



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

TÍTULO DEL PROYECTO DE TESINA:

**LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA EN LA
AUTOESTIMA DE LAS MUJERES MALTRATADAS
ATENDIDAS EN EL SUB CENTRO DE SALUD “SAN
ANDRÉS” RIOBAMBA, PERÍODO FEBRERO - JULIO
2014**

AUTORES: GONZALO ERAZO S

ANTONIO RIVADENEIRA P.

TUTORA: DRA. ISABEL CANDO P. MGS.

RIOBAMBA 2014

AUTORIZACION DEL TRIBUNAL

Nosotros, miembros del Tribunal. Por medio de la presente hacemos conocer que los señores egresados de Psicología Clínica Luis Gonzalo Erazo Salcedo , con cédula de ciudadanía N° 0603709015 y Mario Antonio Rivadeneira Peñafiel con cédula de ciudadanía N° 0603070749, se encuentran aptos para la Defensa Pública de la Tesina con el tema **LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA EN LA AUTOESTIMA DE LAS MUJERES MALTRATADAS ATENDIDAS EN EL SUB CENTRO DE SALUD "SAN ANDRES" RIOBAMBA, PERÍODO FEBRERO - JULIO 2014.**

Es todo lo que podemos informar para los fines académicos correspondientes

Riobamba, 27 de Octubre de 2014

Atentamente



Dra. Isabel Cando P. MGS

TUTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



Lcdo. Antonio Ferreiro

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



Psc. Cl. Nelson Guato

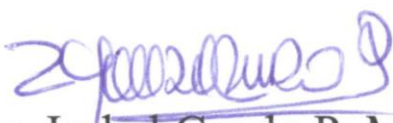
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado.

Presentado por Mario Antonio Rivadeneira Peñafiel y Luis Gonzalo Erazo Salcedo para optar por el título de psicólogo Clínico y que acepto asesorar a los estudiantes en calidad de tutora, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación. En el respectivo tema: LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA EN LA AUTOESTIMA DE LAS MUJERES MALTRATADAS ATENDIDAS EN EL SUB CENTRO DE SALUD “SAN ANDRÉS” RIOBAMBA PERÍODO FEBRERO - JULIO 2014.

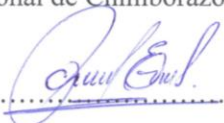
Riobamba, 08 de octubre del 2014



Dra. Isabel Cando P. MGS

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, Gonzalo Erazo Salcedo portador de la cédula N° 0603709015 soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este trabajo investigativo; y el patrimonio intelectual de la tesis de Grado pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



.....

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, Antonio Rivadeneira Peñafiel portador de la cédula N° 0603070749 soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este trabajo investigativo; y el patrimonio intelectual de la tesis de Grado pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



.....

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo está dedicado a nuestros padres ya que han estado con nosotros dándonos fortaleza para avanzar sin temor, nos han brindado su apoyo incondicional y entrega desmedida, esto sin duda es lo que nos ha conducido hasta donde ahora nos encontramos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia quienes han sabido guiarme y ayudarme en mi carrera estudiantil. A mi hijo que con su sonrisa me hacía tomar fuerzas y continuar pese a las adversidades su presencia me bastaba. A la Dra. Isabel Cando por su paciencia, entrega y ayuda en la realización de este proyecto.

Atte: Gonzalo Erazo S.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Nacional de Chimborazo, a la Dra. Isabel Cando por su valioso apoyo en la dirección de la presente tesis y a todas las personas que colaboraron para la culminación de este trabajo de investigación.

Atte: Antonio Rivadeneira

RESUMEN

El presente trabajo analizó la autoestima de las mujeres maltratadas atendidas en el subcentro de salud de San Andrés de la provincia de Chimborazo para aplicar la técnica psicoterapéutica de reestructuración cognitiva para modificar sus pensamientos erróneos relacionados con la baja autoestima. Se trabajó con ocho mujeres víctimas de maltrato por parte de su pareja, inicialmente se aplicó la escala de Rosenberg para determinar los niveles de autoestima que presentaban, también se aplicó el cuestionario de distorsiones cognitivas para investigar los errores en sus pensamientos. En base a la información obtenida se empleó la reestructuración cognitiva con el fin de modificar los constructos cognitivos equívocos y mejorar la autoestima de las mujeres. Entre los resultados obtenidos antes de la aplicación de la técnica psicoterapéutica el 83,34% de participantes presentó autoestima baja y el 16,6% presentó autoestima normal y después de aplicar la reestructuración cognitiva a la muestra investigada el 66,66% presentó autoestima alta; en lo que se refiere a distorsiones cognitivas la falacia de recompensa divina en un 25% seguía presente en el esquema mental de varias participantes debido a la influencia social y religiosa, de igual manera la minimización seguía presente en el mismo porcentaje. Este procedimiento general de tratamiento de la disfuncionalidad de la autoestima promovió la comunicación interpersonal en los hogares de las participantes, surgiendo habilidades que se encontraban sumergidas en el temor causado por el contexto hostil en el cual vivían.

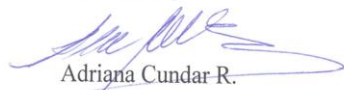


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

This study analyzes the self-esteem of abused women who attended the Health Center in San Andres, Chimborazo Province. The purpose of the study was to apply the Cognitive Restructuring psychotherapeutic technique to modify their erroneous thoughts related to their low self-esteem. We worked with eight women that were victims of abuse by their partner. At the beginning of the study the Rosenberg Scale was applied to determine the levels of self-esteem. The Cognitive Distortion Questionnaire was also applied to investigate the possible mistakes in their thoughts. Based on the information obtained, the Cognitive Restructuring Procedure was applied in order to modify the incorrect cognitive constructs and to restore the self-esteem of the women. The results obtained before applying the psychotherapeutic technique are summarized as follows: 83.34% of the participants presented low self-esteem and 16,6% presented a normal self-esteem. After applying the Cognitive Restructuring on the sample that was being investigated 66.66% presented high self-esteem. Regarding the cognitive distortions the Fallacy of Heavenly Rewards in 25% was still present in the mindsets of many participants because of the social and religious influence; similarly Minimization was still present in the same percentage. This general procedure to treat the incorrect functionality of the self-esteem encouraged interpersonal communication in the homes of the participants, bringing up abilities that were drowned by the fear caused by the hostile context in which they lived.

Reviewed by



Adriana Cundar R.
EFL Teacher Health and Sciences College
30-10-2014



INDICE GENERAL

DERECHO DE AUTORÍA	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PROBLEMATIZACIÓN	3
Planteamiento del Problema	4
Formulación del Problema	6
Objetivos	6
Justificación	7
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	9
Posicionamiento Personal	10
Fundamentación Teórica	11
Antecedentes de la Investigación	11
La Reestructuración Cognitiva	13
Antecedentes de la Reestructuración Cognitiva	13
Definición	14
Objetivos de la Reestructuración Cognitiva	15
Aplicaciones de la Reestructuración Cognitiva	15

Procedimiento para la Utilización de la Reestructuración	
Cognitiva	15
Distorsiones Cognitivas	17
La Autoestima	19
Antecedentes Históricos	19
Definición	20
Formación de la Autoestima	21
Niveles de Autoestima	22
Componentes de la Autoestima	26
Factores que deterioran la Autoestima	27
El maltrato	28
Definición	28
Tipos de Maltrato	29
Causas del Maltrato	30
Consecuencias del Maltrato	31
Etapas del desarrollo del Maltrato	32
El Ciclo del Maltrato	33
Autoestima en la Mujer Víctima de Violencia Marital	35
Situación Emocional de la Mujer Víctima de Violencia Marital	35
Algunos Mitos que Refuerzan la Cognición Errada Legitiman y Perpetúan el Maltrato hacia las Mujeres	36
Efectos que se Desarrollan a Partir del Trabajo de Prevención del Maltrato	36
Aplicación de la Reestructuración Cognitiva en la Autoestima de las mujeres maltratadas atendidas en el Subcentro de Salud	

“San Andrés”	37
Definición de Términos Básicos	39
Hipótesis y Variables	41
Operacionalización de Variables	42
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	43
Método	44
Población y Muestra	45
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	45
Técnicas para el Análisis e Interpretación de Resultados	47
CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	48
Análisis del Test de Rosenberg	49
Análisis del cuestionario de Distorsiones Cognitivas	53
Comprobación de la hipótesis.	65
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
Conclusiones	67
Recomendaciones	68
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	72
Anexo 1: Ficha de Observación	73
Anexo 2: Escala de Rosenberg	74
Anexo 3: Cuestionario de Distorsiones Cognitivas	75

Anexo 4: Taller 1	78
Anexo 5: Taller 2	79
Anexo 6: Taller 3	80
Anexo 7: Taller 4	81
Anexo 8: Taller 5	82
Anexo 9: Taller 6	83
Anexo 10: Taller 7	84
Anexo 11: Taller 8	85
Anexo 12: Taller 9	86
Anexo 13: Taller 10	87
Anexo 14: Ficha de Seguimiento Psicoterapéutico	88

INDICE DE CUADROS

CUADRO No. 1

Niveles de Autoestima de las Mujeres Maltratadas antes de la aplicación de la Reestructuración Cognitiva	49
--	----

CUADRO No. 2

Niveles de Autoestima de las Mujeres Maltratadas después de la aplicación de la Reestructuración Cognitiva	51
--	----

CUADRO No. 3

Tipos de Maltrato recibido por las Mujeres Maltratadas atendidas en el Subcentro de Salud de San Andrés.	53
--	----

CUADRO No. 4

Consumo de Alcohol o Drogas por parte del Agresor	55
---	----

CUADRO No. 5

Pareja Agresora Agredida en la Infancia	57
---	----

CUADRO No. 6

Mujeres Maltratadas víctimas de Violencia en la Infancia	59
--	----

CUADRO No. 7

Análisis de las Distorsiones Cognitivas que presentaron las Mujeres Maltratadas antes de la aplicación de la Reestructuración Cognitiva.	61
--	----

CUADRO No. 8

Análisis de las Distorsiones Cognitivas que presentaron las Mujeres Maltratadas después de la aplicación de la Reestructuración Cognitiva	63
---	----

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO No. 1

Gráfico de las Etapas del Desarrollo del Maltrato 33

GRÁFICO No. 2

Gráfico del Ciclo del Maltrato 24

GRÁFICO No. 3

Gráfico de los niveles de Autoestima de las Mujeres Maltratadas antes de la aplicación de la Reestructuración Cognitiva 49

GRÁFICO No. 4

Gráfico de los niveles de Autoestima de las Mujeres Maltratadas después de la aplicación de la Reestructuración Cognitiva 51

GRÁFICO No. 5

Gráfico de los tipos de Maltrato recibido por las Mujeres Maltratadas atendidas en el Subcentro de Salud de San Andrés. 53

GRÁFICO No. 6

Gráficos del Consumo de Alcohol o Drogas por parte del Agresor 55

GRÁFICO No. 7

Gráfico de la Pareja Agresora Agredida en la Infancia 57

GRÁFICO No. 8

Gráfico de las Mujeres Maltratadas víctimas de Violencia en la Infancia 59

GRÁFICO No. 9

Gráfico de las Distorsiones Cognitivas que presentaron las Mujeres Maltratadas antes de la aplicación de la Restructuración Cognitiva. 62

GRÁFICO No. 10

Gráfico de las Distorsiones Cognitivas que presentaron las Mujeres Maltratadas después de la aplicación de la Restructuración Cognitiva 64

INTRODUCCIÓN

El maltrato a la mujer por su pareja, al igual que otras formas de violencia de género, es fruto de una serie de creencias, conductas y/o costumbres sociales que están relacionadas con el sometimiento, castigo, discriminación o privación de libertad que han venido sufriendo las mujeres a lo largo de la historia por el solo hecho de ser mujeres, y que alcanza secuelas muy graves en el entorno familiar, y llevan a vivir a las mujeres en nichos emocionales destructivos que impiden su buen vivir.

Los esquemas cognitivos, emocionales y conductuales que llevan a muchas de las mujeres a soportar el maltrato se han ido arraigando en su personalidad a lo largo del tiempo debido a distintos factores y vivencias, tanto con su grupo familiar propio, como con el de origen y por influencia cultural.

La autoestima es uno de los pilares fundamentales para desenvolverse de una manera saludable en todos los contextos en los que vivimos ya que una buena autoestima incrementa las emociones positivas y nos permite alcanzar niveles de mayor eficiencia en las tareas que emprendemos, permitirá relacionarnos mejor con las personas, se podrá amar a la pareja y querer a los amigos más tranquilamente siendo una persona más independiente y autónoma. Todos estos aspectos se ven afectados en una mujer tras haber sufrido el maltrato de su pareja por lo cual es indispensable una intervención enfocada en fomentar el autocuidado psicológico y la higiene mental.

La presente investigación consta de V capítulos:

En el capítulo I se planteó el problema que se presentó en la población de mujeres maltratadas atendidas en el Sub Centro de Salud de San Andrés de la provincia de

Chimborazo, se formuló el objetivo general del trabajo y varios objetivos específicos, este capítulo concluye con la justificación de la investigación.

En el capítulo II se encuentra el marco teórico en el cual se describe de forma detallada la reestructuración cognitiva y la autoestima, también se encontrará información acerca del maltrato a la mujer, se definen términos básicos que se encuentran en este documento, también se aborda sobre el sistema de hipótesis, variables y su respectiva operacionalización.

En el capítulo III se detalla la metodología utilizada para la realización de esta investigación, se describe a la población investigada, las técnicas e instrumentos que se utilizaron para la ejecución del proyecto y las técnicas usadas para el análisis e interpretación de los resultados.

En el capítulo IV se analiza e interpreta los datos que corresponden al estudio de la información recopilada, procesada, analizada e interpretada, se presenta tablas de porcentajes en forma escrita y gráficos estadísticos.

En el capítulo V se plantea las conclusiones y se propone algunas recomendaciones.

CAPÍTULO I

PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato es una conducta aprendida y acarrea consecuencias nocivas para quien los sufre que pueden llegar a ser perceptibles o no como sucede en la mayoría de los casos. En un estudio multipaís realizado por la Organización Mundial de la Salud, el 71% de las mujeres de 15 a 49 años refirieron haber sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. (OMS, 2013)

En el año 2013 han muerto unas 1800 mujeres en América Latina debido al maltrato que sufren por sus parejas. Bolivia es, según cifras del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el país donde un porcentaje mayor de mujeres (52%) afirma haber sufrido violencia sexual o física por parte de un compañero íntimo. Le siguen Colombia con el 39%, luego se encuentra Perú con el 39% y finalmente esta Ecuador con el 31%. (PNUD, 2013)

En el Ecuador el 61% de las mujeres ha vivido algún tipo de violencia de género. 1 de cada 4 mujeres ha vivido violencia sexual, Estos son los datos principales que se concluyen de la Primera Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres según el INEC. Sin embargo, la violencia psicológica es la forma más recurrente de violencia de género en el país, con el 53,9% de casos. Y el 76% de mujeres ha sido violentada por su pareja o ex pareja, es decir, la mayoría de las veces, el delito o abuso no se comete en la calle o en el trabajo sino, por el contrario, sucede puertas adentro, en el espacio privado: la casa, la cama, el hogar. En Ecuador, en los diez primeros meses de 2013, se han registrado 47 feminicidios, según la Comisión Ecuatólica de Derechos Humanos (CEDHU), que recordó que estos casos "son cada vez más crueles" y que en ocasiones "los cuerpos de las víctimas aparecen torturados, mutilados y con signos de violencia sexual".

La provincia de Chimborazo según datos del Ministerio de Salud Pública se encuentra en el tercer grupo, a escala nacional, en las estadísticas sobre violencia familiar en relación a la densidad poblacional en el 2013. Pero para la Unidad de Atención de Violencia Intrafamiliar de la Policía, los casos no han disminuido. Según sus estadísticas, en enero atendieron 52; en febrero, 45; marzo, 55; abril, 75 y

mayo, 79. De estos, el 75% corresponde a violencia física; el 24%, a psicológica, datos correspondientes al año mencionado anteriormente. (DEVIF, 2013)

Durante el desarrollo de las prácticas pre profesionales realizadas en el periodo febrero-abril 2013 en el Sub Centro de Salud de San Andrés de la Provincia de Chimborazo se atendieron 18 pacientes en el área de psicología y se identificó que el 45% de pacientes atendidas fueron mujeres agredidas por su pareja demostrando con esta población el alto índice de maltrato que existe en esta parroquia.

Después de haber realizado entrevistas con las participantes y basándose además en criterios de observación clínica se pudo determinar que las principales causas para que exista maltrato en esta población son: la baja escolaridad tanto de la mujer maltratada como del agresor, el hecho de haber presenciado escenas de violencia entre los progenitores, la exposición a maltrato durante la infancia, actitudes de aceptación de la violencia, las desigualdades de género, abuso de sustancias por parte del agresor y limitadas posibilidades económicas.

Entre los efectos que se evidenciaron en las mujeres víctimas de maltrato que participaron en la investigación podemos mencionar: dependencia hacia su pareja ya que sus decisiones las tomaba en base al criterio de su esposo, altos niveles de autocrítica generalmente negativa con referencia a las actividades que realizaba, miedo a enfrentar situaciones nuevas que no sean del agrado de su pareja, estrés causado por el pensamiento de que cualquier cosa que realice no será del gusto de su pareja, ansiedad al relacionarse con otras personas, falta de comunicación referentes a sus pensamientos y sentimientos, aislamiento provocado por el continuo desamparo social, y baja autoestima.

Las mujeres con baja autoestima piensan que valen poco, esperan ser engañadas, pisoteadas, menospreciadas por los demás y como se anticipan a lo peor lo atraen y generalmente les llega. Como defensa, se ocultan tras un muro de desconfianza y se hunden en un terrible estado de soledad y aislamiento. Así, aisladas de los demás, se vuelven apáticas, indiferentes hacia sí mismas y con las personas que les rodean. Les

resulta difícil ver, oír y pensar con claridad; el temor es una consecuencia natural de esta desconfianza y aislamiento, evita que se arriesguen en la búsqueda de nuevas soluciones para los problemas y así da lugar a un comportamiento autodestructivo (Satir, 1978).

La baja autoestima que experimentan las mujeres maltratadas se debe a la inseguridad acerca de quiénes son y falta de confianza en ellas mismo, esconder los verdaderos sentimientos, miedo al cambio, sumisión, sentimientos de inferioridad e inutilidad (Riso, 2011)

Como Psicólogos Clínicos es de nuestro interés tratar de dar solución a esta problemática por lo que es imprescindible el abordaje directo en este tema con el objetivo de incrementar el nivel de autoestima de las mujeres maltratadas, aplicando técnicas psicoterapéuticas que modificaran las cogniciones y emociones que provocan malestar en las mujeres mejorando así su salud mental.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la Reestructuración Cognitiva en la autoestima de las mujeres maltratadas?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la influencia de la reestructuración cognitiva en la autoestima de las mujeres maltratadas atendidas en el Sub Centro de Salud de San Andrés – Riobamba.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de autoestima que presentan las mujeres maltratadas, en base a la aplicación de un reactivo psicológico.
- Determinar las distorsiones cognitivas que presentan las mujeres maltratadas, en base a la aplicación de un cuestionario.

- Aplicar la reestructuración cognitiva en la autoestima de las mujeres que han sido víctimas de maltrato.
- Analizar los resultados de la aplicación de la reestructuración cognitiva y su relación con la autoestima.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La Autoestima se refiere al concepto que se tiene de propia valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre sí mismo ha recabado el individuo durante su vida, (Fanning, 1999); la Reestructuración Cognitiva al ser una técnica psicoterapéutica se enfoca directamente en la identificación de cogniciones erradas, las modifica entrenando a las participantes en analizar sus pensamientos relacionados con la autoestima. (Riso, 2006).

Considerando las cogniciones erradas en este tipo de población es necesario desarrollar habilidades en las participantes para cuestionar los pensamientos que preceden a las emociones que causan malestar para que sean capaces de emplear la técnica psicoterapéutica en los momentos en los cuales aparezca algún tipo de disfuncionalidad. También podrán descartar cogniciones que no tienen una base real y que fomentan la baja autoestima.

La realización de este trabajo pone de manifiesto todas las aptitudes académicas y los valores éticos y morales que han sido aprendidos en nuestra carrera profesional. Se lo realiza como un aporte científico y práctico en beneficio de sectores vulnerables alejados del buen vivir en los cuales la participación de los investigadores resulta imprescindible.

La importancia radica en el conocimiento acerca de la Autoestima, Reestructuración Cognitiva y Maltrato que se va a brindar a la población afectada. La ejecución del mismo beneficiaría directamente a la muestra en estudio y de manera indirecta a posibles casos que pudieran desencadenar es decir el trabajo no solo va enfocado en un grupo específico sino también resultaría una manera preventiva en atención primaria.

El beneficio que obtendrán las participantes de este proyecto está ligado directamente en mejorar la autoestima a través de la Reestructuración Cognitiva la cual modificará las cogniciones que influyen directamente en la autoestima, podrán entonces quererse profundamente, amar desde la dignidad humana, incrementar las emociones positivas. Permitirá además entre otras cosas alcanzar mayor eficacia en las tareas, mejorar las relaciones con las personas, establecer un vínculo más equilibrado con los demás y ganar independencia y autonomía.

El estudio es factible realizarlo porque se dispone de una bibliografía amplia y clara acerca de la problemática, se cuenta con la autorización del director del Distrito de Salud No 6 y la colaboración del cuerpo médico y administrativo del Sub Centro. Se dispone de material necesario, así como el espacio físico destinado. Las mujeres con las cuales se va a trabajar muestran interés y cooperación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 LÍNEA DE LA INVESTIGACIÓN: UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

- **LINEA MACRO: SALUD INTEGRAL**
- **SUBLÍNEA: CONDUCTA Y SALUD MENTAL, SOCIAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL.**

2.2 POSICIONAMIENTO PERSONAL

La investigación está basada en la técnica de la reestructuración cognitiva propuesta por Aaron Beck quien fue “Presidente del Instituto de Beck para la Terapia e Investigación Cognitiva y profesor de Psiquiatría en la Universidad de Pennsylvania” refiriendo que la Reestructuración Cognitiva consiste en que el paciente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. (Beck, 1983)

Sabiendo que las mujeres maltratadas minimizan el maltrato que sufren por su pareja, tienen una idea sobregeneralizada y desadaptativa acerca de su relación, visualizan o adelantan acontecimientos en los cuales ellas están convencidas de que lo peor les va a ocurrir, se sienten culpables por el maltrato que reciben, y refieren que algún día el maltratador cambiará de actitud; por ello estas cogniciones deben ser modificadas para mejorar su autoestima y su modo de relacionarse.

Virginia Satir especialista en Psicoterapia Familiar refiere que la autoestima es el valor individual que cada quien tiene de sí mismo y puede ser remodelada a cualquier edad. El primer paso es descubrir la subestimación propia y reconocer esta situación, luego viene la disposición para cambiar.

El desarrollo de la autoestima requiere del tiempo, paciencia y el valor necesario para correr el riesgo de probar cosas nuevas. Dice “si invertimos energía en este esfuerzo,

descubriremos recursos ocultos a través del desarrollo de sentimientos de valía personal” (Satir, 1978)

2.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Mediante la revisión bibliográfica se ha podido encontrar los siguientes estudios relacionados con la investigación:

“Entrenamiento en reestructuración cognitiva para disminuir la depresión en mujeres víctimas de agresiones sexuales”. Ecuador, Quito 2013

Trabajo de postgrado sobre Psicoterapia, Psicofisiología, específicamente emociones y violencia. El objetivo fundamental fue reducir niveles depresivos de mujeres agredidas sexualmente. La presencia de ideas irracionales o pensamientos negativos en estas víctimas, que trunca la culminación de procesos legales a sus agresores; motiva a probar que la reestructuración cognitiva disminuye los niveles depresivos. Se fundamenta en enfoque cognitivo conductual de Beck, que se basa en la corrección de ideas irracionales fundamentadas en la realidad objetiva; en la descripción de sus capítulos menciona aspectos sobre: Violencia contra la mujer, Depresión y Valor de la terapia psicológica cognitiva en el tratamiento de la depresión, Corresponde a un investigación de tipo cuantitativo, no experimental transversal, con método deductivo. A una población total de catorce pacientes con claros síntomas de depresión, remitidas por las distintas autoridades judiciales, se ha evaluado niveles depresivos, evidenciando niveles depresivos leves, moderados y graves. Aplicada la terapia, se ha logrado mejoramiento muy significativo.

Mujeres maltratadas por su pareja en El Salvador: características sociodemográficas y de salud. El Salvador, 2009

Se trata de una investigación científica desarrollada en El Salvador en la que se evalúa la salud y calidad de vida de las mujeres maltratadas por su pareja, analizando su estado de salud física y mental, el maltrato que sufren, así como las características

sociodemográficas y el nivel educativo de dichas mujeres y de sus parejas maltratadoras. El maltrato a la mujer por su pareja constituye uno de los más graves problemas sociales de El Salvador, suponiendo éste un indicador más de la lamentable situación en la que se encuentran muchas de las mujeres de El Salvador las cuales, en la mayoría de los casos, viven en condiciones precarias y sin tener cubiertas las necesidades mínimas de alimentación, educación e higiene. Su acceso a trabajos cualificados es muy escaso y, además, tienen a su cargo más de una cuarta parte de los hogares del país (Oxfam Internacional, 2005).

El objetivo general de esta tesis fue el estudio de la salud de las mujeres salvadoreñas maltratadas por su pareja, analizando las condiciones demográficas y sociales en que se produce.

En concreto, este trabajo intenta conocer el nivel formativo y laboral, tanto de de las mujeres maltratadas como de sus parejas, las características socio demográficas y de salud de ellas y sus familias, así como el consumo de sustancias por parte de la mujer maltratada y su agresor. También se plantea conocer el tipo y patrón de abusos del que son víctimas, la presencia de trastorno de estrés post-traumático, depresión grave, ansiedad, insomnio, sintomatología somática, enfermedades físicas, consumo de medicamentos, disfunción social, su autoestima y seguridad en sí mismas.

La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano, Venezuela, Maracaibo 2005

El presente estudio enfocó su objetivo en analizar la teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo humano.

El tipo de investigación fue documental, cualitativa, con diseño documental bibliográfico, tomando como referencia un caso clínico para ilustrar la temática de estudio. Para efectos del estudio, se describieron los planteamientos de los autores en torno a las distintas conceptualizaciones de la autoestima, explicando los avances en el abordaje de la autoestima como variable del proceso terapéutico del individuo.

También se analizaron los aportes de la teoría de la autoestima como elemento promotor del desarrollo humano: teniendo como elemento presente la Psicología Transpersonal, y se analizó la aplicabilidad de la teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo humano en un caso práctico-clínico. Las conclusiones del estudio sintetizan la importancia de la autoestima en el desarrollo humano, señalando los aportes que las teorías han agregado como valor a estas explicaciones e intervenciones terapéuticas prácticas. Se realizan recomendaciones para mejorar la base teórica existente, así como lineamientos a considerar bajo el enfoque transpersonal, como elemento de esencial importancia en el tratamiento de la autoestima para procurar el desarrollo humano.

2.4 LA RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Como técnica cognitiva, la Reestructuración Cognitiva es utilizada principalmente para identificar y corregir los patrones de pensamiento negativo. La técnica consiste en la discusión de los pensamientos automáticos negativos que se producen en situaciones que provocan ansiedad o cualquier otro tipo de perturbación emocional y su sustitución por creencias o pensamientos más racionales. A medida que los pensamientos son enfrentados y puestos en duda, su capacidad para provocar estrés o ansiedad se debilita.

La Reestructuración Cognitiva es una de las técnicas más habituales en consulta, aunque su aplicación no es nada fácil. Es necesario un buen conocimiento del trastorno a tratar y se necesita agilidad mental y creatividad para mantener una interacción fluida y satisfactoria con el paciente. (Labrador, 1997)

2.4.1 ANTECEDENTES DE LA RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

La Reestructuración Cognitiva, fue desarrollada e introducida a la literatura psicológica en el año de 1958, por Albert Ellis. A través de las décadas fue ampliado y profundizado por los practicantes de la Terapia Racional Emotiva y posteriormente por la escuela de Aaron Beck. Actualmente se aplica en una gran variedad de

poblaciones, entre ellas, adultos, adolescentes, niñas y niños de edad escolar y poblaciones esquizofrénicas, con modificaciones técnicas importantes, aún en desarrollo (Mackay, 1985).

Para comprender la utilidad de esta técnica se debe comprender la importancia que tiene aquello que se piensa en las emociones y en la manera de actuar. Las personas tienden a interpretar de forma diferente una situación conflictiva. Estas variaciones dependen de factores individuales, las diferentes maneras de ver una situación llevan a sentir diferentes emociones y a que las formas de comportarse ante la situación también varíen.

En definitiva, la forma en que se interpreta una situación influye de forma determinante sobre como se vive y en las alteraciones que se pueden presentar por ello.

2.4.2 DEFINICIÓN

La Reestructuración Cognitiva según Aaron Beck es una técnica psicoterapéutica derivada de la psicología cognitiva que consiste en que el paciente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros (Beck, 1983)

La reestructuración cognitiva es una técnica psicológica, el objetivo de la cual es identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas (Riso, 2006).

La reestructuración cognitiva es un procedimiento técnico por el cual las personas aprenden a cambiar algunas maneras de pensar distorsionadas que conducen a malestar emocional y frustración (Labrador, 1997).

2.4.3 OBJETIVOS DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

La Reestructuración Cognitiva tiene como fin mejorar la salud mental del individuo a través de la modificación de cogniciones erradas que se encuentran instauradas en el esquema mental. (Beck, 1979)

Los principales objetivos de la Reestructuración Cognitiva son:

- Modificar cogniciones erradas que causan malestar.
- Incrementar emociones positivas.
- Cuestionar por si sola las cogniciones, sin la ayuda del terapeuta.
- Pensar de manera más funcional y científica.

2.4.4 APLICACIONES DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

La Reestructuración Cognitiva es una técnica que ha sido utilizada a nivel mundial por profesionales de la Salud mental y ha servido para tratar problemas de adicciones, ansiedad, ansiedad social, depresión autoestima, crisis de pánico, impulsividad, violencia, conflictos de relación, estrés, trastornos psicossomáticos. (Riso, 2006)

2.4.5 PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.

Las personas están constantemente inmersas en un diálogo consigo mismas, aunque no siempre se den cuenta. Una persona puede creer que no está pensando nada en una determinada situación, ya que los pensamientos han estado tan bien aprendidos que llegan a hacerse automáticos (como sucede en algunos actos como conducir un coche o caminar). Esto, en general, es positivo, sería imposible estar continuamente pendientes de los pensamientos. Aún así, cuando inciden negativamente en la manera de sentir o actuar, es necesario identificarlos para poderlos modificar.

Beck utiliza esta técnica para modificar distorsiones cognitivas y describe tres pasos para su ejecución:

- ✓ **IDENTIFICAR PENSAMIENTOS NEGATIVOS:** Es importante identificar los pensamientos inadecuados rápidamente para evitar que nos invadan y para cortar círculos viciosos. No obstante, la identificación de los propios pensamientos no siempre es tan fácil como parece, y para algunas personas, conocer los tipos de pensamientos habituales no es suficiente. Uno mismo no puede ser consciente de muchos pensamientos si no es que se auto observa y se entrena para conseguirlo (Beck, 1983)

- ✓ **EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PENSAMIENTOS:** Una vez identificados los pensamientos, se tienen que analizar. Una buena manera de hacerlo es, mediante preguntas; el hecho de tenerlas que responder mentalmente obliga a reflexionar. El tipo de preguntas tienen que ir encaminadas en plantearse tres ámbitos. De esta manera se verá que hay pensamientos que no son realistas, que dificultan la resolución de la situación y que, aunque fuesen reales, el nivel de gravedad no sería tan alto como parecía en un principio (Beck, 1983).

- ✓ **BÚSQUEDA DE PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS:** El último paso del procedimiento es la búsqueda de formas alternativas de interpretar la situación que reflejen de manera inadecuada la realidad. Es muy importante tener claro que no se trata de engañarse, sino de ver las cosas de la forma más realista posible para afrontarlas adecuadamente. Los pensamientos alternativos son las conclusiones de la reestructuración. Una vez obtenidos se pueden utilizar como auto instrucciones, es decir, aquello que una persona se dice a sí misma en el momento en que le invaden los pensamientos no adaptativos y que ayudará a ver la realidad de una forma más objetiva (Beck, 1983).

Por otra parte Riso utiliza esta técnica para el control de distorsiones cognitivas y consiste en:

- ✓ Reflexionar sobre la incidencia que tienen los pensamientos o interpretaciones sobre las emociones y conductas.
- ✓ Ser conscientes de que nuestros pensamientos o interpretaciones son simples hipótesis, es decir algo que se debe demostrar.
- ✓ Identificar esos pensamientos o interpretaciones.
- ✓ Analizar los pensamientos o interpretaciones identificados previamente, para comprobar hasta qué punto se ajustan a la realidad objetiva. Identificar los errores que cometemos, que a veces nos repetimos sin darnos cuenta.
- ✓ Buscar otros pensamientos o interpretaciones alternativas, más ajustadas a la realidad (Riso, 2006).

2.4.6 DISTORSIONES COGNITIVAS

Las distorsiones cognitivas son engaños que nos creemos y de los que estamos completamente convencidos, distorsionan la realidad de lo que pensamos sobre nosotros mismos, sobre otras persona, sobre el futuro, y sobre lo que nos rodea, comúnmente causan emociones y conductas disfuncionales que se caracterizan por causar sufrimiento, llevar a cabo comportamientos auto saboteadores y dificultan la realización de las conductas necesarias para lograr objetivos propios (Mackay, 1985).

Las distorsiones cognitivas que presentaron las mujeres maltratadas atendidas en el Sub centro de salud San Andrés de la provincia de Chimborazo se obtuvieron después de la aplicación de un cuestionario específico para la identificación de las mismas; las distorsiones que presentaron fueron:

- ✓ **VISIÓN CATASTRÓFICA:** Consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales, en ponerse sin prueba alguna en lo peor para uno mismo; en relación a esto las mujeres maltratadas estaban

convencidas de que todo lo que ocurrirá en el futuro con relación de pareja va a ser fatal.

- ✓ **CULPABILIZACIÓN:** Consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos totalmente a uno mismo sin tener en cuenta otros factores que contribuyen a los acontecimientos; debido a esta distorsión cognitiva las mujeres maltratadas se echan la culpa de las agresiones por parte de su pareja evidenciándose esto en frases como: “tengo la culpa de que me pegue porque soy una mala esposa”.
- ✓ **INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO:** Se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás; en relación a esto las participantes afirmaban que su pareja pensaba cosas negativas sobre ellas, esto las llevaba a actuar de manera negativa y apática siendo esto poco agradable para su pareja y ocasionaba episodios de violencia.
- ✓ **FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA:** Consiste en la tendencia a no buscar solución a los problemas actuales suponiendo que la situación mejorara mágicamente en el futuro; así la mujeres maltratadas estaban convencidas de que algún día inesperado Dios hará que su pareja cambie y el maltrato por fin termine.
- ✓ **SOBREGENERALIZACIÓN:** Consiste en sacar una conclusión general de un solo hecho particular sin base suficiente. En relación a esto las participantes estaban convencidas de que a causa del maltrato recibido por sus parejas nunca podrán ser felices y que todos los hombres son maltratadores.

- ✓ **MINIMIZACIÓN:** Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado sobre la base de la evidencia real; de esta manera las mujeres maltratadas referían que el maltrato no era tan grave o que su esposo solo las golpea un poco o solo en ciertas ocasiones.

2.5 LA AUTOESTIMA

El amor a uno mismo es un dique de contención contra el sufrimiento mental. Amarse a uno mismo no solamente es el punto de referencia para saber cuánto se debe amar a los demás, sino que parece actuar como un factor de protección para las enfermedades psicológicas y un elemento que genera bienestar y calidad de vida. Activar toda la autoestima disponible es el primer paso hacia cualquier tipo de crecimiento psicológico y mejoramiento personal es decir tener la capacidad genuina de reconocer, sin vergüenza ni temor las fortalezas y virtudes que poseemos, integrarlas al desarrollo de nuestra vida y volcarlas a los demás de manera efectiva y compasiva (Riso, 2012)

2.5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En el libro Principios de Psicología de William James, cuya primera edición se publicó en 1890, se encuentra el primer intento de definir autoestima. Tales intentos describían a la autoestima como la descomposición de un yo global, yo conocedor, y yo conocido.

Se pueden destacar las aportaciones de Morris Rosenberg, 1965, desde una aproximación sociocultural. Aquí la autoestima es definida como una actitud, tanto positiva como negativa, que la gente tiene sobre sí misma. Se concibe la autoestima como producto de las influencias de la cultura, sociedad, familia y las relaciones interpersonales.

La autoestima cobró fuerza en la década de los ochenta. No sólo empezaron a publicarse cada vez más libros que hacían referencia a la palabra y se extendía en el

tema, sino que comenzaron aparecer estudios más científicos; sin embargo, aún hoy no hay un consenso en cuanto a lo que significa el término.

Numerosas investigaciones psicopedagógicas sobre la autoestima destacan su decisiva importancia para el pleno desarrollo del potencial dinámico de la persona: para Branden, tener autoestima positiva es el requisito fundamental para una vida plena. Para Maslow es una teoría sobre la autorrealización, afirmando que cada uno de nosotros posee una naturaleza interna o que por lo menos no parece ser, Maslow menciona las necesidades humanas (vida, inmunidad, seguridad, pertenencia, afecto, respeto, autoestima y autorrealización). Las emociones y potencialidades humanas básicas son positivamente buenas.

Por ello, en el presente trabajo, se abordan cuestiones referidas a la definición y conceptualización de la autoestima y a la manifestación e importancia de la autoestima en la dinámica del comportamiento humano.

2.5.2 DEFINICIÓN

Virginia Satir especialista en Psicoterapia Familiar refiere que la autoestima es el valor individual que cada quien tiene de sí mismo y puede ser remodelada a cualquier edad. El primer paso es descubrir la subestimación propia y reconocer esta situación, luego viene la disposición para cambiar. El desarrollo de la autoestima requiere del tiempo, paciencia y el valor necesario para correr el riesgo de probar cosas nuevas. Dice “si invertimos energía en este esfuerzo, descubriremos recursos ocultos a través del desarrollo de sentimientos de valía personal” (Satir, 1978)

La Asociación Nacional para la Autoestima de los Estados Unidos (National Association for Self-Esteem) define autoestima como la experiencia de tener capacidad para enfrentar los desafíos de la vida y ser merecedor de la felicidad. Las personas que tienen una autoestima auténtica y saludable se ven a sí mismas como seres humanos positivos, responsables, constructivos y confiables.

Nathaniel Brande define autoestima como la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades ésta, y aunque considera que esta definición aún se puede perfeccionar, también la define como:

- ✓ La confianza en tu capacidad de pensar y de enfrentar los retos que la vida te presenta.
- ✓ La confianza de tu derecho a la felicidad, de ese sentimiento que te dignifica y te hace merecedor de valorarte a ti mismo como persona, y las aportaciones que haces al mundo como tal (Brande, 1999).

2.5.3 FORMACIÓN DE LA AUTOESTIMA

El interés por el autoconcepto y autoestima en el niño es porque éstas son esenciales para un buen desarrollo del individuo en todos los ámbitos, la imagen que una persona tiene de sí misma se basa en el conocimiento que una persona tiene de lo que ha hecho y ha sido, y sirve como guía a la hora de decidir qué hacer o ser en el futuro.

El autoconcepto que se construye en la niñez suele ser sólido y puede perdurar hasta la edad adulta. Si en esta época un niño se forma una imagen negativa de sí mismo, también puede acompañarle hasta mucho tiempo después de haber abandonado la niñez. Por este motivo, puede resultar útil para padres ayudar a los niños a formarse una imagen positiva de sí mismos, el autoconcepto que un niño tiene de sí mismo es muy importante para el desarrollo de la autoestima. La autoestima es el sentido de la propia valoración, los niños comparan sus yo ideales con sus yo reales y se juzgan a sí mismos.

Las opiniones que los niños tienen de sí mismos ejercen una gran influencia en el desarrollo de la personalidad y sobre todo en su estado de ánimo. Los niños con una autoestima alta tienden a ser alegres, mientras que los niños con baja autoestima suelen mostrarse deprimidos o irritables. Los niños con autoestima alta son

confiados, curiosos e independientes, confían en sus propias ideas, inician retos o actividades nuevas con confianza, se sienten orgullosos de su trabajo y se describen de forma positiva, toleran bien la frustración, se adaptan bien al cambio, perseveran para alcanzar una meta y pueden manejar adecuadamente una crítica o las burlas. Por el contrario, los niños con baja autoestima no confían en sus propias ideas, carecen de confianza, tienen falta de voluntad, observan en lugar de explorar por sí mismos, se retraen, se alejan de otros niños, se describen de manera negativa y no se sienten orgullosos de su trabajo. Dentro del jardín de niños, podemos observar las diversas manifestaciones del autoestima del niño, ya sea durante las participaciones en actividades colectivas o individuales, a la hora de jugar con otros o en la interacción adulto-niño, del mismo modo este análisis es importante para los padres porque pueden formular estrategias de apoyo para que el niño desarrolle un autoconcepto y autoestima que pueda influir de manera positiva en su aprendizaje y en las relaciones interpersonales. (Piaget, 1964)

2.5.4 NIVELES DE AUTOESTIMA

Los niveles de autoestima suelen ser diferentes en cada persona dependiendo del contexto en el que han crecido y en el que actualmente llevan su desarrollo, existen varios niveles de autoestima:

✓ AUTOESTIMA ALTA

Es conocerse y aceptarse a sí mismo apreciando sus habilidades y destrezas, mostrándose seguro y satisfecho de sus logros. La posee aquella persona que conoce muchos aspectos de sí, aprecia sus cualidades y virtudes, se siente orgulloso de lo que es y está seguro de que puede ser mucho mejor.

Según Virginia Satir la persona con autoestima alta siente que tiene importancia, que el mundo es un lugar mejor él está ahí, tiene fe en su propia competencia, solicita la ayuda de los demás porque tiene fe en sus propias decisiones y en que el mismo significa su mejor recurso; al apreciar debidamente su propio valor está dispuesto a respetar el valor de los demás, irradia confianza y esperanza, no tiene reglas para

ninguno de sus sentimientos, se acepta totalmente a sí mismo como ser humano, toma los sentimientos negativos como pasajeros; integridad, honestidad responsabilidad, compasión y amor todo fluye fácilmente en una persona con autoestima alta, por lo general las personas con autoestima alta provienen de familias nutridoras (Satir, 1978).

Según la Asociación Nacional para la Autoestima de los Estados Unidos, la persona que se autoestima suficientemente se desarrolla de la siguiente manera:

- Cree con firmeza en ciertos valores y principios, y está dispuesta a defenderlos incluso aunque encuentre oposición. Además, se siente lo suficientemente segura de sí misma como para modificarlos si la experiencia le demuestra que estaba equivocada.
- Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio criterio, y sin sentirse culpable cuando a otros no les parezca bien su proceder.
- No pierde el tiempo preocupándose en exceso por lo que le haya ocurrido en el pasado ni por lo que le pueda ocurrir en el futuro. Aprende del pasado y proyecta para el futuro, pero vive con intensidad el presente.
- Confía plenamente en su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar fácilmente por fracasos y dificultades. Y, cuando realmente lo necesita, está dispuesta a pedir la ayuda de otros.
- Como persona, se considera y siente igual que cualquier otro; ni inferior, ni superior; sencillamente, igual en dignidad; y reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.
- Da por sentado que es interesante y valiosa para otras personas, al menos para aquellos con los que mantiene amistad.
- No se deja manipular, aunque está dispuesta a colaborar si le parece apropiado y conveniente.
- Reconoce y acepta en sí misma diferentes sentimientos y pulsiones, tanto positivas como negativas, y está dispuesta a revelárselos a otra persona, si le parece que vale la pena y así lo desea.

- Es capaz de disfrutar con una gran variedad de actividades.
- Es sensible a los sentimientos y necesidades de los demás; respeta las normas sensatas de convivencia generalmente aceptadas, y entiende que no tiene derecho a medrar o divertirse a costa de otros.

✓ **AUTOESTIMA NORMAL**

Al tener suficiente confianza consigo mismo, permite a la persona afrontar la vida con cierto equilibrio imprescindible para asumir las dificultades del camino, de esta manera es como se concibe la normalidad en la autoestima (Rosenberg, 1979)

El nivel de autoestima normal, oscila entre la autoestima alta y baja y obedece a sentirse apto o de repente inútil; acertado o equivocado. No hay una plena estabilidad emocional. La persona posee una ambivalencia poco común padeciendo cambios de actitud alternados que desconciertan a los afectados mismos haciendo que su problemática se complique y dificulte una posible solución.

Una persona con una autoestima en un punto medio sabe reconocer sus propias habilidades y al mismo tiempo sabe reconocer sus defectos. Con esta manera realista y equilibrada de valorarse favorece a que las demás personas lo respeten y valoren.

✓ **AUTOESTIMA BAJA**

Son todas las actitudes negativas e inseguridades que posee de sí mismo y no le permite afrontar nuevos retos. La posee aquella persona que se considera menos que los demás, desprecia sus dotes naturales, siente que los demás no lo valoran, nunca piensa bien de sí mismo.

Según Virginia Satir la persona con autoestima baja piensa que vale poco, espera ser engañada, pisoteada, menospreciada por los demás y como se anticipa a lo peor lo atraen y generalmente les llega. Como defensa se oculta tras un muro de desconfianza y se hunde en un terrible estado de soledad y aislamiento. Así aislado

de los demás, se vuelve apático, indiferente hacia sí mismo y con las personas que los rodean. Les resulta difícil ver, oír y pensar con claridad y por consiguiente tienen mayor propensión a pisotear a los demás. No es de sorprenderse que en ocasiones las personas con baja autoestima recurran a las drogas, al suicidio o al asesinato, por lo general las personas con baja autoestima provienen de familias conflictivas (Satir, 1978).

Según la Asociación Nacional para la Autoestima de los Estados Unidos la persona con autoestima deficiente suele manifestar algunos de los siguientes síntomas:

- Autocrítica rigorista, tendente a crear un estado habitual de insatisfacción consigo misma.
- Hipersensibilidad a la crítica, que la hace sentirse fácilmente atacada y a experimentar resentimientos pertinaces contra sus críticos.
- Indecisión crónica, no tanto por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.
- Deseo excesivo de complacer: no se atreve a decir «no», por temor a desagradar y perder la benevolencia del peticionario.
- Perfeccionismo, o auto exigencia de hacer perfectamente, sin un solo fallo, casi todo cuanto intenta; lo cual puede llevarla a sentirse muy mal cuando las cosas no salen con la perfección exigida.
- Culpabilidad neurótica: se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar a perdonarse por completo
- Hostilidad flotante, irritabilidad a flor de piel, siempre a punto de estallar aun por cosas de poca importancia; propia del supercrítico a quien todo le sienta mal, todo le disgusta, todo le decepciona, nada le satisface.
- Tendencias defensivas, un negativo generalizado (todo lo ve negro: su vida, su futuro y, sobre todo, su sí mismo) y una inapetencia generalizada del gozo de vivir y de la vida misma.

2.5.5 COMPONENTES DE LA AUTOESTIMA

La autoestima es la percepción auto evaluativa de sí misma o un estado aprendido, el cual es observable por medio de la conducta brindando información de cómo se siente y piensa con respecto de a sí mismo y a los demás (Rosenberg, 1979), la autoestima está integrada por:

- Autoconocimiento: Conocer los puntos que compone el Yo, el cual se manifiesta por las necesidades y habilidades, los papeles que vive a través de las cuales conoce por qué y cómo actúa y siente. Si la persona posee esto lograra tener una personalidad fuerte y unificada.
- Autoconcepto: Serie de creencias con respecto a si misma, que se manifiesta en la conducta.
- Autoevaluación: Refleja la capacidad interna de evaluar las cosas como buenas y malas.
- Autoaceptación: Suele definirse, en sentido genérico, como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo. Pensamientos y sentimientos que, consecuentemente, permiten diferenciar dos componentes o dimensiones de los mismos: los cognitivos y los evaluativos
- Autorespeto: Atender y satisfacer las propias necesidades y valores, que le haga sentir orgullo de sí misma.
- Autovaloración: La autovaloración surge como producto de las valoraciones de las personas que rodean al individuo y por los resultados de sus actividades (éxito o fracaso), incluye la facultad de evaluar las habilidades y posibilidades, de examinarse con espíritu crítico, y por tanto permite al hombre "medir" fuerzas de acuerdo con las exigencias del medio ambiente y, en consonancia con ello, plantearse independientemente determinados objetivos y misiones.

2.5.6. FACTORES QUE DETERIORAN LA AUTOESTIMA

Todos creen que la autoestima es la seguridad que las personas adquieren por repetirse mil y un veces que son valiosas y buenas. Pero en realidad la autoestima, es decir el poder de amarse a sí mismo, es un aspecto del mundo psíquico que necesita ser sostenido a lo largo del tiempo y es frágil y vulnerable, sobre todo si se acerca a ciertos contenidos de la primera infancia.

La personalidad tiende a ser estable, una estructura más o menos consolidada, pero la autoestima no funciona igual. Es un sentimiento, que no queda establecido indefinidamente; pues puede ser destruido con un acto de desamor o de violencia en cualquiera de sus manifestaciones.

La calidad de vínculos que los seres humanos construimos, los líderes, maestros, amigos y toda experiencia de contacto con una persona “toca” el mundo interior de la otra.

Los seres humanos crean y recrean grupos e instituciones que dan pertenencia – identidad – protección a las personas pero inicialmente es el hogar, el ente que la proporciona. Cuando se trata de un hogar disfuncional, la tendencia humana es salir a buscarla afuera, pudiéndolo lograr en los grupos y vínculos que la persona funda o ingresa.

El amor propio se construye según la imagen que los demás nos devuelven y, por supuesto, el valor primordial es el que nuestros padres nos dieron desde que nacimos hasta que llegamos a la adolescencia.

Sin embargo, muchas personas estables pueden desestabilizarse cuando eligen individuos que tocan ese punto medular de su ser y éstos a su vez dan un golpe a través de gestos y actitudes.

Entre los factores que alteran la autoestima tenemos:

En el Hogar la Autoestima puede alterarse a través de las humillaciones, los golpes, el abuso sexual, el abuso físico a otros miembros de la casa, la falta de cobertura de

las necesidades primarias, las ausencias prolongadas, amenazas, depresión de los padres, alcoholismo y drogas.

En el contexto social en el cual se desarrolla el individuo la Autoestima suele verse alterada por la violencia de la autoridad, la soledad frente a necesidades de salud o cuidado, el desprecio, los insultos.

A nivel escolar en los niños la Autoestima puede alterarse por el sistema de calificaciones, sistemas de castigo, educación no personalizada, jerarquías rígidas y distantes, ausencia de tutor, vergüenzas y humillaciones, distancia profesor – alumno.

2.6 EL MALTRATO

El maltrato a la mujer es un acto de cobardía y machismo que desgraciadamente afecta de manera radical al núcleo familiar, haciendo que este caiga en desorden y termine destruyéndose. El maltrato y el abuso afectan a mujeres de todo tipo de orígenes, a veces las mujeres son atacadas por extraños pero más a menudo son lastimadas por personas cercanas a ellas y esto puede causar un terrible dolor emocional y físico (Breswter, 2002)

2.6.1 DEFINICIÓN

Las Naciones Unidas definen al maltrato contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada"

Según la OMS se entenderá por maltrato contra la mujeres en las relaciones familiares, como (cualquier acto u omisión así como) los repetidos abusos físicos, psicológicos, sexuales y o patrimoniales llevado a cabo por una persona de la familia con la cual se mantiene relación afectiva, de confianza o erótica y cualquier condición que resulte de dichos actos que priven a las mujeres de iguales derechos y

libertades e interfiera con su máximo desarrollo y libertad de elegir.

2.6.2 TIPOS DE MALTRATO

Según investigaciones se puede identificar cuatro tipos fundamentales de maltrato que el hombre ejerce sobre su pareja, que son: maltrato psicológico, maltrato físico y maltrato sexual.

- ✓ **MALTRATO PSICOLÓGICO:** Acción u omisión directa o indirecta cuyo propósito sea controlar o degradar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación o aislamiento o cualquier otra conducta que produzca un perjuicio en la salud mental, la autodeterminación, el desarrollo integral y las posibilidades personales (Corsi, 1995).
- ✓ **MALTRATO FÍSICO:** Acciones, comportamientos u omisiones que amenazan o lesionan la integridad física de una persona, puede consistir en empujones, lanzamiento de objeto, apretones, arañazos, pellizcos, golpes, halarle el pelo, bofetadas, atacar con arma blancas o arma de fuego hasta llegar al punto de hospitalizar o causar la muerte (Corsi, 1995).
- ✓ **MALTRATO SEXUAL:** Acciones que obligan a una persona a mantener contactos sexuales, físicos o verbales o a participar en ellos mediante la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza u otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal (Corsi, 1995).
- ✓ **MALTRATO PATRIMONIAL:** Son las acciones u omisiones encaminada a la destrucción de objetos o propiedades en el núcleo familiar de los que depende la existencia de la misma; la negación a cubrir cuotas alimenticias para las hijas (os) o gastos básicos para la sobrevivencia, es dirigida contra los bienes pertenencias de la persona a quien afecte o impida la atención adecuada de las necesidades de la familia (Corsi, 1995).

2.6.3 CAUSAS DEL MALTRATO

A través de la entrevista a las participantes se pudo obtener las siguientes causas que propician el maltrato:

- **Desvalorización generalizada de la mujer.-** Este aspecto se refiere al conjunto de actitudes, conductas y prácticas sociales destinadas a justificar y promover actos discriminatorios contra las mujeres por la condición única de ser mujer.
- **Desigualdad de hombre y mujer en la sociedad.** Las desigualdades de género son consecuencias directas de las perspectivas tradicionales del papel que deben ocupar las mujeres en la sociedad basadas en prejuicios y discriminaciones que no hacen caso a los avances de la sociedad.
- **Alcoholismo.-** El consumo de alcohol afecta a las funciones cognitivas, reduciendo el autocontrol de las emociones y conductas por lo que los individuos son menos capaces de hallar una solución no violenta a los conflictos existentes entre la pareja.
- **Ambientes estresantes.-** La figura agresora al desenvolverse en un contexto estresante, acumula tensión que posteriormente será descargada en el acto de violencia a su pareja. Se añade a esto la predisposición conductual para reaccionar de tal forma.
- **Baja escolaridad tanto de la mujer maltratada como del agresor.-** Debido a la falta de educación no están instaurados en los esquemas mentales ideas racionales a cerca de las relaciones interpersonales en las cuales se tome como herramienta de mediación el dialogo sino el maltrato.

- **Haber presenciado escenas de violencia entre los progenitores.-** Esto predispone a las mujeres a aceptar la violencia en sus vidas, además en lo que se refiere a la figura agresora. La transmisión intergeneracional de conductas tiene un papel fundamental en el establecimiento de dinámicas violentas en la pareja
- **Limitadas posibilidades económicas.-** Este aspecto genera una dependencia hacia la pareja agresora, ya que este provee y cubre las necesidades familiares, de esta manera ella esta incapacitada para detener los abusos que recibe.

2.6.4 CONSECUENCIAS DEL MALTRATO

Las consecuencias alcanzan no sólo a la misma mujer, sino a sus hijos e hijas y a la sociedad en general. Afecta la salud física, mental y social de la mujer. Los hijos e hijas de mujeres maltratadas suelen presentar trastornos emocionales y de conducta, aprenden a aceptar la violencia o a cometer actos violentos siendo testigos de los golpes que el padre o padrastro da a su madre o cuando son víctimas ellos mismos del agresor.

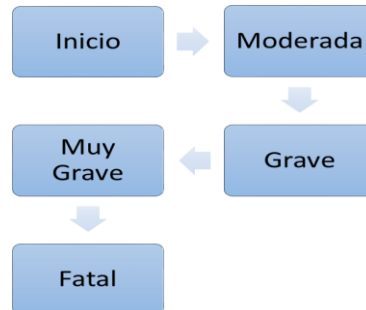
Por otro lado el hombre golpeador puede resultar herido o muerto si la mujer toma represalia o decide defenderse, pierde el amor de la esposa o compañera y se expone a perder toda su familia, deteriora su autoestima y tiene sentimientos de culpabilidad, que muchas veces trata de revertir tornándose violento a nivel estructural de la sociedad una consecuencia estructural es la reproducción de modelo familiar con dominación masculina, que reduce a la mujer a un nivel inferior de sumisión y subordinación al hombre en el ámbito económico, psicológico, social y político (Corsi, 1995)

2.6.5 ETAPAS DEL DESARROLLO DEL MALTRATO

La violencia de género se manifiesta de múltiples maneras, con formas específicas sobre los distintos tipos de mujeres. Tratando de acercarnos a las mujeres, como individuos que sufren directamente la violencia sobre su persona, es posible encontrar ciertos procesos o fases que, de forma general, se dan en muchos casos de violencia en nuestro contexto. Nos estamos refiriendo a la violencia de género ejercida en el seno de la pareja o ex pareja y en nuestra cultura y sistema sociopolítico. En este sentido se ha hablado de 5 etapas bien diferenciadas (Álvarez, 2002)

- ✓ **Inicio:** Caracterizada por el comienzo de amenazas, rotura de objetos, silencios, burlas, que van progresando y aumentando poco a poco. La violencia dentro de la pareja no comienza con una agresión física por muy leve que esta sea.
- ✓ **Moderada:** Empiezan a aparecer las agresiones físicas. En más ocasiones de las esperadas las víctimas no reconocen en los empujones o agarrones una señal de violencia, puesto que tienen normalizadas esas conductas.
- ✓ **Grave:** abofetear, pinchar, dar patadas, arrancar el pelo. Morder, aislar, controlar, escupir, fracturar.
- ✓ **Muy grave:** ahogar, agredir con objetos contundentes, violaciones, uso de armas, quemar, flagelar.
- ✓ **Fatal:** puede producirse la muerte

GRÁFICO 1: GRÁFICO DE LAS ETAPAS DEL DESARROLLO DEL MALTRATO



Fuente: Guía para Mujeres Maltratadas (Alvarez, 2002)

2.6.6 EL CICLO DEL MALTRATO

El ciclo de la violencia de género fue formulado por la antropóloga Leonor Walker en su libro “Las mujeres maltratadas” (1979). Según su teoría, este ciclo comprende tres fases

- **Fase 1ª. Acumulación de tensión:** La tensión es el aumento de los conflictos en la pareja. El agresor se vuelve más susceptible, responde con más agresividad y hostilidad (aunque no lo demuestra con violencia física) y encuentra motivos de conflictos en cada situación. La víctima trata de calmar la situación y evita hacer aquello que cree que disgusta a su pareja (pensando que podrá evitar la futura agresión). La tensión va aumentando y la irritabilidad del agresor también sin motivo comprensible para la víctima. Esta fase se puede dilatar durante varios años.
- **Fase 2ª. Estallido de la tensión o Explosión violenta:** Es el resultado de la tensión acumulada en la 1ª Fase. Se pierde toda forma de comunicación y entendimiento, y la violencia, finalmente, explota dando lugar a la agresión. Aparecen las agresiones verbales, psicológicas, físicas, etc. Es, en esta fase, cuando se suelen denunciar las agresiones o cuando se solicita ayuda (al producirse en la víctima lo que se conoce como “crisis emergente”).
- **Fase 3ª. “Luna de miel” o Arrepentimiento:** La tensión y la violencia desaparecen; el agresor se muestra arrepentido por lo que ha hecho, pide

disculpas a la víctima y la colma de promesas de cambio. Se le denomina “*Luna de miel*” porque el agresor vuelve a ser cariñoso y amable como al principio de la relación. A menudo, la víctima le concede otra oportunidad creyendo firmemente en sus promesas. Esta fase dificulta que la víctima ponga fin a esa relación porque, incluso sabiendo que las agresiones pueden repetirse, en este momento ve la “mejor cara” de su agresor y alimenta la esperanza de que podrá hacerle cambiar.

GRÁFICO 2: GRÁFICO DEL CICLO DEL MALTRATO



Fuente: Red No Violencia

La Etapa de “Luna de miel” o Arrepentimiento dará paso, nuevamente, a una nueva fase de “Acumulación de Tensión”. El ciclo (con las 3 fases) se repetirá varias veces y, poco a poco, la última fase se irá reduciendo y las agresiones serán cada vez más violentas. Tras varias repeticiones de este ciclo, la fase de “Arrepentimiento” llega a desaparecer, pasando de la “Acumulación de la tensión” al “Estallido” de manera inmediata.

Este ciclo explica cómo se produce la violencia física puesto que la psicológica no aparece de manera puntual, sino a lo largo de un proceso que pretende el sometimiento y control de la pareja.

2.6.7 AUTOESTIMA EN LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA MARITAL

Una mujer maltratada suele haber incorporado modelos de dependencia y sumisión. Ella experimenta un verdadero conflicto entre sus necesidades de expresar y el amor que le provoca la posible reacción de su marido violento que suele adoptar personalidades conductuales disociales.

El fenómeno de la violencia induce ideas de suicidio u homicidio, ya que la mujer sufre una alteración mental que le lleva a la baja autoestima; la cual no le permite que disfrute la vida como hija, madre, esposa, trabajadora y sobre todo como mujer.

2.6.8 SITUACIÓN EMOCIONAL DE LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA MARITAL

Entre los sentimientos y emociones producto de la violencia se encuentran:

- ✓ Vergüenza: Obstáculo que impide que una mujer golpeada se anime a pedir ayuda. Esto se vincula con los mitos sociales con respecto al maltrato de la mujer.
- ✓ Culpa: Utilizada para hacer sentir a la mujer ocasionante de la violencia, incapacitándola para que no pueda luchar contra la violencia.
- ✓ Miedo: Síntoma visible que no se manifiesta todo el tiempo. Este tiene consecuencias nefastas en la salud física y mental
- ✓ Dolor: Sentimiento que nadie disfruta, ocasionado por algo que lastima.
- ✓ Enojo: Posee un efecto destructivo y antisocial, lo que le convierte en la emoción más difícil de manejar, y sobre todo en la mujer, ya que socialmente es vista como una reacción masculina.

Estas emociones y sentimientos son manejados de distinta forma de acuerdo con la actividad social y los atributos sociales y a los de cada sexo. La aparición de las anteriores emociones y sentimientos llevan a la mujer a sufrir diversos problemas que afecta tanto su salud física como la mental, entre los cuales se encuentra la autoestima.

2.6.9 ALGUNOS MITOS QUE REFUERZAN LA COGNICIÓN ERRADA Y PERPETÚAN EL MALTRATO HACIA LAS MUJERES.

Existe una serie de mitos alrededor de la violencia hacia las mujeres que posibilitan seguir ocultando, perpetuando y obstaculizando la adecuada atención del problema.

- La mujer busca o merece el maltrato.
- La mujer golpeada no cambia su situación porque le gusta
- Si aguanta, él cambiará.
- Es la voluntad de Dios.
- Si él trabaja, trae lo que necesita a la casa y trata bien a los hijos y las hijas, no se puede pedir más
- El que abusa de una mujer tiene problemas mentales.
- El consumo de alcohol y otras drogas es la causa del abuso.
- Las mujeres de clase media o alta no son agredidas como las mujeres pobres
- La violencia verbal, no es tan mala como la física.

2.6.10 EFECTOS QUE SE DESARROLLAN A PARTIR DEL TRABAJO DE PREVENCIÓN DEL MALTRATO.

La prevención del maltrato requiere un enfoque multidisciplinario. Los proyectos eficaces son los que prestan apoyo a los padres, hijos y población afectada y les aportan conocimientos y técnicas positivas. Sin embargo al momento de enfocar un determinado grupo vulnerable de trabajo que obviamente presenta esta problemática, también resulta favorable la labor indirecta sobre personas que posiblemente no sean víctimas de maltrato como tal, pero su ambiente si se haya desarrollado en base a esta situación y que la participación o asistencia a la ejecución de tales proyectos puede ser el punto preventivo a desarrollarse como agredido o agresor.

Entre los principales efectos que pueden surgir después de una prevención son:

- Aprender a valorar su integridad personal, de esta manera entienden que el maltrato no solo es provocar lesión a determinada parte de su cuerpo sino visualizan a tal agresión como un factor plenamente desequilibrante en su salud mental.
- Conocer los efectos que genera el maltrato para desarrollar una actitud de oposición frente a cualquier manifestación agresiva.
- Usar modelos racionales de comunicación interpersonal, descartando el maltrato de cualquier tipo como modelo de comunicación.
- Comunicar a tiempo cualquier indicativo de violencia en búsqueda de una posible solución
- Reducción de la tensión que genera la figura agresora
- Modificar normas erradas que previamente fueron establecidas como aceptables.

2.7 APLICACIÓN DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA EN LA AUTO ESTIMA DE LAS MUJERES MALTRATADAS ATENDIDAS EN EL SUBCENTRO DE SALUD “SAN ANDRES”.

Las sesiones individuales y talleres grupales psicoterapéuticos aplicados a las mujeres maltratadas se realizaron en el área de Psicología del Sub Centro de salud de San Andrés.

Se realizaron 10 talleres grupales de 60 minutos cada uno, 4 sesiones individuales de 45 minutos que se realizaron del 29 de abril al 10 de junio del 2014 en horas de la mañana.

El proceso se desarrolló de la siguiente manera:

- Se realizó actividades generales de presentación y explicación del proceso que se llevó a cabo, se llegaron a acuerdos sobre el objetivo del proceso psicoterapéutico a realizarse y se entregaron invitaciones para que las

participantes acudan a los talleres grupales constituyendo esto la alianza terapéutica.

- Aplicación del pretest de Rosenberg para conocer el nivel de autoestima de las participantes, y del cuestionario de distorsiones cognitivas para conocer los errores en el pensamiento que presentan las participantes.

Los 10 talleres se realizaron de manera grupal y se desarrollaron las siguientes temáticas:

- **Taller 1:** Psicoeducación sobre el maltrato, para que a través de este taller las participantes conozcan las implicaciones de la problemática en la que viven (Anexo 4).
- **Taller 2:** Estudio grupal sobre la autoestima en el cual se abordaron definiciones, tipos, influencia del maltrato en la autoestima, etc. (Anexo 5)
- **Taller 3 y 4:** Conceptualizaciones básicas sobre la terapia cognitiva con el objetivo de que las participantes se familiaricen con términos para poder aplicar la reestructuración cognitiva (Anexo 6 y 7).
- **Taller 5 y 6:** Se estudió las diferentes distorsiones cognitivas y su incidencia en la baja autoestima (Anexo 8 y 9).
- **Taller 7:** Explicación de la reestructuración cognitiva (Anexo 10).
- **Taller 8:** Explicación y ejecución del primer paso de la reestructuración cognitiva; identificación de los pensamientos inadecuados (Anexo 11).
- **Taller 9:** Explicación y ejecución del segundo paso de la reestructuración cognitiva; evaluación y análisis de los pensamientos (Anexo 12).
- **Taller 10:** Explicación y ejecución del tercer paso de la reestructuración cognitiva; Búsqueda de pensamientos alternativos (Anexo 13).

Las sesiones individuales se realizaron para reforzar las siguientes temáticas:

- ✓ **Sesión 1:** Explicación de las conceptualizaciones básicas de la terapia cognitiva.

- ✓ **Sesión 2:** Evaluación y análisis de distorsiones cognitivas,
- ✓ **Sesión 3:** Cuestionamientos a las distorsiones, feedback, y búsqueda pensamientos alternativos.
- ✓ **Sesión 4:** Se llegaron acuerdos y se practicó la asertividad.

2.7 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Las definiciones que se presentan a continuación, fueron extraídas del diccionario “Vocabulario de Psicología” una obra del autor Henry Pieron, elaborada en 1990.

Asertividad.- Actitud positiva, relativa a la madurez emocional de una persona que reúne las conductas y pensamientos que le permiten defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido. Ser asertivo es expresar nuestros puntos de vista, respetando los de los demás.

Autoestima.- Aspecto muy importante de la personalidad, del logro, de la identidad y de la adaptación a la sociedad, es decir, el grado en que los individuos tienen sentimientos positivos y negativos sobre sí mismos.

Estabilidad Familiar.- Característica de equilibrio emocional y armonía entre los miembros de una familia funcional, que guía a sus integrantes al logro de metas y de crecimiento personal.

Familia Conflictiva.- La que no fomenta las buenas relaciones humanas en el sistema familiar, por tanto, sus miembros: no se comunican correctamente, no practican los valores ni las normas, la carencia afectiva es evidente. Entonces, la indiferenciación y el mal desarrollo de las personalidades en sus miembros es el referente.

Familia Nutridora.- La que fomenta las buenas relaciones humanas en el sistema familiar, por lo que, sus miembros practican: una buena comunicación, las normas,

los valores y la afectividad, fomentando de esta forma la diferenciación en sus miembros y el normal desarrollo de las personalidades.

Violencia en Relación de Pareja.- Es una manifestación de las características psicológicas menos sanas del hombre y de la mujer que tiene una participación activa en el origen del problema y que asume formas visibles.

Infravalorar.- Dar a una persona o cosa un valor menor del que tienen o merecen.

Autocrítica Rigorista.- Sacar conclusiones de uno mismo extremadamente severas, sobre todo en material moral o disciplinario.

Hostilidad.- Es la cualidad de hostil, que indica una actitud provocativa y contraria, generalmente sin motivo alguno, hacia otro ser vivo.

Mutilación.- Al daño físico (agresión o lesión) la producción de heridas sobre un cuerpo, provocado por terceros o por uno mismo (automutilación).

Ecuménica.- Universal mundial, que abarca a todo el mundo.

Psicofisiología.- La Psicofisiología o Psicología Fisiológica, es una de las ramas más antiguas de la Psicología. Estudia la relación entre los procesos biológicos y la conducta, intentando establecer los patrones de funcionamiento. Se centra en el estudio del sistema nervioso, y el aparato circulatorio, principalmente por su función de distribución hormonal.

Perturbación Emocional.- Una persona perturbada, entonces, es aquella que tiene alterado su raciocinio, está impactada o que atraviesa un mal momento emocional. La perturbación hace hincapié en una cierta inestabilidad del estado que se considera como óptimo o normal. Por lo general, la perturbación se produce ante alguna situación traumática

Derechos humanos.- Son aquellas exigencias que brotan de la condición natural del hombre y la mujer, y deben ser cumplidas.

Discriminación.- Dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, etc.

Estabilidad Familiar.- Característica de equilibrio emocional y armonía entre los miembros de una familia funcional, que guía a sus integrantes al logro de metas y de crecimiento personal.

Sistema Familiar.- Grupo de miembros de una familia funcional o disfuncional, y que está formado por subsistemas (familiares).

Violencia de Género.- Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que causa, o es susceptible de causar a las mujeres daño o padecimiento físico, psicológico y sexual, e incluye las amenazas de estos actos y la restricción privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como la privada.

Feedback.- Se trata del conjunto de reacciones o respuestas que manifiesta un receptor tocante a la actuación de un emisor, dicha respuesta es tenida en cuenta para enfocar su conducta de un modo u otro.

2.8 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.8.1 HIPÓTESIS

La Reestructuración Cognitiva modifica cogniciones y emociones relacionadas con la autoestima de las mujeres maltratadas.

2.8.2 VARIABLES

- **Variable independiente**

Reestructuración Cognitiva

- **Variable dependiente**

Autoestima

2.9 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORIA	INDICADORES	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Variable independiente</p> <p>Reestructuración Cognitiva</p>	<p>Es una técnica psicoterapéutica derivada de la psicología cognitiva que consiste en que el paciente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros (Beck 1983)</p>	<p>Técnica psicoterapéutica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Distorsiones cognitivas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Interpretación de pensamiento. ✓ Visión catastrófica ✓ Culpabilización ✓ Falacia de Control. ✓ Falacia de Recompensa Divina ✓ Sobregeneralización 	<ul style="list-style-type: none"> • Observación clínica: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ficha de seguimiento psicoterapéutico • Encuesta: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuestionario de distorsiones cognitivas.
<p>Variable dependiente</p> <p>Autoestima</p>	<p>La autoestima es el valor individual que cada quien tiene de si mismo y puede ser remodelada a cualquier edad. (Satir 1978)</p>	<p>Valor Individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alta ✓ Normal ✓ Baja 	<ul style="list-style-type: none"> • Reactivo Psicológico: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Escala de Rosenberg

CAPÍTULO III

MARCO

METODOLÓGICO

3.1 MÉTODO

Los métodos utilizados en el estudio fueron:

- ✓ **MÉTODO CIENTÍFICO:** El método científico es un proceso destinado a explicar fenómenos, establecer relaciones entre los hechos y enunciar leyes que expliquen los fenómenos físicos del mundo y que permitan obtener, con estos conocimientos, aplicaciones útiles al hombre; con la presente investigación se explicara la influencia de la reestructuración cognitiva en la autoestima de las mujeres maltratadas atendidas en el Sub Centro de salud San Andrés.
- ✓ **MÉTODO CLÍNICO:** Son los pasos ordenados que todo especialista aplica en la búsqueda del diagnóstico en sus pacientes; en esta investigación recurrimos fundamentalmente, al uso de técnicas como la observación, la entrevista, y la aplicación de tests.
- ✓ **MÉTODO PSICOMÉTRICO:** Son instrumentos, piezas o aparatos que emplea el psicólogo para realizar su trabajo de investigación; en este caso utilizaremos el test de Rosenberg para determinar el autoestima de las mujeres maltratadas atendidas en el Sub Centro de Salud San Andrés.
- **TIPO DE INVESTIGACIÓN:**
 - ✓ **DESCRIPTIVA:** Tipo de investigación que describe de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés; en la presente investigación se describen variables, se recogen datos en base a una hipótesis y se analizan los resultados a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.
- **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:**
 - ✓ **CUASI EXPERIMENTAL DE CAMPO:** Ya que se analizó el problema mediante la manipulación de la variable independiente con el propósito de comprobar el efecto en la variable dependiente y buscar

establecer en la medida de las posibilidades relaciones causales entre ambas variables, además se la realiza en el propio sitio donde se encuentra el objeto de estudio.

- **TIPO DE ESTUDIO:**

- ✓ **TRANSVERSAL:** Mide la prevalencia de la exposición y del efecto de la población en un solo momento temporal es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.

El estudio se realizó desde el mes de febrero del 2014 hasta el mes de julio del 2014.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

- **POBLACIÓN:** De acuerdo al registro estadístico existente en el Sub Centro de Salud de San Andrés de la provincia de Chimborazo existen 18 casos de mujeres maltratadas.
- **MUESTRA:** En base a estos criterios de inclusión y exclusión se trabaja con 8 mujeres; esto constituye la muestra de la investigación.

INCLUSIÓN:

- ✓ Mujeres maltratadas atendidas en el Sub Centro de salud de San Andrés.
- ✓ Colaboración para la asistencia a sesiones terapéuticas.

EXCLUSIÓN:

- ✓ Mujeres maltratadas atendidas en otros Sub Centros de Salud.
- ✓ Falta de colaboración para la asistencia a sesiones terapéuticas.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la investigación se utilizaron las siguientes técnicas:

- ✓ **OBSERVACIÓN CLÍNICA:** Es el método básico usado por todos los modelos de psicología que tiene como objetivo previo la recogida de datos. Esto supone una conducta deliberada, es decir, una planificación de la observación con unos objetivos concretos que nos permitan recoger datos, hacer supuestos, etc.
- ✓ **ENCUESTA:** Es una técnica de investigación que consiste en una serie de preguntas y otras indicaciones con el propósito de obtener información de los consultados.
- ✓ **REACTIVO PSICOLÓGICO:** Es una técnica de medición utilizada para cuantificar el comportamiento o ayudar a entender y predecir la conducta.

Para la investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

- ✓ **FICHA DE OBSERVACIÓN:** (Anexo 1) Es un instrumento de recolección de datos e intenta obtener la mayor información de la figura observada, referido a un objetivo específico en el que se determinan variables específicas.
- ✓ **FICHA DE SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO:** (Anexo 14) Es un documento que sirve para tomar anotaciones de los progresos de las participantes después de haber acudido a una sesión terapéutica individual o grupal.
- ✓ **CUESTIONARIO DE DISTORSIONES COGNITIVAS:** (Anexo 3) Es un cuestionario enfocado en averiguar que distorsiones cognitivas inciden en las mujeres maltratadas, consta de 13 preguntas las cuales dan respuestas cerradas; este cuestionario fue elaborado por los investigadores.
- ✓ **ESCALA DE ROSENBERG:** (Anexo 2) Es un reactivo psicológico cuyo fin es medir el nivel de autoestima de las personas a las que se las aplica; arroja resultados de autoestima alta, baja y normal. La escala de Rosenberg arroja los siguientes resultados:

- Autoestima baja: puntuación entre 0 y 25
- Autoestima normal: puntuación entre 26 y 29
- Autoestima alta: puntuación entre 30 y 40

3.4 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

La información obtenida del cuestionario de distorsiones cognitivas y de la escala de Rosenberg fueron analizadas mediante la estadística básica de Excel, los resultados representados en tablas, gráficos y porcentajes estadísticos para posteriormente con ellos emitir conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E

INTERPRETACIÓN DE

LOS RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL TEST DE ROSENBERG

CUADRO No. 1

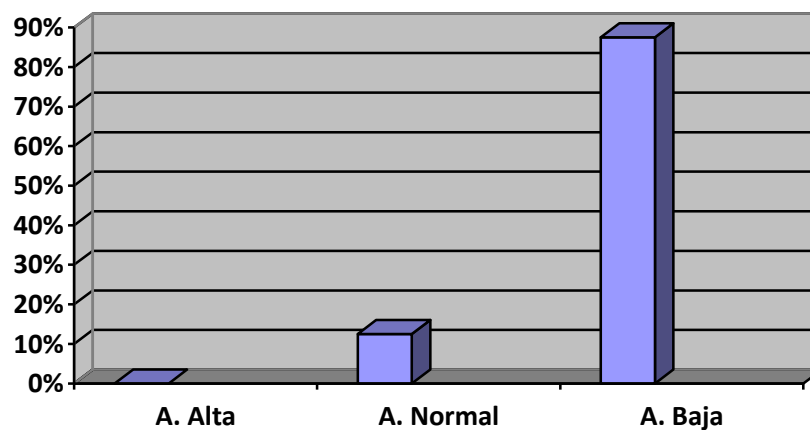
NIVELES DE AUTOESTIMA DE LAS MUJERES MALTRATADAS ANTES DE LA APLICACIÓN DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

AUTOESTIMA	PARTICIPANTES	PORCENTAJES
ALTA	0	0%
NORMAL	1	12,5%
BAJA	7	87,5%
TOTAL	8	100%

Fuente: Test de Rosenberg aplicado a las mujeres maltratadas atendidas en el Subcentro de salud de San Andrés.
Elaborado por: Gonzalo Erazo, Antonio Rivadeneira

GRÁFICO No 3

GRÁFICO DE LOS NIVELES DE AUTOESTIMA DE LAS MUJERES MALTRATADAS ANTES DE LA APLICACIÓN DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA



Fuente: Cuadro de los niveles de autoestima de las mujeres maltratadas atendidas en el Sub Centro de Salud de San Andrés.
Elaborado por: Gonzalo Erazo, Antonio Rivadeneira

ANÁLISIS: De la muestra investigada se evidencia que el 0% presenta autoestima alta, el 12,5% presenta autoestima normal, y el 87,5% presenta autoestima baja.

INTERPRETACIÓN: De la muestra investigada el 87,5% presenta autoestima baja. Entre las principales características que se evidenciaron en estas mujeres tenemos: no se sentían dignas de aprecio ni satisfechas consigo mismas, deseaban acentuar su autorespeto ya que creían que eran personas inútiles y fracasadas. Consecuentemente Virginia Satir refiere que las personas con nivel de autoestima bajo piensan que valen poco, esperan ser engañadas, pisoteadas, menospreciadas por los demás y como se anticipan a lo peor, lo atraen y generalmente les llega.

CUADRO No. 2

NIVELES DE AUTOESTIMA DE LAS MUJERES MALTRATADAS DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

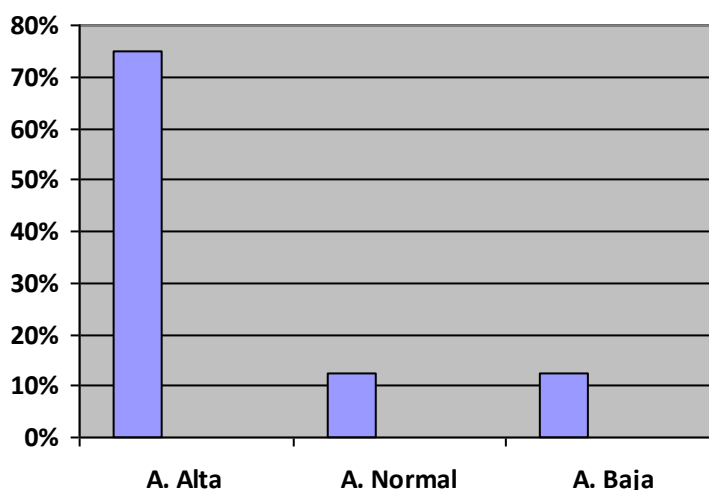
AUTOESTIMA	PARTICIPANTES	PORCENTAJES
ALTA	6	75%
NORMAL	1	12,5% %
BAJA	1	12,5%
TOTAL	8	100%

Fuente: Test de Rosenberg aplicado a las mujeres maltratadas atendidas en el Subcentro de salud de San Andrés.

Elaborado por: Gonzalo Erazo, Antonio Rivadeneira

GRÁFICO No. 4

GRÁFICO DE LOS NIVELES DE AUTOESTIMA DE LAS MUJERES MALTRATADAS DESPUES DE LA APLICACIÓN DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA



Fuente: Cuadro de los niveles de autoestima de las mujeres maltratadas atendidas en el Sub Centro de Salud de San Andrés.

Elaborado por: Gonzalo Erazo, Antonio Rivadeneira

ANÁLISIS: Después de aplicar la reestructuración cognitiva a la muestra investigada el 75% presenta autoestima alta, el 12,5% presenta autoestima normal y el 12,5% presenta autoestima baja.

INTERPRETACIÓN: El 75% de la muestra presentó autoestima alta después de aplicar la reestructuración cognitiva, se evidenció que estas personas creen plenamente en sí mismas y en su trabajo, se aceptan tal cual son, se valoran a sí mismas, disfrutan de sus logros y afrontan el día a día de una manera poco pesimista confiando en las cualidades positivas que fueron rescatadas. En lo que se refiere a autoestima alta, Virginia Satir menciona que estas personas sienten que tienen importancia, que el mundo es un lugar mejor porque ellas están ahí, confían en su propia competencia, solicitan la ayuda de los demás porque tienen fe en sus propias decisiones y en que ellas mismo significa su mejor recurso.

**ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO DE DISTORSIONES COGNITIVAS
 APLICADO A LAS MUJERES MALTRATADAS ATENDIDAS EN EL SUB
 CENTRO DE SALUD DE SAN ANDRES.**

CUADRO No. 3

**TIPOS DE MALTRATO RECIBIDO POR LAS MUJERES MALTRATADAS
 ATENDIDAS EN EL SUB CENTRO DE SALUD DE SAN ANDRÉS.**

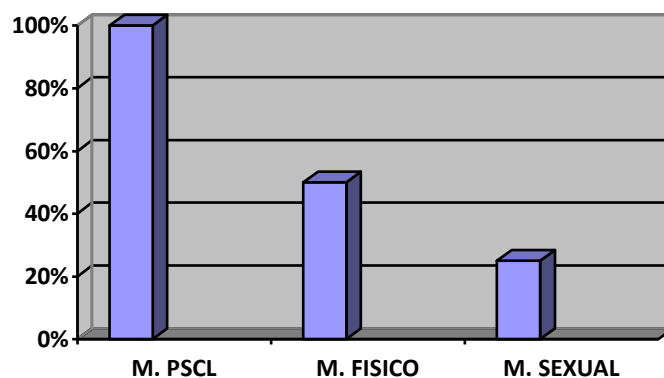
TIPO DE MALTRATO	PARTICIPANTES	PORCENTAJES
PSICOLÓGICO	8	100%
FÍSICO	4	50%
SEXUAL	2	25%

Fuente: Cuestionario de distorsiones cognitivas aplicado a las mujeres maltratadas atendidas en el Subcentro de Salud de San Andrés.

Elaborado por: Gonzalo Erazo, Antonio Rivadeneira

GRÁFICO No. 5

**GRÁFICO DE LOS TIPOS DE MALTRATO RECIBIDO POR LAS
 MUJERES MALTRATADAS ATENDIDAS EN EL SUB CENTRO DE SALUD
 DE SAN ANDRÉS.**



Fuente: Cuadro del cuestionario de distorsiones cognitivas aplicado a las mujeres maltratadas atendidas en el Sub Centro de Salud de San Andrés.

Elaborado por: Gonzalo Erazo, Antonio Rivadeneira

ANÁLISIS: de la muestra investigada el 100% presenta maltrato psicológico, el 50% presenta maltrato físico y el 25% presenta maltrato sexual.

INTERPRETACIÓN: El 100% de la muestra presentó maltrato psicológico, esto fomenta la baja autoestima ya que destruye la integridad y la autopercepción, provocando una personalidad débil, sensible, vulnerable. Además Walter Riso explica que el maltrato recibido por parte de la pareja atenta contra la autonomía y los derechos de las personas encerrándolas en nichos emocionales destructivos para la persona.

CUADRO No. 4

CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS POR PARTE DEL AGRESOR.

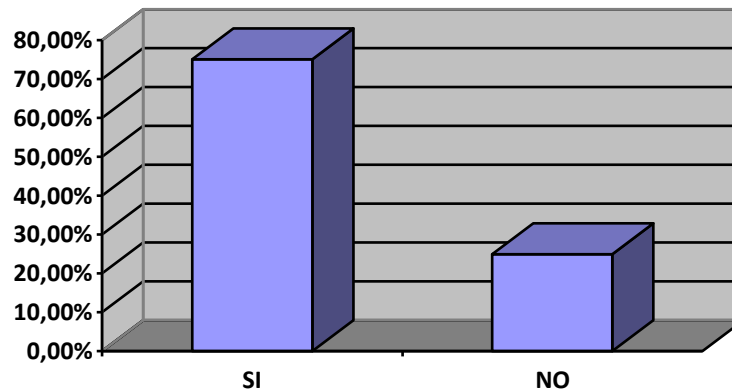
CONSUMO DE ALCOHOL	PARTICIPANTES	PORCENTAJES
SI	6	75%
NO	2	25%
TOTAL	8	100%

Fuente: Cuestionario de distorsiones cognitivas aplicado a las mujeres maltratadas atendidas en el Sub Centro de Salud de San Andrés.

Elaborado por: Gonzalo Erazo, Antonio Rivadeneira

GRÁFICO No. 6

GRÁFICO DEL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS POR PARTE DEL AGRESOR



Fuente: Cuadro del consumo de alcohol o drogas por parte del agresor

Elaborado por: Gonzalo Erazo, Antonio Rivadeneira

ANÁLISIS: De la muestra investigada el 75% refieren que la figura agresora consume alcohol mientras que el 25% no consume alcohol.

INTERPRETACIÓN: De la muestra investigada el 75% de los agresores consumen alcohol, siendo esto según referencia de la muestra investigada una de las principales causas para que exista violencia intrafamiliar en el hogar y científicamente el consumo de alcohol inhibe la corteza pre frontal, región de cerebro que se relaciona con el control de los actos; los bebedores que suelen cometer actos de violencia cuando están alcoholizados tienen alterados algunos neurotransmisores cerebrales presentando un déficit de serotonina. Además el alcohol afecta el sistema límbico cuando esta porción del cerebro se ve afectada por el alcohol, las emociones del individuo se exacerban. El comportamiento puede manifestar desde agresiones a introspección e incluso el llanto. Además, se pueden manifestar lapsos de ausencia de memoria de acciones realizadas bajo el efecto del alcohol

CUADRO No. 5

PAREJA AGRESORA AGREDIDA EN LA INFANCIA.

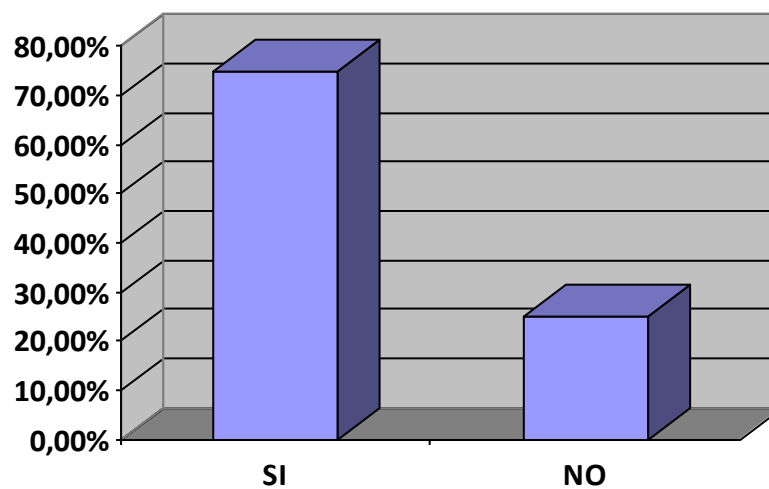
PAREJA AGREDIDA EN LA INFANCIA	PARTICIPANTES	PORCENTAJES
SI	6	75%
NO	2	25%%
TOTAL	8	100%

Fuente: Cuestionario de distorsiones cognitivas aplicado a las mujeres maltratadas atendidas en el Sub Centro de Salud de San Andrés.

Elaborado por: Gonzalo Erazo, Antonio Rivadeneira

GRÁFICO No. 7

GRÁFICO DE LA PAREJA AGRESORA AGREDIDA EN LA INFANCIA.



Fuente: Cuadro de agresor agredido en la infancia.

Elaborado por: Gonzalo Erazo, Antonio Rivadeneira

ANÁLISIS: De la muestra investigada el 75% de los agresores fueron agredidos por sus progenitores en su infancia, el 25% de los agresores no fueron agredidos por sus progenitores en la infancia.

INTERPRETACIÓN: De la muestra investigada el 75% de los agresores fueron agredidos por sus progenitores en la infancia, siguiendo un modelo conductual aprendido en la infancia y desarrollado en su vida adulta y de pareja; además Bandura considera que la transmisión intergeneracional de la violencia tiene un papel fundamental en el establecimiento de dinámicas violentas en la pareja. El maltrato, por tanto, sería una conducta que se aprende por observación y que se mantiene si es reforzada.

CUADRO No. 6

MUJERES MALTRATADAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN LA INFANCIA.

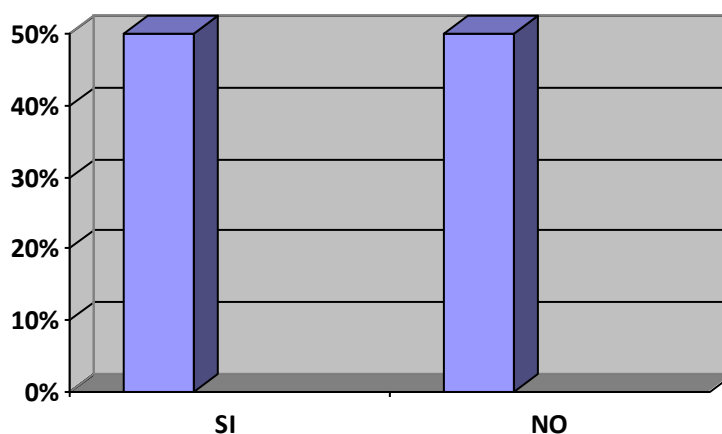
MUJER AGREDIDA EN LA INFANCIA	PARTICIPANTES	PORCENTAJES
SI	4	50%
NO	4	50%
TOTAL	8	100%

Fuente: Cuestionario de distorsiones cognitivas aplicado a las mujeres maltratadas atendidas en el Sub Centro de Salud de San Andrés.

Elaborado por: Gonzalo Erazo, Antonio Rivadeneira

GRÁFICO No. 8

GRÁFICO DE LAS MUJERES MALTRATADAS AGREDIDAS EN LA INFANCIA



Fuente: Cuadro de mujeres maltratadas agredidas en la infancia

Elaborado por: Gonzalo Erazo, Antonio Rivadeneira

ANÁLISIS: De la muestra investigada el 50% de mujeres fueron agredidas en la infancia por sus progenitores.

INTERPRETACIÓN: De la muestra investigada el 50 % de mujeres fueron agredidas en la infancia por sus progenitores, lo cual las hace más vulnerables y las predispone a aceptar episodios de violencia; esto influye en la baja autoestima ya que la autoimagen del niño se forma a partir de los mensajes que recibe de sus padres y sus allegados. Según Piaget el niño maltratado recibe siempre una imagen pobre de sí mismo, lo que se traduce en una baja autoestima acompañada de timidez y de falta de habilidades sociales a la hora de relacionarse con las demás personas

CUADRO No. 7

ANÁLISIS DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS QUE PRESENTARON LAS MUJERES MALTRATADAS ANTES DE LA APLICACIÓN DE LA RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.

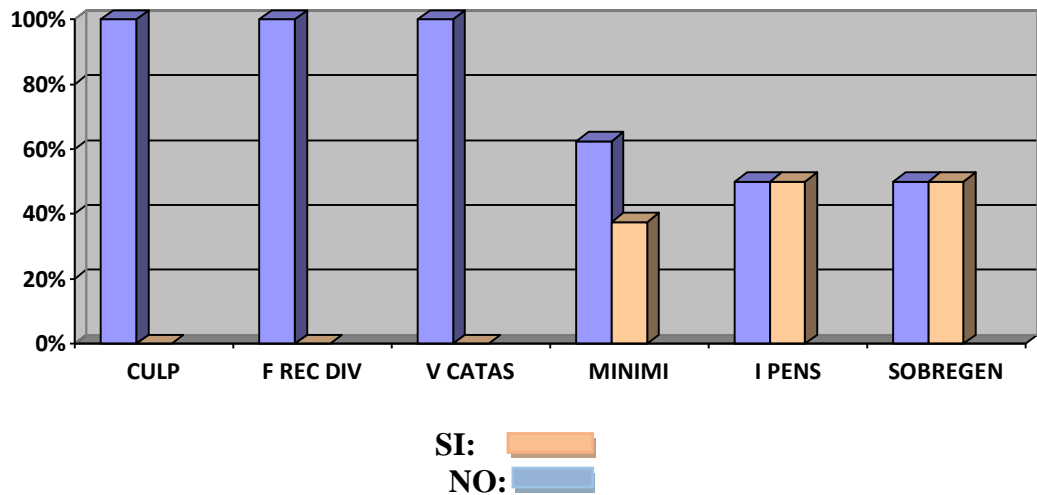
DISTORSIÓN COGNITIVA	MUJERES QUE PRESENTARON			
	SI	NO	%SI	%NO
Culpabilización	8	0	100%	0%
Falacia de recompensa divina	8	0	100%	0%
Visión catastrófica	8	0	100%	0%
Minimización	5	3	62,5%	37,5%
Interpretación del pensamiento	4	4	50%	50%
Sobregeneralización	4	4	50%	50%

Fuente: Cuestionario de Distorsiones Cognitivas aplicado a las mujeres maltratadas atendidas en el Sub Centro de Salud de San Andrés.

Elaborado por: Gonzalo Erazo, Antonio Rivadeneira.

GRÁFICO No. 9

GRÁFICO DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS QUE PRESENTARON LAS MUJERES MALTRATADAS ANTES DE LA APLICACIÓN DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.



Fuente: Cuadro de análisis de distorsiones cognitivas que presentaron las mujeres maltratadas antes de la aplicación de la Reestructuración Cognitiva.

Elaborado por: Gonzalo Erazo, Antonio Rivadeneira

ANÁLISIS: De la muestra investigada el 100% de las mujeres presentaron Culpabilización, Falacia de Recompensa Divina y Visión Catastrófica; el 62,5% presenta Minimización y el 50% presentan Interpretación del Pensamiento y Sobregeneralización.

INTERPRETACIÓN: Las distorsiones cognitivas más notables en la muestra investigada fueron Culpabilización, Falacia de Recompensa Divina, Visión Catastrófica, Minimización, interpretación del pensamiento y Sobregeneralización; estas distorsiones cognitivas influyen en la baja autoestima que presentan las participantes y en la manera de relacionarse con figuras agresoras lo cual afecta a su salud mental.

CUADRO No. 8**ANÁLISIS DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS QUE PRESENTARON LAS MUJERES MALTRATADAS DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE LA RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.**

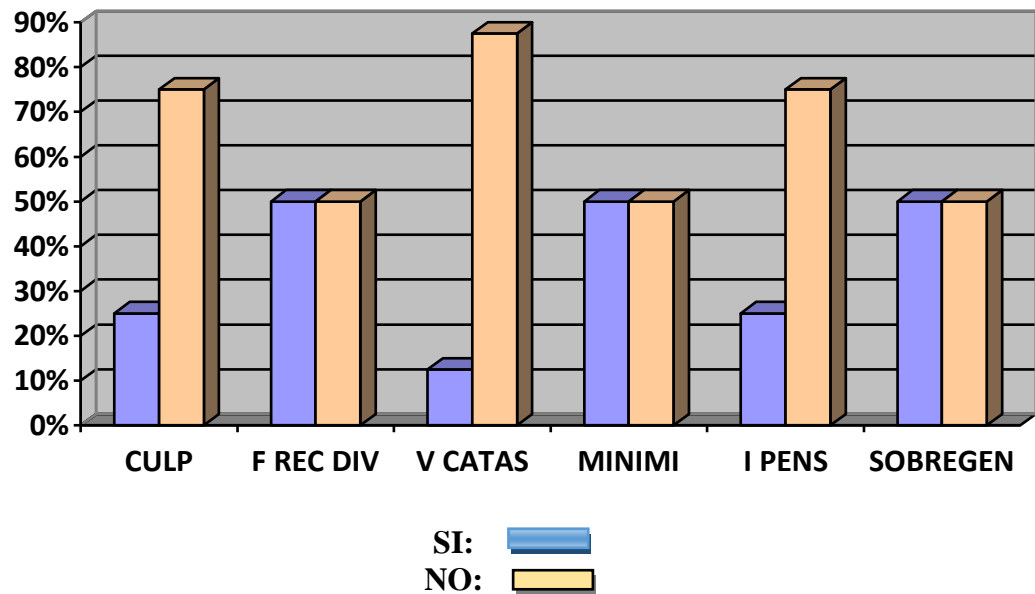
DISTORSIÓN COGNITIVA	MUJERES QUE PRESENTARON			
	SI	NO	%SI	%NO
Culpabilización	2	6	25%	75%
Falacia de Recompensa Divina	4	4	50%	50%
Visión Catastrófica	1	7	12,5%	87.5%
Minimización	4	4	50%	50%
Interpretación del Pensamiento	2	6	25%	75%
Sobregeneralización	4	4	50%	50%

Fuente: Cuestionario de distorsiones cognitivas aplicado a las mujeres maltratadas atendidas en el Sub Centro de Salud de San Andrés.

Elaborado por: Gonzalo Erazo, Antonio Rivadeneira

GRÁFICO No. 10

GRÁFICO DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS QUE PRESENTARON LAS MUJERES MALTRATADAS DESPUES DE LA APLICACIÓN DE LA RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.



Fuente: Cuadro de análisis de distorsiones cognitivas que presentaron las mujeres maltratadas antes de la aplicación de la Reestructuración Cognitiva.

Elaborado por: Gonzalo Erazo, Antonio Rivadeneira

ANÁLISIS: De la muestra investigada el 50% presentaron falacia de recompensa divina y minimización el 25% presentaron Culpabilización e interpretación del pensamiento y el 12.5% presentaron visión catastrófica.

INTERPRETACIÓN: Después de haber aplicado la reestructuración cognitiva todas las distorsiones cognitivas disminuyeron, instaurando nuevos esquemas cognitivos en la mente de las participantes que contribuyen a mejorar la autoestima de las mujeres maltratadas y mejorando la manera de relacionarse con sus parejas.

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Antes de la aplicación de la técnica psicoterapéutica el 0 % de las participantes presentaron autoestima alta, el 100% de las mujeres presentaron Culpabilización, Falacia de Recompensa Divina y Visión Catastrófica; el 62,5% presenta Minimización y el 50% presentan Interpretación del Pensamiento y Sobregeneralización; se aplica la Reestructuración Cognitiva a las mujeres maltratadas atendidas en el Sub Centro de Salud de San Andrés de la Provincia de Chimborazo mediante talleres grupales y sesiones individuales y después del re test y de volver a aplicar el cuestionario de distorsiones cognitivas se observa que el 75% de las participantes presenta autoestima alta y se modificaron cogniciones irracionales que presentaban y que influyeron en la baja autoestima que presentaron al inicio, de esta manera se comprueba la hipótesis planteada en la investigación.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES:

Al finalizar la investigación se puede concluir que:

- Los niveles de Autoestima de las Mujeres Maltratadas antes de la aplicación de la Reestructuración Cognitiva fueron en un 87,5% de la muestra Autoestima Baja, el 12,5% presentó Autoestima Normal y el 0% presentó Autoestima Alta. Posteriormente a la aplicación de la técnica psicoterapéutica se redujo el Nivel de la Autoestima Baja a un 12,5%, se mantuvo el 12,5% en la Autoestima Normal y se incrementó a un 75% la Autoestima Alta.
- Las Distorsiones Cognitivas que se presentaron en las participantes y que fueron analizadas previamente a la aplicación de la Reestructuración Cognitiva fueron que el 100% de las mujeres de la muestra, presentó Culpabilización, Falacia de Recompensa Divina y Visión Catastrófica; el 62,5% presentó Minimización y el 50% presentó Interpretación del Pensamiento y Sobregeneralización.

Una vez aplicada la Técnica de Reestructuración Cognitiva se evidenció que la Visión Catastrófica se redujo en un 87,5%; la Culpabilización se redujo en un 75%; la Falacia de Recompensa Divina se redujo en un 50%; la interpretación del pensamiento disminuyó en un 25%; la Minimización se redujo en un 12,5% y la Sobregeneralización mantuvo su valor porcentual después de la aplicación.

- Los datos sociodemográficos que se investigaron sirvieron para poder dar un mejor enfoque de la problemática, tener un abordaje más preciso y sobre todo ser objetivos al momento de la aplicación de la técnica psicoterapéutica, constituyéndose estos parámetros estadísticos importantes fuentes de información, estos fueron:

- ✓ En cuanto a los Tipos de Maltrato que la muestra presentó tenemos: Maltrato Psicológico con el 100%, le sigue a esto con un 50% el Maltrato Físico y finalmente el 25% ha sufrido Maltrato Sexual.
- ✓ El consumo de Alcohol constituyó una de las principales causas para que el agresor genere episodios de violencia; en la muestra investigada se obtuvo que el 75% de los agresores consume alcohol.
- ✓ Teniendo en cuenta que las conductas de maltrato muchas veces son aprendidas desde la infancia y se mantienen en la personalidad del individuo, se obtuvo que el 75% de los agresores presenciaron maltrato en la infancia y el 50 % de la muestra fueron víctimas de violencia en la infancia. Siendo estos factores, aspectos que influyen en la conducta violenta de la pareja.

5.2 RECOMENDACIONES:

- Se sugiere contratar un Profesional Psicólogo Clínico en el Sub Centro de Salud San Andrés debido a la alta demanda de pacientes que requieren este servicio.
- Realizar talleres constantemente acerca del maltrato a la mujer en toda la población debido a que esta es una problemática que existe en muchos de los hogares de la parroquia, estos talleres deberán ser realizados por un profesional de la salud mental o por alguien encargado de promocionar la salud a fin de que pueda darse un seguimiento a la muestra investigada.
- Después de haber analizado aspectos sociodemográficos de la muestra se propone trabajar en el consumo de alcohol del agresor teniendo en cuenta que este factor constituye un desencadenante de maltrato a la mujer. Así como también resulta imprescindible el abordaje sistémico familiar con el objetivo de detener patrones conductuales desadaptativos.

- La Universidad Nacional de Chimborazo debe adquirir material bibliográfico para la Carrera de Psicología Clínica referente a la temática expuesta en esta investigación.
- Las personas encargadas de las prácticas pre profesionales deben coordinar con el Ministerio de Salud Pública para que acuda un pasante de Psicología Clínica a dar atención a la población de la parroquia San Andrés.

BIBLIOGRAFÍA

- **ÁLVAREZ, Ángeles.** Guía para mujeres maltratadas. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2002
- **BECK, Aaron (1979).** Terapia Cognitiva de la Depresión Editorial DESCLEE DE BROUWER, S.A
- **BRANDEN, Nathaniel (1999).** Autoestima de la Mujer. Editorial Paidos
- **BREWSTER, M. P. (2002).** Violencia Doméstica Teorías Investigaciones E Implicaciones Prácticas. Oxford University Press.
- **CORSI J. (1995)** Violencia Masculina en la Pareja. Argentina: Paidos Labrador
- **LABRADOR, Francisco.** Manual de técnica de modificación y terapia de Conducta. Ediciones Pirámide. España 1997
- **PIAGET, Jean.** Seis Estudios de Psicología. Editorial Ariel S.A. 1964
- **PIERON, Henry.** Vocabulario de Psicología , Abril 1990 Traducción de la 8va Edición Francesa Editorial AKAL S.A. 1990
- **RISO, Walter. (1999).** Amar o Depender? Bogotá: Grupo Norma.
- **RISO, Walter. (2006).** Terapia Cognitiva, Editorial Norma Colombia
- **RISO, Walter. (2012)** Enamórate de Ti. Colombia: Editorial Planeta S.A.
- **RODRIGUEZ, Mauro (1988).** Autoestima clave del Éxito Personal
- **SATIR, Virginia. (1991)** Relaciones Interpersonales en el núcleo Familiar. Editorial Pax México

- MACKAY. virtual.uaeh.edu.mx disponible en web:
http://virtual.uaeh.edu.mx/repositoriooa/paginas/OA_iemocional/tcnica_de_la_re_estructuracin_cognitiva.html
- ROSENBERG disponible en web:
<http://sicolog.com/?a=1669>
- PSICÓLOGOS EN LÍNEA.NET, disponible en la web:
<http://psicologosenlinea.net/23-definicion-de-autoestima-conceptos-de-autoestima-segun-diferentes-autores-y-abraham-maslow.html>
- RED NO VIOLENCIA, disponible en Web:
http://rednoviolenciagex.gobex.es/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=14&Itemid=15
- REVISTA DE AUTOESTIMA DE ANGÉLICA ALTAMIRANO, disponible en web:
<http://es.slideshare.net/AngelicaAltamirano/autoestima-14976362>

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE OBSERVACIÓN

NOMBRE: NN

LUGAR: Sub Centro de Salud San Andrés

OBJETIVO: Determinar la presencia de Maltrato.

INDICADORES DE MALTRATO	SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• Presenta signos de Maltrato Físico (Golpes, Rasguños, Moretones, Inflamaciones).		
<ul style="list-style-type: none">• Al indagar sobre la problemática se muestra nerviosa, ansiosa o trata de evitar y negar su problema.		
<ul style="list-style-type: none">• Se muestra sensible o presenta llanto cuando relata vivencias propias relacionadas a su relación conyugal.		
<ul style="list-style-type: none">• Siente temor ante los entrevistadores		
<ul style="list-style-type: none">• Se nota pesimista frente a su situación		
<ul style="list-style-type: none">• El contenido de su relato es vago e impreciso provocando en ciertos momentos confusión al entrevistador.		
<ul style="list-style-type: none">• No tiene trabajo ya que es negada o desaprobada esta actividad por parte de su pareja.		
<ul style="list-style-type: none">• Se pueden distinguir secuelas del maltrato en los hijos u otros familiares que viven en este entorno.		
<ul style="list-style-type: none">• Tratan de ocultar su problemática		
<ul style="list-style-type: none">• Presenta dificultad al integrarse al grupo		

ANEXO 2

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

POR FAVOR, CONTESTE LAS SIGUIENTES FRASES CON LA RESPUESTA QUE CONSIDERE MAS APROPIADA

- A. MUY DE ACUERDO
- B. DE ACUERDO
- C. EN DESACUERDO
- D. MUY EN DESACUERDO

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
7. En general me inclino a pensar que soy un/a fracasado/a				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo				
9. hay veces que realmente pienso que soy un/a inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona				



ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

CUESTIONARIO DE DISTORSIONES COGNITIVAS

EDAD:
INSTRUCCIÓN:
OCUPACION:
ESTADO CIVIL:

INSTRUCCIONES.

Esta encuesta permitirá recabar información necesaria sobre el procesamiento errado en la información. La presente tiene el carácter de confidencial cuyo uso será exclusivo para el análisis e investigación de necesidades. Lea detenidamente cada ítem y conteste según su experiencia.

Señale que tipo de maltrato ha recibido por parte de su pareja

- a. Físico (golpes, arañños, puntapiés, empujones)
- b. Sexual (le obliga a tener relaciones sexuales, violación)
- c. Psicológico (insultos, amenazas, chantajes)

¿Su pareja consume alcohol o drogas?

SI NO

¿Tiene conocimiento si su pareja fue agredido en la infancia por su padre o madre?

SI NO NO SE

¿Ud. fue víctima de maltrato en la infancia por parte de su padre o madre?

SI

NO

¿Interpreta sin base alguna los pensamientos y sentimientos de su pareja y esto le ocasiona conflicto o malestar?

SI

NO

¿Se adelanta a hechos del futuro de tal modo que considera que estos acontecimientos podrían llegar a ser fatales?

SI

NO

¿Cree usted que es la culpable de los conflictos que existen en la relación con su pareja?

SI

NO

¿Piensa que su pareja cumple una función indispensable en la relación, y que su ausencia haría que usted no pudiera continuar y seguir adelante?

SI

NO

¿Considera que su pena y su sufrimiento son injustos?

SI

NO

¿Cree que la relación con su pareja mejorará con el tiempo o con la ayuda de Dios?

SI

NO

¿Por el maltrato recibido por su pareja; piensa que nunca podrá ser feliz?

SI

NO

¿Considera leve y sin importancia los hechos que se han presentado con su pareja?

SI

NO

¿Ha llegado a pensar que su vida es un fracaso?

SI

NO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

TEMA: MALTRATO INTRAFAMILIAR (TIPOS, CICLOS DEL MALTRATO, DERECHOS DE LAS MUJERES, PATRONES CONDUCTUALES DESADAPTATIVOS APRENDIDOS)

PARTICIPANTES: 8 PERSONAS

FECHA: 28 DE ABRIL DE 2014

RESPONSABLES: GONZALO ERAZO, ANTONIO RIVADENEIRA

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	TIEMPO	RECURSOS	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Argumentar sobre el maltrato intrafamiliar y sus consecuencias. • Analizar los derechos de las mujeres y las conductas imitadas o aprendidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del tema • Dinámica 	<p style="text-align: center;">Antonio Rivadeneira Antonio Rivadeneira</p>	<p style="text-align: center;">5 MIN 5 MIN</p>	Diapositivas Papelotes Marcadores	Las participantes mostraron apertura en la presentación y desarrollo del tema. Además expusieron las situaciones y tipo de maltrato recibido. Se acuerda modificar conductas para que no vuelvan a ser imitadas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas 	Gonzalo Erazo	10 MIN		
	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidación del tema 	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira	20 MIN		
	<ul style="list-style-type: none"> • Taller tipos de maltrato (trabajo en grupo) 	Gonzalo Erazo	10 MIN		
	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización o plenaria 	Antonio Rivadeneira	15MIN		
	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusiones y compromisos 	Antonio Rivadeneira Gonzalo Erazo	10MIN		

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

TEMA: LA AUTOESTIMA (DEFINICION, NIVELES, DESARROLLO EN LA INFANCIA)

PARTICIPANTES: 8 PERSONAS

PARTICIPANTES: 8 PERSONAS

FECHA: 29 DE ABRIL DE 2014

RESPONSABLES: GONZALO ERAZO, ANTONIO RIVADENEIRA

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RESPONSIBLE	TIEMPO	RECURSOS	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> Exponer sobre la autoestima y la importancia que tiene en el desenvolvimiento de nuestras actividades. Analizar sobre el desarrollo que esta tiene en la infancia así como la misma puede influir de manera positiva 	Presentación del tema	Gonzalo Erazo	5 min	Papelografos Marcadores, Diapositivas, Tarjetas con imágenes	Poseen un mediano conocimiento del tema pero una nula práctica en el mismo. Abandonaron los talleres grupales dos participantes debido a motivos personales.
	Dinámica	Gonzalo Erazo	5 min		
	Rueda de atributos	Antonio Rivadeneira	10 min		
	Desarrollo del tema	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira	20 min		
	Taller: como mejorar el autoestima	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira Participantes	10 min		
	Conclusiones	Antonio Rivadeneira	5 min		
	Acuerdos y compromisos	Gonzalo Erazo	5min		

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

TEMA: LOS PENSAMIENTOS (COMO ACTUAN LOS PENSAMIENTOS, DEFINICION, TIPOS)

PARTICIPANTES: 7 PERSONAS

PARTICIPANTES: 8 PERSONAS

FECHA: 30 DE ABRIL DE 2014

RESPONSABLES: GONZALO ERAZO, ANTONIO RIVADENEIRA

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	TIEMPO	RECURSOS	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Analizar sobre los pensamientos y manera en que estos actúan en nuestra vida. • Diferenciar además los tipos existentes. 	Presentación del tema	Antonio Rivadeneira	5 min	Papelografos marcadores, diapositivas, cartulinas	Las participantes se muestran entusiastas en el desarrollo de los temas propuestos. Abandona el grupo una participante exponiendo su dificultad de asistir a los talleres.
	Dinámica	Gonzalo Erazo	10 min		
	Selección de ideas	Antonio Rivadeneira	10 min		
	Desarrollo y consolidación del tema	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira	15min		
	Taller: Pensamientos positivos/ pensamientos negativos	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira Participantes	15 min		
Acuerdos y compromisos	Gonzalo Erazo	5min			

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

ANEXO 7

TEMA: PENSAMIENTO, EMOCION Y CONDUCTA (DEFINICION DE TERMINOLOGIA, RELACION EXISTENTE ENTRE TERMINOS)

PARTICIPANTES: 8 PERSONAS

FECHA: 5 DE MAYO DE 2014

RESPONSABLES: GONZALO ERAZO, ANTONIO RIVADENEIRA

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	TIEMPO	RECURSOS	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Definir a los pensamientos, las emociones y las conductas. • Relacionarlos entre sí, de manera que podamos distinguir si uno puede causar alguna influencia negativa/positiva sobre algún otro elemento 	Presentación del tema	Gonzalo Erazo	5 min	marcadores, papelografos diapositivas, computador imágenes digitales	La definición y sobre todo el ir diferenciando cada uno de los términos fueron importantes en aclarar dudas de las participantes.
	Dinámica	Gonzalo Erazo	5 min		
	Socialización de ideas	Antonio Rivadeneira	5 min		
	Desarrollo y consolidación del tema	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira	20 min		
	Taller: categorizando los pensamientos y sentimientos.	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira Participantes	10 min		
	Conclusiones, plenaria	Antonio Rivadeneira	10 min		
Acuerdos compromisos	Gonzalo Erazo	5 min			

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

ANEXO 8

TEMA: DISTORSIONES COGNITIVAS Y SUS TIPOS (PENSAMIENTOS NEGATIVOS)

PARTICIPANTES: 8 PERSONAS

FECHA: 6 Y 7 DE MAYO DE 2014

RESPONSABLES: GONZALO ERAZO, ANTONIO RIVADENEIRA

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	TIEMPO	RECURSOS	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Definir a las distorsiones cognitivas e ir conceptualizando y discutiendo cada una de aquellas que fueron detectadas en las participantes • Analizar los tipos de pensamientos existentes e ir reconociendo características negativas de los mismos. 	Presentación del tema	Gonzalo Erazo	5 min	marcadores, papelografos diapositivas, computador	Las participantes en el desarrollo del tema lograban identificar el tipo de pensamiento negativo que se mantenía de manera persistente en cada una de ellas. Abandona los talleres una participante por motivos que no fueron expuestos.
	Dinámica	Antonio Rivadeneira	10 min		
	Socialización de ideas	Antonio Rivadeneira	10 min		
	Desarrollo y consolidación del tema	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira	40min		
	Taller, conversatorio: ¿qué tipo de distorsión es la que más afecta mi vida?	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira Participantes	30 min		
Conclusiones, plenaria	Antonio Rivadeneira	10 min			
Acuerdos y compromisos		Gonzalo Erazo	5min		

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

ANEXO 9

TEMA: DISTORSIONES COGNITIVAS EN LA AUTOESTIMA (INFLUENCIA DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS EN LA AUTOESTIMA, AFECTACION Y RELACION)

PARTICIPANTES: 8 PERSONAS

FECHA: 12 DE MAYO DE 2014

RESPONSABLES: GONZALO ERAZO, ANTONIO RIVADENEIRA

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	TIEMPO	RECURSOS	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Analizar de que manera las distorsiones cognitivas influyen en la autoestima de las personas. • Descubrir la relación existente así como la afectación que estas provocan en la autoestima. 	Presentación del tema	Antonio Rivadeneira	5 MIN	Diapositivas Papelotes Marcadores	Se reafirma la conceptualización de cada elemento; al relacionarlos se despeja dudas e inquietudes.
	Dinámica	Antonio Rivadeneira	5 MIN		
	Cuadro comparativo: distorsiones cognitivas - autoestima	Gonzalo Erazo	10 MIN		
	Consolidación del tema	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira	20 MIN		
	Taller: Mi autoestima afectada por mis pensamientos negativos.	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira Participantes	10 MIN		
	Socialización o plenaria	Antonio Rivadeneira	15MIN		
Conclusiones y compromisos	Antonio Rivadeneira Gonzalo Erazo	10MIN			

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

TEMA: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (DEFINICIÓN, PENSAMIENTO Y SUS CONSECUENCIAS EN LAS EMOCIONES, REESTRUCTURACION COGNITIVA A NIVEL PERSONAL CAMBIOS A NIVEL EMOCIONAL.

PARTICIPANTES: 8 PERSONAS

FECHA: 13 DE MAYO DE 2014

RESPONSABLES: GONZALO ERAZO, ANTONIO RIVADENEIRA

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	TIEMPO	RECURSOS	OBSERVACIONES
Dotar a las participantes de un amplio conocimiento sobre la técnica a tratarse, tomando en cuenta que la misma puede ser influyente en sus cambios a nivel emocional y conductual.	Presentación del tema	Gonzalo Erazo	5 MIN	Marcadores, papelografos diapositivas, computador imágenes digitales	No se destacan aspectos relevantes a ser registrados. Se mantienen valores y actitudes reforzadas en talleres anteriores.
	Dinámica	Gonzalo Erazo	5 MIN		
	Socialización de ideas	Antonio Rivadeneira	5 MIN		
	Desarrollo y consolidación del tema	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira	20 MIN		
	Taller: Favoreciendo la valoración positiva de las propias cualidades	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira Participantes	10 MIN		
	Conclusiones, plenaria	Antonio Rivadeneira	10 MIN		
	Acuerdos compromisos	Gonzalo Erazo	5 MIN		

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

TEMA: IDENTIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS INADECUADOS (DEFINIR E IDENTIFICAR TIPOS DE PENSAMIENTO, NATURALEZA NO REALISTA E IRRACIONAL DE CIERTAS CREENCIAS, DISTINGUIR PATRONES CONDUCTUALES DESADAPTATIVOS APRENDIDOS)

PARTICIPANTES: 8 PERSONAS

FECHA: 14 DE MAYO DE 2014

RESPONSABLES: GONZALO ERAZO, ANTONIO RIVADENEIRA

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RESPONSIBLE	TIEMPO	RECURSOS	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Argumentar los roles inherentes de cada uno de los individuos de la familia y de quien es la culpabilidad del abuso. • Analizar las creencias que hacen que cada participante no pueda romper la dependencia del maltratador. 	Presentación del tema	Gonzalo Erazo	5 min	Papelografos marcadores, diapositivas, tarjetas con imágenes	Es importante la participación y la contribución en cada una de las mujeres; así como destacar los cambios conductuales que va en progreso en cada una de ellas.
	Dinámica	Gonzalo Erazo	5 min		
	Rueda de atributos	Antonio Rivadeneira	10 min		
	Desarrollo del tema	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira	20 min		
	Taller: cuando hay abuso ¿de quién es el problema? La esperanza de cambio	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira Participantes	10 min		
	Conclusiones	Antonio Rivadeneira	5 min		
	Acuerdos y compromisos	Gonzalo Erazo	5min		

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

TEMA: EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PENSAMIENTOS (COMO ACTÚAN LOS PENSAMIENTOS, PENSAMIENTOS ASOCIADOS A LA REALIDAD, FICHA DE RECOLECCIÓN DE PENSAMIENTOS, DISTINGUIR EL PENSAMIENTO DE LA REALIDAD, PRUEBAS DE REALIDAD)

PARTICIPANTES: 8 PERSONAS

FECHA: 19 DE MAYO DE 2014

RESPONSABLES: GONZALO ERAZO, ANTONIO RIVADENEIRA

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RESPONSIBLE	TIEMPO	RECURSOS	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> Analizar de qué manera los pensamientos actúa en nuestra vida. Generar razones específicas para argumentar esa irracionalidad. 	Presentación del tema	Antonio Rivadeneira	5 MIN	Papelografos marcadores, diapositivas, cartulinas	Se intentó realizar la ficha de recolección de pensamientos de manera individual, pero el analfabetismo de algunas participantes imposibilitó de cierta manera, de esta forma se lo continuó de manera grupal únicamente.
	Dinámica	Gonzalo Erazo	10 MIN		
	Selección de ideas	Antonio Rivadeneira	10 MIN		
	Desarrollo y consolidación del tema	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira	15MIN		
	Taller: Haciendo frente a los miedos irracionales, como afrontarlos	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira Participantes	15 MIN		
Acuerdos y compromisos	Gonzalo Erazo	5MIN			

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

TEMA: BÚSQUEDA DE PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS (ESTABLECER LÍMITES, PASOS PARA ALCANZAR PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS, COMO CAMBIAR PATRONES DISFUNCIONALES DE CONDUCTA)

PARTICIPANTES: 8 PERSONAS

FECHA: 20 DE MAYO DE 2014

RESPONSABLES: GONZALO ERAZO, ANTONIO RIVADENEIRA

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	TIEMPO	RECURSOS	OBSERVACIONES
Precisar la búsqueda de pensamientos alternativos a fin de controlar las distorsiones cognitivas.	Presentación del tema	Gonzalo Erazo	5 min	Marcadores, papelografos diapositivas, computador	Se percibe una correcta orientación por parte de las participantes en el manejo de pensamientos alternativos
	Dinámica	Antonio Rivadeneira	10 min		
	Socialización de ideas	Antonio Rivadeneira	10 min		
	Desarrollo y consolidación del tema	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira	40min		
	Taller: Límites y despedida de los viejos patrones de conducta, como cambiarlos	Gonzalo Erazo Antonio Rivadeneira Participantes	30 min		
	Conclusiones, plenaria	Antonio Rivadeneira	10 min		
	Acuerdos y compromisos	Gonzalo Erazo	5min		

ANEXO 14

FICHA DE SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

NOMBRE: NN	PROCEDENCIA: Alausí	OCUPACION: Ninguna
EDAD: 17 años	RESIDENCIA: San Andrés	RELIGION: Católica.
ESTADO CIVIL: Casada	N* DE HIJOS: 1	DATOS PROPORCIONADOS POR: Paciente.

FECHA	TRATAMIENTO	OBSERVACION
28 / Abril / 2014	Taller Grupal: Maltrato Intrafamiliar (tipos, ciclos del maltrato, derechos de las mujeres, patrones conductuales desadaptativos aprendidos)	La paciente se muestra participativa, se identifica con aspectos que se hablan en el taller, presento llanto.
29 / Abril / 2014	Taller Grupal: La Autoestima (definición, niveles, desarrollo en la infancia)	La paciente se muestra participativa en el taller, manifiesta que su autoestima es muy baja, culpa a su marido de ello ya que ha recibido humillaciones por parte de su cónyuge. Aplicación de la escala de rosenberg.
30 / Abril / 2014	Taller Grupal: Los Pensamientos (como actúan los pensamientos, definición, tipos)	

05 / Mayo / 2014	<p>Taller Grupal:</p> <p>Pensamiento, Emoción y Conducta (definición de terminología, relación existente entre términos)</p>	
06 - 07 / Mayo / 2014	<p>Taller Grupal:</p> <p>Distorsiones Cognitivas y sus tipos (pensamientos negativos)</p>	<p>La paciente se identifica con los diferentes tipos de distorsiones cognitivas que se analizan.</p>
12 / Mayo / 2014	<p>Taller Grupal:</p> <p>Distorsiones Cognitivas en la Autoestima (influencia de las distorsiones cognitivas en la autoestima, afectación y relación)</p>	
13 / Mayo / 2014	<p>Taller Grupal:</p> <p>Reestructuración Cognitiva (definición, pensamiento y sus consecuencias en las emociones, reestructuración cognitiva a nivel personal cambios a nivel emocional.</p>	
14 / Mayo / 2014	<p>Taller Grupal:</p> <p>Identificación de Pensamientos Inadecuados (definir e identificar tipos de pensamiento, naturaleza no realista e irracional de ciertas creencias, distinguir patrones</p>	<p>Se indican pautas para aprender a identificar episodios en los cuales hay emociones desagradables poniendo énfasis en detectar las cogniciones que preceden a dichas</p>

	conductuales desadaptativos aprendidos)	emociones. Muestra dificultad para anotar sus cogniciones ya que es analfabeta por lo cual se aplica la reestructuración cognitiva de manera individual.
19 / Mayo / 2014	Taller Grupal: Evaluación y Análisis de los Pensamientos (como actúan los pensamientos, pensamientos asociados a la realidad, ficha de recolección de pensamientos, distinguir el pensamiento de la realidad, pruebas de realidad)	
20 / Mayo / 2014	Taller Grupal: Búsqueda de Pensamientos Alternativos (establecer límites, pasos para alcanzar pensamientos alternativos, como cambiar patrones disfuncionales de conducta)	
21 - 26 / Mayo / 2014	Taller Grupal: Modificación de Imágenes (modificación de distorsiones cognitivas a través de pruebas de realidad, modificación de distorsiones cognitivas por medio de la reatribución)	Se explica las diferentes técnicas de modificación de imágenes se llega a un acuerdo con las participantes y se pone énfasis en la “parada de imágenes”, se la practica en grupo e

		individualmente.
03 / Junio / 2014	Taller Grupal: Valorando la Autoestima, una nueva perspectiva (rompiendo la dependencia y sumisión ante la pareja, compromisos de las participantes)	La paciente esta consciente de la gravedad de la situación con su pareja, sin embargo refiere sentir mucho miedo de la reacción de su cónyuge si se muestra asertiva o confronta a su cónyuge.
10 / Junio / 2014	Taller Grupal: Retroalimentación (devolución de conocimientos aprendidos)	
5 / Mayo / 2014	Intervención terapéutica individual: explicación de la terapia cognitiva, se explicó a la paciente la importancia de los pensamientos y la relación en su conducta y sus emociones.	
14 / Mayo / 2014	Intervención terapéutica individual: se indicó a la paciente a recolectar pensamientos negativos. Tarea: 20 minutos al final del día recordar los instantes en los que sintió malestar emocional recordar y anotar los pensamientos que precedieron a dicha emoción.	Debido a que la paciente es analfabeta se dificulta la recolección de pensamientos.
19 / Mayo / 2014	Intervención terapéutica individual: evaluación y análisis de los pensamientos recolectados.	La paciente evoca las emociones que a sentido a lo largo de los últimos días, se analizan las cogniciones que

		<p>provocaron dichos pensamientos se los cuestiona con preguntas específicas y se buscan pensamientos alternativos más objetivos, realistas y que no causen malestar a la paciente.</p>
20 / Mayo / 2014	<p>Intervención terapéutica individual: evaluación y análisis de los pensamientos recolectados.</p>	<p>La paciente evoca las emociones que a sentido a lo largo de los últimos días, se analizan las cogniciones que provocaron dichos pensamientos se los cuestiona con preguntas específicas y se buscan pensamientos alternativos más objetivos, realistas y que no causen malestar a la paciente.</p>
21 / Mayo / 2014	<p>Intervención terapéutica individual: se explicó q las emociones no solo son causadas por pensamientos negativos sino también por imágenes desagradables se indicó varias técnicas para manejar dichas imágenes que causaban malestar a la paciente.</p>	<p>Se practica de manera individual la técnica de la “parada de imágenes para que la paciente controle diversos recuerdos principalmente de su infancia y de episodios de agresión que ha soportado por parte de su cónyuge.</p>