglas acerca de si mismo, esto se convierte en algo realista, costumbres que la persona vive regularmente, las emociones y conductas no se experimentan de forma aislada, sino que se superponen significativamente, en los hechos y acontecimientos del mundo exterior, son sucesos que percibe el individuo mediante la interacción social, la persona al tener estos elementos direcciona sus pensamientos a lo positivo o negativo.

En conclusión, los pensamientos disfuncionales pueden acarrear consecuencias negativas, y recaer en conductas antisociales, o agresivas, además de otras

situaciones que son consideradas como enfermedades, como la depresión o ansiedad influyen en el actuar de los individuos. Los pensamientos que se genera en un individuo en torno a una situación específica influirá directamente en el actuar de las personas; estos pensamientos son tratados, y depende de cada caso en especial, puesto que las personas al estar en espacios confinados o aislados, suelen no dejarse tratar de una manera adecuada, y el proceso de rehabilitación será relativamente largo.

## **Elementos**

Son varios elementos que intervienen en los pensamientos disfuncionales; muchos de ellos radican en la conciencia de los individuos y suelen ser involuntarios o no controlables. A partir de esta postula se verá algunos elementos que intervienen en los pensamientos disfuncionales, los principales elementos de un pensamiento son la direccionalidad, y el curso o la velocidad de pensamiento

### **La direccionalidad**

La característica de la direccionalidad hace referencia hacia donde está dirigido dicho pensamiento, se puede detectar pensamientos automáticos tanto positivos como negativos, mismos que están presentes a lo largo de la vida del ser humano, dependiendo como le afecte, para eso se debe identificar los pensamientos disfuncionales, es decir, aquellos que distorsionan la realidad, son emocionalmente perturbadores o interfieren con la capacidad del individuo para alcanzar sus objetivos.

Los pensamientos automáticos producen errores del pensamiento, desalineando los acontecimientos que ocurren, estos suelen ser habituales y repetitivos agrupados en las llamadas distorsiones cognitivas (Romera, 2017). En función de los errores que cometen a menudo crean versiones relativas de algo que no ocurre, versiones exageradas o fatalistas, que en la mayor parte no responden a la realidad. Los pensamientos automáticos positivos son aquellos que permite almacenar recuerdos para acumular fuerza interior para ser productivos, estos dan beneficio a todas las

situaciones externas, pensar positivamente no significa ignorar lo que pasa alrededor, esto ayuda a encontrar soluciones a un problema (Pérez, 2016). Los pensamientos automáticos positivos son más reflexivos y trae bienestar a la persona, son aquellos que ayudan a desarrollar las emociones positivas como: felicidad, ilusión y bienestar físico Barragán y Morales (2014). Por el contrario, los pensamientos automáticos negativos se basan en, preocupación temor, odio, rencor, culpabilidad o de envidia, consisten básicamente en pensar que todo va a salir mal, la mente del individuo es una caja negra y simplifica intencionalmente el funcionamiento interno confuso y misterioso de los actores. El pensamiento consciente ayuda al individuo a apalear y cuestionar un problema para así poder solucionar dicho problema, en cambio el subconsciente no razona, no juzga si la información es correcta o errónea, razonable o absurda, veraz o falsa, los pensamientos automáticos disfuncionales son casi siempre negativos.

La persona al tener pensamientos positivos va tener un modo de vida gustoso, porque va buscar la mejor solución para cualquier inconveniente que le resulte en su diario vivir al contrario si el sujeto tiene pensamientos negativos va poseer pensamientos disfuncionales el cual le va a generar problemas por no hallar la mejor solución.

### **El curso o la velocidad de pensamiento**

El cerebro, es capaz de recoger, información e interpretar, estímulos, decisiones y ejecutar acciones complejas tan rápido que se puede alcanzar en infinitésimas de segundo increíblemente en la mitad de tiempo que toma un pestañeo (Pazmiño, 2018), los pensamientos automáticos son rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento sino más bien aparecen de forma automática (Berastegi, 2017). La velocidad del pensamiento depende del tiempo que demora cada persona en reaccionar cuando percibe algún tipo de suceso impredecible o la creación de imágenes mentales en el individuo.

Entonces, de los elementos mencionados, existen varias posibilidades de ocurrencia; cada uno de estos elementos suelen llevar a los individuos a un estado emocional deseable o no deseable; siendo positivos o negativos; en todo caso, si llegan a ser negativos lo más deseable es recurrir a los pensamientos positivos que suelen alojarse en una parte del cerebro; y que se los puede recordar para llevar al individuo a un estado diferente al deseado.

### **Tipos de pensamientos**

Los pensamientos automáticos desatan emociones negativas que facilitan al individuo a tener conductas erróneas (Gutiérrez, 2014). Como resultado de la nociva creencia de estos pensamientos el individuo puede generar conflictos en las relaciones con los demás dando a lugar a una visión simplista y negativa (Muñoz, 2013). Estos errores cognitivos que tiene el individuo, son ideas mal intencionadas que le va crear molestias consigo mismo y con los demás, en su diario vivir. A continuación, se detalla una lista de pensamientos disfuncionales.

**Filtraje o abstracción selectiva.** - Este consiste en enfocarse exclusivamente en un aspecto usualmente negativo y perturbador de un hecho, evento o circunstancia, ignorando otras características más relevantes de la situación, e interpretando toda la conversación o situación en base a ese único aspecto negativo (Espindola, 2015).

**Pensamiento polarizado.** – El individuo valora los sucesos de forma extrema sin darse cuenta que pueden tener aspectos intermedios, valoran como bueno o malo. blanco o negro, deja a lado los niveles intermedios, un ejemplo, un joven termina una relación y piensa, solo a mí me pasan cosas malas, una persona que no encuentra trabajo. soy inútil e incompetente (Espindola, 2015).

Se basa en interpretar los acontecimientos y condiciones de forma extrema, absoluta y opuesta, el individuo solo tiene dos formas de calificar el suceso como bien o mal, fuerte o débil, sin tener en cuenta los aspectos intermedios como: bueno, malo, insuficiente, regular, reprobado o muy fuerte, fuerte, débil y muy débil.



**Sobre generalización.** – La persona tiene un pensamiento que consiste en dar una conclusión general a una situación sin base suficiente, un ejemplo es cuando la persona busca trabajo y no encuentra. Nunca conseguiré un trabajo, palabras claves son, todo, nadie, nunca, siempre (Espindola, 2015).

Esta distorsión del pensamiento consiste en la elaboración de una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a todos los aspectos de la vida.

**Interpretación del pensamiento.** – Este pensamiento consiste en dar un juicio, este puede ser un sentimiento, emoción o una acción sin tener una base contundente de lo que la otra persona piensa, por ende, el comportamiento del individuo siempre va estar a la defensiva (Espindola, 2015).

**Visión catastrófica.** - El individuo adelanta sucesos de forma catastrófica para sí mismo, ejemplo: una persona ve en las noticias que hubo un accidente de tráfico e inmediatamente piensa: Y si me pasa a mí, ¿Y si me ocurre a mí tal cosa? (Espindola, 2015). Esta distorsión puede estar relacionada con la baja tolerancia a la frustración, cuya importancia psicopatológica ha sido ampliamente investigada (Esquivel, 2016).

Consiste en imaginar, especular y adelantar de modo catastrofista los acontecimientos, dicho en otros términos asignarle el peor resultado a los hechos o intereses personales.

**Personalización.** - La persona se acostumbra a relacionar, sin base suficiente los sucesos del ambiente con sigo mismo, ejemplo, el jefe habla con los trabajadores acerca de la baja producción y que se debe mejorar, el trabajador piensa, sé que lo dice por mí, palabras claves son: Lo dice por mí, hago esto mejor o peor (Espindola, 2015).

Consiste en auto-atribuirse de manera excesiva los hechos externos y desagradables, cuando muy posiblemente no haya sido el caso en realidad. Cuando se aplica a uno mismo puede producir ansiedad y culpa, aplicado a otros produce enojo exacerbado y ansiedad de persecución.

**Falacia de control.** – Este pensamiento reside en que el individuo toma de forma extrema sucesos que le pasaron en la vida estos suelen ser negativos ejemplo: Yo soy el responsable de todo lo que pasa tu no (Espindola, 2015).

**Falacia de justicia.** – La persona acostumbra a poner valor de injusto a todo aquello que no coincide en los deseos de la persona, a un joven le suspenden el examen médico y sin evidencia piensa, es injusto que me hayan suspendido, palabras claves: No hay derecho a, es injusto que (Espindola, 2015).

Esta distorsión establece, cuando la persona se da a si mismo juicios negativos provocando sentimientos de desilusión al no obtener el resultado o el deseo que estaba esperando.

**Razonamiento emocional.** – La persona cree que sus sentimientos son necesariamente objetivos y no como derivadas de la interpretación personal, si un individuo se siente furioso es porque alguien ha hecho algo para alterarle, las palabras claves son: Si me siento así es porque soy/ o a ocurrido (Espindola, 2015).

Consiste en formular argumentos basados en cómo se siente la persona, en lugar de la realidad objetiva, en otras palabras, es la tendencia a creer que los sentimientos siempre reflejan eventos reales que lo han producido.

**Falacia de cambio.** - Este pensamiento reside en los actos que hace la otra persona, insinuando que si el otro individuo cambia o actúa de otra manera el cambiara sin darse cuenta que él está errando y debe de cambiar para que las cosas funcionen (Espindola, 2015).

**Etiquetas globales.** -Este pensamiento está relacionado con la sobregeneralización que consiste en asignar etiquetas globales o generalizadoras a algo o alguien en lugar de describir la conducta observada objetivamente. La etiqueta asignada por lo común es en términos absolutos, inalterables o bien con fuertes connotaciones prejuiciosas (Espindola, 2015).

**Culpabilidad,** - Radica en atribuir la responsabilidad de los sucesos bien totalmente a sí mismo o a otros sin base suficiente, ejemplo, una madre cuando los hijos hacían bulla o se portaban mal, tiene a irritarse con los hijos y con ella misma, echándose la culpa de no saber educarlos, las palabras claves son: Mi culpa, su culpa, culpa de (Espindola, 2015)

Implica la atribución de la responsabilidad de los acontecimientos bien totalmente a uno mismo, o bien a otros, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen a los acontecimientos.

**Los deberías.** – Radica en el hábito de conservar normas rígidas y exigentes de cómo debe que ocurrir las cosas, ejemplo, un doctor se enojaba constantemente con los pacientes por que no seguían sus instrucciones y él pensaba debería hacerme caso, las palabras claves son: Debería de, no debería de, tengo que (Espindola, 2015).

Significa concentrarse en lo que uno piensa que debería ser o hacer en lugar de ver las cosas como son, y tener reglas rígidas autoexigirse y exigir a los demás, que se piensa que deberían aplicarse en determinada dirección, sin importar el contexto situacional. En base a esto se dice que es como un pensamiento deseado.

**Tener razón.** - La persona acostumbra aprobar de manera frecuente ante un desacuerdo con otra persona que el punto de vista de uno es el correcto y cierto. No importa los argumentos del otro simplemente se ignoran y no se escuchan, las palabras claves que denotan esta distorsión son: Yo llevo razón, sé que estoy en lo cierto él/ella está equivocado (Espindola, 2015).

En este pensamiento el sujeto cree ser poseedor de la verdad absoluta obviando opiniones ajenas; piensa que sus opiniones y acciones son las correctas y válidas e intentaran continuamente demostrárselo a sí mismos o a los demás con argumentos elaborados pero falaces; no tolera equivocarse y harán todo lo posible para evitarlo. En base a estas premisas se la relacionaría con el Trastorno Narcisista de la personalidad.

**Falacia de recompensa divina.** – En este error cognitivo se espera que en un futuro los problemas mejoren por sí solos, de manera mágica sin tomar una actitud proactiva; o que se tendrá una recompensa de alguna forma. La consecuencia de esta falacia es acumular un gran malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad. (Espindola, 2015).

El pensamiento ha sido descrito en la psicología como la capacidad de planear y dirigir en forma oculta una conducta posterior, lo que prevenía de errores o permitía postergar las acciones para posibilitar adaptaciones mejores en duración y efectividad, las personas al enfrentar problemas psicológicos experimentan estrés o pueden llegar a tener trastornos emocionales, la atención llega a estar dirigida por síntomas como la ansiedad o estados de ánimo deprimido, cuando el individuo se adapta a situaciones habituales, la capacidad de funcionamiento y los errores de pensamientos se ve afectado por los sucesos que está pasando la persona, esto generalmente produce percepciones negativas de uno mismo, y de los demás, a veces estos puntos de vista se vuelven erróneos donde la mente intenta justificar creencias irracionales tratando de convencer de que estos pensamientos son correctos y precisos, el individuo al tener estos pensamientos con mayor frecuencia crean dolor emocional como la culpa, ira e inseguridad. Las personas con ansiedad tienen pensamientos repetitivos, esto produce esquemas cognitivos disfuncionales o creencias centrales, que a menudo se desarrollan fuera de la experiencia, esto puede llevar más adelante a una intolerancia a la incertidumbre y una tendencia asociada a catástrofe y predecir lo peor, esto a menudo conducen a comportamientos ineficaces en el área social, familiar o de trabajo, estos

pensamientos automáticos se caracterizan por ser negativos, la persona crea un ambiente tenso día tras día, al distorsionar ideas, comentarios o sucesos que le pasa en su vida diaria, genera un hábito y cada vez que esté pasando por una situación similar va tener un pensamiento disfuncional.

## ANSIEDAD

Las emociones son reacciones que se vivencian como una fuerte alteración del estado de ánimo, este puede ser placentero o displacentero y va acompañada por la aparición de cambios orgánicos, como expresiones faciales, conductas motoras y síntomas observables (Vindel, 2016). El individuo desde tiempos ancestrales ha tenido que sobrevivir, gracias a la ansiedad, la especie humana a podido subsistir ante una respuesta de peligro o amenaza, ocasionalmente luchaban o huían, la persona que generaba menos ansiedad eran presas más sencillas para animales salvajes como lobos, felinos, serpientes, en la actualidad la ansiedad se manifiesta ante una situación de estrés, las manifestaciones de ansiedad y miedo, se evidencian en cambios fisiológicos, somáticos y conductuales.

Esta palabra fue inventada por un físico escoses llamado William Cullen en el siglo XVII para dar un significado a una aflicción del sistema nervioso que induce nerviosismo Medina, Sarti, y Real, (2014) En el siglo XX los individuos que mostraban esta angustia se les denominaba neuróticos debido a que transmitían una conducta rígida con temor a fracasar en el ámbito social familiar y de trabajo, biológicamente la ansiedad se puede definir como la respuesta adaptativa ante un suceso de peligro inminente (Mora, 2013). En condiciones corrientes los síntomas de ansiedad son normales, pero en situaciones de emergencia la persona experimenta síntomas de inquietud, aprehensión, preocupación para concentrarse, tensión muscular, palpitations y falta de aliento, Eysenck planteó el Visceral Brain, integrado por el hipocampo, cíngulo, amígdala, septum e hipotálamo, siendo este el mecanismo fisiológico responsable del neuroticismo (Ramírez, 2017). Para Gray, la ansiedad se activa a través de un dispositivo llamado, sistema de inhibición comportamental, presidido por el septo hipocampal, el hipocampo, es el responsable de cotejar la información para que interactúe el individuo (Gray, 2015)

En psicopatología la ansiedad es un elemento central de los trastornos psicológicos y psicosomáticos, las investigaciones señalan que es el problema mental más frecuente entre todos los trastornos psiquiátricos (Belloch, 2018). Es la principal causa para que los individuos visiten al médico como atención primaria, la ansiedad y el miedo son dos aspectos diferentes a nivel operativo, el miedo se asocia a un estímulo externo amenazante, el individuo puede palpar u observar, en cambio la ansiedad es un estado emocional más indefinido, sin una necesidad de estímulo externo de amenaza (Bastidas, 2013).

La ansiedad es una emoción que tiene el ser humano, este es una fase transitoria, el individuo activa al sistema Nervioso Autónomo percibiendo alguna situación de amenaza (Cardenas, 2016) este puede volverse en un trastorno cuando la intensidad sobrepasa y la persona ya no puede adaptarse, provocando malestar y conductas como estar inquieto, dolores de cabeza, problemas para dormir y a menudo falta de concentración (Bulbena, 2018), el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales quinta edición (DSM-5) clasifica las enfermedades mentales y la ansiedad como una preocupación descomunal sobre acciones o sucesos de la vida diaria (Cardenas, 2016) En este siglo se han examinado las expresiones de ansiedad, debido a que se han agudizado los problemas actuales como la crisis económica, los efectos propios de la globalización, el rápido cambio social como los avances científicos y tecnológicos, la perturbación de individuos en áreas urbanas, la competencia entre sociedades, etc., lo que inducen en la persona moderna sentimientos de vulnerabilidad e impotencia que debilitan su seguridad personal y generan problemas para establecer la identidad psicológica de los individuos, realzando así su ansiedad.

Los estudiantes son víctimas de las expresiones de la ansiedad en este grupo humano, una de las repercusiones que se presentan tienen relación con el rendimiento académico y escolar, que se ve afectado por un número alto de influencias que directa o indirectamente, crean niveles, tipos y escalas de ansiedad; lo que victimiza al ser humano en uno de los trastornos psicopatológicos del siglo

XXI. De allí que es necesario conocer más sobre su naturaleza y posibles tratamientos preventivos y de recuperación (Espinel, 2014 p.36).

La ansiedad es el estado que tiene que ver con el nivel actual de tensión del sujeto y como rasgo que tiene relación con su propensión a ella. La ansiedad como estado, es una emoción pasajera en un momento determinado, modificable en el tiempo, se caracteriza por sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, pensamientos molestos, preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por otra parte, la ansiedad como rasgo, es duradera y constante en el tiempo, en la cual hay una disposición del individuo para percibir situaciones como peligrosas o amenazantes y responder con ansiedad (Espinel, 2014 p. 62).

Sigmund Freud, en el siglo XIX asocia la ansiedad con el cuadro clínico de una neurosis ansiosa caracterizada por: irritabilidad general, expectación ansiosa, ansiedad que acecha constantemente, crisis rudimentarias de ansiedad, despertar nocturno con terror, vértigo, fobias, alteraciones digestivas, parestesias y estados crónicos (Sánchez, 2014). Su origen va de la mano con el de la humanidad. En la antigüedad los médicos la omitían entre la lista de enfermedades, en la antigua Grecia existían términos y estudios para la manía, melancolía, histeria y paranoia, sin embargo; ningún término para la ansiedad. En la Grecia moderna se comenzó a emplear la palabra anesuchia, que significa sin calma o sin tranquilidad. Durante la época de Cicerón, los romanos comenzaron a usar la palabra anxietas, aplicada en personas que estaban bajo un constante estado de angustia y por lo general vinculada con la melancolía lo cual ha dado lugar a varios enfoques (Sánchez, 2014 p.102).

El enfoque cognitivo, de Beck (1997) citado por Sierra y Ortega (2013) define a la ansiedad como un estado emocional subjetivo y desagradable determinado por sentimientos molestos como tensión, nerviosismo, y síntomas fisiológicos como palpitations cardíacas, temblor, náuseas y vértigo. Álvarez, Spielberger (como se citó en Aguilar y Lorenzo, 2016) en donde define como una reacción emocional



desagradable, producida por un estímulo externo, considerado por el individuo como amenazador, produciendo, cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto.

En el siglo XVIII se comenzó a usar el término de ansiedad en un ambiente médico, hasta que en 1808 Johann Reil lo acuñó como término psiquiátrico, significando, distinción entre reacciones normales de la gente tras un fracaso sentimental, problemas económicos y respuestas exageradas de otras personas que atravesaban situaciones vitales parecidas (Stagnaro, 2015).

El DSM III eliminó el término neurosis separando los desórdenes neuróticos en categorías basadas en los patrones de conducta de cada uno y a esta práctica la sigue el DSM IV. Sin embargo, el término neurosis todavía se utiliza en los escritos psicodinámicos de los facultativos de la salud mental que la aplican (Castillo J. , 2014). el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales quinta edición (DSM-5) clasifica las enfermedades mentales y la ansiedad como una preocupación descomunal sobre acciones o sucesos de la vida diaria.

El miedo y la ansiedad se pueden producir de manera normal durante ciertas etapas del desarrollo en períodos breves, con oscilaciones relativas a la edad, que son equivalentes en las diferentes culturas. En la infancia de 0-18 meses, es habitual que se presente ansiedad ante los extraños y ante la separación de las figuras de apego. En edades escolares tempranas, son usuales los temores a sufrir enfermedades, lesiones físicas o a que las sufran los familiares cercanos. En la adolescencia, es frecuente el miedo a ciertas situaciones sociales y ansiedad acerca de sus competencias en diversas áreas (Tayeh, 2018 p. 8).

Los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia tienen una alta prevalencia por tener una condición clínica muy usual en estas edades, a pesar de que las investigaciones sobre este tema son nuevas. Lo que dificulta el estudio es que la ansiedad en estas edades es apreciada como una emoción propia de una fase del desarrollo, dando lugar a síntomas asociados a numerosos cuadros clínicos. Además, diferenciar la ansiedad normal de la patológica es uno de los retos más

relevantes. Se debe tomar en consideración en el caso del niño, que determinada reacción de ansiedad se puede considerar normal a cierta edad y patológicas en algunos periodos evolutivos (Mar, 2015).

Es difícil saber los límites entre ansiedad normal y patológica, debido a que muchas formas de ansiedad infantil no sólo son normales en determinadas edades, sino que también cumplen una importante función adaptativa en el desarrollo evolutivo. La ansiedad patológica se especifica como una desviación cuantitativa, por esta razón se podrían diagnosticar con seguridad, solo las formas más extremas, continuando el conflicto para establecer a partir de qué grado esta ansiedad se consideraría excesiva. Así mismo, algunas entidades consideran que aparte de los datos cuantitativos, pueden ser cualitativos, diferentes de la ansiedad considerada normal. Los trastornos de ansiedad afectan negativamente la autoestima, las relaciones sociales, el rendimiento académico, la vida familiar y los futuros logros ocupacionales (Tayeh, 2018).

### **Bases Neurofisiológicas**

La OMS refleja que el 20% de toda la población mundial padece de ansiedad, 400 millones de personas en el mundo presenta este trastorno (OMS, 2017), en la teoría conductista la ansiedad es el resultado de un tiempo condicionado donde erróneamente se mezcla los estímulos neutros con sucesos traumáticos amenazantes esto desencadena una reacción de incomodidad, rigidez, palpitaciones, generando ansiedad (Belloch, 2018). Normalmente comprenden respuestas adaptativas, de estrés, estos conjuntos de comportamiento emocional pueden surgir en respuesta a efectos visuales, auditivos y olfativos, la ansiedad puede producirse por procesos cognitivos que median la anticipación, la interpretación o el recuerdo de un suceso (Charney, 2015). La ansiedad se manifiesta a nivel fisiológico emitiendo el sistema nervioso central, está formado por la medula espinal, el bulbo raquídeo, la protuberancia, el mesencéfalo, el diencéfalo, el cerebelo y los hemisferios cerebrales (Elsevier, 2017). La estructura más importante que interviene en la ansiedad es la amígdala, el individuo al tener una lesión en esta área produce un

efecto calmante, la estimulación eléctrica de la amígdala en pacientes con efectos de anestesia induce sentimientos de miedo y confusión (Shekhar, 2015).

**Amígdala.** - Se encuentra en el lóbulo temporal, organiza y normaliza las reacciones de alarma, remite proyecciones a estructuras cortico-subcorticales (Lamprea, 2016). Como hipocampo, corteza olfatoria, corteza prefrontal, corteza sensorial, núcleo acumbens, implicado en el condicionamiento de recompensa, núcleo de la estría terminalis liberador de corticotropina asociado en el condicionamiento según lo que manifestaron los autores Goddard y Charney (2017). La amígdala funciona como un foco regulador donde se valora la información exteroceptiva e interoceptiva, las vías exteroceptivas informan del medio externo como visión, audición, olfato, gusto y tacto, y las vías interoceptivas corresponden con homeostasis y la capacidad de entender al individuo (Ansro, 2015). Dando lugar a respuestas viscerales, conductuales, de defensas y de escape por tal razón es un órgano importante del ser humano tanto física como mental.

**Locus ceruleus.**- Es el principal núcleo que contiene norepinefrina se encuentra cerca del cuarto ventrículo en el cerebelo, se regula por receptores GABA benzodiazepínicos y serotoninérgicos, esta estructura se activa al mostrar una disminución de la presencia sanguínea, presenta cambios de la distensión de vejiga estómago, colon, por amenaza al organismo se convierte en un centro de alerta para la supervivencia del individuo, tal como lo mencionan Emma, Camarena, y Chamorro (2016).

Al activarse esta estructura, ayuda al individuo a que tenga respuestas de miedo un papel importante en la hora de actuar ante una situación de peligro como un accidente, gracias a la noradrenalina el sujeto va estar alerta.

**Tálamo.** - Se encuentra en el centro del diencefalo y funciona como estación de relevo, regula los estímulos ambientales que se dirigen a toda la corteza, en situaciones de peligro retransmite las señales sensoriales a la amígdala. Si se lesiona

esta zona no se presenta reacción de miedo como se esperaría ante un estímulo acústico; Emma, Camarena, y Chamorro (2016).

Este es una parte importante del cerebro, por que actúan procesos mentales y ayuda a la transmisión de información sensorial descartando cosas que no son importantes a través de los sentidos.

**Hipotálamo.** -Es el segundo componente del diencefalo, se encuentra rostralmente desde la región óptica hasta los cuerpos mamilares, está asociada en la liberación de neuropeptida factor liberador de corticotropina, vasopresina y oxitocina inducida por el estrés; según lo manifestado por Emma, Camarena, y Chamorro (2016)

Este está debajo del tálamo es importante porque ayuda a regular los estados de aminos, la sed el hambre y los impulsos sexuales, este se encarga de coordinar los procesos que nos permite sobrevivir y adaptarnos a un entorno nuevo.

**Hipocampo.** - Este tiene conexiones con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales se ubica en la parte interior del lóbulo temporal y va desde el hipotálamo hasta la amígdala, hay dos hipocampos, uno en cada hemisferio del cerebro; Emma, Camarena, y Chamorro (2016)

Este está relacionado con la memoria y procesos emocionales como recuerdos experiencias agradables y no agradables ayuda a almacenar a largo y corto plazo dichos recuerdos.

**Corteza orbito frontal.-** Esta estructura recibe información sensorial y de estructuras límbicas, tiene un papel importante en la interpretación de eventos emocionales significativos seleccionando y planeando respuestas ante una amenaza; Emma, Camarena, y Chamorro (2016)

Esta encargado a la regulación de la conducta social, si se ve afectada o sufre una lesión el individuo genera agresividad, problemas para adaptarse en su entorno social al no saber cómo actuar ante ciertos estímulos o situaciones.

**La noradrenalina.** - Esta sustancia actúa como neurotransmisor, transmite impulsos nerviosos entre las células del cerebro o neuronas, es encargada de regular ciertas actividades involuntarias como el ritmo del corazón la presión arterial, sudoración, entre otros (Herlyn, 2015).

Actúa en varios puntos del organismo y está encargado de transmitir información como la atención y vigilancia así la persona mejora el rendimiento a la hora de hacer una tarea.

**La serotonina.** - Es un neurotransmisor llamado también la hormona de la felicidad, las investigaciones relacionan a la serotonina como el origen de algunos trastornos de ansiedad como, pánico y fobia social. Hasta el momento es difícil especificar si el problema es un déficit o un exceso de este neurotransmisor o se trata de una alteración en la sensibilidad de los múltiples receptores serotoninérgicos pre y postsinápticos (Morales, 2018).

**Gaba.-** El ácido gamma- aminobutírico es el transmisor inhibitorio del sistema nervioso central, controla el estado de excitabilidad en todas las áreas del cerebro y el nivel de actividad neuronal, ayuda a controlar el miedo y la ansiedad cuando las neuronas se sobreexcitan (Reyes, 2014).

## **Síntomas**

La ansiedad forma un componente importante en las exploraciones epidemiológicas y clínicas, señalan que los trastornos de ansiedad representan el problema mental más habitual entre todos los trastornos psiquiátricos (Sánchez C. , 2019). Así mismo para Sandín y Choro (2016) hace referencia a una tensión anticipatoria ante una amenaza provocada por un evento indeterminado, que

provoca un sentimiento molesto de incertidumbre, constituyendo uno de los componentes más relevantes de las alteraciones psicofísicas y sintomatológicas, este implica tres sistemas de respuesta, nivel cognitivo, fisiológico y motor observable.

### **Síntomas a nivel cognitivo**

El individuo con ansiedad percibe un estado emocional desagradable, diferente a la ira o tristeza, similar a la experiencia conocida como miedo, el síntoma a nivel cognitivo se trata de un sentimiento subjetivo que implica la presencia e inseguridades ante un peligro no aclarado o definido, por lo general, se acompaña de manifestaciones fisiológicas (Vargas, 2016).

### **Síntomas a nivel fisiológico**

Consiste en un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede reflejarse tanto en cambios externos (Sanchez, 2017), como sudoración., tensión muscular, palpitations, taquicardia, temblor, molestias en el estómago, otras molestias gástricas, sequedad de boca, dificultades para tragar, dolores de cabeza, mareo, náuseas fatiga o aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria (Vargas, 2016).

### **Síntomas a nivel motor observable**

Pertenece a los elementos que se puede observar, la conducta, expresiones faciales movimientos, posturas corporales, estos hacen referencia a las respuestas de escape, huida (Sanchez, 2017), y evitación de situaciones de peligro, fumar, comer o tomar en demasía, impaciencia, movimientos repetitivos, ir de un sitio a otro sin ningún propósito, etc.

En conclusión los síntomas de la ansiedad se puede dar ante una respuesta cognitiva, fisiológica, emocional y observable frente a un evento que se interpreta

como amenaza, es una respuesta de sobrevivencia que activa el sistema hormonal y nervioso para poder escapar ante un peligro, los síntomas clásicos son manos sudorosas, aumenta la velocidad de las palpitations del corazón y se produce un estado generalizado de alerta, respiración agitada y en algunos casos mareos y temblores, en el cuerpo, la garganta, se produce tensión y rigidez, la voz se vuelve ronca y reseca, y la persona tiene dificultad al tragar, en el hígado, el sistema suprarrenal producirá un exceso de cortisol, que a su vez, causará que el hígado genere más glucosa, generalmente se puede absorber esa cantidad extra de azúcar, cuando la persona sufre de diabetes, es grave, en la piel se produce un cambio de flujo sanguíneo y aparece sudor frío o las mejillas se enrojecen (Espinel, 2014).

Además, el sistema nervioso simpático envía más sangre a los músculos, acelerando el envejecimiento de la piel, aumentando la transpiración y la histamina, dando paso a inflamaciones, entre otras reacciones, en el brazo para distribuir más oxígeno libera glóbulos rojos y blancos adicionales y se incrementa el flujo sanguíneo entre un 300 y un 400% durante este proceso, en los músculos se crea una presión en los grupos musculares grandes. Pero también, si la ansiedad es crónica la tensión provoca dolores de cabeza, rigidez en los hombros, dolor de cuello, incluso se corre el riesgo de trastornos osteomusculares crónicos, en el corazón aumenta las probabilidades de sufrir problemas cardiovasculares dado el aumento constante del ritmo cardíaco, la elevada presión sanguínea y la sobreproducción de cortisol (Espinel, 2014 p. 31).

Como consecuencia, puede ser causante de hipertensión, arritmia, derrames y ataques al corazón, en los pulmones existe evidencia que hay una relación entre la ansiedad y el asma, ya que las personas con asma tienen más probabilidades de experimentar ataques de pánico, en el cerebro se afectan las áreas cerebrales que influyen en la memoria a largo y corto plazo y en la elaboración de sustancias químicas que pueden dar lugar a un desequilibrio (Espinel, 2014).

Además, puede activar de forma constante el sistema nervioso, que a su vez puede afectar a otros sistemas del cuerpo, generando reacciones físicas, como fatiga

y desgaste, en el estómago la digestión se desregula pudiendo tener efecto a largo plazo problemas en los intestinos y en la absorción de nutrientes, produciendo ardores, hinchazón, colitis y a veces, pérdida del control de esfínteres y en el metabolismo se desequilibra y puede causar sobrepeso y obesidad, estos daños produce la ansiedad y el estrés en el cuerpo de una persona de lo contrario se inducirá un círculo vicioso, donde el organismo se descuida, el individuo tendrá cansancio u otra enfermedad y no podrá enfrentar de manera óptima los desafíos de la vida y eso generará más ansiedad (Espinel, 2014 p. 12).

### **Causas**

Para explicar cómo se produce la ansiedad es necesario distinguir distintos tipos de ansiedad, se hablará de ansiedad exógena, endógena y angustia existencial, la ansiedad exógena se origina mediante un estímulo externo como conflictos inesperados, amenazas, tensión emocional, problemas del medio ambiente factores que generan un malestar en su vida diaria (Rojas, 2014), esto produce estrés en el ámbito social familiar y laboral, la ansiedad endógena es biológica depende de la genética, herencia, cambios internos del organismo antecedidas por la adrenalina causando acontecimientos ansiosos y de miedos anticipatorios (Rojas, 2014), la angustia existencial tiene todo ser humano no es patológica provienen de la inquietud que tiene el individuo sobre la vida ubicando frente a frente al destino con la muerte y el más allá.

### **Factores**

La ansiedad es una preocupación excesiva y prolongada, una sensación de temor y tensión generalizada, el miedo es una emoción similar, pero tienen diferencias, este se basa en una amenaza específica y es relativamente corto, la ansiedad se prolonga, el individuo se siente abrumado, hasta el punto de perder su trabajo y desarrolla problemas en el ámbito social, es causada por factores predisponentes y desencadenantes, además se puede dar en afecciones médicas, como problemas cardíacos y enfermedades respiratorias (Rojas, 2014).



### **Factores predisponentes**

El individuo al tener situaciones ansiosas, frustración, agresividad problemas afectivos dentro o fuera del hogar son estímulos externos que no ha tenido un modelo de identidad y que, por tanto, se agrupan otros sentimientos diversos generando inseguridad y miedo (Villarroel, 2018).

### **Factores desencadenantes**

Se agrupan todos los contenidos psíquicos elementos que van surgiendo hacia la ansiedad es un vaivén de temores indefinidos, en esos momentos la persona puede perder el control de todo y llevar a cabo, incluso, una amenaza contra el mismo intentando el suicidio (Ticas, 2014).

En conclusión, el ser humano es un ser social, que requiere de los demás para formarse en la sociedad y sentirse parte de la misma, por tanto, es natural que factores lleguen a intervenir en su vida e influenciar en su salud. Los factores sociales incluyen la estructura social, las prácticas e instituciones, la identidad personal y los procesos interpersonales. Específicamente se encuentran algunas muestras en las prisiones socioeconómicas como condiciones laborales estresantes, provocando ansiedad en el individuo y generando molestias a nivel social (Herlyn, 2015).

La discriminación de género, educación, exclusión social, estilo de vida poco saludable, violencia, mala condición física, condiciones de vida, acceso a alimentos, violación a los derechos humanos, entre otros son factores estresantes para que la persona genere un estilo de vida decadente con preocupaciones del que dirá la gente. Las pruebas más evidentes se relacionan con la pobreza y el bajo nivel educativo; además, los impactos de los cambios sociales bruscos también generan dificultades en la salud mental, debido a que el ser humano debe enfrentarse a un ambiente

nuevo y muchas veces no está listo para esto, ni cuenta con los medios necesarios (Herlyn, 2015 p. 23).

Por tanto, las sociedades cumplen un papel primordial, al proporcionar a la población un ambiente seguro y apto para que desempeñen una labor en la vida social, económica y cultural, gozarán de bienestar; por el contrario, si el ambiente es inseguro y no brinda oportunidades de trabajo, educación y vivienda, afectarán los estándares de salud debido al constante estrés y preocupación de los ciudadanos, de la misma manera, mantener relaciones sanas y un apoyo social constante son imprescindibles para la salud, ya que dota a la persona de herramientas emocionales que le ayudan a enfrentar el día a día. Además, al pertenecer a un grupo con metas comunes proporciona un espacio de entendimiento, comprensión, comunicación, amor, respeto, cuidado y constituye un efecto protector para la salud (Herlyn, 2015).

La ansiedad puede provocar alteraciones del comportamiento y cambiar la forma de pensar y ver las cosas de diferente manera, en las personas privadas de libertad se puede observar, los síntomas psicológicos de la ansiedad que son: agitación, sensación de terror, sentirse “al límite” y dificultades de concentración, puede sentirse irritable, impaciente y se distrae fácilmente dentro o fuera de los pabellones al mismo tiempo afecta psicológicamente, el individuo de cierto modo reacciona de forma no adaptativa, la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, abarca una serie de cuadros clínicos que comparten un rasgo habitual que se manifiesta a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico, estos elementos son mencionados en los diferentes ámbitos como familiar, social y laboral (Herlyn, 2015 p. 26).

La angustia y la ansiedad son síntomas habituales, a veces inespecíficas que manifiestan insatisfacciones y frustraciones que se pueden evidenciar somáticamente esto quiere decir que ya produce una molestia psicofisiológica, ejemplo claro de esto puede ser la alopecia nerviosa, cuando el individuo está ante un suceso estresante, se activa una hormona llamada corticotropina, si esta hormona se acumula en grandes cantidades se puede producir un debilitamiento del folículo

piloso, entre más ansiedad y estrés tenga el individuo es más propenso a tener caída de cabello.

Las situaciones estresantes, experiencias traumáticas y conductas aprendidas generan ansiedad, los niños pueden aprender actitudes negativas y conductas desadaptativas en el hogar, ejemplo, las víctimas de un ataque terrorista o un desastre por una catástrofe ambiental están tan traumatizadas por la experiencia que luego desarrollan síntomas de ansiedad. Algunas personas son más vulnerables que otras en el desarrollo de la ansiedad basada en sus genes, educación y experiencias de vida, estas personas son más propensas a desarrollar trastornos de ansiedad (Herlyn, 2015 p. 29).

Al individuo al hablar en público ir a una entrevista, visitar al dentista o estar en un centro penitenciario, se enfrenta ante una situación de peligro creando así estrés y ansiedad, algunas personas son más proclives debido a la actitud que tienen, otras por que reaccionan con mayor ansiedad ante un mayor número de situaciones que se muestra con una emoción más intensa, la consecuencia de un transcurso condicionado donde se mezcla experiencias vividas como traumáticas y amenazantes, son eventos que provoca un sentimiento molesto de incertidumbre, constituyendo uno de los componentes más relevantes de las alteraciones psicofísicas, se trata de un sentimiento subjetivo que implica la presencia de un temor indefinido e inseguridad ante un peligro no aclarado o definido que, por lo general, se acompaña de manifestaciones fisiológicas más o menos intensas, como sudoración, temblor, fatiga o aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria (Vargas, 2016 p. 65). De acuerdo con esto, puede ser normal o patológica, se han descrito entidades clínicas perfectamente definidas que la afectan primariamente, como los distintos tipos de fobias, la enfermedad de ansiedad generalizada o los ataques de pánico.

Existen otros factores del porque las personas privadas de libertad generan ansiedad uno de ellos es el consumo de sustancias, el individuo que ha consumido a lo largo de la vida algún tipo de sustancia antes de ingresar al CRS, tiene síntomas

de ansiedad, cuando ingresa esta persona al CRS y ya no estar en contacto con esta sustancia puede llegar a tener compulsiones, fobias, ataques de pánico delirios y abstinencia, la vida carcelaria (Vargas, 2016 p. 68).

## **CAPÍTULO II**

### **METODOLOGÍA**

La presente investigación está orientada en el método cualitativo debido a la búsqueda del aspecto teórico conceptual, es cuantitativo porque se realizará el análisis de los datos recolectados en la investigación de campo, la fundamentación será descriptiva, sustentada en un marco teórico referencial y de varios autores que permita explicar las variables de estudio. Se procederá a realizar el estadístico de prueba chi cuadrado para identificar si existe relación entre las variables.

La investigación es bibliográfica o documental porque se basa en las fuentes de información primarias y secundarias, la primaria recolecta información mediante, documentos, artículos científicos porque tiene la intención de descubrir, aumentar e indagar en diferentes fuentes de estudio, mientras que las secundarias, recolecta la información con el propósito diferente al problema actual como por ejemplo datos relevantes sobre fuentes gubernamentales que dará beneficios a la investigación.

La investigación es de campo, realiza un proceso sistemático, riguroso y racional de recolección, para observar y tratar directamente con los individuos involucrados; es decir, las personas privadas de la libertad ingresadas en el periodo 2018 a 2019 en la etapa de mínima seguridad del grupo de prelibertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del CRS Cotopaxi.

#### **Población Y Muestra**

Esta investigación se realizará con las personas privadas de la libertad ingresadas en el periodo 2018 a 2019 en la etapa de mínima seguridad del grupo de prelibertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del CRS Cotopaxi y de

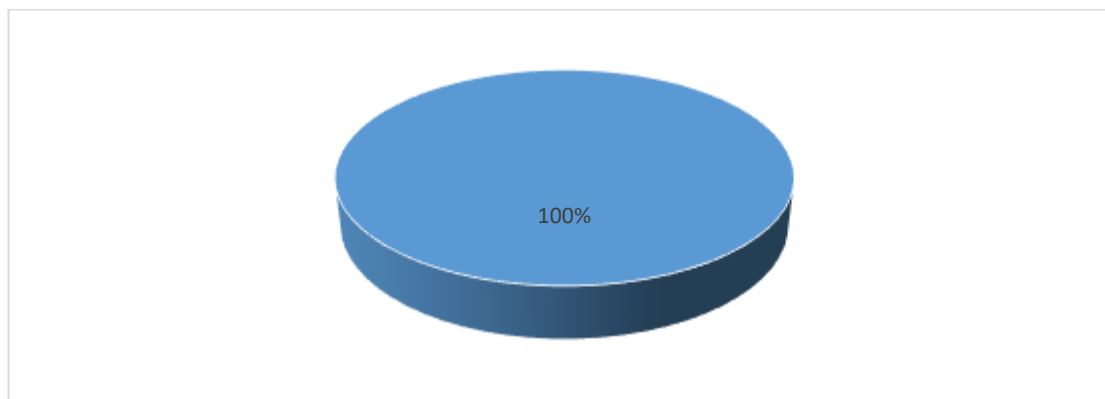
acuerdo a los datos proporcionados por la institución, se considera a una población de 40 PPL, de edades comprendidas en un rango de 22 a 72 años.

**Tabla N° 1.** Población

<b>CRS Latacunga</b>	<b>Hombres</b>	<b>Frecuencia</b>
Personas privadas de libertad	40	100%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** El Investigador



**Gráfico N° 1:** Poblacion y muestra de las PPL

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** El Investigador

## **Instrumentos De Investigación**

La presente investigación presenta los instrumentos a ser utilizados para el análisis de las variables de estudio considerándose que todo instrumento de recolección de datos debe reunir dos requisitos esenciales confiabilidad y validez para ello se consideran los siguientes reactivos:

**Tabla N° 2.** Instrumentos de la investigación

<b>Variabes</b>	<b>Reactivos</b>
Los pensamientos disfuncionales	Inventario de pensamientos Automáticos "IPA"
La ansiedad	Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS)

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** El Investigador

## Inventario de pensamientos automáticos

Inventario de pensamientos Automáticos autor Juan Ruiz y José Lujan de procedencia México ayuda a identificar 15 pensamientos automáticos, se puede aplicar a partir de los 12 años de edad en adelante, y se puede tomar de forma individual o colectiva es autoaplicable y con propiedades psicométricas.

### Confiabilidad

La fiabilidad del inventario de distorsiones cognitivas IPA, se determinó por la investigación realizada en el Perú, la cual se adquirió mediante el método de las 53 mitades Split Half de Guttman, que consistió en encontrar el coeficiente de correlación de Pearson entre las dos mitades de ítems, que fueron agrupados en ítems impares y pares, donde se encontró un coeficiente de 0.9339, para posterior corregirlo con la fórmula de Sperman- Brown, donde se obtuvo un coeficiente de 0,9658 lo que ratifica que el instrumento es fiable.

**Tabla N° 3.** Confiabilidad del instrumento de la investigación

<b>Pensamientos Automáticos</b>	<b>Ítems</b>
Filtraje	1, 16, 31 presentan una media de 2,38 y una desviación de 2,0.
Sobregeneralización	Ítems 3, 18, 33, presentan una media de 1,33 y una desviación de 1,63.
Pensamiento polarizado	Ítems 2, 17, 32, presentan una media de 1,1 y una desviación de 1,53.
Razonamiento emocional	Ítems 9, 24, 39, presentan una media de 1,41 y una desviación de 1,7.
Personalización	Ítems 6, 21, 36, presentan una media de 1,3 y una desviación de 1,48.
Interpretación del pensamiento	Ítems 4, 19, 34, presentan una media de 1,79 y una desviación 1,6.
Visión catastrófica	Ítems 5, 20, 35, presentan una media de 1,97 y una desviación de 1,65.
Falacia de justicia	Ítems 8, 23, 38, presentan una media de 2,1 y una desviación de 1,85.
Razonamiento emocional	Ítems 9, 24, 39, presentan una media de 1,41 y una desviación de 1,7.
Culpabilidad	ítems 12, 27, 42, presentan una media de 1,70 y una desviación de 1,94.
Los debería	ítems 13, 28, 43, presentan una media de 2,50 y una desviación de 1,89.
Falacia de control	ítems 7, 22, 37, presentan una media de 1,75 y una desviación de 1,62.

Etiquetas globales	ítems 11, 26, 41, presentan una media de 1,33 y una desviación de 1,72. 54
Falacia de cambio	ítems 10, 25, 40, presentan una media de 1,99 y una desviación de 1,76.
Falacia de recompensa divina	ítems 15, 30, 45, presentan una media de 3,27 y una desviación de 2,38.
Falacia de razón	ítems 14, 29, 44, presentan una media de 2,33 y una desviación 1,84.

**Fuente:** Ruíz y Lujan, (1991)

**Elaborado por:** El Investigador

## **La Validez**

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

## **Forma de Calificación**

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



## **Escala De Valoración De La Ansiedad De Hamilton**

El reactivo con el nombre Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton, con su nombre original Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS); es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente con ansiedad cuyo autor es Hamilton, (1959).

### **Descripción**

El reactivo es una escala de observación cuyo objetivo permite determinar el grado de ansiedad global del paciente diagnosticados con ansiedad considerándose que el cuestionamiento cuenta con 14 ítems en donde el entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

### **Confiabilidad**

La distribución que se puede encontrar en esta población, es generada por el índice de confiabilidad por Alpha de Cronbach que es el instrumento para evaluar la ansiedad en el rasgo establecido por el instrumento considerándose que la condición y el análisis de dicho instrumento debe arrojar como resultado seis factores en su análisis factorial estableciéndose un alpha de Cronbach de 0.70. así mismo se mantiene que la consistencia interna 0.79-0.86, Fiabilidad test-retest:0.96 Castrillón y Borrego, (2015).

## **Validez**

Correlaciones de HARS con la escala de ansiedad de Covi: 0.73-0.75; y con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): 0.56. Correlaciones significativamente altas (0.62-0.73) con la Escala para la Valoración de la Depresión de Hamilton (Ham-D). Al eliminarse los ítems referidos a depresión de la HARS y los ítems referidos a ansiedad de la Ham-D se alcanza una mejor discriminación entre pacientes con trastornos de ansiedad generalizada y pacientes con trastornos de depresión mayor, según los DSM-III-R puede distinguir entre cambio producto durante el tratamiento, encontrándose correlaciones significativas (0.59) entre los cambios en las puntuaciones en la HARS y los cambios en las puntuaciones en otras escalas de ansiedad global como de Covi.

## **Aplicación**

En el instrumento de debe tener un tiempo de administración: 15-30 minutos; considerándose la norma de aplicación que es terapeuta en donde se debe evaluar la conducta que ha tenido la persona durante la entrevista en una escala de 0 (ausencia de síntomas) a 4 (intensidad máxima).

Correlación e interpretación de la puntuación (suma de las puntuaciones en los ítems), oscila entre 0 y 56, y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de la persona. A pesar de la ausencia de baremos estandarizados, algunos autores sugieren que una puntuación mayor o igual a 14 ítems indica ansiedad clínicamente significativa.

En el momento de la aplicación se considera tener una evaluación pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento; misma que pueda generar un análisis inicial de la sintomatología de los individuos a ser estudiados en función a lista de 90 Síntomas (SCL-90) posee la característica de ser multidimensional y permite la evaluación de factores como la somatización como lo cita Lara y Cárdenas, (2015).

## **Procedimientos para obtención y análisis de datos**

Como primer punto a tomar en consideración se acudió al Centro de Rehabilitación Social Centro Regional Sierra Cotopaxi en donde hubo el primer contacto, se realizó conjuntamente con la coordinación de las autoridades del CRS Cotopaxi, con respecto al acercamiento de las personas privadas de la libertad de la etapa de mínima seguridad del grupo de prelibertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad, se planificara previamente el tiempo y fechas de la aplicación de los reactivos psicológicos para la recolección de información de cada variable, del mismo modo se pudo especificar y adecuar el área donde se dará el proceso de aplicación, muestre un ambiente adecuado sin ningún tipo de distractor externo que distorsione la información, para que se pueda llevar a cabo la respectiva evaluación psicológica, cabe recalcar que para el proceso de la investigación se usó un consentimiento institucional, además se podrá indagar mayor información y se podrá conocer parte de su realidad y diario vivir.

## **Actividades**

El cumplimiento del proyecto se programó un cronograma de actividades, mismas que gradualmente se fueron dando y se detallan a continuación:

Partiendo primero de un acercamiento a la entidad del Centro de Rehabilitación Social Cotopaxi en las que se encuentran las Personas Privadas de la Libertad (PPL); segundo se realizó una solicitud dirigida al director del CRS Cotopaxi, donde será realizada la investigación, con el objetivo de determinar conjuntamente el tema a abordar. “Los pensamientos disfuncionales y su influencia en la ansiedad de las personas privadas de libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del Centro de Rehabilitación Social Región Sierra Centro Norte Cotopaxi”, continuando, con la selección de instrumentos, se utilizó los Test Psicométricos, la Escala de Ansiedad de Hamilton para medir el nivel de ansiedad, y el Inventario de Pensamientos Automáticos para identificar qué tipos de pensamientos disfuncionales tienen las PPL.

Los reactivos psicológicos fueron validados por el profesional del CRS Cotopaxi. Al determinar la población se aplica los instrumentos o reactivos a 40 PPL, a continuación, se proporcionó de pasos para el procesamiento de la información y tabulación mediante programas estadísticas, y ser presentados mediante tablas y gráficas para su mejor entendimiento, además estos deben ser analizados e interpretados. Consiguiente se realizó el cruce de variables de estudio para la comprobación de hipótesis mediante el estadígrafo Chi cuadrado.

## CAPÍTULO III

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

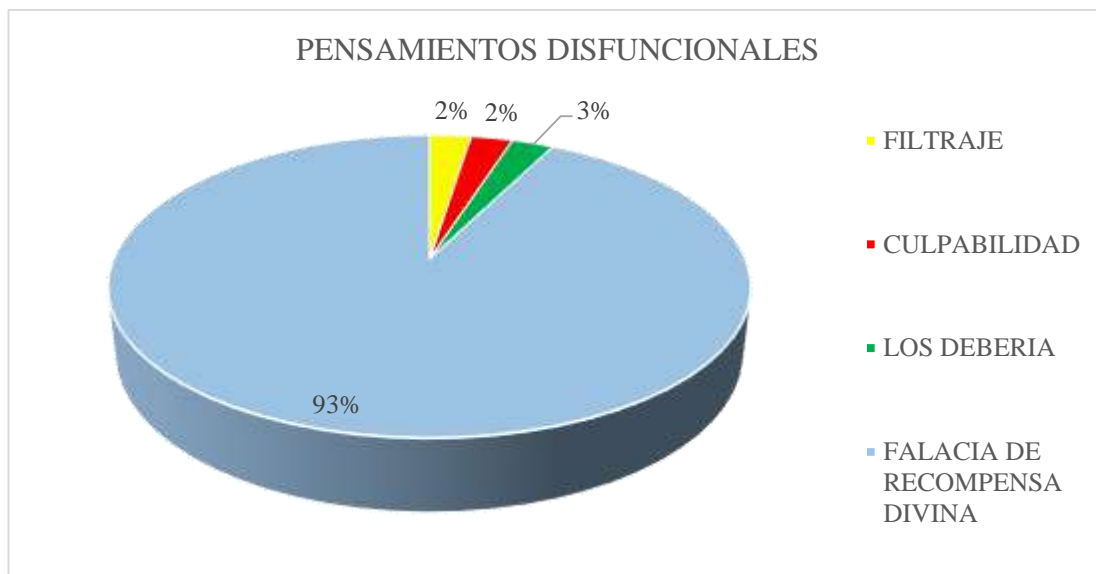
#### Diagnóstico de la situación actual

**Tabla N° 4.** Pensamientos disfuncionales

N°	Pensamiento	Frecuencia	Porcentaje %
1	Filtraje	1	2%
2	Pensamiento polarizado	0	0,00%
3	Sobregeneralización	0	0,00%
4	Interpretación del Pensamiento	0	0,00%
5	Visión Catastrófica	0	0,00%
6	Personalización	0	0,00%
7	Falacia de control	0	0,00%
8	Falacia de justicia	0	0,00%
9	Razonamiento Emocional	0	0,00%
10	Falacia de Cambio	0	0,00%
11	Etiquetas Globales	0	0,00%
12	Culpabilidad	1	2,%
13	Los Debería	1	3%
14	Falacia de Razón	0	0,00%
15	Falacia de Recompensa Divina	37	93%
	Total	40	100%

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Investigación de campo



**Gráfico N° 1:** Frecuencia

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Inventario de pensamientos automáticos (RUIZ Y LUJAN, 1991)

### **Análisis e Interpretación**

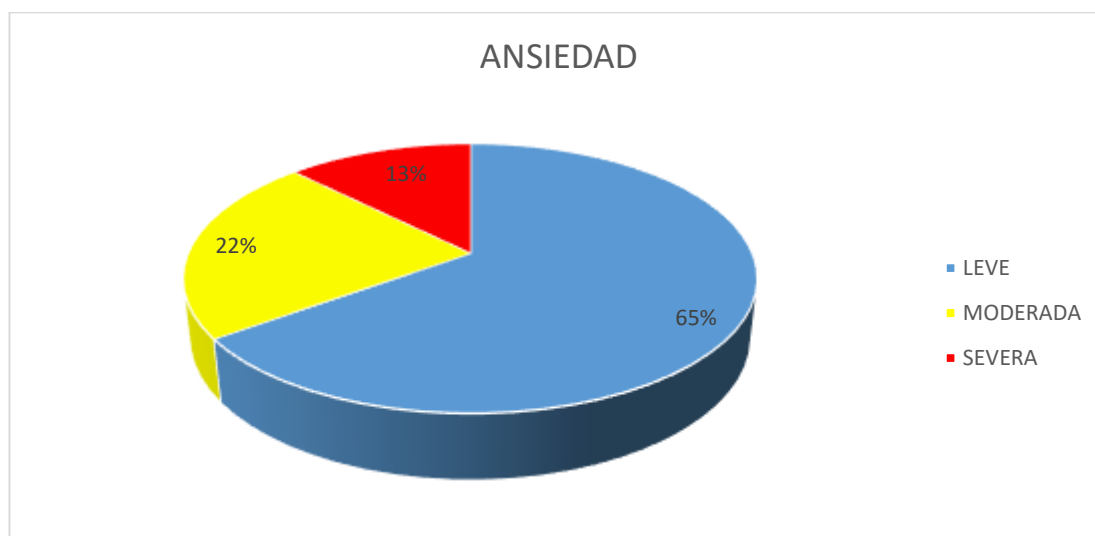
Del total de la población evaluada, más de las tres cuartas partes de las personas privadas de libertad, presentan un tipo de pensamiento que es falacia de recompensa divina, es decir, la persona tiende a no buscar una solución a dificultades y problemas actuales presumiendo que la situación mejorara mágicamente, finalmente una cuarta parte de la población posee tres tipos de pensamientos disfuncionales; Filtraje o abstracción selectiva, que muestra que la persona elige una opción, de una situación de la que se está hablando en visión de túnel y no se percata de otras opciones cuando le llevan la contraria, pensamiento de Culpabilidad, este implica en atribuir la responsabilidad de los sucesos negativos que le está pasando totalmente a el mismo o a otros sin base suficiente, pensamiento los deberías, radica en el hábito de conservar normas rígidas y exigentes de cómo debe ocurrir las cosas.

**Tabla N° 5.** Niveles de Ansiedad

Nivel Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Leve	26	65%
Moderada	9	23%
Severa	5	13%
Total	40	100%

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Investigación de campo



**Gráfico N° 2:** Ansiedad

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS)

### **Análisis e Interpretación**

Las PPL, aproximadamente más de las tres cuartas partes presenta un nivel leve de ansiedad, es decir, que no presentan alteración fisiológica y sintomatológica mientras, que menos de la una cuarta parte presenta un nivel moderado de ansiedad, indicándose que si existe afección al nivel fisiológico y sintomatológico, estas personas pueden llegar a tener hiperhidrosis, nerviosismo, angustia cansancio y debilidad, existe un mínimo porcentaje con un nivel severo de ansiedad influenciado a una afectación de los síntomas y signos que el nivel moderado provocando malestar con síntomas como el miedo, la angustia, los movientes repetitivos de las manos o pies, la sudoración, taquicardia, afectando así las esferas personales, sociales y familiares, en PPL la ansiedad es un problema debido a que puede o no relacionarse con los internos debido a estar aislado.

## Comprobación de las hipótesis de las variables de estudio

En la investigación se realiza la verificación de hipótesis mediante la herramienta estadígrafo del chi-cuadrado, este se representa con  $X^2$ , y servirá para someterla a una prueba hipotética referidas a distribuciones de frecuencias; con ello se estima cruzar las variables y verificar la influencia de una variable independiente sobre una dependiente mediante el planteamiento de hipótesis.

### Planteamiento de la hipótesis

**H<sub>0</sub>**= Los pensamientos disfuncionales no influyen en la ansiedad de las personas privadas de libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del Centro de Rehabilitación Social Región Sierra Centro Norte Cotopaxi en el periodo 2018-2019.

**H<sub>1</sub>**= Los pensamientos disfuncionales si influyen en la ansiedad de las personas privadas de libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del Centro de Rehabilitación Social Región Sierra Centro Norte Cotopaxi en el periodo 2018-2019.

### Modelo matemático

- $H_0 = f_o = f_e \rightarrow f_o - f_e = f_o$
- $H_1 = f_o \neq f_e \rightarrow f_o - f_e \neq f_o$

### Nivel de significancia y grado de libertad

$$a = 0,05$$

$$gl = (nc - 1) (nf - 1)$$

$$gl = (3 - 1) (2 - 1)$$

$$gl = (2) (1)$$

$$gl = 2 \rightarrow X^2_t = \mathbf{5,9915}$$



### Simbología

a = Margen de error

gl = Grado de libertad

nf = Numero de filas

nc = Numero de columnas

X<sup>2</sup>t = Chi cuadrado tabulado a nivel de significancia

Mediante la tabla de percentiles de la distribución del Chi- cuadrado se obtiene el valor de X<sup>2</sup>t = 5,9915 este valor se obtuvo por el cruce de valores de los grados de libertad que es gl= 2 y el nivel de confianza que es X<sup>2</sup>=0,95 con el margen de error de 0,05.

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,3616
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6660	19,0228	16,9190	14,6837
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872

Gráfico N° 3: Tabla de los valores críticos de la distribución

Elaborado por: El Investigador

Fuente: (Estadística, 2017)

### Estadístico de prueba

$$\chi_c^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

### Simbología

X<sup>2</sup> = Valor a calcularse de chi cuadrado

O<sub>i</sub> = Frecuencia observada

E<sub>i</sub> = Frecuencia esperada

## Frecuencia Esperada, Observada y Chi-cuadrado de Filtraje

**Tabla N° 6.** Frecuencia observada de filtraje

Pensamientos Ansiedad	FILTRAJE		
	SI	NO	TOTAL
Leve	2	24	26
Moderada	1	8	9
Severa	1	4	5
Total	4	36	40

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Investigación de campo

**Tabla N° 7.** Frecuencia esperada filtraje

Pensamientos Ansiedad	FILTRAJE		
	SI	NO	TOTAL
Leve	2,6	23,4	26
Moderada	0,9	8,1	9
Severa	0,5	4,5	5
Total	4	36	40

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Investigación de campo

## Calculo del chi-cuadrado de filtraje

**Tabla N° 8.** Calculo del chi-cuadrado de filtraje

FILTRAJE	Fo	fe	fo-fe	(fo-fe) <sup>2</sup>	(fo-fe) <sup>2</sup> /fe
Leve/Si	2	0,65	1,35	1,8225	2,80384615
Leve/No	24	23,35	0,65	0,4225	0,01809422
Moderado/Si	1	0,225	0,775	0,600625	2,66944444
Moderado/No	8	8,775	-0,775	0,600625	0,06844729
Severa/Si	1	0,125	0,875	0,765625	6,125
Severa/No	4	4,875	-0,875	0,765625	0,15705128
chi experimental					11,8418834

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Investigación de campo

## Decisiones

Considerando los valores obtenidos en el cálculo del chi cuadrado se rechaza la hipótesis nula, porque el valor crítico es de 5,9915 y el chi cuadrado calculado o experimental es 11,8419 mayor es decir que los pensamientos disfuncionales influyen en la ansiedad de las PPL que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del Centro de Rehabilitación Social Región Sierra Centro Norte Cotopaxi en el periodo 2018-2019.

## Frecuencia Esperada, Observada y Chi-cuadrado de culpabilidad

**Tabla N° 9.** Frecuencia observada de culpabilidad

Pensamientos Ansiedad	CULPABILIDAD		
	SI	NO	SI
Leve	1	25	26
Moderada	1	8	9
Severa	2	3	5
Total	4	36	40

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Investigación de campo

**Tabla N° 10.** Frecuencia esperada de culpabilidad

Pensamientos Ansiedad	CULPABILIDAD		
	SI	NO	SI
Leve	2,6	23,4	26
Moderada	0,9	8,1	9
Severa	0,5	4,5	5
Total	4	36	40

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Investigación de campo

## Calculo del chi-cuadrado de culpabilidad

**Tabla N° 11.** Calculo del chi-cuadrado de culpabilidad

CULPABILIDAD	fo	fe	fo-fe	(fo-fe) <sup>2</sup>	(fo-fe) <sup>2</sup> /fe
Leve/Si	1	2,6	-1,6	2,56	0,984615385
Leve/No	25	23,4	1,6	2,56	0,109401709
Moderado/Si	1	0,9	0,1	0,01	0,011111111
Moderado/No	8	8,1	-0,1	0,01	0,001234568
Severa/Si	2	0,5	1,5	2,25	4,5
Severa/No	3	4,5	-1,5	2,25	0,5
chi experimental					6,106362773

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Investigación de campo

## Decisiones

Considerando los valores obtenidos en el cálculo del chi cuadrado se determina que la hipótesis nula se rechaza, porque el valor critico es de 5,9915 y el chi cuadrado calculado o experimental es 6,1064 mayor, es decir que los pensamientos disfuncionales influyen en la ansiedad de las personas privadas de libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del Centro de Rehabilitación Social Región Sierra Centro Norte Cotopaxi en el periodo 2018-2019.

## Frecuencia Esperada, Observada y Chi-cuadrado de los debería

**Tabla N° 12.** Frecuencia observada de los debería

Pensamientos Ansiedad	DEBERÍA		
	SI	NO	SI
Leve	1	26	27
Moderada	3	6	9
Severa	1	3	4
Total	5	35	40

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Investigación de campo

**Tabla N° 13.** Frecuencia esperada de los debería

Pensamientos Ansiiedad	DEBERÍA		
	SI	NO	SI
Leve	3,375	23,625	27
Moderada	1,125	7,875	9
Severa	0,5	3,5	4
Total	5	35	40

**Elaborado por:** El Investigador**Fuente:** Investigación de campo**Calculo del chi-cuadrado de los debería****Tabla N° 14.** Calculo del chi-cuadrado de los debería

LOS DEBERÍA	fo	fe	fo-fe	(fo-fe) <sup>2</sup>	(fo-fe) <sup>2</sup> /fe
Leve/Si	1	3,375	-2,375	5,640625	1,6712963
Leve/No	26	23,625	2,375	5,640625	0,23875661
Moderado/Si	3	1,125	1,875	3,515625	3,125
Moderado/No	6	7,875	-1,875	3,515625	0,44642857
Severa/Si	1	0,5	0,5	0,25	0,5
Severa/No	3	3,5	-0,5	0,25	0,07142857
chi experimental					6,05291005

**Elaborado por:** El Investigador**Fuente:** Investigación de campo**Decisión**

Considerando los valores obtenidos en el cálculo del chi cuadrado se determina que la hipótesis nula se rechaza, porque el valor critico es de 5,9915 y el chi cuadrado calculado o experimental es 6,0523 mayor, es decir que los pensamientos disfuncionales influyen en la ansiedad de las personas privadas de libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del Centro de Rehabilitación Social Región Sierra Centro Norte Cotopaxi en el periodo 2018-2019.

## Frecuencia Esperada, Observada y Chi-cuadrado de las falacias de recompensa divina

**Tabla N° 15.** Frecuencia observada de las falacias de recompensa divina

Pensamientos Ansiiedad	FALACIAS DE RECOMPENSA DIVINA		
	SI	NO	SI
Leve	23	3	26
Moderada	5	4	9
Severa	5	0	5
Total	33	7	40

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Investigación de campo

**Tabla N° 16.** Frecuencia esperada de las falacias de recompensa divina

Pensamientos Ansiiedad	FALACIAS DE RECOMPENSA DIVINA		
	SI	NO	SI
Leve	21,45	4,55	26
Moderada	7,425	1,575	9
Severa	4,125	0,875	5
Total	33	7	40

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Investigación de campo

## Calculo del chi-cuadrado de las falacias de recompensa divina

**Tabla N° 17.** Calculo del chi-cuadrado de las falacias de recompensa divina

FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	fo	fe	fo-fe	(fo-fe) <sup>2</sup>	(fo-fe) <sup>2</sup> /fe
Leve/Si	23	21,45	1,55	2,4025	0,112004662
Leve/No	3	4,55	-1,55	2,4025	0,528021978
Moderado/Si	5	7,425	-2,425	5,880625	0,792003367
Moderado/No	4	1,575	2,425	5,880625	3,733730159
Severa/Si	5	4,125	0,875	0,765625	0,185606061
Severa/No	0	0,875	-0,875	0,765625	0,875
				chi experimental	6,226366226

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Investigación de campo

## Decisión

Considerando los valores obtenidos en el cálculo del chi cuadrado se determina que la hipótesis nula se rechaza, porque el valor crítico es de 5,9915 y el chi cuadrado calculado o experimental es 6,2264 mayor, es decir que los pensamientos disfuncionales influyen en la ansiedad de las personas privadas de libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del Centro de Rehabilitación Social Región Sierra Centro Norte Cotopaxi en el periodo 2018-2019.

## Calculo del chi-cuadrado de la Ansiedad bajo los pensamientos disfuncionales

**Tabla N° 18.** Chi-cuadrado de la Ansiedad bajo los pensamientos disfuncionales

ANSIEDAD BAJO LOS PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES	CHI- CUADRADO	PROMEDIO
Ansiedad en los pensamientos disfuncionales de filtraje	11,8418834	
Ansiedad en los pensamientos disfuncionales de culpabilidad	6,106362773	7,5569
Ansiedad en los pensamientos disfuncionales de los debería	6,05291005	
Ansiedad en los pensamientos disfuncionales de las falacias de recompensa divina	6,226366226	

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Investigación de campo

## Verificación de hipótesis mediante la zona de rechazo



**Gráfico N° 4:** Verificación del Chi-Cuadrado

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Investigación de campo

### Regla de decisión

Si  $X^2_c$  es  $\geq$  a  $X^2_t$ ; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por ende, se cumple la condición debido a que, 7,5569 del chi-cuadrado calculado es mayor al 5,9915 del chi-cuadrado encontrado en tablas.

### Conclusión de la verificación de hipótesis

Una vez realizado la prueba de hipótesis en el chi-cuadrado se ha determinado que si cumple con la condición  $X^2_c$  es  $>$  a  $X^2_t$ , por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir Los pensamientos disfuncionales influyen en la ansiedad de las personas privadas de libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del Centro de Rehabilitación Social Región Sierra Centro Norte Cotopaxi en el periodo 2018-2019.



## CAPÍTULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### CONCLUSIONES

- A través de esta investigación se observó que los pensamientos disfuncionales se encuentran relacionado con la ansiedad de las PPL, debido a que los datos estadísticos del Chi Cuadrado, entre las dos variables arrojaron un 7,5569 con relación a 5,9915 del valor crítico, este ratifica la Hipótesis alterna, los pensamientos disfuncionales influye en la ansiedad de las PPL del CRS Cotopaxi, trayendo consecuencias negativas como peleas discusiones y conflictos entre PPL, dentro de los pabellones.
- Mediante el inventario de pensamientos automáticos de Ruiz Y Lujan se identificó los pensamientos disfuncionales de las personas privadas de la libertad del total de la población evaluada, más de las tres cuartas partes de las personas privadas de libertad, presentan un tipo de pensamiento que es falacia de recompensa divina, es decir, la persona tiende a no buscar una solución a dificultades y problemas actuales presumiendo que la situación mejorara mágicamente, finalmente una cuarta parte de la población posee tres tipos de pensamientos disfuncionales; Filtraje o abstracción selectiva, que muestra que la persona elige una opción, de una situación de la que se está hablando en visión de túnel y no se percata de otras opciones cuando le llevan la contraria, pensamiento de Culpabilidad, este implica en atribuir la responsabilidad de los sucesos negativos que le está pasando totalmente a el mismo o a otros sin base suficiente, pensamiento los deberías, radica en el hábito de conservar normas rígidas y exigentes de cómo debe ocurrir las cosas

- Se concluye que con el reactivo, Escala de Ansiedad de Hamilton se puede determinar que las PPL, aproximadamente más de las tres cuartas partes presenta un nivel leve de ansiedad, es decir, que no presentan alteración fisiológica y sintomatológica mientras, que menos de la una cuarta parte presenta un nivel moderado de ansiedad, indicándose que si existe afección al nivel fisiológico y sintomatológico, estas personas pueden llegar a tener hiperhidrosis, nerviosismo, angustia cansancio y debilidad, existe un mínimo porcentaje con un nivel severo de ansiedad influenciado a una afectación de los síntomas y signos que el nivel moderado provocando malestar con síntomas como el miedo, la angustia, los movientes repetitivos de las manos o pies, la sudoración, taquicardia, afectando así las esferas personales, sociales y familiares, en PPL la ansiedad es un problema debido a que puede o no relacionarse con los internos debido a estar aislado.

## **RECOMENDACIONES**

- En base a los resultados obtenidos de la presente investigación, se enfoca en los pensamientos disfuncionales y su influencia en la ansiedad, se comprobó la correlación, se recomienda indagar más sobre el tema en el CRS Cotopaxi, con la finalidad de establecer otras investigaciones en relación a las variables investigadas.
- Profundizar más la información sobre los pensamientos disfuncional en las variables de filtraje, culpabilidad, debería, y falacia de recompensa divina, bajo los lineamientos de las Ciencias Psicologías, cuya objetividad es identificar los procesos cognitivos sesgados y distorsionados que ocurre en la mente de las personas privadas de libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del CRS Cotopaxi.
- Se recomienda trabajar en talleres psicológicos, que minimicen los niveles de ansiedad; por medio de charlas y conferencias, con la finalidad de mejorar, situaciones de problemáticas dentro de los pabellones de las

personas privadas de libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del CRS Cotopaxi.

- Proponer talleres de intervención psicológica partiendo de la terapia cognitivo conductual con el fin de modificar de los pensamientos disfuncionales de las personas privadas de libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del CRS Cotopaxi.

## DISCUSIÓN

En el presente trabajo se investigó los pensamientos disfuncionales y su influencia en la ansiedad de las personas privadas de la libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del Centro de Rehabilitación Social Región Sierra Centro Norte Cotopaxi; mediante, la recolección de información en campo y los instrumento aplicados para cada una de las variables de estudio como son los Test Psicométricos, el inventario de pensamientos automáticos que involucra a los pensamientos disfuncionales y la Escala de Ansiedad de Hamilton; que implica la ansiedad, estos reactivos ayudan a tener la correlación hipotética que enfoca los resultados obtenidos, es decir que los pensamientos disfuncionales si influyen en la ansiedad de las personas privadas de libertad; para Ponce y Ruiz (2016), constituyen un diálogo interno con uno mismo a nivel mental y están relacionados con los estados emocionales de gran intensidad como la euforia, la depresión, la ansiedad, la ira, etc. La relación generalmente son respuestas inadaptativas que dan paso a una interpretación negativa de la realidad contribuyendo de esta manera la presencia de pensamientos disfuncionales en el nivel de ansiedad que dan origen a la aparición de emociones, ideas, y conductas desadaptativas generando un trastorno en el individuo (Ponton, 2018). Se compara estos resultados con otras investigaciones como por ejemplo la que realizó, Estévez y Calvete (2015). Alude que los síntomas ansiedad a través de los pensamientos disfuncionales fueron casi idénticos, es decir que los pensamientos de filtraje o abstracción selectiva y pensamiento de Culpabilidad, tiende a no buscar una solución a dificultades es decir que dichos individuos mantienen frecuencia de pensamientos de insatisfacción, dificultad de afrontamiento y una menor frecuencia de pensamientos positivos; por ende, los autores Amaya, Cardona, Ramírez, y Sánchez (2017). Revelan que, “El ingreso a la cárcel coloca a las personas en una situación novedosa la cual se asocia con el inicio de respuestas de ansiedad y estrés” (pág. 63); por esta razón la intervención es posible bajo un proceso, con personas que tienen una problemática en común, de fácil evaluación bajo los pensamientos evaluados. Otro de otros de los argumentos es el perfil cognitivo que implica un contenido de visión negativa de uno mismo, a la sociedad, a el mundo y el futuro, mientras que en los trastornos de ansiedad el

contenido se centraba en el miedo a un peligro psicológico o físico (Sanz, 2018); por ende los pensamientos se enfocan a un esquema cognitivo y síntomas psicológicos que mediante talleres psicológicos de adaptación se puede modificar los niveles cognitivos en los pensamientos disfuncionales.

## **CAPÍTULO V**

### **PROPUESTA**

#### **TEMA**

Talleres de Intervención Psicológica para modificar los pensamientos disfuncionales en las personas privadas de libertad del CRS Cotopaxi.

#### **JUSTIFICACIÓN**

El presente estudio tiene como objetivo realizar talleres de intervención psicológica para modificar los pensamientos disfuncionales en las personas privadas de libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del Centro de Rehabilitación Social Región Sierra Centro Norte Cotopaxi, de acuerdo con la información recabada se puede evidenciar que un 93% de las PPL tienen un pensamiento disfuncional, este es Falacia de Recompensa Divina, en este error cognitivo se espera que en un futuro los problemas mejoren por sí solos de manera mágica, partiendo de este antecedente se vio necesario plantear una propuesta que permita solucionar esta problemática, indicando la importancia que tiene para el individuo ser partícipe de una convivencia agradable con la sociedad.

Los beneficiarios serán las PPL, las autoridades el equipo de psicólogos y el resto de personas que trabajan dentro del CRS Cotopaxi.

El tema de la propuesta es de especial interés para el autor puesto que, pondrá en práctica los conocimientos que obtuvo durante su formación académica orientado por el tutor de tesis y el grupo de docentes de la de la Universidad Tecnológica Indoamérica, quien con su extenso conocimiento ofrecerá un soporte valioso e importante en el transcurso del mismo.

Se considera importante porque, mediante los talleres desarrollados se pretende modificar los pensamientos disfuncionales de las personas privadas de libertad del CRS Cotopaxi.

Es original debido a que no se han planteado estudios similares en el CRS Cotopaxi, y resulta muy factible porque se cuenta con información pertinente, espacio y tiempo necesario, a más de contar con material documental – bibliográfico para la elaboración del mismo.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Diseñar talleres de intervención psicológica basados en la corriente cognitiva conductual que permita modificar los pensamientos disfuncionales en las personas privadas de libertad del CRS Cotopaxi.

### **OBJETIVO ESPECÍFICOS**

- Identificar qué técnicas se puede utilizar para las PPL que tengan pensamientos disfuncionales
- Ejecutar técnicas de Terapia Cognitivo Conductual en las PPL que tengan pensamientos disfuncionales

### **ESTRUCTURA TÉCNICA DE LA PROPUESTA**

La propuesta realizada está enfocada en talleres y actividades para modificar los pensamientos disfuncionales en las personas privadas de libertad que han enfrentado negativas del beneficio de prelibertad del CRS Cotopaxi, la misma que se encuentra distribuida en diferentes etapas, en cada una se especifica una serie de actividades relacionada a los pensamientos disfuncionales, para que de esa manera las PPL, puedan adquirir una serie técnicas que le ayuden a de identificar los

pensamientos que más problemas le están causando, debe convertir sus ideas negativas en hipótesis, es decir, hipótesis con las que debe trabajar, y así poder modificar a ideas positivas.

Las actividades propuestas se realizarán tanto individual como colectivo, fomentando el trabajo en equipo tomando en cuenta que el individuo cuando se siente bien es más productivo, creativo y social siendo capaz de relacionarse de manera eficiente y eficaz (Ramos, 2016).

La enseñanza de técnicas de manejo de la activación, puede ejercer influencia en el grado de creencia en pensamientos automáticos irracionales; considerando que los talleres de intervención psicológica ayudan a los pacientes con trastornos de ansiedad y fobias, se ha visto que el manejo de la ansiedad no sólo modifica las respuestas de temor, angustia y tensión; sino también las ideas exageradas sobre la “peligrosidad” de las sensaciones corporales y mentales. Así, por ejemplo, una persona con trastorno de pánico que está bajo los efectos de sedativos, antidepresivos u otros psicofármacos específicos, experimenta menos rumiación y catastrofización ante sus propias respuestas de ansiedad

## **ARGUMENTACIÓN TEÓRICA**

### **La Corriente Cognitivo Conductual**

Los conflictos entre PPL dentro de los pabellones son una verdadera amenaza contra el bienestar personal e individual, la convivencia en el CRS es difícil pues dentro de los pabellones y aulas, hay problemas y riñas por su estatus social y económico, para el interno es complejo el proceso de enseñanza y aprendizaje debido a que no tiene un equilibrio emocional y para él va ser difícil poner atención o aprender nuevas cosas (Córdoba, 2016). Se ha visto pertinente abordar esta propuesta desde el enfoque Cognitivo Conductual, como mencionan Álvarez, Escoffié, Rosado y Sosa (2016). La eficacia del mismo en la práctica clínica es alta debido a que se logra una evidente modificación en la conducta del individuo, con



resultados comprobables y perdurables que garantizan menos posibilidad de recaídas; se destacan también entre las ventajas de este modelo su brevedad, además se centra en el presente, así como también se enfoca en el problema y su solución, sirve además mencionar que este tipo de terapia cuenta con mayor número de estudios publicados, destacando su éxito tanto en adultos, niños y adolescentes (Barradas, 2014). La Terapia Cognitivo-Conductual ha contribuido en gran medida a dar solución a diferentes trastornos, entre ellos la depresión, ansiedad, fobias y también aspectos que abarcan violencia, ira, estados emocionales y psicosomáticos así los indican Domínguez, Osona, y Rodríguez (2015).

Los principales autores de este modelo, son Albert Ellis y Aaron Beck, ambos sostenían que las cogniciones influyen en el comportamiento del individuo, desarrollaron intervenciones terapéuticas con el objetivo de que cambie la persona, su esquema mental o su manera de pensar para lograr mejoría en cuanto a sus emociones y conductas en respuesta a los diferentes estímulos que se reciban del ambiente (Esquivel, 2016).

La hipótesis básica de la Terapia Cognitivo Conductual es una interdependencia o interrelación entre los pensamientos, los sentimientos y las conductas o acciones así los manifiestan lvarez, Escoffié, Rosado, y Sosa, (2016). Por otra parte, Beck, desarrolló su terapia cognitiva a partir de su interpretación percibida en la experiencia clínica, ésta, se centra en la identificación y modificación de conductas disfuncionales, distorsiones cognitivas relacionados con eventos específicos y actitudes desadaptativas afines con la depresión (Barradas, 2014). El autor sostiene que la depresión se manifestaba debido a una triada de cogniciones negativas: como individuo (no sirvo para nada, sus experiencias y las de los demás), (nada vale la pena aquí, todo es injusto) y mira con mucho pesimismo el futuro (nunca voy a superar esto, nunca seré feliz); así o manifestaron McCloure y Friedberg (2014).

Los aportes de la psicología Cognitiva Conductual, ya que en el plan de estudios también se utiliza el juego de roles, práctica guiada, pequeños y grandes grupos de discusión enseñándole a los participantes mediante técnica de orientación así

mismo a través del entrenamiento y la práctica, aprenden de la información y practican habilidades para modificar pensamientos irracionales.

Esta teoría estudia cómo el individuo procesa la información que recibe de su entorno con el objetivo de detectar o de identificar sus esquemas cognitivos y pensamientos automáticos y relacionarlos con las manifestaciones de las emociones negativas del propio sujeto; para Rodríguez, Vetere, Baños, Arbona, y Bunge (2017) manifiesta que la importancia de procesar la información radica, en como el ser humano puede verse afectado, generando diferentes tipos de alteraciones a la psiquis que a la vez desencadenan en disfunciones (son dificultades que impiden al ser humano alcanzar sus propios objetivos y que eso le causa malestar significativo) y problemas desadaptativos (la persona está imposibilitada de afrontar de manera exitosa las demandas que exige su entorno, no puede dar una respuesta adecuada y superarlas); pues por supervivencia el ser humano necesita procesar la información percibida de sí mismo y del mundo que le rodea, teniendo que organizarla, verla y sentirla de manera coherente, y así dar sentido y significado a sus vivencias; de hallar incongruencias, el individuo llega a tener pensamientos erróneos de su realidad estas son denominadas pensamientos disfuncionales (Esquivel, 2014).

Los pensamientos distorsionados que tiene el ser humano de su realidad; por tal razón el trabajo del terapeuta es detectar los factores o elementos que hacen que la persona tenga una conducta problemática, a través de la psicoterapia poder modificarlos. Como se puede ver, la Terapia Cognitivo Conductual resulta lógica y eficaz a la hora de abordar el tratamiento o intervención psicológica, pues expone explicaciones que fundamentan su estudio y así mismo las ventajas han sido comprobadas a través de muchas investigaciones.

### **Técnicas de Intervención de la Terapia Cognitivo-Conductual**

Como modelo terapéutico, la Terapia Cognitivo Conductual goza de numerosas y variadas técnicas de intervención para abordar el tratamiento de las conductas

problemáticas, unas incidirán en las cogniciones o pensamientos (B), y otras sobre las conductas (C), Álvarez, Escoffié, Rosado y Sosa (2016). Plantean tres principales modos de intervención en la Terapia Cognitivo Conductual, las Técnicas Cognitivas, las Técnicas Conductuales y las Técnicas Emotivas (Gabalda, La terapia cognitiva de A. Beck: Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas, 2013).

Las diversas etapas se puede apreciar técnicas cognitivo conductuales, como el entrenamiento para dar instrucciones; alabanza verbal; estrategias de recompensa y castigo; resolución de problemas entre otras.

## **Proceso de Intervención de la Terapia Cognitivo-Conductual**

### **Socialización del paciente en la Terapia Cognitiva Conductual**

Mediante una exposición oral el psicólogo dará a conocer una breve introducción sobre el tema a tratar, la socialización del paciente en la Terapia Cognitivo Conductual, en el cual el psicólogo utilizará la empatía y métodos cáusticos para que las PPL no se cansen, a continuación, se hablara de cuatro aspectos importantes, el primero es hablar sobre el contrato terapéutico que se va realizar, el paciente con el terapeuta, solicitando al paciente que se comprometa con la terapia que se va realizar, el segundo aspecto es mandarle de tarea al paciente a leer libros folletos sobre el tema de Terapia Cognitiva Conductual, el tercer aspecto es socializar con el paciente y conceptualizar dando la información, que los pensamientos crean sentimientos, ejemplo: cuando la persona piensa mucho en algo, esto genera ansiedad como un accidente que le haya ocurrido y este va crear el sentimiento de miedo., el último aspecto se refiere a la socialización, el paciente tiene que aprender a darse cuenta que una persona puede fracasar pero solo es un pensamiento, el paciente debe reunir información para que le permita validar dicho pensamiento esto para Tur y Caballero (2014).

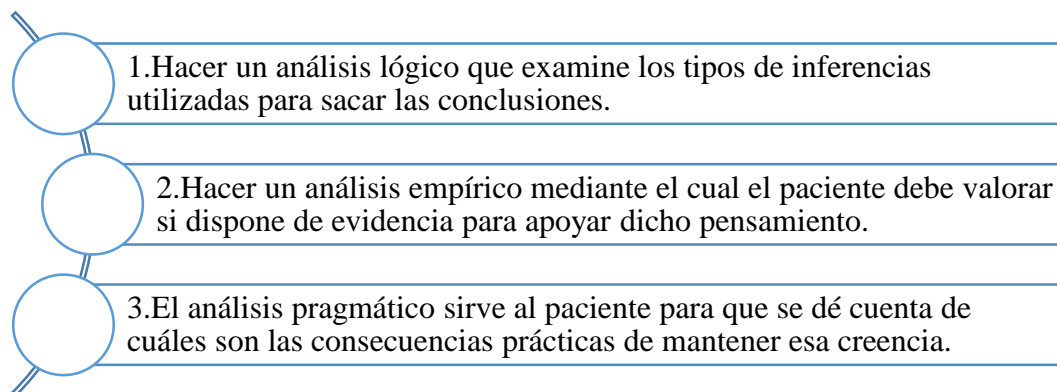
### **Identificación y categorización de pensamientos automáticos**

El psicólogo brindará una exposición sobre el tema pensamientos disfuncionales, el cual dará pautas para poder identificar entre pensamientos y emociones, se realizar una hoja de registro en la primera columna se pondrá el pensamiento y en la otra la emoción así podrá diferenciar entre pensamientos y emociones, por ejemplo: como Pensamiento se puede expresar “Todo me sale mal” y como emoción se puede generar la “Frustración”.

De manera, que lo que importa es que el paciente registre y acceda a ese mundo cognitivo poniendo en marcha sus mecanismos de introspección. Lo que nos interesa, realmente, es que el paciente anote la mayor cantidad posible de

pensamientos y emociones de manera que a veces no es necesario que el paciente siga estos registros estructurados, sino que simplemente anote en hojas sueltas, el terapeuta tiene que buscar aquellos pensamientos o significados que el paciente aporta, o tiene, en una determinada situación, que sean lo suficientemente fuertes y relevantes como para explicar y hacerle entender las emociones que está experimentado. Además, el paciente tiene que pensar en qué medida lo afecta estos pensamientos, en una escala del 0 al 10 diciendo que el cero no le afecta en nada y el 10 le afecta en un grado muy alto.

Una vez que se han detectado los principales pensamientos negativos de un paciente se pasa a analizarlos; para ello se puede seguir tres posibilidades.



**Gráfico N° 5:** Identificación y categorización de pensamientos automáticos

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** (Gabalda, La terapia cognitiva de A. Beck: Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas, 2013).

### **El análisis de la lógica incorrecta**

Se procederá a hablar con el paciente, en principio y aunque se presenten como preguntas no se le debe hacer directamente sino, más bien, se deben utilizar para hacer que el paciente reflexione o hacerle reflexionar en función de lo que cada una de estas preguntas supone este formato de preguntas se puede modificar, a continuación, se dará las 15 preguntas (Gabalda, La terapia cognitiva de A. Beck: Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas, 2013, pág. 168).

1. ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de una idea determinada? (Reformulación: ¿te ha pasado eso alguna vez?, ¿siempre que has pensado así te ha pasado?, ¿si no lo piensas te ha pasado alguna vez, de qué depende eso, etc.).
2. ¿Qué lógica hay detrás de esa idea? (Reformulación: ¿qué tipo de razonamientos estás haciendo?, ¿cómo estás viendo esa situación?, ¿qué te estás diciendo?, etc.)
3. ¿Está usted simplificando una relación causal?
4. ¿Está usted confundiendo un hábito con un hecho?
5. ¿Sus interpretaciones de la realidad están tan alejadas de ésta que no pueden ser precisas o exactas de ninguna manera?
6. ¿Está confundiendo su versión de los hechos, con los hechos tal y como son?
7. ¿Está pensando en términos de todo o nada?
8. ¿Está usted usando palabras o frases extremas o muy exageradas?
9. ¿Está usted perdiendo de vista el contexto?
10. ¿Está usted utilizando mecanismos de defensa cognitivos?
11. ¿Es fiable su fuente de información?
12. ¿Está usted pensando en términos de certezas y no de probabilidades?
13. ¿Está usted confundiendo un alta con una baja probabilidad?
14. ¿Están sus juicios basados sobre sentimientos, más que sobre hechos?
15. ¿Está usted excesivamente centrado en un factor irrelevante? (Gabalda, La terapia cognitiva de A. Beck: Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas, 2013, pág. 168).

Estas preguntas no se deben realizar unas tras otra más bien, lo que se debe hacer es cuestionar de una forma guiada los pensamientos del paciente para que éste alcance una conclusión alternativa.

### **La búsqueda de respuestas alternativas**

La siguiente actividad está en buscar respuestas alternativas y soluciones para su problema, se utilizará la hoja de registro de pensamientos y emociones, es decir, en

ellas el paciente debe anotar en qué situación está, qué emociones tiene y si es posible valorarlas de 0 a 10, cuáles eran exactamente los pensamientos automáticos que le surgían en esa situación, en relación a esas emociones y hasta qué punto se cree cada uno de ellos, para encontrar estas respuestas racionales el paciente puede optar por diversas posibilidades. La primera de ellas y, una de las más destacadas en este contexto, es establecer un diálogo socrático, los diálogos socráticos, también utilizados en la terapia de Albert Ellis necesitan desarrollarse, primero, entre paciente y terapeuta, de manera que el paciente aprenda, a cuestionarse todas y cada una de sus ideas negativas. Una vez que ha aprendido a hacerlo, ayudado por el terapeuta, será capaz luego, fuera de la sesión, de buscar una respuesta alternativa siguiendo preguntas semejantes a las que el terapeuta le ha hecho en sesión. Entre las preguntas socráticas que podemos hacer a un paciente y que el paciente puede aprender, estarían las siguientes.

1. ¿Qué quieres decir cuando estás diciendo eso en concreto?
2. ¿Qué evidencia tienes de que lo que estás diciendo sea verdad?
3. ¿Cuál es la evidencia que tienes en contra de lo que estás diciendo?
4. ¿Qué es lo peor que puede pasar, y si pasa, entonces, qué puede ocurrir?
5. ¿Qué te lleva a pensar que eso puede pasar?
6. ¿Cómo te hace sentir eso?
7. ¿Cómo se siente tu cuerpo al pensar eso?
8. ¿Qué le dirías a un amigo que hiciera en tu misma situación?
9. ¿Puedes decirte algo que te sea de utilidad? Y finalmente,
10. ¿Qué piensas que puedes cambiar para hacer que las cosas te vayan mejor (Gabalda, La terapia cognitiva de A. Beck: Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas, 2013, pág. 169).

Una vez realizado el dialogo socrático se encontrará evidencia, es decir que toda idea se convierte en una hipótesis que se debe juzgar y validar, mediante preguntas y reflexiones puntos de vista alternativos y diferentes sobre las cosas, buscando y modificando distorsiones y errores cognitivos.

Una vez que se ha dado la respuesta racional a todos y cada uno de los pensamientos automáticos que aparecen en el registro conviene evaluar el resultado de esta búsqueda de respuestas alternativas. Esta evaluación del resultado supone que el paciente debe preguntarse, en primer lugar, hasta qué punto se cree, en ese momento, cada uno de los pensamientos o de los nuevos pensamientos que se ofrecen como alternativa a los pensamientos disfuncionales. En segundo lugar, debe anotar cómo se siente, intentando valorarlo de 0 a 10. Y, en tercer lugar, intentar sacar una reflexión o establecer un nuevo curso de acción preguntándose qué puede hacer a partir de ese momento, a la vista de esa respuesta alternativa (Gabalda, La terapia cognitiva de A. Beck: Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas, 2013).

### **La comprobación de hipótesis**

La siguiente actividad en esta sesión de terapia es ejecutar hipótesis y que se realice, única y exclusivamente, sobre una idea en concreto y no sobre varias ideas, aunque éstas estén relacionadas, por tanto, el primer paso en la comprobación de hipótesis consiste en anotar, de la manera más concreta posible, la idea negativa que está causando un problema al paciente y tomarla como una hipótesis, es decir, como algo que debe comprobarse y verificarse (Gabalda, La terapia cognitiva de A. Beck: Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas, 2013).

El segundo punto a tratar en la comprobación de hipótesis, se refiere a la búsqueda de la evidencia, es decir a la búsqueda de la evidencia a favor de la idea negativa, en primer lugar. Esto es, buscar aquellos aspectos que en opinión del paciente avalan la idea negativa. En segundo lugar, se hace una segunda columna en donde el paciente tiene que ofrecer o buscar la evidencia en contra, es decir, aquella evidencia que va a anular o contradecir la idea negativa (Chiquete, 2016).

En tercer lugar, la comprobación de hipótesis supone plantear un experimento que permita comprobar la hipótesis negativa. Los experimentos que se hacen en la Terapia Cognitiva deben ser lo más concretos posibles, el paciente debe poder



valorarlos y evaluarlos lo más rápidamente posible (o por parte del terapeuta, en el caso de que sea necesario. Por ejemplo, no se deben comprobar aspectos, ni establecer experimentos que no tengan una referencia directa con la idea negativa y, por supuesto, no debe entrar a formar parte de un experimento, ninguna actividad o ningún tipo de experimento que no sea relevante o importante para el paciente (Ruiz C. C., 2016).

El cuarto paso en la comprobación de hipótesis consiste en observar el resultado del experimento. Si es factible, se acuerda con el paciente que llame al terapeuta para informarle del resultado de ese experimento. De manera que el terapeuta retroalimente y premie al paciente, en el caso de que lo necesite, y lo anime a seguir planteando nuevos experimentos para comprobar nuevas hipótesis.

Lógicamente, el último paso va a ser muy importante. (Gabalda, La terapia cognitiva de A. Beck: Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas, 2014).

En función del experimento y de las consecuencias de ese experimento se debe intentar modificar o reevaluar la idea negativa, de manera que el paciente, en función de lo que ha hecho y ha experimentado, debe ser capaz de obtener una nueva conclusión sobre la hipótesis inicial, a partir de todo ese proceso

## DISEÑO TÉCNICO DE LA PROPUESTA

### PLAN OPERATIVO

**Tabla N° 19.** Plan operativo

TALLER	ACTIVIDADES	OBJETIVOS	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLE
TALLER 1	Socialización del paciente en la terapia cognitiva	Lograr el encuadre psicoterapéutico con la población.	Humano	2 horas	El investigador
TALLER 2	Identificación y categorización de pensamientos automáticos	Identificar pensamientos automáticos de las PPL	Humano	2 horas	El investigador
TALLER 3	El análisis de la lógica incorrecta	Analizar los pensamientos disfuncionales de forma incorrecta.	Humano	2 horas	El investigador
TALLER 4	La búsqueda de respuestas alternativas	Desarrollar un punto de vista alternativo, más racional, para cada uno de sus pensamientos automáticos.	Humano	2 horas	El investigador
TALLER 5	La comprobación de hipótesis  Cierre, Retroalimentación de los temas planteados y despedida	Crear una hipótesis a cada pensamiento negativo.  Establecer compromisos en base a los nuevos aprendizajes obtenidos en los talleres	Humano	2 horas	El investigador

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Investigación de campo

## CRONOGRAMA Y PROTOCOLO TERAPÉUTICO

Tabla N° 20 Cronograma y Protocolo Terapéutico

CRONOGRAMA Y PROTOCOLO TERAPÉUTICO								
SESIÓN	OBJETIVO	TÉCNICA	TAREA	1	2	3	4	5
Sesión 1	Lograr el encuadre psicoterapéutico con la población.	Exposición Tema : TCC	En traer para la otra sesión 2 puntos o ideas que le haya gustado del tema que se trabajó para hablar con el grupo					
Sesión 2	Identificar pensamientos automáticos de las PPL	Refuerzo Positivo Directo (Verbal)	Realizar una hoja de registro en la primera columna se pondrá el pensamiento y en la otra la emoción así podrá diferenciar entre pensamientos y emociones					
Sesión 3	Analizar los pensamientos disfuncionales de forma incorrecta.	Descenso vertical	Traer para la otra sesión una pregunta					

			relevante o la que se e hizo más difícil responder					
Sesión 4	Desarrollar un punto de vista alternativo, más racional, para cada uno de sus pensamientos automáticos.	Reducción al absurdo	Traer para la otra sesión, soluciones alternativas de un suceso que le ha pasado en el día entero.					
Sesión 5	Crear una hipótesis a cada pensamiento negativo. Establecer compromisos en base a los nuevos aprendizajes obtenidos en los talleres	Ejecución de hipótesis	Cada vez que tenga un pensamiento disfuncional, pueda dar una hipótesis y buscar la mejor opción encontrando así un pensamiento positivo.					

**Elaborado por:** El Investigador

**Fuente:** Investigación de campo

**TALLER 1 Tema: Socialización del paciente en la terapia cognitiva**

**Tabla N° 211.** Taller 1. Socialización del paciente en la Terapia Cognitiva

**OBJETIVO:** Lograr el encuadre psicoterapéutico con la población.

FASE	OBJETIVO	TÉCNICA	ALGORITMO	TIEMPO	RECURSOS	RESPONSABLE
INICIO	Empatía y rapport	Dinámica; para romper el hielo La tempestad	Las personas forman un círculo con las sillas, quien este a cargo del grupo se ubicará en la mitad, y va decir la frase, un barco en el medio del mar, viaja a rumbo desconocido, esta persona dirá ola derecha, las demás personas deberán cambiarse de puesto a lado derecho, y así será cuando diga ola izquierda se cambiarán las	20 min	Humano	El investigador

			personas de silla a lado izquierdo, cuando la persona a cargo dice tempestad todos se cambian de puesto y la persona distraída se quedará sin puesto y se retirara una silla hasta que se retiren todas las sillas.			
<b>MEDIO</b>	Aspectos importantes de la Terapia Cognitiva Conductual	Exposición	Socializar la información con el grupo sobre el tema TCC	60 min	Humano	El investigador
<b>CIERRE</b>	Retroalimentación  Cohesión	Conversatorio	Intercambio de Experiencias, cada participante hablara sobre las emociones y pensamientos que han tenido durante el día	10 min  20 min	Humano	El investigador

		<p>Dinámica;</p> <p>Fulano se comió un pan en las calles de san juan</p>	<p>Las personas realizan un circulo con las sillas, quien este a cargo del grupo dirá, fulano se comió un pan en las calles de San juan, la persona a quien se dirigió contesta, quien yo, y responde si tú, la otra persona contesta yo no fui, entonces se preguntan entonces quien, responde con un nombre de otra persona y dice fui fulanito, así se repetirá el dialogo hasta que sean todos nombrados</p>	<p>10 min</p>		
--	--	--	--	---------------	--	--

	Tareas para realizar en casa.	Tarea	Para la otra sesión traer 2 o ideas que le haya gustado del tema TCC, que se trabajó para hablar con el grupo			
--	-------------------------------	-------	---	--	--	--

**Elaborado por:** El investigador

**Fuente:** Investigación de campo



**TEMA: Socialización del paciente en la terapia cognitiva**

**OBJETIVO:** Lograr el encuadre psicoterapéutico con la población.

**INTRODUCCIÓN**

En esta fase, se procura ejecutar el encuadre psicoterapéutico, estableciéndose la empatía y rapport con la población el objetivo es integrar al grupo, En primera instancia se realizará el saludo de bienvenida y presentación del grupo, para posteriormente continuar con una dinámica para romper el hielo, la misma que se estructura de la siguiente manera:

**Tema:** Dinámica: La tempestad

**Objetivo:** Integrar Grupal

**Tiempo:** de duración: 15 minutos

**Materiales a utilizar:** sillas colocadas en círculo

**Participantes:** Ilimitado

**Desarrollo de la dinámica:** La tempestad

Las personas forman un círculo con las sillas, quien este a cargo del grupo se ubicará en la mitad, y va decir la frase, un barco en el medio del mar, viaja a rumbo desconocido, esta persona dirá ola derecha, las demás personas deberán cambiarse de puesto a lado derecho, y así será cuando diga ola izquierda se cambiarán las personas de silla a lado izquierdo, cuando la persona a cargo dice tempestad todos se cambian de puesto y la persona distraída se quedará sin puesto y se retirara una silla hasta que se retiren todas las sillas Gonzales, (2014).

**MEDIO**

Mediante una exposición oral el psicólogo dará a conocer una breve introducción sobre el tema a tratar, la socialización del paciente en la terapia cognitivo conductual, este durara 30 minutos en el cual el psicólogo utilizará la empatía y métodos cáusticos para que las PPL no se cansen, a continuación, se hablara de

cuatro aspectos importantes, el primero es hablar sobre el contrato terapéutico que se va realizar, el paciente con terapeuta, solicitando al paciente que se comprometa con la terapia que se va realizar, el segundo aspecto es mandarle de tarea al paciente a leer libros folletos sobre el tema de terapia cognitiva conductual, el tercer aspecto es socializar con el paciente y conceptualizar dando la información, que los pensamientos crean sentimientos, ejemplo: cuando la persona piensa mucho en algo, esto genera ansiedad como un accidente que le haya ocurrido y este va crear el sentimiento de miedo., el último aspecto se refiere a la socialización, el paciente tiene que aprender a darse cuenta que una persona puede fracasar pero solo es un pensamiento, el paciente debe reunir información para que le permita validar dicho pensamiento.

Las PPL propondrán alternativas que se llevarán a cabo para identificar los aspectos importantes sobre la socialización de del paciente en la terapia cognitivo conductual, con la finalidad de cumplir con el objetivo, la propondrán en grupos de trabajo.

Se realizará un conversatorio donde se discutirá sobre el tema expuesto y a su vez saber lo positivo y lo negativo que pueda tener los aspectos.

## **CIERRE**

Se realizará una retroalimentación o conversatorio con todos los participantes, preguntando uno a uno como se sintieron durante el proceso y cuál fue su aprendizaje. El psicólogo deberá realizar un pequeño resumen de la actividad, destacando los aspectos positivos. Se establecerán compromisos, éstos se escribirán en una hoja y se colocarán en el aula, también se enviará una tarea que consistirá en lo siguiente: en traer para la otra sesión 2 puntos o ideas que le haya gustado del tema que se trabajó para hablar con el grupo, después se finalizara con una dinámica que se llama Fulano se comió un pan en las calles de san juan Como se realiza esta dinámica:

**Tema de la dinámica:** Fulano se comió un pan en las calles de San Juan

**Tiempo de duración:** 10 minutos

**Materiales a utilizar:** Humano

**Participantes:** Ilimitado

**Desarrollo de la dinámica:** Fulano se comió un pan en las calles de San Juan

Las personas realizan un círculo con las sillas, quien este a cargo del grupo dirá, fulano se comió un pan en las calles de San Juan, la persona a quien se dirigió contesta, quien yo, y responde si tú, la otra persona contesta yo no fui, entonces se preguntan entonces quien, responde con un nombre de otra persona y dice fui fulanito, así se repetirá el dialogo hasta que sean todos nombrados Gonzales, (2014).

**TALLER 2 Identificación y categorización de pensamientos automáticos**

**Tabla N° 22.** Taller 2 identificación y categorización de Pensamientos Automáticos

**OBJETIVO:** Identificar pensamientos automáticos de las PPL

FASE	OBJETIVO	TÉCNICA	ALGORITMO	TIEMPO	RECURSOS	RESPONSABLE
INICIO	Saludo Inicial	Dinámica: Números	Los participantes deben estar en movimiento, caminando, la persona que está a cargo deberá decir una pareja, dos parejas, tres parejas, deberán unirse y tomarse de la mano, la persona que se quede sin pareja saldrá del juego	15 min	Humano	El investigador
	Revisión de Tareas	Refuerzo Positivo Directo (Verbal)	Mediante la revisión de tareas	10 min		

	Introducción acerca del tema: los pensamientos automáticos	Exposición	se pretende evaluar lo aprendido en la sesión anterior.  Socializar la información con el grupo como los pensamientos influyen en las emociones y conductas.	20 min		
<b>MEDIO</b>	Reestructuración Cognitiva: Emoción Pensamiento	Exposición informativa	Que las PPL expresen sus ideas, pensamientos, y emociones	30 min	Humano	El investigador
<b>CIERRE</b>	Retroalimentación	Conversatorio  Conversatorio	Intercambio de experiencias  Reforzar lo aprendido	10 min	Humano	El investigador

		<p>Dinámica: Las frutas están en la canasta</p>	<p>Las personas formaran un círculo con las sillas, la persona a cargo dirá nombres de frutas como piña, limón, lechosa, la persona que escucha deberá decir el nombre de la persona que está a la derecha cada persona tendrá un nombre de una fruta y deberá cambiarse de silla cada vez que digan el nombre de su fruta, la persona que esta distraída saldrá del juego</p>	<p>10 min  10 min</p>		
--	--	---	--	-------------------------------	--	--

**Elaborado por:** El investigador

**Fuente:** Investigación de campo

**TEMA:** Identificación y categorización de pensamientos automáticos

**OBJETIVO:** Identificar pensamientos automáticos de las PPL

## **INTRODUCCIÓN**

En esta fase el psicólogo brindará un corto saludo a los participantes y seguidamente procederá a revisar las tareas enviadas en la sesión anterior. Durante la revisión, se utilizará la técnica del refuerzo directo, que se lo hará de manera verbal (halagarle a la PPL por haber realizado su tarea, decirle expresiones como: muy bien, excelente. Después realizar una dinámica y comenzar con el desarrollo de la nueva técnica.

**Tema:** Dinámica: Números

**Tiempo:** de duración: 15 minutos

**Materiales a utilizar:** sillas colocadas en círculo

**Participantes:** Ilimitado

**Desarrollo de la dinámica:** Numeros

Los participantes deben estar en movimiento, caminando, la persona que está a cargo deberá decir una pareja , dos parejas, tres parejas, deberán unirse y tomarse de la mano, la persona que se quede sin pareja saldrá del juego y Gonzales, (2014).

## **MEDIO**

El psicólogo brindará una exposición sobre el tema pensamientos disfuncionales, dará pautas para poder identificar entre pensamientos y emociones, se realizará una hoja de registro en la primera columna se pondrá el pensamiento y en la otra la emoción así podrá diferenciar entre pensamientos y emociones ejemplo:

PENSAMIENTO	EMOCION
Ansiedad	Miedo
O me siento ansioso	Tengo miedo

PENSAMIENTO	EMOCION
-------------	---------

Todo me sale mal	Frustración
Nadie me quiere	Tristeza

De manera, que lo importante es que el paciente registre y acceda a ese mundo cognitivo poniendo en marcha sus mecanismos de introspección. Lo que interesa, realmente, es que el paciente anote la mayor cantidad posible de pensamientos y emociones no es necesario que el paciente siga estos registros estructurados, sino que simplemente anote en hojas sueltas, el terapeuta tiene que buscar aquellos pensamientos o significados que el paciente aporta, o tiene, en una determinada situación, que sean lo suficientemente fuertes y relevantes como para explicar y hacerle entender las emociones que está experimentado. Además, el paciente tiene que pensar en qué medida lo afecta estos pensamientos, en una escala del 0 al 10 diciendo que el cero no le afecta en nada y el 10 le afecta en un grado muy alto. Una vez que se han detectado los principales pensamientos negativos de un paciente se pasa a analizarlos. Para ello podemos seguir tres Posibilidades.

1. Hacer un análisis lógico que examine los tipos de inferencias utilizadas para sacar las conclusiones.
2. Hacer un análisis empírico mediante el cual el paciente debe valorar si dispone de evidencia para apoyar dicho pensamiento.
3. El análisis pragmático sirve al paciente para que se dé cuenta de cuáles son las consecuencias prácticas de mantener esa creencia (Gabalda, La terapia cognitiva de A. Beck: Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas, 2014).

Las PPL propondrán alternativas que se llevarán a cabo para identificar los pensamientos automáticos negativos con la finalidad de cumplir con el objetivo, la propondrán en grupos de trabajo.

Se realizará un conversatorio donde se llegará a ciertas conclusiones sobre el tema tratado, el expositor comenzará dando una conclusión que se centrará en las tareas mandadas en casa que es realizar su hoja de registro de pensamientos y emociones.



## **CIERRE**

Se realizará una retroalimentación o conversatorio con todos los participantes, preguntando uno a uno como se sintieron durante el proceso y cuál fue su aprendizaje. El psicólogo deberá realizar una retroalimentación de la actividad, destacando los aspectos positivos. Se establecerán compromisos, y tarea en casa de traer en una hoja escrito del registro de pensamientos y emociones para que la otra sesión se pueda dar un conversatorio con todos, después se realizara una dinámica de cierre.

**Tema:** Dinámica: Las frutas están en la canasta

**Tiempo:** de duración: 15 minutos

**Materiales a utilizar:** sillas

**Participantes:** Ilimitado

**Desarrollo de la dinámica:** Las frutas están en la canasta

Las personas formaran un circulo con las sillas, la persona a cargo dirá nombres de frutas como piña, limón, lechosa, la persona que escucha deberá decir el nombre de la persona que está a la derecha cada persona tendrá un nombre de una fruta y deberá cambiarse de silla cada vez que digan el nombre de su fruta, la persona que esta distraída saldrá del juego Gonzales, (2014).

**TALLER 3 El análisis de la lógica incorrecta**

**Tabla N° 233.** Taller 3 el análisis de la lógica incorrecta

**OBJETIVO:** Analizar los pensamientos disfuncionales de forma incorrecta.

FASE	OBJETIVO	TÉCNICA	ALGORITMO	TIEMPO	RECURSOS	RESPONSABLE
<b>INICIO</b>	Saludo, dinámica Revisión de Tareas	Dinámica Las frutas	La persona a cargo divide al grupo en dos, el primer grupo se le da nombres de frutas diferentes y serán los compradores, el segundo grupo no serán los vendedores y tendrán que adivinar el nombre la fruta de la persona del otro grupo la persona que no adivina tendrá que realizar una penitencia	30 min	Humano	El investigador

		Refuerzo positivo directo (verbal)				
<b>MEDIO</b>	Explicar el análisis de la lógica incorrecta	Exposición informativa  Descenso vertical	Socializar la información con el grupo Ejecución de lo Aprendido  Sembrar duda al paciente	60 min	Humano	El investigador
<b>CIERRE</b>	Retroalimentación  Tareas para realizar en casa.	Conversatorio  Tarea Dinámica El mensaje malogrado	Intercambio de experiencias  Se divide en dos filas, la primera persona de la fila se le dice en el oído una frase o un mensaje, esta deberá	15 min  15 min	Humano	El investigador

			decirles a todos los de su fila , y ver si ha llegado el mensaje completo la fila que no ha podido llevar bien el mensaje tendrá que realizar un penitencia			
--	--	--	---	--	--	--

**Elaborado por:** El investigador

**Fuente:** Investigación de campo

**TEMA:** El análisis de la lógica incorrecta

**OBJETIVO:** Analizar los pensamientos disfuncionales de forma incorrecta.

## **INTRODUCCIÓN**

En esta fase el psicólogo brindará un corto saludo a los participantes y seguidamente procederá a revisar las tareas enviadas en la sesión anterior. Durante la revisión, se utilizará la técnica del refuerzo directo, que se lo hará de manera verbal (halagarle a la PPL por haber realizado su tarea, decirle expresiones como: muy bien, excelente. Después realizar una dinámica y comenzar con el desarrollo de la nueva técnica

**Tema:** Dinámica: Las frutas

**Tiempo:** de duración: 15 minutos

**Materiales a utilizar:** sillas colocadas en círculo

**Participantes:** Ilimitado

**Desarrollo de la dinámica:** Las frutas

La persona a cargo divide al grupo en dos, el primer grupo se le da nombres de frutas diferentes y serán los compradores, el segundo grupo no serán los vendedores y tendrán que adivinar el nombre la fruta de la persona del otro grupo la persona que no adivina tendrá que realizar una penitencia Gonzales, (2014).

## **MEDIO**

Técnica descenso vertical; Se procederá a hablar con el paciente, en principio y aunque se presenten como preguntas no se le debe hacer directamente sino, más bien, se deben utilizar para hacer que el paciente reflexione o hacerle reflexionar en función de lo que cada una de estas preguntas supone este formato de preguntas se puede medicar, a continuación, se dará las 15 preguntas.

1. ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de una idea determinada?  
(Reformulación: ¿te ha pasado eso alguna vez?, ¿siempre que has pensado

así te ha pasado?, ¿si no lo piensas te ha pasado alguna vez, de qué depende eso, etc.).

2. ¿Qué lógica hay detrás de esa idea? (Reformulación: ¿qué tipo de razonamientos estás haciendo?, ¿cómo estás viendo esa situación?, ¿qué te estás diciendo?, etc.)
3. ¿Está usted simplificando una relación causal?
4. ¿Está usted confundiendo un hábito con un hecho?
5. ¿Sus interpretaciones de la realidad están tan alejadas de ésta que no pueden ser precisas o exactas de ninguna manera?
6. ¿Está confundiendo su versión de los hechos, con los hechos tal y como son?
7. ¿Está pensando en términos de todo o nada?
8. ¿Está usted usando palabras o frases extremas o muy exageradas?
9. ¿Está usted perdiendo de vista el contexto?
10. ¿Está usted utilizando mecanismos de defensa cognitivos?
11. ¿Es fiable su fuente de información?
12. ¿Está usted pensando en términos de certezas y no de probabilidades?
13. ¿Está usted confundiendo un alta con una baja probabilidad?
14. ¿Están sus juicios basados sobre sentimientos, más que sobre hechos?
15. ¿Está usted excesivamente centrado en un factor irrelevante? (Gabalda, La terapia cognitiva de A. Beck: Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas, 2014).

Esta pregunta no se realizará unas tras otra más bien, lo que se debe hacer es cuestionar de una forma guiada los pensamientos del paciente para que éste alcance una conclusión alternativa.

Las PPL propondrán alternativas que se llevarán a cabo para identificar la lógica incorrecta con la finalidad de cumplir con el objetivo, la propondrán en grupos de trabajo.

Se realizará un conversatorio donde se llegará a ciertas conclusiones sobre el taller, el expositor comenzará dando una conclusión que se centrará en las tareas mandadas en casa, traer para la otra sesión los aspectos más importantes que le hayan llamado la atención.

## **CIERRE**

Se realizará una retroalimentación o conversatorio con todos los participantes, preguntando uno a uno como se sintieron durante el proceso y cuál fue su aprendizaje. El psicólogo deberá realizar un pequeño resumen de la actividad, destacando los aspectos positivos. Se establecerán compromisos, y tarea en casa, trayendo a la otra clase, cual fue la pregunta relevante o la que se e hizo más difícil responder, luego se realizara una dinámica.

**Tema:** Dinámica: El mensaje malogrado

**Tiempo:** de duración: 10 minutos

**Materiales a utilizar:** Humano

**Participantes:** Ilimitado

**Desarrollo de la dinámica:**

El mensaje malogrado

Se divide en dos filas, la primera persona de la fila se le dice en el oído una frase o un mensaje, esta deberá decirles a todos los de su fila , y ver si ha llegado el mensaje completo la fila que no ha podido llevar bien el mensaje tendrá que realizar un penitencia Gonzales, (2014).

#### TALLER 4 La búsqueda de respuestas alternativas

Tabla N° 244. Taller 4 la búsqueda de respuestas alternativas

**OBJETIVO:** Desarrollar un punto de vista alternativo, más racional, para cada uno de sus pensamientos automáticos.

FASE	OBJETIVO	TÉCNICA	ALGORITMO	TIEMPO	RECURSOS	RESPONSABLE
INICIO	Saludo, Revisión de Tareas	Dinámica Representaciones	Cada persona tendrá un papel escrito con una palabra por ejemplo canción el deberá hacer una representación de las para que el grupo pueda adivinar qué es lo que está haciendo, también se puede poner un color en el papel y deberán adivinar el color	30 min	Humano	El investigador



<b>MEDIO</b>	Búsqueda de respuestas alternativas	Exposición	Socializar la información con el grupo y analizar La búsqueda de respuestas alternativas	60 min	Humano	El investigador
<b>CIERRE</b>	Retroalimentación	Conversatorio tarea  Dinámica La argolla	Se utilizará la hoja de registro de pensamientos y emociones, es decir, en ellas el paciente debe anotar en qué situación está, qué -emociones tiene y si es posible valorarlas de 0 a 10,  Las personas deberán hacer dos filas con la misma cantidad de personas cada persona tendrá	15 min  15 min	Humano	El investigador

			un palito en la boca y una argolla deberán pasarse sin tocar con las manos la fila que lo haga más rápido ganara y la otra deberá hacer una penitencia			
--	--	--	--	--	--	--

**Elaborado por:** El investigador

**Fuente:** Investigación de campo

**TEMA:** La búsqueda de respuestas alternativas

**OBJETIVO:** Desarrollar un punto de vista alternativo, más racional, para cada uno de sus pensamientos automáticos.

## **INTRODUCCIÓN**

En esta fase el psicólogo brindará un corto saludo a los participantes y seguidamente procederá a revisar las tareas enviadas en la sesión anterior. Durante la revisión, se utilizará la técnica del refuerzo directo, que se lo hará de manera verbal (halagarle a la PPL por haber realizado su tarea, decirle expresiones como: muy bien, excelente. Después realizar una dinámica y comenzar con el desarrollo de la nueva técnica.

**Tema:** Dinámica: Representaciones

**Tiempo:** de duración: 15 minutos

**Materiales a utilizar:** Hoja y lápiz

**Participantes:** Ilimitado

**Desarrollo de la dinámica:** Representaciones

Cada persona tendrá un papel escrito con una palabra por ejemplo canción el deberá hacer una representación de las para que el grupo pueda adivinar qué es lo que está haciendo, también se puede poner un color en el papel y deberán adivinar el color Gonzales, (2014).

## **MEDIO**

La siguiente técnica es reducción al absurdo está en buscar respuestas alternativas y soluciones para su problema, se utilizará la hoja de registro de pensamientos y emociones, es decir, en ellas el paciente debe anotar en qué situación está, qué -emociones tiene y si es posible valorarlas de 0 a 10, cuáles eran exactamente los pensamientos automáticos que le surgían en esa situación, en relación a esas emociones y hasta qué punto se cree cada uno de ellos, para

encontrar estas respuestas racionales el paciente puede optar por diversas posibilidades. La primera de ellas y, una de las más destacadas en este contexto, es establecer un diálogo socrático, los diálogos socráticos, también utilizados en la terapia de Albert Ellis necesitan desarrollarse, primero, entre paciente y terapeuta, de manera que el paciente aprenda, siguiendo las preguntas que el terapeuta le hace, a cuestionarse todas y cada una de sus ideas negativas. Una vez que ha aprendido a hacerlo, ayudado por el terapeuta, será capaz luego, fuera de la sesión, de buscar una respuesta alternativa siguiendo preguntas semejantes a las que el terapeuta le ha hecho en sesión. Entre las preguntas socráticas que se le hace al paciente y que el paciente puede aprender, estarían las siguientes.

11. ¿Qué quieres decir cuando estás diciendo eso en concreto?
  12. ¿Qué evidencia tienes de que lo que estás diciendo sea verdad?
  13. ¿Cuál es la evidencia que tienes en contra de lo que estás diciendo?
  14. ¿Qué es lo peor que puede pasar, y si pasa, entonces, qué puede ocurrir?
  15. ¿Qué te lleva a pensar que eso puede pasar?
  16. ¿Cómo te hace sentir eso?
  17. ¿Cómo se siente tu cuerpo al pensar eso?
  18. ¿Qué le dirías a un amigo que hiciera en tu misma situación?
  19. ¿Puedes decirte algo que te sea de utilidad? Y finalmente,
  20. ¿Qué piensas que puedes cambiar para hacer que las cosas te vayan mejor?
- (Gabalda, La terapia cognitiva de A. Beck: Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas, 2014).

Una vez realizado el dialogo socrático se encontrará evidencia, es decir que toda idea se convierte en una hipótesis que se debe juzgar y validar, mediante preguntas y reflexiones puntos de vista alternativos y diferentes sobre las cosas, buscando y modificando distorsiones y errores cognitivos.

Una vez que se ha dado la respuesta racional a todos y cada uno de los pensamientos automáticos que aparecen en el registro conviene evaluar el resultado de esta búsqueda de respuestas alternativas. Esta evaluación del resultado supone que el paciente debe preguntarse, en primer lugar, hasta qué punto se cree, en ese

momento, cada uno de los pensamientos o de los nuevos pensamientos que se ofrecen como alternativa a los pensamientos disfuncionales. En segundo lugar, debe anotar cómo se siente, intentando valorarlo de 0 a 10. Y, en tercer lugar, intentar sacar una reflexión o establecer un nuevo curso de acción preguntándose qué puede hacer a partir de ese momento, a la vista de esa respuesta alternativa.

Las PPL propondrán alternativas que se llevarán a cabo para identificar la búsqueda de respuestas alternativas de los pensamientos automáticos con la finalidad de cumplir con el objetivo.

Se realizará un conversatorio donde se llegará a ciertas conclusiones sobre el taller, el expositor comenzará dando una conclusión que se centrará en las tareas mandadas en casa, traer alternativas para la solución de los problemas.

## **CIERRE**

Se realizará una retroalimentación o conversatorio con todos los participantes, preguntando uno a uno como se sintieron durante el proceso y cuál fue su aprendizaje. El psicólogo deberá realizar un pequeño resumen de la actividad, destacando los aspectos positivos. Se establecerán compromisos, y tarea en casa trayendo más soluciones alternativas de un suceso que le ha pasado en el día entero, después se realizara una dinámica.

**Tema:** Dinámica: La argolla

**Tiempo:** de duración: 10 minutos

**Materiales a utilizar:** lápiz y argolla

**Participantes:** Ilimitado

**Desarrollo de la dinámica:** La argolla

Las personas deberán hacer dos filas con la misma cantidad de personas cada persona tendrá un palito en la boca y una argolla deberán pasarse sin tocar con las manos la fila que lo haga más rápido ganara y la otra deberá hacer una penitencia  
Gonzales, (2014).

**TALLER 5 La comprobación de hipótesis**

**Tabla N° 255.** Taller 5 la comprobación de hipótesis

**OBJETIVO:** Crear una hipótesis a cada pensamiento negativo

<b>FASE</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>ALGORITMO</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>RESPONSABLE</b>
<b>INICIO</b>	Saludo, Revisión de Tareas	Dinámica La risa	Las personas deberán hacer dos filas la primera fila lanzara un lápiz y cuando caiga la otra fila deberá reírse fuerte o hacer una gracia para que la otra fila se ría la fila deberá permanecer seria y no reírse si la fila se ríe tiene que realizar una penitencia	30 min	Humano	El investigador
<b>MEDIO</b>	Comprobar la hipótesis	Exposición	Socialización sobre el tema La comprobación de hipótesis	30 min	Humano	El investigador

		Mantener un registro diario	El paciente lleve un registro de conductas/ acontecimientos que confirman o desconfirman un pensamiento			
<b>CIERRE</b>	Retroalimentación	Conversatorio	Intercambio de experiencias	15 min	Humano	El investigador
	Tareas para realizar en casa, dinámica de cierre	Tarea	La siguiente actividad en esta sesión de terapia es ejecutar hipótesis y que se realice, única y exclusivamente, sobre una idea en concreto y no sobre varias ideas, aunque éstas estén relacionadas, por	15 min		

		<p>Dinámica el Naufrao</p>	<p>tanto, la técnica es mantener un registro diario, el primer paso en la comprobación de hipótesis consiste en anotar, de la manera más concreta posible, la idea negativa</p> <p>La persona a cargo será el capitán y gritara la frase grupo de 3, grupo de 4, grupo de 7 todas las personas deben escuchar y reunirse dependiendo el número que la persona a cargo dice la persona que se queda sin grupo sale</p>			
--	--	----------------------------	---	--	--	--



			del juego y deberá realizar una penitencia			
--	--	--	--	--	--	--

**Elaborado por:** El investigador

**Fuente:** Investigación de campo

**TEMA:** La comprobación de hipótesis

**OBJETIVO:** Crear una hipótesis a cada pensamiento negativo

## **INTRODUCCIÓN**

En esta fase el psicólogo brindará un corto saludo a los participantes y seguidamente procederá a revisar las tareas enviadas en la sesión anterior. Durante la revisión, se utilizará la técnica del refuerzo directo, que se lo hará de manera verbal halagarle a la PPL por haber realizado su tarea, decirle expresiones como: muy bien, excelente. Después realizar una dinámica y comenzar con el desarrollo de la nueva técnica.

**Tema:** Dinámica: La risa

**Tiempo:** de duración: 15 minutos

**Materiales a utilizar:** lápices de colores

**Participantes:** Ilimitado

**Desarrollo de la dinámica:** La risa

Las personas deberán hacer dos filas la primera fila lanzara un lápiz y cuando caiga la otra fila deberá reírse fuerte o hacer una gracia para que la otra fila se ría la fila deberá permanecer seria y no reírse si la fila se ríe tiene que realizar una penitencia Gonzales, (2014).

## **MEDIO**

La siguiente actividad en esta sesión de terapia es ejecutar hipótesis y que se realice, única y exclusivamente, sobre una idea en concreto y no sobre varias ideas, aunque éstas estén relacionadas, por tanto, la técnica es mantener un registro diario, el primer paso en la comprobación de hipótesis consiste en anotar, de la manera más concreta posible, la idea negativa que está causando un problema al paciente y tomarla como una hipótesis, es decir, como algo que debe comprobarse y verificarse.

El segundo punto a tratar en la comprobación de hipótesis, se refiere a la búsqueda de la evidencia, es decir a la búsqueda de la evidencia a favor de la idea negativa, en primer lugar. Esto es, buscar aquellos aspectos que en opinión del paciente avalan la idea negativa. En segundo lugar, se hace una segunda columna en donde el paciente tiene que ofrecer o buscar la evidencia en contra, es decir, aquella evidencia que va a anular o contradecir la idea negativa.

En tercer lugar, la comprobación de hipótesis supone plantear un experimento que permita comprobar la hipótesis negativa. Los experimentos que se hacen en terapia cognitiva deben ser lo más concretos posibles, el paciente debe poder valorarlos y evaluarlos lo más rápidamente posible o por parte del terapeuta, en el caso de que sea necesario. Por ejemplo, no se deben comprobar aspectos, ni establecer experimentos que no tengan una referencia directa con la idea negativa y, por supuesto, no debe entrar a formar parte de un experimento, ninguna actividad o ningún tipo de experimento que no sea relevante o importante para el paciente.

El cuarto paso en la comprobación de hipótesis consiste en observar el resultado del experimento. Si es factible, se acuerda con el paciente que llame al terapeuta para informarle del resultado de ese experimento. De manera que el terapeuta retroalimente y premie al paciente, en el caso de que lo necesite, y lo anime a seguir planteando nuevos experimentos para comprobar nuevas hipótesis.

Lógicamente, el último paso va a ser muy importante. En función del experimento y de las consecuencias de ese experimento se debe intentar modificar o reevaluar la idea negativa, de manera que el paciente, en función de lo que ha hecho y ha experimentado, debe ser capaz de obtener una nueva conclusión sobre la hipótesis inicial, a partir de todo ese proceso.

Las PPL propondrán alternativas que se llevarán a cabo para identificar la hipótesis de ideas o pensamientos negativos de los pensamientos disfuncionales con la finalidad de cumplir con el objetivo.

Se realizará un conversatorio donde se llegará a ciertas conclusiones sobre el taller, el expositor comenzará dando una conclusión que se centrará en aspectos positivos.

## **CIERRE**

Se realizará una retroalimentación o conversatorio con todos los participantes, preguntando uno a uno como se sintieron durante el proceso y cuál fue su aprendizaje. El psicólogo deberá realizar un pequeño resumen de la actividad, destacando los aspectos positivos. Se establecerán compromisos, y tarea en casa, como cada vez que tenga un pensamiento disfuncional, pueda dar una hipótesis y buscar la mejor opción encontrando así un pensamiento positivo.

**Tema:** Dinámica: El naufrago

**Tiempo:** de duración: 10 minutos

**Materiales a utilizar:** Humano

**Participantes:** Ilimitado

**Desarrollo de la dinámica:** El naufrago

La persona a cargo será el capitán y gritara la frase grupo de 3, grupo de 4, grupo de 7 todas las personas deben escuchar y reunirse dependiendo el número que la persona a cargo dice la persona que se queda sin grupo sale del juego y deberá realizar una penitencia Gonzales, (2014).

## BIBLIOGRAFÍA

- Adaya, F. (2017). *Terapia integral detecta pensamientos disfuncionales*. Obtenido de <https://medium.com/@fernandoadaya/terapia-integral-detecta-pensamientos-disfuncionales-3523425bf92a>
- Álvarez, J., Aguilar, J., & Lorenzo, J. (2016). La Ansiedad ante los Exámenes en Estudiantes Universitarios: Relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(1), 333-354. doi:1696-2095
- Ansro, J. (16 de Mayo de 2015). *Base de apuntes de medicina*. Obtenido de <https://ansro.blogspot.com/2015/06/sistemas-sensorials-vias-exteroceptivas.html>
- Arturo, B., & Eugeni, G. G. (2010). LA TÉCNICA DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA . En U. d. Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>.
- Bados, A., & García, E. (15 de Abril de 2013). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Universidad de barcelona*, 2. Obtenido de <http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2013/06/Reestructuracion-Cognitiva-paso-a-apso.pdf>
- Bahamón, M. M. (2013). Relación entre esquemas inadaptativos, distorsiones cognitivas y síntomas de ludopatía en jugadores de casinos. En U. S. Bolívar. Barranquilla-Colombia: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v11n2/v11n2a06.pdf>.
- Barra, E. (2018). Psicología Social. *Universidad de Concepción*, 36. Obtenido de <http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2013/06/Reestructuracion-Cognitiva-paso-a-apso.pdf>
- Appraisal of the selfschema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n1/v18n1a03.pdf>
- Barragán, A., & Morales, C. (junio de 2014). PSICOLOGÍA DE LAS EMOCIONES POSITIVAS: GENERALIDADES Y BENEFICIOS. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19(1), 103-118. doi:0185-1594

- Bastidas, A. (2013). *Miedos, Ansiedad y Fobias*. Obtenido de [http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986\\_uploads/20130110\\_wXO2Y3NkxjVszUYzFP1q\\_0.pdf](http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20130110_wXO2Y3NkxjVszUYzFP1q_0.pdf)
- Belloch, A. (2018). *Manual de Psicopatología*. Obtenido de <https://serproductivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Manual-de-psicopatolog%C3%ADa.-Volumen-II.pdf>
- Berastegi, J. (2017). Distorsiones Cognitivas: Una revisión sobre sus implicaciones en la conducta agresiva antisocial. 85-99. Obtenido de <https://blogs.eitb.eus/inteligenciaemocional/2007/05/28/resolucion-de-los-conflictos/pdf>.
- Bulbena, M. (2018). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14185/Tesis%20Ansiedad%20y%20Rendimiento%20acad%C3%A9mico%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Camacho, J. (2013). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Obtenido de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Cano, A. (Enero de 2019). Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. /Cognitive processes in Generalized Anxiety Disorder by following the information processing paradigm. 3(1), 5. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/230577035\\_Procesos\\_cognitivos\\_en\\_el\\_trastorno\\_de\\_ansiedad\\_generalizada\\_segun\\_el\\_paradigma\\_del\\_procesamiento\\_de\\_la\\_informacion\\_Cognitive\\_processes\\_in\\_Generalized\\_Anxiety\\_Disorder\\_by\\_following\\_the\\_information\\_pro](https://www.researchgate.net/publication/230577035_Procesos_cognitivos_en_el_trastorno_de_ansiedad_generalizada_segun_el_paradigma_del_procesamiento_de_la_informacion_Cognitive_processes_in_Generalized_Anxiety_Disorder_by_following_the_information_pro)
- Cardenas. (2016). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14185/Tesis%20Ansiedad%20y%20Rendimiento%20acad%C3%A9mico%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Cardoso, C. (2015). Sesgos Atencionales y Dolor Crónico. *Fundación Social Europea*, 22. Obtenido de [https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_doc\\_id=70882](https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=70882)
- Casares M, G. A. (23 de FEBRERO de 2016). *Necesidad de evaluación de la patología dual en el contexto penitenciario*. Obtenido de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/165>).
- Castillo, J. (Marzo de 2014). Nueva clasificación de los trastornos mentales. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. doi:0034 - 7388
- Castillo, M. D. (2015). *Researchgate*. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/274376768\\_Sesgo\\_de\\_memoria\\_en\\_la\\_ansiedad](https://www.researchgate.net/publication/274376768_Sesgo_de_memoria_en_la_ansiedad)
- Charney, D. (2015). *NEUROBIOLOGICAL BASIS OF ANXIETY DISORDERS*. Obtenido de [https://acnp.org/wp-content/uploads/2017/11/CH63\\_901-930.pdf](https://acnp.org/wp-content/uploads/2017/11/CH63_901-930.pdf)
- Colmenero, J., Catena, A., & Fuentes, L. (2015). Atención visual: Una revisión sobre las redes atencionales del cerebro. *Anales de psicología*, 17(1), 45-67. doi:0212-9728
- Elsevier. (2017). *Anatomía y Fisiología 6a Ed. Madrid*. Obtenido de <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/99/Sistema%20nervioso.pdf?1358605492>
- Emma, E., Camarena, E., & Chamorro, R. (2016). *Salud Mental Infanto Juvenil. EDICIONES CIENTÍFICAS APAL*.
- Espindola, J. (2015). *Analisis de los problemas y toma de desiciones* (Tercera ed.). (L. Rojo, Ed.) México: Pearson. doi:970-26-0678-0
- Espinel, J. (2014). EL COMPORTAMIENTO CELOTÍPICO Y SU INCIDENCIA EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, EN LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD (PPL) VARONES, RECLUIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE LATACUNGA. *PUCESA*, 38. Obtenido de <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/965/1/80208.pdf>
- Freese, J. (2015). "Preferences." In *The Oxford Handbook of Analytical Sociology*, edited by Peter Hedström and Peter Bearman. 98. Obtenido de

<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/20597/928630WDR0v20O00Box385381B00PUBLIC0.pdf?sequence=30&isAllowed=y>

- Goddard, A., & Charney, D. (2017). *Toward an integrated neurobiology of panic*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171m.pdf>
- González, B. (Marzo de 2019). Los estereotipos como factor de socialización en el género. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*(12), 79-88.
- Gray, B. (2015). *The Neuropsychology of Anxiety*. Oxford: Clarendon. *Universidad de Buenos Aires*, 89-96.
- Guajala, J. (2015). Pensamientos Distorsionados en las Embarazadas Adolescentes de 14 - 18 años de edad y su influencia social y familiar en el Hospital Gineco Obstetra "Isidro Ayora". 21. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7153/1/T-UCE-0007-315c.pdf>
- Gutiérrez, E. C. (2014). *Psicología y mente*. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/inteligencia/tipos-de-distorsiones-cognitivas>
- Herlyn, S. (2015). *Bases biológicas de la ansiedad. Parte I*. Obtenido de [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/616\\_psicofarmacologia/material/bases\\_biologicas\\_ansiedad1.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/bases_biologicas_ansiedad1.pdf)
- Hernangómez, L. (2016). Clínica de la ansiedad. *Universidad Computense de Madrid*, 40. Obtenido de <https://clinicadeansiedad.com/ir-de-mal-en-peor/psico-logicas-del-miedo/ansiedad-sesgos-atencional-e-interpretativo/>
- Ildfonso, B. C. (2017). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171m.pdf>
- Lamprea, C. F. (2016). *The distribution of fos immunoreactivity in rat following*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171m.pdf>
- López, M. (2014). *Captación e Interpretación*. Barcelona, España: Universidad de Granada. doi:978-84-691-9362-4



- Mar, M. (2015). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón*, 265-280.
- Martínez, P. (2014). Procesos mentales y cognitivismo. *Revistas Científicas Complutenses*, 22.
- Mathews, M. (2015). *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17716086>
- Medina, M., Sarti, E., & Real, T. (2014). *LA DEPRESIÓN Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS*. México: Academia Nacional de Medicina (ANM). doi:978-607-443-528-3
- Mora, M. (2013). Ciencia y Psicología. *Universidad de Madrid*, 65-89.
- Mora, M. A. (2015). TIPOS DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS. [http://www.fundacionestadio.com/ficheros\\_fichas/11-11-08\\_TALLER%20INTELIGENCIA%20EMOCIONAL.pdf](http://www.fundacionestadio.com/ficheros_fichas/11-11-08_TALLER%20INTELIGENCIA%20EMOCIONAL.pdf).
- Morales, J. E. (2018). *La estructura del sistema nervioso*. Obtenido de <http://cleuadistancia.cleu.edu.mx/cleu/flash/PAG/lecturas/poligrafia/Estructura%20sistema%20nervioso.pdf>
- Morin, E. (2014). *Departamento de Filosofía II - Granada - PGG*. Obtenido de [https://www.ugr.es/~pgomez/docencia/tc/documentos/Morin\\_introduccion-pensamiento-complejo.htm](https://www.ugr.es/~pgomez/docencia/tc/documentos/Morin_introduccion-pensamiento-complejo.htm)
- Morphol. (2015). *Scielo*. Obtenido de Los Sesgos en Investigación Clínica: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v33n3/art56.pdf>
- Muñoz, J. (2013). Centro de Psicología Clínica. *Universidad Nacional de Chimborazo*, 54. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1291/1/UNACH-EC-PSC.CLIN-2013-0017.pdf>
- OMS. (09 de Octubre de 2017). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de [https://www.who.int/mental\\_health/es/](https://www.who.int/mental_health/es/)
- Pazmiño, N. (Agosto de 2018). Desarrollo de la Inteligencia. *Universidad de Madrid*(1), 12. doi:107-25-215-258
- Peña, M., & Andreu, J. (2015). Distorsiones Cognitivas: Una revisión sobre sus implicaciones en la conducta agresiva antisocial. *Universidad Computence de Madrid*, 85-99. doi:1576-9941

- Pérez, M. (2016). *El potencial del pensamiento positivo y tipos de pensamientos*. Obtenido de <https://atraccionsubliminal.com/regalos-descargables/el-potencial-del-pensamiento-positivo.pdf>
- Petersen, & Posner. (2017). *The attention system of the human*. Obtenido de TD-367%20(1).pdf
- Ponce, R. J., & Ruiz, N. D. (2016). "PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA. <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/3269/1/UNACH-EC-FCS-PSC-CLIN-2016-0028.pdf>.
- Ponton, B. K. (2018). Trastorno de la ansiedad: Una propuesta terapéutica desde el enfoque cognitivo . <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12759/1/ECUACS-2018-PSC-DE00027.pdf>.
- Ministerio de Salud Publica (2016). . Obtenido de [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
- Ramírez, A. (Abril de 2017). Trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en personas víctimas del conflicto armado en Colombia: el caso de Chengue y de Libertad. *Psicología desde el Caribe*, 34(1), 30-41. doi:0123-417X
- Reyes, T. (2014). *Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Trastornos de ansiedad*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171m.pdf>
- Rojas, A. (2014). *Como superar la ansiedad*. Obtenido de [https://www.planetadelibros.com/libros\\_contenido\\_extra/30/29106\\_Como\\_superar\\_la\\_ansiedad.pdf](https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/30/29106_Como_superar_la_ansiedad.pdf)
- Romera, D. B. (2017). *Mensalus Institut d'assistència Psicològica i Psiquiàtrica*. Obtenido de <https://mensalus.es/blog/general/2017/10/los-pensamientos-automaticos/>
- Rubiano, Mayerly Amaya. (2014). Evaluación de la efectividad de un programa de intervención breve para la disminución de ansiedad en las personas privadas de libertad. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 79-96.

- Ruiz. (2016). Distorsiones cognitivas que presentan las adolescentes embarazadas por abandono. *Informe Final del Trabajo de Titulación del Psicóloga Clínica*, 17. (M. J. Ordóñez, Recopilador) Quito, Ecuador. Recuperado el Febrero de 2014- 2015, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7158/1/T-UCE-0007-320c.pdf>
- Salazar, A. M. (2017). MÓDULO REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA. [http://heiapsicologia.com/heiapsicologia.com/Modulo\\_reestructuracion\\_cognitiva.pdf](http://heiapsicologia.com/heiapsicologia.com/Modulo_reestructuracion_cognitiva.pdf).
- Sanchez, C. (2017). *Manual de Psicopatología*. Obtenido de <https://serproductivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Manual-de-psicopatolog%C3%ADa.-Volumen-II.pdf>
- Sánchez, C. (2019). *MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA, Volumen II*. Obtenido de <https://serproductivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Manual-de-psicopatolog%C3%ADa.-Volumen-II.pdf>
- Sánchez, G. (1999). Niveles de ansiedad en reclusión. *Capítulo Criminológico Vol. 27, N° 1, 1999,99-121*, 105, 110.
- Sánchez, V. (Diciembre de 2014). Niveles de Ansiedad y Depresión en Estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito. *Universidad San Francisco de Quito*, 87. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/3863/1/112533.pdf>
- Sandín, C., & Choro, L. (2016). *Cuestionario de Ansiedad-Rasgo*. Obtenido de <https://serproductivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Manual-de-psicopatolog%C3%ADa.-Volumen-II.pdf>
- Sevilla, E. (2013). *Estudio de caso: Terapia cognitiva conductual (...)*. Quito: Universidad San Francisco de Quito. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2182/1/106933.pdf>
- Shekhar, S. (2015). *Regulation of anxiety by GABA<sub>A</sub> receptors in the rat amygdale*. Obtenido de *Pharmacology Biochemistry and Behavior*: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171m.pdf>
- Sierra, J., & Virgilio, O. (2013). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59. doi:1518-6148

- Stagnaro, J. (2015). Los aportes de Johann Christian Reil al nacimiento de la psiquiatría. *Asclepio*, 67(2), 108. Obtenido de <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/663/916>
- Tayeh, C. (2018). Los miedos infantiles. *Junta de Andalucía*, 1-5. Obtenido de [http://www.juntadeandalucia.es/averroes/centros-tic/11007077/helvia/sitio/upload/Los\\_miedos\\_infantiles.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/averroes/centros-tic/11007077/helvia/sitio/upload/Los_miedos_infantiles.pdf)
- Ticas, A. R. (2014). *TRASTORNOS DE ANSIEDAD*. Obtenido de <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Uribe-Rodríguez, A. F. (2012). Depresión y ansiedad estado/rasgo en internos adscritos al “Programa de Inducción al Tratamiento. *Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario*, 47.
- Valderrey, M. (junio de 2013). Estrés y ansiedad en situación de examen. *Universidad Abierta Interamericana*, 68. Obtenido de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112387.pdf>
- Vargas, N. y. (2016). *Miedo y ansiedad ante la muerte*. Obtenido de <http://ebookcentral.proquest.com/lib/utiecsp/detail.action?docID=4909633>
- Villarroel, B. (2018). *Clínica de la Ansiedad*. Obtenido de <https://clinicadeansiedad.com/problemas/introduccion/causas-de-la-ansiedad-origen-y-mantenimiento/>
- Vindel, C. (2016). *Modelos Explicativos de la Emoción*. Obtenido de Psicología general. Motivación y Emoción: [https://www.researchgate.net/publication/230577035\\_Procesos\\_cognitivos\\_en\\_el\\_trastorno\\_de\\_ansiedad\\_generalizada\\_segun\\_el\\_paradigma\\_del\\_procesamiento\\_de\\_la\\_informacion\\_Cognitive\\_processes\\_in\\_Generalized\\_Anxiety\\_Disorder\\_by\\_following\\_the\\_information\\_pro](https://www.researchgate.net/publication/230577035_Procesos_cognitivos_en_el_trastorno_de_ansiedad_generalizada_segun_el_paradigma_del_procesamiento_de_la_informacion_Cognitive_processes_in_Generalized_Anxiety_Disorder_by_following_the_information_pro)

## ANEXOS

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**

  
Facultad de Ciencias  
Humanas y de la Salud

OFIC 0024/ FCHS/2019  
Ambato, 01 de febrero de 2019.

Abg.  
Diego Gómez  
**DIRECTOR DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL COTOPAXI**  
Presente.-

De mi consideración:

Permitame ser la portadora de un saludo cordial y afectuoso, en representación de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica, y a la vez conectora de su alto espíritu de colaboración, me permito solicitarle se sirva autorizar la aplicación de los instrumentos para recolección de información del proyecto de investigación "LOS PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES Y SU INFLUENCIA EN LA ANSIEDAD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD QUE HAN ENFRENTADO NEGATIVAS DEL BENEFICIO DE PRELIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL REGIONAL SIERRA CENTRO NORTE COTOPAXI EN EL PERIODO 2018-2019", autorizado para su ejecución para el señor José Enrique Casas Tibana los datos recabados se manejarán con total confidencialidad. El informe de resultados y su interpretación se entregará a usted con la intención de que la información sea beneficiosa para su institución. El mencionado estudiante realice Prácticas Pre profesionales en la institución y también el voluntariado dentro del mismo.

Por la atención que se sirva dar a la presente anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,  
  
Dra. Norma Escobar  
COORDINADORA FCHS

  
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

  
COORDINACIÓN ZONAL Y  
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS  
DIRECCIÓN CRS - RSCN  
07 FEB 2019  
FECHA .....  
HORA ..... 10:45 .....  
FIRMA .....  
N° DE FOJAS ..... 1



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO:

Los pronósticos delincuenciales y su influencia en la ansiedad de las personas privadas de libertad que son víctimas negativas del fenómeno de violencia del CCO en Uruguay

INSTRUMENTO A VALIDAR: Investación de Ansiedad a familiares (Buzaján 2011)

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los pronósticos delincuenciales y su influencia en la ansiedad de las personas privadas de libertad que son víctimas negativas del fenómeno de violencia del CCO en Uruguay

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los tipos de pronósticos delincuenciales de las personas privadas de libertad
2. Determinar los niveles de ansiedad
3. Diseñar un programa de intervención

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
• PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN METODOLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


El análisis de validación recomienda el manejo del presente instrumento: SI  NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE: B. C. Paola Soriano

PROFESIÓN: Psicóloga Clínica

OCCUPACIÓN: Docente Universitario

  
 FIRMA DEL EVALUADOR:

25/01/2019



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA  
 FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD  
 CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO:

El procesamiento del momento y la influencia en la movilidad de las personas privadas de libertad que han sido víctimas de delitos de violencia de género.

INSTRUMENTO A VALIDAR: Escala de Ansiedad de Hamilton

OBJETIVO GENERAL:

Analizar los procesos del momento y la influencia en la movilidad de las personas privadas de libertad que han sido víctimas de delitos de violencia de género.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los tipos de procesos del momento y las personas privadas de libertad.
2. Determinar los niveles de ansiedad.
3. Desarrollar una propuesta de intervención.

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
• PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN METODOLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el uso del presente instrumento: SI  NO

DATOS DEL EVALUADOR:

NOMBRE: Mónica Guzmán Córdova

PROFESIÓN: Psicóloga Clínica

OCCUPACIÓN: Psicóloga Institucional USFZ

  
 PERSONA QUE EVALUÓ:   
 23/01/2019



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO:

Los procesos de discriminación y su influencia en la ansiedad de las personas privadas de libertad que han enfrentado regímenes de privación de libertad del COB del Cusco durante el periodo actual (1978-2011)

INSTRUMENTO A VALIDAR:

OBJETIVO GENERAL:

Investigar los procesos de discriminación y su influencia en la ansiedad de las personas privadas de libertad que han enfrentado regímenes de privación de libertad del COB durante el periodo actual

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar cuáles son los tipos de problemas afectados a las personas privadas a la libertad
2. Determinar los niveles de ansiedad de las personas privadas a la libertad
3. Desarrollar una propuesta de intervención al problema presentado de las personas privadas a la libertad

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
• PERTINENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN METODOLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• VICIENIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el uso del proyecto investigativo: SI  NO

DATOS DEL EVALUADOR:

NOMBRE: Norma Escobedo

PROFESIÓN: Psicóloga Clínica

OCCUPACIÓN: Docente

FIRMA DEL EVALUADOR

Fecha: 22-01-2015





FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO:

Los instrumentos de medición y su relación en la ansiedad de las personas primarias de la Ural, en sus diferentes etapas del desarrollo de personalidad del CDS. Objetivo

INSTRUMENTO A VALIDAR: Medición

OBJETIVO GENERAL:

Investigar los instrumentos de medición y su relación en la ansiedad de las personas primarias de la Ural, en sus diferentes etapas del desarrollo de personalidad del CDS. Objetivo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar cuáles son los tipos de instrumentos de medición de las personas primarias
2. Determinar los niveles de ansiedad
3. Determinar las etapas de desarrollo

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
• PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• UTILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN METODOLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el uso del presente instrumento: SI  NO

DATOS DEL EVALUADOR

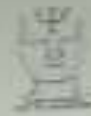
NOMBRE: Nicolas Escobar

PROFESIÓN: Psicólogo Clínico

OCCUPACIÓN: Docente

FIRMA DEL EVALUADOR

22-01-2019



FUJIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO:

El instrumento de medición y su influencia en la ansiedad de las personas privadas de libertad que han experimentado negativas del bienestar de protección del CES de la UTA

INSTRUMENTO A VALIDAR: Escala de Ansiedad de Hamilton

OBJETIVO GENERAL:

Investigar los parámetros de medición y su influencia en la ansiedad de las personas privadas de libertad que han experimentado negativas del bienestar de protección del CES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los tipos de parámetros de medición de las personas privadas de libertad
2. Determinar los niveles de ansiedad
3. Desarrollar una propuesta de intervención

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
• PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN METODOLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el uso del presente instrumento: SI  NO

DATOS DEL EVALUADOR

NOMBRE: B. C. Paola Salinas

PROFESIÓN: Psicóloga Clínica

OCCUPACIÓN: Docente Universitario

FIRMA DEL EVALUADOR

27/01/2019



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO:

de desarrollo de instrumentos y su aplicación en la comunidad de las personas, privadas de libertad, que son evaluados, según el análisis de psicología del CAS de la UTA

INSTRUMENTO A VALIDAR: Escala de desarrollo, extracción, Lira y Rojas, (2011)

OBJETIVO GENERAL:

Analizar los contenidos de instrumentos y su aplicación en la comunidad de las personas privadas de libertad, que son evaluados, según el análisis de psicología del CAS de la UTA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los tipos de contenidos de instrumentos de las personas privadas de libertad.
2. Determinar los niveles de validez.
3. Formular una propuesta de intervención.

ASPECTOS A CALIFICAR	SI	NO
• PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• UTILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• RELACIÓN METODOLÓGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• VIGENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación recomienda el uso del presente instrumento: SI  NO

DATOS DEL EVALUADOR:

NOMBRE: Mayra Espinoza Torres

PROFESIÓN: Psicóloga Clínica

OCUPACIÓN: Psicóloga Institucional UTA

Mayra Espinoza Torres  
 FIRMA DEL EVALUADOR  
 23/01/2019



NOMBRE:  
FECHA:

EDAD:

**INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS  
(RUIZ Y LUJAN, 1991)**

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

0= Nunca pienso eso      1= Algunas veces lo pienso  
2= Bastante veces lo pienso      3= Con mucha frecuencia lo pienso

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

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

Claves de corrección:

TIPO DE DISTORSION	PREGUNTAS	PUNTUACION TOTAL
FILTRAJE	1-16-31	( )
PENSAMIENTO POLARIZADO	2-17-32	( )
SOBREGENERALIZACION	3-18-33	( )
INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO	4-19-34	( )
VISION CATASTROFICA	5-20-35	( )
PERSONALIZACION	6-21-36	( )
FALACIA DE CONTROL	7-22-37	( )
FALACIA DE JUSTICIA	8-23-38	( )
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	9-24-39	( )
FALACIA DE CAMBIO	10-25-40	( )
ETIQUETAS GLOBALES	11-26-41	( )
CULPABILIDAD	12-27-42	( )
LOS DEBERIA	13-28-43	( )
FALACIA DE RAZON	14-29-44	( )
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	15-30-45	( )

Nombre  
Unidad/Centro

Fecha  
Nº Historia

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), inestabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día	0	1	2	3	4
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borbotigos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energéticas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

FOTOGRAFÍA N°1



CRS COTOPAXI

FOTOGRAFÍA N°2



CRS COTOPAXI

FOTOGRAFÍA N°3



CRS COTOPAXI



FOTOGRAFÍA N°4



CRS COTOPAXI