



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**FACULTAD DE EDUCACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA GENERAL**

**TEMA:**

**“TÉCNICA COGNITIVA CONDUCTUAL DE BECK PARA FORTALECER EL AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES, PERTENECIENTES AL CLUB DE JUBILADOS DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE IBARRA EN EL PERIODO MARZO – JULIO 2016”**

**Trabajo de grado previo a la Obtención del Título de Psicóloga**

**AUTORA:** Dayana Samyra Bastidas Gómez.

**DIRECTOR:** Psicólogo Clínico Santiago Andrade.

**Ibarra, 2016**

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

**ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

En calidad de director de trabajo de grado, nombrado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Educación, Ciencia y Tecnología.


**CERTIFICO:**

Que, el presente informe final del trabajo de grado previo a la obtención del título de Psicóloga realizado por la estudiante Dayana Samyra Bastidas Gómez, con el tema:

***“TÉCNICA COGNITIVA CONDUCTUAL DE BECK PARA FORTALECER EL AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES, PERTENECIENTES AL CLUB DE JUBILADOS DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE IBARRA EN EL PERIODO MARZO – JULIO 2016”***

Ha sido analizado y revisado, cumpliendo con las exigencias estipuladas por las autoridades de la facultad.

Por lo tanto autorizo su presentación y sustentación.



Psí. Cli. Santiago Andrade

Director de Tesis



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### CESIÓN DE DERECHOS

### DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO

### A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, **Dayana Samyra Bastidas Gómez**, con cédula de identidad **Nro. 100420987-8**, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autora de la obra o trabajo de grado titulado: **“TÉCNICA COGNITIVA CONDUCTUAL DE BECK PARA FORTALECER EL AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES, PERTENECIENTES AL CLUB DE JUBILADOS DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE IBARRA EN EL PERIODO MARZO – JULIO 2016”**; que ha sido desarrollada para optar por el Título de Psicóloga en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 05 días del mes de noviembre de 2016.

Dayana Samyra Bastidas Gómez.

C.I: 1004209878



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN**  
**A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA**

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	100420987-8		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Bastidas Gómez Dayana Samyra		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Abdón Calderón y Roca Otavalo.		
<b>EMAIL:</b>	Sami-bastidas@live.com		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	062923316	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0984323774

<b>DATOS DE LA OBRA</b>	
<b>TÍTULO:</b>	TÉCNICA COGNITIVA CONDUCTUAL DE BECK PARA FORTALECER EL AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES, PERTENECIENTES AL CLUB DE JUBILADOS DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE

	IBARRA EN EL PERIODO MARZO – JULIO 2016
<b>AUTORA:</b>	Bastidas Gómez Dayana Samyra
<b>FECHA: AAAAMMDD</b>	2016/12/05
<b>SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO</b>	
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
<b>TITULO POR EL QUE OPTA:</b>	Título de Psicóloga
<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>	Dr. Santiago Andrade

## 2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

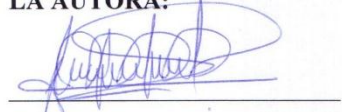
Yo, Bastidas Gómez Dayana Samyra, con cédula de identidad Nro. 100420987-8, en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

## 3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 05 días del mes diciembre de 2016.

**LA AUTORA:**



Bastidas Gómez Dayana Samyra

C.I: 100420987-8

## **DEDICATORIA**

Aunque en la mayoría de las veces parece que estuviéramos en una batalla, hay momentos en los que la guerra cesa y nos unimos para lograr nuestros objetivos.

El presente trabajo va dedicado a mi ángel terrenal y mi ángel eterno, Noah y Mathías, quienes han sido mi soporte y mi apoyo para llegar a culminar con un sueño más.

“Nuestra lealtad es para las especies y el planeta. Nuestra obligación de sobrevivir no es sólo para nosotros mismos sino también para ese cosmos, antiguo y vasto, del cual derivamos”.

Carl Sagan.

## AGRADECIMIENTO

La vida se encuentra invadida de metas y sueños, siendo uno de ellos esta etapa culminada. Tras verme dentro de ella me he dado cuenta que más allá de ser un reto es una base no solo para mi entendimiento del campo en el que me he visto inmersa, si no para lo que concierne a mi camino futuro.

Agradezco a mi familia quienes han destinado tiempo para enseñarme nuevos sucesos, para brindarme aportes invaluable que servirán para toda mi vida.

A mis compañeros, siendo los principales participes de este proceso, quienes estuvieron presentes en la evolución y posterior desarrollo total de mi tesis.

Y a mis profesores que estuvieron en toda la etapa de formación brindándonos conocimientos nuevos y formándonos como profesionales.

“Quien quiera construir torres altas deberá ahondar mucho en los fundamentos.”

Anton Bruckner.

## ÍNDICE GENERAL

PORTADA .....	i
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE GENERAL .....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xii
RESUMEN .....	xiii
ABSTRACT .....	xiv
INTRODUCCIÓN .....	xv
CAPÍTULO I .....	1
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. Antecedentes del problema .....	1
1.2. Planteamiento del problema.....	5
1.3. Formulación del problema .....	6
1.4. Delimitación espacial y temporal.....	6
1.5. OBJETIVOS .....	7
1.6. Justificación .....	8
1.7 Preguntas de investigación .....	9



CAPÍTULO II .....	10
2. MARCO TEÓRICO .....	10
2.1. Fundamentación teórica .....	10
2.2. Escuela cognitivo conductual.....	12
2.3. Terapia cognitiva de A. Beck .....	18
2.4. El autoestima .....	20
2.5. Técnica cognitiva conductual de Beck y autoestima.....	26
2.6. La tercera edad .....	28
2.7. Posicionamiento teórico personal. ....	32
2.8. Glosario de términos .....	33
2.9. Matriz categorial .....	36
CAPÍTULO III .....	37
3. METODOLOGÍA .....	37
3.1. Diseño de investigación. ....	37
3.2. Tipos de investigación .....	37
3.3. Métodos de investigación .....	38
3.4. Técnicas de investigación.....	38
3.5. Instrumentos .....	39
3.6. Población y muestra.....	41
CAPÍTULO IV .....	43
4. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	43

CAPÍTULO V .....	73
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	73
CAPÍTULO VI.....	76
1. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN .....	76
6.1. Título de la propuesta .....	76
6.2. Justificación e importancia .....	76
6.3. Objetivos.....	79
6.4. Ubicación sectorial y física .....	79
6.5. Desarrollo de la propuesta .....	80
6.6. Impactos.....	93
6.7. Difusión .....	94
BIBLIOGRAFÍA .....	96

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1; : frecuencia de edad .....	44
Tabla 2: frecuencia de género .....	45
Tabla 3: frecuencia de enfermedades.....	46
Tabla 4: frecuencia de Instrucción académica .....	47
Tabla 5: Autovalía.....	48
Tabla 6: Identidad. ....	49
Tabla 7: autonomía .....	50
Tabla 8: actitud .....	51
Tabla 9: satisfacción .....	52
Tabla 10: autovaloración.....	53
Tabla 11: inferioridad .....	54
Tabla 12: Autorespeto.....	55
Tabla 13: Autopercepción.....	56
Tabla 14: Auto aceptación .....	57
Tabla 15: Frecuencia ítem 1.....	58
Tabla 16: Frecuencia ítem 2.....	59
Tabla 17: Frecuencia de ítem 3 .....	60
Tabla 18: Frecuencia de ítem 4.....	61
Tabla 19: Frecuencia de ítem 5.....	62
Tabla 20: Autovalía.....	63
Tabla 21: Identidad. ....	64
Tabla 22: Autonomía. ....	65
Tabla 23: Satisfacción personal .....	66
Tabla 24: Satisfacción.....	67
Tabla 25: Autovaloración .....	68
Tabla 26: Sentimientos de inferioridad.....	69
Tabla 27: Autorespeto.....	70
Tabla 28: Autopercepción.....	71
Tabla 29: auto critica .....	72

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: frecuencia de edad de participantes .....	44
Gráfico 2: frecuencia de género de participantes .....	45
Gráfico 3: frecuencia de enfermedades .....	46
Gráfico 4: frecuencia de Instrucción académica.....	47
Gráfico 5: Autovalía.....	48
Gráfico 6: Identidad. ....	49
Gráfico 7: Autonomía.....	50
Gráfico 8: Actitud positiva.....	51
Gráfico 9: Satisfacción Personal. ....	52
Gráfico 10: Autoevaluación . ....	53
Gráfico 11: Sentimiento de Inferioridad .....	54
Gráfico 12: Auto respeto.....	55
Gráfico 13: Autopercepción. ....	56
Gráfico 14: Autoaceptación .....	57
Gráfico 15: Inestabilidad. ....	58
Gráfico 16: Inseguridad. ....	59
Gráfico 17: Sentimiento de inferioridad.....	60
Gráfico 18: Baja Energía. ....	61
Gráfico 19: Inadaptabilidad al medio. ....	62
Gráfico 20: Autovalía.....	63
Gráfico 21: Identidad. ....	64
Gráfico 22: Porcentaje de Ítem 3. ....	65
Gráfico 23: Actitud positiva. ....	66
Gráfico 24: Satisfacción personal. ....	67
Gráfico 25: Autovaloración.....	68
Gráfico 26: Sentimiento de inferioridad.....	69
Gráfico 27: Autor espeto .....	70
Gráfico 28: Autopercepción . ....	71
Gráfico 29: Autopercepción. ....	72
Gráfico 30: ciudad de Ibarra.....	79

## RESUMEN

La tercera edad es una etapa en la que el ser humano no ha dejado de lado los problemas que afectan a su integridad personal, incluyendo el autoestima, pero que no han sido observados hasta el momento de este trabajo, el cual ha determinado el uso de la técnica cognitivo conductual a lo largo de tres meses de trabajo, relacionado con la técnica de Beck. La técnica cognitivo conductual se la ha utilizado mediante talleres grupales, aplicando el test HTP y la escala de autoestima de Rosemberg de manera individual, lo cual ha desvelado baja autoestima, desequilibrios emocionales, provocado por su edad.

En el documento que se presenta a continuación, se muestra las circunstancias emocionales y los avances que las personas de la tercera edad han tenido a lo largo de estos talleres que se han preparado para mejorar su situación emocional. Es destacable resaltar que la interacción del adulto mayor en el proceso de mejorar su autoestima es de suma importancia, y la voluntad de cooperación para interactuar en los talleres, para asimilar nuevos conocimientos, adquirir nuevas sensaciones y emociones, es fundamental para el proceso de crecimiento, lo cual con la debida orientación, el adulto mayor demuestra la necesidad de una mejor interacción más humana. Es importante recalcar que lo necesario para poder interactuar con grupos vulnerables es la empatía hacia sentimientos personales, eso sí unidas a la utilización de herramientas, como las antes mencionadas, como a procedimientos de establecer contacto verbal de manera espontánea y humana.

La perspectiva sociológica para el estudio de los problemas relacionados con la salud y la enfermedad, no puede existir al margen del análisis de las concepciones mágico-religiosas, costumbres, conductas, hábitos, estilo de vida, calidad de vida, modo de vida, tradiciones, mediaciones, mentalidades, memoria común, percepciones, representaciones, significaciones e imaginario que sobre la salud y la atención médica tiene la comunidad, o sea, las múltiples relaciones sociales que interactúan en el contexto social.

## ABSTRACT

Old age is a stage in life in which the human being has not left aside the problems that affect his personal integrity, including self-esteem, but that have not been observed until the moment of this work, which has determined the use of the cognitive behavioral technique over three months of work, related to Beck's technique. The cognitive behavioral technique has been used by group workshops, applying the HTP test and Rosemberg's self-esteem scale individually, which has revealed low self-esteem, emotional imbalances, caused by age.

The following document shows the emotional circumstances and the advances that seniors have had throughout these workshops which have been prepared to improve their emotional situation. It is important to emphasize that the interaction of the elderly in the process of improving their self-esteem is extremely important and the willingness to cooperate interacting in the workshops, to assimilate new knowledge, to acquire new feelings and emotions, is fundamental to the growth process which with due orientation, the elderly demonstrates the need for a better human interaction. It is important to emphasize that empathy toward personal feelings is necessary to interact with vulnerable groups, which is also linked to the use of tools as those mentioned above.

The sociological perspective for the study of problems related to health and illness cannot exist apart from some analysis of magic-religious conceptions, customs, behaviors, habits, lifestyle, quality of life, way of life, traditions, mediations, mentalities, common memory, perceptions, representations, meanings and imaginary about health and medical care - that the social community has, in other words, the multiple social relationships that interact in the social context.

## INTRODUCCIÓN

La mayoría de personas que forman parte de la muestra no reciben una adecuada información sobre su proceso evolutivo y sus secuelas, debido a que no se ha dado mayor importancia al autoestima. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ha creado un sistema de talleres a nivel nacional para la integración de los jubilados, sin embargo no hay un enfoque netamente emocional e informativo de su proceso de transición, siendo de gran importancia para mejorar el estilo de vida del adulto mayor.

Debido a dicha situación se creó la formulación del problema y justificación quienes fueron razón suficiente para el desarrollo de mencionada investigación, al no encontrar un taller netamente enfocado al fortalecimiento del autoestima del adulto mayor, surgió la necesidad de desarrollar talleres vinculados a la parte emocional del jubilado con el fin de mejorar su calidad de vida, cumpliendo de esta manera con cada uno de los objetivos planteados en el Capítulo I.

Para llevar a cabo esta investigación fue necesario profundizar en temáticas relevantes que se encuentran en el Capítulo II, en donde se embisten aspectos como historia del adulto mayor, la motivación, el autoestima, como influye su edad en el autoestima, como mejorar su calidad de vida; basados en la psicología, sociología y filosofía; con el fin de que el paciente tenga mayor manejo de su autoestima y la misma se encuentre fortalecida para hacer más llevadera su nueva etapa de vida.

La investigación se realizó desde un enfoque cualitativo, no experimental, utilizando técnicas e instrumentos propios de la psicología, la muestra se obtuvo utilizando el método no probabilístico, mediante un proceso intencional, donde se estableció criterios de inclusión y exclusión, de esta manera quedando conformado el Capítulo III.

Se aplicaron reactivos psicológicos con la finalidad de conocer el estado emocional del grupo investigado, a partir de la obtención de datos se dio paso a la interpretación y análisis de cada uno de ellos, donde se puede evidenciar efectos, mediante las gráficas y en su análisis podemos encontrar información adecuada para interpretar de manera acertada los resultados, conformando de esta manera el Capítulo IV.

La elaboración de las conclusiones y recomendaciones se hicieron en base a los resultados obtenidos durante la intervención realizada, las mismas han quedado fundamentadas en el Capítulo V.

La elaboración de la propuesta fue parte fundamental de la investigación en donde se asentó todos los talleres realizados para la ejecución de la investigación tomando en cuenta las necesidades encontradas en el grupo, la investigación recopilada anteriormente fue muy significativa y necesaria en el momento de realizar la propuesta quedando en constancia en el Capítulo VI.



## CAPÍTULO I

### 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Antecedentes del problema

El problema de la autoestima en la vejez se ha establecido como una afectación normal, sin dar la debida importancia al aspecto emocional, padeciendo sin alguna característica que permita adecuadamente tratarla en diferentes esferas tanto sociales como familiares. Sevillano en su libro: Médicos y Pacientes considera entonces que la población, mayoritariamente lejos de centros de atención médica integral, no son capaces de recibir la debida atención por parte de profesionales dedicados a resolver estos problemas de salud psicológica.

La distribución por sexo es igual, pero es más frecuente en las mujeres, sin embargo, estas pueden ser fluctuantes y estar modificada por factores socioeconómicos y culturales. El envejecimiento es un proceso que no sólo afecta a las personas, sino que también ocurre en las poblaciones, y es lo que se llama el envejecimiento demográfico. Se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de adultos mayores y la disminución en la importancia porcentual de los menores, como consecuencia de la caída de la natalidad.

Según el (Ministerio de Inclusión Económica y social, 2015) este proceso de cambio en el balance entre generaciones está ocurriendo en América Latina y en Ecuador de una manera mucho más rápida que la ocurrida en países desarrollados. Latinoamérica debe enfrentar los retos de este proceso con menos recursos y más premura de la que tuvieron los países ricos.

Al ser el envejecimiento un proceso multidimensional –que tiene incidencia en la persona, la familia y la comunidad–, implica la puesta en marcha de acciones integrales, solidarias, que contribuyan a revalorizar el rol de las personas adultas mayores en la sociedad. La acción a favor de las personas mayores es un desafío para el Estado en sus niveles nacional y local. Lo es también para el sector privado, las organizaciones sociales y los ciudadanos en general. El trabajo mancomunado asegura el logro de cambios a favor de la igualdad y equidad social a nivel del país.

Estudios realizados en Ecuador ( Hospital Vozandes, 2014) muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los adultos/as mayores al 2010 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarán el 18% de la población.

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época lo que ocasiona un aumento de personas de 65 y más años de edad y el aumento de los índices de enfermedades crónico degenerativas e incapacidades. Se han invertido recursos para conocer, pensar y proponer acciones tendientes a preparar a la población para llegar a esta edad, incorporar a los adultos mayores a la sociedad y finalmente ofrecer posibilidades de una vejez digna, tranquila y saludable.

En la Agenda de igualdad de adultos mayores (CEPAL, 2014) indica que la segunda mitad del siglo pasado de la población ecuatoriana mejoró su esperanza de vida, pues pasó de 48,3 años en 1950- a 75,6 años en el 2010. Esto permitió que muchos ecuatorianos aumentaran su calidad de vida y alcanzaran edades mayores.

El envejecer bien es el ideal de todos, pero una vejez positiva solamente puede ser el resultado de una vida enmarcada en los parámetros que encierra el bienestar social. El proceso de envejecimiento difiere de acuerdo a la condición social. Debido a ello es necesario continuar desarrollando propuestas con alternativas y espacios que permitan mejorar las condiciones de vida a través de planes, programas y proyectos donde las personas adultas mayores sean entes activos en un proceso de inclusión social con la familia y la sociedad.

Para el periodo 2012-2013 se genera la prioridad de construir la Agenda de igualdad para Adultos Mayores, donde se presentan propuestas de estrategias que abarquen un mejoramiento de la calidad de vida en las personas adultas mayores. Todo esto, debido a que, como ya se mencionó antes, el envejecimiento es un proceso que no sólo afecta a las personas, sino también a la población en su conjunto.

En su gran mayoría, las personas adultas mayores no conocen o tienen acceso limitado a programas del Estado, por lo que se promueve el desarrollo de nuevas estrategias para la atención de sus necesidades de salud, trabajo, cuidados, protección social y convivencia intergeneracional, entre otras.

En el Ecuador se realizó un estudio observacional, descriptivo de (Stern, 2015) donde determina que la autoestima en el adulto mayor, en un universo de todos los niveles socioeconómicos de la ciudad de Quito, en 1000 familias, escogidas aleatoriamente, de acuerdo a los planos oficiales de distribución de la ciudad de Quito, seleccionando unidades primarias (Parroquias), secundarias (Barrios, Manzanas, casas) y finales (pacientes). De 4.911 personas encuestadas, se encontraron un total de 29 pacientes diagnosticados baja autoestima que corresponden al 0.59%, 15 fueron hombres (0.30%) y 14 mujeres (0.28%), de edades comprendidas entre 8-70 años con un promedio de 39 años (51), la mayoría de profesiones y ocupaciones distintas.

La aparición de enfermedades físicas representa una amenaza para su salud emocional, generando existen casos desde el nacimientos y otro de aparición a la tercera edad. Las técnicas para tratar la baja autoestima en adultos mayores ha ido cambiando paso a paso gradualmente. Hoy en día, los médicos tratan de mejorar el tratamiento desde la primera visita, ya sea con fototerapia o con terapias sistémicas, según las necesidades específicas de cada paciente.

Las consecuencias es la baja autoestima en adultos mayores disminuye la capacidad de interacción social, perdiendo la capacidad de autovalorarse apropiadamente. La acción socioeducativa con mayores es una actitud hacia la persona, sea cual sea su edad, que trata de favorecer la responsabilidad y la participación en su propio envejecimiento.

La promoción del envejecimiento activo y la validación de los mayores requiere capacitarles y darles poder, para lo cual los proyectos socioeducativos son una herramienta imprescindible. En esta obra se conjugan reflexiones filosóficas, epistemológicas y ontológicas con metodología, estrategias de intervención y recomendaciones prácticas. (García, 2011).

Se divulgan elementos primordiales que con figuran los tratos dirigidos a los mayores. Se define el concepto de maltrato a personas mayores, analizando cómo son las víctimas y los causantes del maltrato, cómo detectar el maltrato, su diagnóstico e intervención, la prevención, los recursos sociales y de salud. Está una categoría de personas, competentes de atraer el significado de la vejez en el transcurso de la existencia humana, que la viven no sólo con serenidad y dignidad, sino como un período de la vida que presenta nuevas oportunidades de desarrollo y empeño. Existe otra categoría para la cual la vejez es un trauma. Persona, ante el

pasar de los años, toman actitudes que van desde la resignación pasiva hasta la rebelión y el rechazo desesperados. Personas que, al aislarse en sí mismas y colocarse al margen de la vida, dan principio al proceso de la propia degradación física y mental. Bastantes ancianos se separan de la sociedad porque están solos y abandonados, porque son marginados de toda actividad familiar, social, tanto a nivel local como nacional, porque los jóvenes no les dan espacio.

La vejez es una etapa de la vida que muchas veces se tiñe de sentimientos negativos e ideas tristes, pero que bien planteada puede convertirse en un momento dulce y hasta placentero. Se analizan los elementos que pueden hacer peligrar un envejecimiento positivo y se ofrecen pautas de todo tipo para alejar las molestias de la vejez y asumir sus aspectos positivos. Se tratan aspectos clave como el valor de la experiencia; la independencia y la participación social, el amor y la sexualidad, las relaciones familiares; y los recursos económicos.

El adulto mayor tiene que adaptarse a diferentes decisiones, las cuales afectan no solo al individuo, sino a todo su entorno familiar, empezando por el hecho de que el 30% de las personas que dejan de trabajar viven de manera negativa su jubilación, ya que la identifican como la entrada oficial a la vejez. (Hunermann, 2014).

La jubilación representa en muchas personas una etapa traumática y por ello en los momentos previos y posteriores aumentan los problemas de salud de toda índole. El estado de ansiedad con el que muchas personas viven este período de su vida precisa orientación para que puedan encarar mejor su futuro.

En las personas jubiladas y ancianas suelen predominar los sentimientos de inutilidad y las dudas sobre la razón de su existencia. Esto las hace más frágiles para enfrentarse a las tensiones y el estrés de la vida diaria. Sin embargo, excepto en algunos casos de incapacidad total, todas las personas tienen la capacidad de utilizar sus talentos y habilidades dentro del ámbito familiar o en el campo social.

Muchas de las asociaciones y ONG que existen hoy en día han sido creadas y son sostenidas por personas mayores de 65 años, los cuales en el país no existe una actividad diaria y productiva a la que puedan acceder las personas de la tercera edad, a una escala que se catalogue como importante, pero existen tendencias de sociabilización que son importantes, como por ejemplo el del centro de la tercera edad del IESS, que permiten crear un núcleo de protección de los seres humanos de la tercera edad. En la mayoría de residencias e instituciones dedicadas a la atención de personas ancianas se aplica a la terapia ocupacional (Paredes, 2015).

Se trata de una disciplina que estimula el aprendizaje y realización de alguna actividad útil para favorecer la recuperación de las personas afectadas por una enfermedad mental, física y mejorar la autovaloración. El programa de actividades de trabajo que se proponen valora el estado físico, mental, emocional y vocacional del adulto mayor.

La soledad es un fenómeno bastante común en la vejez que puede tener como consecuencia problemas tales como alcoholismo, depresión, desnutrición, etcétera. Las personas que más acusan de soledad tras la jubilación son las que han sobrevalorado la satisfacción que les provocaba su trabajo, y las que se han visto obligadas a aceptar una jubilación anticipada. La pérdida del contacto con los compañeros de trabajo conduce a un sentimiento de abandono y frustración.

El problema de soledad se agudiza mucho más cuando viene la ausencia de interacción de amigos y familiares, muerte del conyugue, traslado de los hijos y familiares a otras ciudades, con lo cual para afrontarlo se busca ayudas sociales, así como una ocupación que exija dar y recibir.

## **1.2. Planteamiento del problema**

Los sentimientos y emociones que experimentan los adultos mayores están en constante conflicto con la interacción que tienen con el medio social en el cual les toca desenvolverse, cuya realidad tiende a discriminarlos, por desconocer su proceso emocional, debido a la falta de información adecuada, sistematizada y oportuna.

Todo esto afecta al adulto mayor por la principal razón que al no contar con la adecuada información sobre su etapa de vida, tiende a recluirse, aislarse, ya que recibe de su entorno maltrato tanto a nivel psicológico como físico, lo que promueve que dichas actitudes desemboquen incluso niveles de violencia, dentro del núcleo familiar, por razones de temor, miedos e incluso supersticiones.

La vejez es el proceso de ciclo de vida por el cual todos pasaremos en algún momento, este proceso causa sentimientos de inutilidad, aislamiento, desvaloración, disminución de pensamientos positivos y baja autoestima. Estos síntomas, promueven en las personas que no saben de la naturaleza de este proceso de transición, actitudes que afecten a corto, mediano y

largo plazo al paciente, lo cual se ha informado de casos en los cuales ha existido la separación del enfermo del núcleo familiar y social. Ante estas circunstancias, es vital lograr establecer técnicas, no solo que alivien los problemas físicos evidentes por la edad, sino también el problema emocional, que en este caso está unido a un debilitamiento en el autoconcepto, y por ende en el autoestima, y en la escasa capacidad de lograr el adecuado apoyo social, principalmente del entorno “seguro” el cual es el de la familia, y es necesario recalcar la debida atención integral, a nivel tanto físico como emocional, para que el individuo pueda vivir de una manera digna y lo más normal posible, sintiéndose en capacidad de tomar sus propias decisiones, y saber administrar sus propios derechos y obligaciones. Una de las mejores formas de construir la confianza es conocer las virtudes y aprovecharlas, y al mismo tiempo, ocuparse de los puntos débiles.

Es menester entender que si no se conoce a uno mismo, no se puede entender tanto las debilidades como las fortalezas. Es entonces importante establecer que estas actitudes discriminatorias, lascivas, crean en el individuo una concepción negativa de sí mismo, el cual puede durar a lo largo de su vida, impidiéndole tener una adecuada calidad de vida y una interacción social constructiva y asertiva. (Aragón, 2014).

Una persona es única, especial, y que merece ser feliz, al ser indispensable para su apropiado crecimiento personal, con determinadas técnicas que le permitan cambiar los esquemas mentales negativos por los positivos, y dejar de emplear la psicología negativa, reemplazando por la psicología positiva tanto personal como social, con el fin de promover y mantener relaciones interpersonales satisfactorias.

### **1.3. Formulación del problema**

¿Cómo fortalecer la autoestima en adultos mayores por medio de técnica cognitiva – conductual de Beck, pertenecientes al grupo de jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - Ibarra?

### **1.4. Delimitación espacial y temporal.**

#### **1.4.1. Unidades de observación**

El proyecto se llevó acabo con un grupo de pacientes que padecen distintas enfermedades, de distintas edades, sexo masculino y femenino, que tienen como

particularidad baja autoestima debido a su situación, quienes asisten al grupo de pacientes de adultos mayores, pertenecientes al club de jubilados del IESS de Ibarra.

#### **1.4.2. Delimitación espacial.**

La investigación se desarrolló en la parroquia urbana el Sagrario; en la casa comunal del barrio Ajaví, de la ciudad de Ibarra-Ecuador, la cual fue punto de encuentro y desarrollo de varios talleres ofrecidos por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ibarra, los talleres fueron parte del “Programa de envejecimiento activo”, que se realizan a nivel nacional.

Esta casa comunal se encuentra en la calle Luis Felipe Borja, diagonal al redondel de la Avenida Cristóbal de Troya, cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia.

#### **1.4.3. Delimitación temporal.**

La presente investigación se llevará a cabo en el periodo marzo-julio 2016.

### **1.5. OBJETIVOS**

#### **1.5.1. Objetivo general**

Determinar la influencia de las actividades bajo el enfoque de la técnica cognitiva conductual de A. Beck, para el fortalecimiento del autoestima de adultos mayores pertenecientes al club de jubilados del hospital del IESS de la ciudad de Ibarra.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

- Evaluar a los adultos mayores pertenecientes al club de jubilados del hospital del IESS para conocer el nivel de autoestima a través del reactivo psicológico Escala de Autoestima de Rosenberg.
- Determinar condiciones personales, para obtener datos relevantes que pueden afectar al autoestima del adulto mayor mediante la Historia Clínica Breve.
- Analizar las condiciones emocionales en las que se encuentran los jubilados mediante el reactivo psicológico proyectivo HTP.

### **1.6. Justificación**

La baja autoestima afecta en el desenvolvimiento común y corriente del individuo apartándolo de actividades en las que se involucra a interacción con otras personas, por miedo a ser juzgados, criticados, y a ser maltratados de cualquier índole, sea físico, emocional, promoviendo a su respectivo resentimiento con el entorno humano.

La importancia del presente proyecto radica en la técnica cognitiva conductual de Beck para fortalecer la autoestima en adultos mayores pertenecientes al club de jubilados del Hospital del IESS de Ibarra, e intentar determinar que no sólo se requiere de terapia física a largo plazo, sino también de terapia psicológica, que tiene que ser debidamente medida, para que se sepa el nivel de afectación que tiene el paciente a tratar.

Este procedimiento tiene que estar enfocado a resolver los principales problemas emocionales, o al menos estableciéndose un procedimiento que permita superar las barreras emocionales para convivir en un entorno social de manera saludable, y de ser necesario, afrontar de manera asertiva. Es necesario establecer un mecanismo de comunicación que permita crear un nexo con los integrantes de un grupo, sea familiar o social, para que sea más



llevarlo cualquier problema, y tenga la calidez de apoyo de sus congéneres, o entorno grupal al que pertenece.

Los adultos mayores presentan baja autoestima debido a su condición por este motivo es necesario aplicar técnicas cognitivo conductual de Beck con el fin de fortalecer la autoestima de los pacientes.

### **1.7 Preguntas de investigación**

- ¿Cuál es el nivel de autoestima de los adultos mayores pertenecientes al club de jubilados del hospital del IESS?
- ¿Cuáles son las condiciones personales que pueden afectar al autoestima del adulto mayor?
- ¿En qué condiciones emocionales se encuentran los jubilados?

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Fundamentación teórica

##### 2.1.1. Fundamentación Psicológica

La terapia cognitivo-conductual es una orientación de la terapia cognitiva enfocada en la vinculación del pensamiento y la conducta, y que recoge las aportaciones de distintas corrientes dentro de la psicología científica; siendo más que una mera fusión, como aplicación clínica, de la psicología cognitiva y la psicología conductista (Rosero, 2015).

Suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición. Están constituidos por las conclusiones, conceptos, hipótesis y teoría científica de la Psicología Social que se aplican a la teoría y la práctica de la educación para la salud.

Las conclusiones de la Psicología permiten a la educación para la salud investigar fenómenos sociales, que influyen en la cultura en salud (Mendoza, 2013).

De estas reflexiones se dedujo que la técnica cognitivo conductual para el estudio de los problemas relacionados con la salud y la enfermedad, no puede existir al margen del análisis de las concepciones mágico-religiosas, costumbres, conductas, hábitos, estilo de vida, calidad de vida, modo de vida, tradiciones, mediaciones, mentalidades, memoria común, percepciones, representaciones, significaciones e imaginario que sobre la salud y la atención médica tiene la comunidad, o sea, las múltiples relaciones sociales que interactúan en el contexto social.

Al analizar los aportes psicológicos al estudio de la salud o la enfermedad, desde sus distintas posiciones y enfoques, se nos revelan una amplia gama de argumentos, que nos permiten deducir e interpretar en torno a la forma y el lugar, en que cada una de las corrientes sociológicas ubicarían a los problemas de salud y en especial a los factores culturales actuantes en ellos, dentro del sistema social.

Desde la teoría psicológica general se han hecho aportes significativos al estudio de los problemas relacionados con la salud y la enfermedad de individuos, familias y comunidades. En este caso encontramos los expuestos por Carlos Marx (2011), Emile Durkheim (2010), Talcott Parsons (2011). De ellos, en el artículo se analizan los fundamentos teóricos que el autor considera esenciales para el estudio y comprensión de los problemas relacionados con la salud y la enfermedad. (Valera, 2012).

### **2.1.2. Fundamentación Social**

El ser humano como lo define Alfredo Poviña “es un ser social que necesita la atención y servicio de otros” nos da a entender que nadie puede estar solo, y más aún cuando es necesario un cambio de actitud hacia las personas que tienen capacidades y necesidades diferentes. Es necesario establecer que cada persona tiene su especial necesidad, es por lo que nosotros siempre establecemos que de ninguna forma podremos dejar de lado a un ser humano, al saber que necesita de nosotros.

Es importante resaltar que el socialismo humanista, desde los albores del siglo pasado, prometían una capacidad de que todos seamos atendidos desde la cuna hasta la sepultura, pero olvidando eso sí la individualización, por eso es importante saber atender a las personas de acuerdo a lo que necesitan tanto individual como grupal (Durkheim, 2012).

La mayor parte de nuestras relaciones con otro son de naturaleza contractual. Si fuera, pues, preciso iniciar cada vez de nuevo las luchas, con las necesarias conversaciones para establecer bien todas las condiciones del acuerdo en el presente y en lo porvenir, nos hallaríamos inmovilizados.

### **2.1.3. Fundamentación Filosófica**

Es importante recalcar que Nietzsche ha definido una filosofía de la supervivencia del más apto, pero nunca ha defendido la idea de aprovecharse de otro para satisfacer intereses propios, incluso recomienda que la especie más prolífica es la que logra que sus integrantes prosperen, si bien el fin no es que prospere el individuo, la suma de beneficios individuales es lo que garantiza una sociedad que progresa.

Es entonces de recalcar que atender a personas más débiles o más necesitadas, ayudará a dignificar una sociedad, pero no hay que olvidar que es importante promover una buena calidad de vida de todos los integrantes.

Como había manifestado Nietzsche “la vida es un instinto de desarrollo, de supervivencia, de acumulación de fuerzas, de poder”, la cual consiste en una supervivencia, y dicha supervivencia no tiene edad, fronteras, etiquetas sociales o cualquier otra índole, solo el ser humano es capaz de discriminar la supervivencia, pero de ningún modo el individuo se excluye de las necesidades que el entorno busca disimular. (Solano, 2011)

## **2.2. Escuela cognitivo conductual.**

La Corriente Cognitivo-Conductual, es una de las escuelas de Psicoterapia más antiguas. Hay dos características que la definen: su modelo de la naturaleza humana y su metodología. “En esencia, consideramos que casi el 100% de nuestra forma de ser, de nuestra personalidad, es fruto de nuestras experiencias. Aunque nacemos con fuertes predisposiciones genéticas o biológicas, es el aprendizaje el que nos hace que estas potencialidades fragüen o cristalicen en una u otra dirección” menciona (Pozo, 2012, pag 112).

Técnica cognitivo conductual es de mayor eficacia dentro de los tratamientos psicológicos siendo la más utilizada en profesionales de salud mental, es objetiva de tal manera su aporte es mayor para superar la mayoría de patologías. Por todo ello la infancia es de gran importancia, pero también lo es la adolescencia y la adultez.

Todos los periodos de nuestra vida son importantes porque posibilitan experiencias y aprendizajes y se va moldeando nuestra manera de ser. A veces, tenemos experiencias que nos hacen aprender reacciones emocionales dañinas o dolorosas. Por ejemplo, si una persona tiene un accidente de tráfico y aunque no se hiere se asusta mucho, puede que la próxima vez que suba a un coche se sienta muy ansioso, con un gran miedo.

Ha aprendido una fobia a conducir. Otras veces en realidad la mayoría, el proceso de aprendizaje es más lento, por ejemplo, si a una persona se la educa en casa y en el colegio, sobrevalorando la importancia de caer bien a los demás, enseñándole que gustar es prioritario o que lo que piensen de él es crucial, puede que esa persona desarrolle una timidez patológica o fobia social. (Pére, 2011).

Lo que el autor nos explica la capacidad que tiene el ser humano para expresar fobias que nacen de acuerdo a las situaciones vividas sean estas traumáticas o vivenciales aprendidas del entorno familiar o social en el que se desarrollen

En síntesis, de forma rápida y concreta, o progresivamente a lo largo de los años, nuestros problemas emocionales son fruto del aprendizaje. Cuando alguien sufre una depresión, un trastorno de la ansiedad o un problema de alimentación, no está loco, ni enfermo, ni es débil, sencillamente ha sido víctima de una serie de desafortunadas experiencias. (Sosa, 2011).

El ser humano demuestra lo que aprendió de la sociedad y del entorno familiar de diferentes maneras, ya sea en forma de trastornos físico o mentales ocurridos a lo largo de los años.

Un psicólogo Cognitivo-Conductual es un experto en aprender y desaprender. La terapia consiste en enseñar una serie de técnicas y estrategias psicológicas probadas científicamente para que la persona afronte su problema emocional y lo maneje hasta eliminarlo (Ramirez, 2013).

Mediante la aplicación de una serie de técnicas y estrategias bien encaminadas por parte de un profesional hacia el paciente logrará que el paciente logre afrontar y hasta eliminar el problema que le afecta.

El psicólogo es un entrenador y la terapia es un proceso de entrenamiento o reaprendizaje donde se elimina el resultado de malas experiencias. Desde un punto de vista metodológico, la terapia Cognitivo-Conductual es una disciplina científica. La eficacia de las técnicas o la veracidad de los modelos, no se basan en escritos u opiniones más o menos brillantes o creativas, sino en datos experimentales. Cuando por ejemplo se afirma que la "Exposición in Vivo" es el tratamiento de elección para la agorafobia, se dice así porque hay cientos de estudios que lo demuestran. (Orjales, 2012).

La terapia Cognitivo-Conductual es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos, además las técnicas y estrategias utilizadas vienen dadas por datos reales de experimentaciones anteriores para solucionar el problema.

El enfoque terapéutico cognitivo-conductual ha demostrado ser la herramienta más eficaz de que disponemos para tratar cualquier afectación emocional y aumentar los comportamientos autocontrolados (Díaz, 2013).

Se evidencia claramente que es el proceso terapéutico más utilizado por los profesionales de salud mental, surgiendo en la década del 50 e incorpora paulatinamente estrategias y procedimientos de la Psicología cognitiva (Bandura, Ellis, Beck, Meichenbaum), hasta adoptar la denominación que posee actualmente, Terapia Cognitivo-Conductual, tanto por la variedad de estrategias terapéuticas disponibles como por su eficacia, este enfoque se ha

extendido a un amplio rango de trastornos psicológicos, así como a la promoción y prevención en salud.

La Terapia Cognitivo-conductual considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás. (Pozo, 2012).

### **2.2.1. Características de la terapia cognitivo-conductual**

(Fernández & Pérez, 2011). Menciona las siguientes características:

- Es de corta duración, en comparación con otras modalidades de psicoterapia.
- Los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo.
- Es activo-directiva, esto significa que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico del paciente, quien no se limita a concurrir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana.
- El terapeuta es más directivo: complementa la escucha con intervenciones que promueven no solo la reflexión sino además la acción.
- Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta.
- Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.
- Se considera que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida.

En conclusión, la terapia cognitivo-conductual es una herramienta eficaz utilizada para tratamiento psicológico, centrándose en el reemplazo de pensamientos distorsionados por pensamientos lógicos, lo que conlleva a un proceso psicoterapéutico adecuado.

### **2.2.3. Intervención cognitivo-conductual en los problemas emocionales**

La terapia cognitivo conductual ha mostrado eficacia y es una de las terapias más relevantes en el tratamiento de los problemas emocionales, dado que como lo dice su premisa, el comportamiento del individuo es una respuesta a la emoción y a su vez, ésta se manifiesta por la interpretación que se hace de las situaciones, por lo tanto, la percepción de las mismas, hará que dicha emoción sea normal, es decir, que aunque sea negativa es apropiada, pero si la percepción se basa en un hecho irracional la emoción negativa ya no será apropiada, sino inapropiada, desarrollando una depresión, algún tipo de fobia o ansiedad, ,menciona la psicóloga (Herra, 2011, pág. 61).

La terapia cognitivo conductual se basa en reemplazar pensamientos irracionales debido a que por ello se puede producir alteraciones en el comportamiento y conducta del paciente, por ello es importante saber mantenerlas en un estado normal.

Los principales objetivos del tratamiento cognitivo conductual son:

- Disminuir el pensamiento disfuncional: este tipo de pensamiento se manifiesta en opiniones negativas que tiene el individuo sobre sí mismo, los demás y el mundo, se basan en creencias que ha desarrollado a través del tiempo, reforzadas por el ambiente, por lo que tienden a responder a este de manera rígida y negativa, lo cual le conduce interpretar las nuevas experiencias erróneamente; las técnicas viables para este aspecto, son las cognitivas.
- Optimizar la capacidad de resolución de problemas: es común que el paciente deprimido dude de su capacidad para resolver los problemas que se le presenta, para él siempre serán amenazantes por lo que es preciso que se le provea de habilidades para afrontarlos, las técnicas adecuadas son las cognitivas y emotivas.
- Incrementar las habilidades de autocontrol: es típico que los depresivos pierdan control sobre sí mismos, no son capaces de auto monitorearse, autoevaluarse y mucho menos auto reforzarse, por lo que es necesario que se le otorgue herramientas para que desarrolle estas habilidades, las técnicas ideales son las conductuales. (Pozo, 2012).

### **2.2.2. Técnicas cognitivo conductuales.**

Los problemas emocionales son muy comunes en personas que padecen algún tipo de inestabilidad. Las técnicas de la terapia cognitivo-conductual son un acercamiento útil y eficaz para el manejo de una gran variedad de trastornos emocionales como la depresión, los trastornos de ansiedad, la hipocondría, los trastornos adaptativos y para una variedad extensa

de síntomas emocionales no clasificados (estrés, ira, frustración baja autoestima (DiMauro, 2013).

De la misma forma, influye positivamente en el tratamiento de trastornos físicos como la diabetes, la epilepsia, el dolor crónico, el síndrome del intestino irritable, la psoriasis y el insomnio. Las investigaciones están masificadas y la escasa disponibilidad de tiempo por paciente limita el uso de estas técnicas. Sin embargo, algunas pueden ser administradas en consultas programadas en las que el profesional dispone de más tiempo por paciente, o bien, pueden administrarse a grupos (técnicas de relajación muscular administradas por el médico y/o la enfermera o auxiliares de enfermería).

Las técnicas cognitivo-conductuales se pueden utilizar en asociación al tratamiento farmacológico, de hecho, la asociación de ambos tipos de tratamiento es de indicación en la mayoría de los cuadros psiquiátricos (trastornos afectivos, de ansiedad e incluso en muchas formas de psicosis esquizofrénica). (Pozo, 2012).

Para el tratamiento de cuadros psiquiátricos es muy recomendable la utilización de técnicas Cognitivo-Conductual y unido a esto la mediación química con el fin de terminar con el problema que tiene el paciente.

Por lo que es muy recomendable la utilización de dicha técnica para diferentes casos psicológicos, obteniendo un eficaz resultado. Una limitación clara y lógica de aplicabilidad de estas técnicas es la propia gravedad del trastorno abordado. En cuadros con sintomatología marcada (inhibición psicomotora marcada o gran nivel de ansiedad, etc.) la utilización de estas técnicas debería posponerse hasta que el paciente este más recuperado. La terapia cognitivo-conductual parte del modelo teórico del aprendizaje, basado en los principios del condicionamiento clásico, operante y el aprendizaje vicario (Tortolero, 2013).

La modificación de conducta fue un término acuñado por Skinner, Solomon y Lindsley en 1950. A ello se suma que a finales de 1970 comienza un proceso de integración con otros procedimientos de fuerte énfasis en lo cognitivo, fortaleciéndose la terapia cognitiva, siendo dos de sus precursores Aaron T. Beck y Albert Ellis.

La terapia cognitivo-conductual utiliza el método científico para probar mediante la investigación la eficacia de sus técnicas. (Mainieri, 2012), siendo esta la técnica más aplicada por los profesionales de salud mental, debido a su gran eficacia, facilitando el diagnóstico y su terapia respectiva, por ello dicho autor menciona las siguientes técnicas:



### 2.2.3. Técnicas operantes para el incremento y el mantenimiento de conductas

Son técnicas que tienen como objetivo la modificación de la conducta, consisten en proporcionar estímulos de una forma ordenada al paciente, con el objetivo de que esos estímulos faciliten la modificación de la conducta problemática.

(Mainieri, 2012), menciona distintas técnicas:

**Técnicas de exposición.** - Consisten en aproximar (exponer) al sujeto de forma sistemática y adaptada a esos estímulos que teme y que le generan ansiedad, para que de este modo, pueda ir afrontando y superando sus miedos.

- Exposición en vivo.
- Exposición en imaginación.
- Exposición simbólica.

**Relajación y desensibilización sistemática.** - Son procedimientos que ayudan al individuo a reducir su tensión física y/o mental, reducir el estrés y la ansiedad, y encontrar un estado de calma.

- Relajación progresiva.
- Relajación autógena.
- Técnicas de respiración.

**Técnicas de habilidades sociales y de afrontamiento.**- Las habilidades sociales son comportamientos aprendidos que pueden modificarse y mejorarse a través de técnicas de aprendizaje como las siguientes:

- Entrenamiento en autoinstrucciones.
- Inoculación de estrés.
- Resolución de problemas.

**Técnicas cognitivas.-** Pretenden modificar el pensamiento y las interpretaciones que se realizan de los sucesos que puedan provocar malestar y/o conductas perjudiciales.

- Reestructuración cognitiva.
- Detención del pensamiento.
- Distracción.

### **2.3.Terapia cognitiva de A. Beck**

Sobre 1956, A. Beck trabajaba como clínico e investigador psicoanalista. Su interés estaba centrado por entonces en reunir evidencia experimental de que en las depresiones encontraría elementos de una "hostilidad vuelta contra si mismo" en los pacientes depresivos tal como se seguía de las formulaciones freudianas. (Mainieri, 2012),

Los resultados obtenidos no confirmaron esa hipótesis. Esto le llevó a cuestionarse la teoría psicoanalítica de la depresión y finalmente toda la estructura del psicoanálisis. Los datos obtenidos apuntaban más bien a que los pacientes depresivos "seleccionaban" focalmente su visión de sus problemas presentándolos como muy negativos.

Esto unido a los largos análisis de los pacientes depresivos con la técnica psicoanalítica habitual, y con escasos resultados para tan alto costo, le hicieron abandonar el campo del psicoanálisis. Su interés se centró desde entonces en los aspectos cognitivos de la psicopatología y de la psicoterapia.

En 1967 publicó "La depresión" que puede considerarse su primera obra en la que expone su modelo cognitivo de la psicopatología y de la psicoterapia. Varios años después publica "La terapia cognitiva y los trastornos emocionales" (1976) donde extiende su enfoque terapéutico a otros trastornos emocionales. Pero es su obra "Terapia cognitiva de la depresión" (1979) la que alcanza su máxima difusión y reconocimiento en el ámbito clínico.

En esta obra no solo expone la naturaleza cognitiva del trastorno depresivo sino también la forma prototípica de estructurar un caso en terapia cognitiva, así como descripciones detalladas de las técnicas de tratamiento. La terapia cognitiva (C.T) es un sistema de psicoterapia basado

en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta .

El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de ESQUEMA COGNITIVO y en el ámbito clínico el de SUPUESTOS PERSONALES (García, 2014).

Equivalen también a las Creencias según la concepción de A. Ellis. Con todos estos términos equivalentes nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma idiosincrática nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes.

Los esquemas pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos (Korman, 2015).

Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales:

- (a) informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas.
- (b) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia.
- (c) el material introspectivo o de autor registro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada en la C.T "terapia a corto plazo" consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas). (Cepeda, 2015).

La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían VULNERABLE al sujeto.

#### **2.4. El autoestima**

Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de nosotros mismos. La importancia de la autoestima estriba en que concierne a nuestro ser, a nuestra manera de ser y al sentido de nuestra valía personal.

Por lo tanto, puede afectar a nuestra manera de estar, de actuar en el mundo y de relacionarnos con los demás. Nada en nuestra manera de pensar, de sentir, de decidir y de actuar escapa a la influencia de la autoestima.

Abraham Maslow, en su jerarquía de las necesidades humanas, describe la necesidad de aprecio, que se divide en dos aspectos, el aprecio que se tiene uno mismo (amor propio, confianza, pericia, suficiencia, etc.), y el respeto y estimación que se recibe de otras personas (reconocimiento, aceptación, etc.). La expresión de aprecio más sana según Maslow es la que se manifiesta en el respeto que le merecemos a otros, más que el renombre, la celebridad y la adulación. (Maliaño, 2015).

“Todos tenemos una imagen mental de quiénes somos, qué aspecto tenemos, en qué somos buenos y cuáles son nuestros puntos débiles. Nos formamos esa imagen a lo largo del tiempo, empezando en nuestra infancia. El término autoimagen se utiliza para referirse a la imagen mental que una persona tiene de sí misma. Gran parte de nuestra autoimagen se basa en nuestras interacciones con otras personas y nuestras experiencias vitales”. (Pierson, 2014).

El concepto de autoestima varía en función del paradigma psicológico que lo aborde (psicología humanista, psicoanálisis, o conductismo). Desde el punto de vista del psicoanálisis, la autoestima está íntimamente relacionada con el desarrollo del ego; por otro lado, el conductismo se centra en conceptos tales como «estímulo», «respuesta», refuerzo, aprendizaje, con lo cual el concepto holístico de autoestima no tiene sentido. La autoestima es además un concepto que ha traspasado frecuentemente el ámbito exclusivamente científico para formar parte del lenguaje popular.

El budismo considera al ego una ilusión de la mente, de tal modo que la autoestima, e incluso el alma, son también ilusiones; el amor y la compasión hacia todos los seres con sentimientos y la nula consideración del ego, constituyen la base de la felicidad absoluta. En palabras de Buda, «no hay un camino hacia la felicidad, la felicidad es el camino. (Chang, 2014).

### **2.4.1. Fundamentos del autoestima**

Existen actitudes por medio de las cuales se puede evidenciar claramente una buena autoestima, de tal manera se puede evidenciar fundamentos correctamente acertados de la misma. (Branden, 2010). Menciona las siguientes:

- Seguridad en sí mismo.
- Capacidad de obrar acertadamente sin sentirse culpable, aunque a otros no les parezca.
- Aprender del pasado y proyectar el futuro, pero vivir intensamente el presente.
- Resolver los problemas confiando en su capacidad y busca ayuda cuando lo requiere.
- Sentirse bien consigo mismo, ni inferior ni superior que otros.
- No se deja manipular.
- Capaz de disfrutar con una gran variedad de actividades
- Ama la vida.
- Piensa antes que hablar y actúa asertivo.
- Controla su agresividad y sus instintos, se defiende sin agredir.
- De fácil adaptación.
- Reconocer lo bueno de los demás.
- Llevar las riendas de la vida y corregir sin lastimar.
- Aceptar los errores y aprender de ellos.

Es decir, una buena autoestima está construida por:

- Autoconocimiento
- Autoconcepto
- Autoevaluación
- Autoaceptación
- Autorespeto

La capacidad de desarrollar una confianza y un respeto saludables por uno mismo es propia de la naturaleza de los seres humanos, ya que el solo hecho de poder pensar constituye la base de su suficiencia, y el único hecho de estar vivos es la base de su derecho a esforzarse por conseguir felicidad. Así pues, el estado natural del ser humano debería corresponder a una autoestima alta. Sin embargo, la realidad es que existen muchas personas que, lo reconozcan o no, lo admitan o no, tienen un nivel de autoestima inferior al teóricamente natural.

### **2.4.2. Problemas de autoestima**

A lo largo de la vida pueden surgir multitud de problemas que nos hagan atormentarnos y valorarnos de forma negativa. Las personas tendemos a intentar ser perfectas y, al no ser capaces de conseguirlo, podemos tender a culparnos, criticarnos y castigarnos, lo que hará que nuestra autoestima se resienta. Por ello, es importante saber valorarse de forma realista y darnos

cuenta de que somos seres humanos con nuestras virtudes y defectos y que debemos aceptarnos (Aларcon, 2013).

En conclusión es importante que aprendamos a manejar nuestros errores, a evaluar nuestra culpa de una manera equilibrada y realista y que seamos capaces de perdonarnos y de perdonar a los demás.

“Los problemas de autoestima son un gran reto para la sociedad actual, ya que causa estragos en la salud de las personas y su entorno. El mayor conflicto en los problemas de autoestima se debe a que, a menudo, la persona que los sufre no lo reconoce, atribuyendo sus problemas a otros factores -prejuicios, mala suerte, terceras personas, de esta forma, la baja autoestima nunca es superada”, menciona (Sawyer, 2012, pág. 96).

De pequeños, pocos han recibido una educación enfocada al bienestar emocional, y después, de mayores, al carecer de una referencia interna, las personas buscan en los demás un sucedáneo de autoestima que acaba creando más problemas de los que trata de solucionar. Se han escrito muchos libros sobre el tema, se imparten cursos y se llenan consultas de personas que desean mejorar su autoconcepto, pero muchos olvidan que la valía es fruto de la autopercepción y no de lo que digan los demás.

### **2.4.3. ¿Cómo surge la baja autoestima?**

Se debe tomar en cuenta que en ocasiones es muy difícil diagnosticar la baja autoestima. Generalmente, la baja autoestima surge en la niñez, por la forma en que nos relacionamos con nuestros padres, compañeros, la escuela y la sociedad. Así, hasta los cinco años formaremos la idea de cómo es el mundo y cómo nos enfrentaremos a él.

Las experiencias posteriores sólo reforzarán esa idea inicial que tuvimos. Es cierto también que las personas suelen dar mayor importancia a los hechos negativos que a los positivos: recuerdan más las malas situaciones, las procesan de una forma que quedan más vívidas en su mente y les brindan mayor importancia.

Los estereotipos y sentimientos negativos duran más en el tiempo. Otro punto a tener en cuenta es la diferencia entre la autoestima y la autoimagen: la segunda surge de las comparaciones que hacemos de nosotros mismos con los demás y suele afectar a la autoestima. (Martinez, 2012).

Generalmente, las personas con baja autoestima buscan la auto-verificación de su imagen, es decir buscan en los pensamientos de los demás reforzar la idea negativa de sí mismos. Por

otra parte, debemos tener en cuenta que la autoestima también se debe un poco a nuestra personalidad: las personas que estudian y analizan todos los hechos que suceden con minuciosidad tienen una tendencia mayor a la baja autoestima.

Hablando en términos puramente neuropsiquiátricos, debemos tener en cuenta que una parte de nuestro cerebro está encargada del llamado “pensamiento negativo” -sí, existe y está ubicado en la corteza cingulada anterior-, que trabaja para enviarnos señales de alerta cuando no tenemos un buen *feedback* en una interacción social, por ejemplo. Sin embargo, neurocientíficos han descubierto que nuestro cerebro se “rehace” continuamente, por lo cual esta maraña de cables negativos puede modificarse con buena voluntad. (Martinez, 2012).

Por otra parte, el llamado sesgo de memoria es una influencia del estado de ánimo respecto a los estímulos que recibimos del exterior. Si estamos tristes o nerviosos, es probable que almacenemos en nuestra memoria todos los comentarios negativos que recibimos durante ese período, y ninguno positivo.

#### **2.4.4. ¿Cómo podemos disminuir o afrontar nuestros problemas de autoestima?**

El primer paso que debemos hacer es intentar no centrarnos en mejorar nuestra autoimagen, ya que es prácticamente imposible sentirnos mejor con nosotros mismos si nos comparamos con los demás, porque probablemente siempre haya alguien mejor que nosotros en algún aspecto.

La clave está en ir de adentro hacia afuera: controlar nuestro diálogo con nosotros mismos. ¿Sabías que la mayoría de las personas se dice a sí mismo un 95% de cosas negativas? Eso hace imposible la tarea de querernos más. (Benitez, 2015).

“La mente positiva es el gran paso hacia una alta autoestima, debemos comenzar con frases afirmativas positivas que queden grabadas en nuestro cerebro. Siempre decir soy una persona positiva y evitar el yo no soy una persona negativa, ya que cuesta más de procesar”, cita (Flores V. , 2011). También debemos evitar los pensamientos extremistas, las auto humillaciones, dar poca importancia a nuestros logros, todos hechos que llenan nuestra mente de pensamiento negativos sobre nosotros mismos.

#### 2.4.5. Problemas comunes del autoestima

**Compararse.-** Si el sujeto posee una autoestima baja se comparará a menudo y eso no es bueno.

- En primer lugar, porque siempre va a haber gente que se desempeñe en algún aspecto mejor que otra persona.
- En segundo lugar, porque a menudo nos comparamos con la gente equivocada.

Las comparaciones se suelen basarse en la gente que nos rodea.

**Ejemplo,** al compararse con un compañero de trabajo, que tiene las mismas capacidades, pero que no ha logrado aspectos significativos en su vida, por lo cual uno se siente satisfecho al sentirse superior al otro, o puede darse un caso contrario en el cual la persona que compara se ve afectada.

- **Creer que uno no vale lo suficiente.-** Este es probablemente el más común y es inherente a la autoestima. El autoestima es una actitud de valorarse a uno mismo; si lo hacemos positivamente se obtendría una alta y si lo hacemos negativamente se obtendría baja autoestima. El hecho es que lo más sano es que las personas se valoren por el simple hecho de ser una persona.

**Creer que no se puede conseguir las metas que se desean.-** Si una persona tiene autoestima baja, tiende a creer que no puede conseguir lo que desea, sea la meta que sea. Incluso llega a afectar cuando alguien quiere conseguir cosas muy sencillas.

#### ¿Cómo solucionarlo?

- Recordando las cosas que ha conseguido en el pasado.
- Aceptar la posibilidad de fracasar y mirar el fracaso como una oportunidad de aprender
- Aprender cosas nuevas que construyan una creencia de que se tiene la capacidad de conseguir cosas



**Culparse.-** Aunque no tiene por qué darse siempre junto a una falta de autoestima, se da a menudo, en realidad, se trata de una forma de mantener el orden público, familiar y relacional, el problema es cuando es patológica: se da en exceso, paraliza, causa depresión o baja autoestima.

### **¿Cómo superarlo?**

- Disculparse: a veces una disculpa sincera puede ser realmente liberadora.
- Técnica de retribución: examinar las situaciones que llevaron a la culpa y atribuir las lógicamente la responsabilidad a cada persona.
- Aceptar que es posible equivocarse
- Evaluar las verdaderas consecuencias de tu comportamiento.

**Preocuparse demasiado por el futuro.-** Normalmente, si se tiene una autoestima alta, pensamos que se tiene la capacidad de solucionar los problemas que surjan, mientras si se tiene una baja autoestima, pensamos que se darán problemas para superarlos o que nos irá mal, se trata de una tendencia de pensamiento que se puede cambiar.

### **¿Cómo lo solucionar?:**

- Centrándome en el presente.
- Centrándome en las soluciones
- Aceptando que siempre van a surgir problemas y que lo único que puedes hacer es intentar solucionarlos

**Tener miedo a lo desconocido.-** Mientras seamos seres humanos y vivamos en este mundo, nunca podremos tener seguridad. Y si fuera así, sería muy desagradable. Lo seguro elimina la excitación y la emoción, la seguridad que si es positiva para el crecimiento personal es la seguridad interior de tener confianza en uno mismo, si creemos en nosotros mismos, se puede explorar las zonas de la vida que no ofrecen nada seguro y evitar seguir el camino que todos los demás caminan.

De hecho, si nos queremos destacar en algo hay que arriesgarse, es imposible destacar o conseguir metas difíciles si no experimentamos algo de inseguridad. Por otra parte, la seguridad un concepto algo irreal, porque estemos donde estemos siempre va a haber algo de peligro:

Si te quedas en tu casa también puede haber accidentes. Lo inseguro y desconocido puede provocarnos inseguridades pero son necesarias para cambiar, mejorar y vivir nuevas emociones.

“La gente suele tener la misma forma de pensar o de comportarse de la gente a la que admira, aunque no tenga sus mismos resultados, compararse suele llevar a la envidia insana y admirar suele llevar a imitar comportamientos sanos, cuando se observe a una persona criticar a alguien que tiene éxito, la persona debe admirar a esa persona que tiene éxito -ya sea en la vida familiar, de pareja o laboral, si buscamos constantemente agradar a los demás o buscar la aprobación, estaremos destruyendo nuestra propia autoestima, no se puede agradar a todo el mundo, siempre va a haber alguien a quien no le seamos de su agrado o se puede dar el caso que esté en contra de nuestras opiniones, por lo tanto, no busquemos agradar a todo el mundo”, menciona (Ruiz, 2015).

### **2.5. Técnica cognitiva conductual de Beck y autoestima.**

Beck. define a la terapia cognitiva como “un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo”. Las cogniciones en las personas se desarrollan a partir de sus experiencias. (Gálvez, 2013).

El objetivo de la terapia cognitiva según Beck es “delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente” Le enseñan al paciente a que controle sus pensamientos negativos, que identifique la relación entre cognición, afecto y conducta, examine una situación en contra y a favor de sus pensamientos distorsionados, sustituya los pensamientos, aprenda a identificar y cambiar las malas creencias.

Con esta terapia nos centramos en el síntoma específico del paciente (en este caso la baja autoestima), identificamos las cogniciones del paciente y trabajamos en las mismas logrando la mejoría del paciente manteniendo siempre la relación terapéutica.

Al principio al paciente se le da toda la información acerca de la terapia cognitiva. Luego aprende a registrar sus pensamientos, junto con el terapeuta se analizan estos pensamientos con el fin de lograr conductas positivas, se buscará el lenguaje adecuado para darle a conocer todo lo relacionado con la terapia, de esta manera se logrará un avance positivo en la aplicación de las técnicas a utilizar. (Camerini, 2014).

- Beck describe algunos supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva conductual. Menciona (Vazquez, 2015, págs. 115-120) algunos:

- La percepción y la experiencia, los cuales incluyen datos de inspección como de introspección.

- Las cogniciones del paciente, las cuales son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.

- El modo que tiene el individuo de percibir una situación, la cual se evidencia en las cogniciones que presenta.

- Estas cogniciones muestran la configuración de la persona acerca de sí mismo, su pasado y su futuro.

- Las modificaciones que tienen las cogniciones del paciente influyen en su estado de ánimo.

- Mediante la terapia, el paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.

- La corrección que se den a sus pensamientos erróneos lleva a una mejoría de paciente. Beck habla de la tríada cognitiva, la cual “consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático”

- Visión negativa que tiene la persona de sí mismo.

En este caso el paciente se subestima, se critica, se ve torpe, presenta un bajo concepto acerca de sí mismo, no se valora.

- El paciente las interpreta de forma negativa sus experiencias, siente que se le presentan obstáculos que le impiden alcanzar sus objetivos.

En el paciente al momento de exponerse a una situación siente de antemano que no va a ser positiva sin tomar en cuenta alternativas que podrían hacer de esa situación algo positiva.

- Visión negativa acerca del futuro.

El paciente anticipa que sus dificultades y sufrimientos actuales continuaran indefinidamente. El objetivo de la terapia cognitiva según Beck es “delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente”.

En resumen podemos aclarar que el terapeuta enseña al paciente a que controle sus pensamientos negativos, que identifique la relación entre cognición, afecto y conducta, examine una situación en contra y a favor de sus pensamientos distorsionados, sustituya los pensamientos, aprenda a identificar y cambiar.

Con esta terapia nos centramos en el síntoma específico del paciente (en este caso la baja autoestima), se identificará las cogniciones del paciente y se trabajará en las mismas logrando la mejoría del paciente. (Tomas, 2014).

## **2.6.La tercera edad**

La tercera edad suele describirse como una época de descanso, reflexión y de oportunidades para hacer cosas que quedaron postergadas mientras uno criaba a los hijos y desarrollaba su carrera. Acontecimientos de la tercera edad como, por ejemplo, los trastornos médicos crónicos y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos, y la incapacidad para participar en actividades que antes disfrutaba, pueden resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo (Shanas, 2014).

Se puede analizar que la tercera edad es una época de descanso y transición donde quedaron excluidas diferentes actividades debido a su estado ocasionado por enfermedades o debilitamiento propio de la edad, resultando muy dificultoso realizar actividades que se ejecutaban anteriormente con facilidad.

Una persona de edad avanzada también puede sentir una pérdida de control sobre su vida debido a problemas con la vista, pérdida de la audición y otros cambios físicos, así como presiones externas como, por ejemplo, recursos financieros limitados (Flores, 2014, págs. 112-113).

Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía en los adultos mayores, generando sentimientos de inutilidad debido a sus cambios.

### **2.6.1. Baja Autoestima, un riesgo para la vida diaria de adultos mayores.**

La baja autoestima también puede tener otras formas de efectos potencialmente nocivos para la salud de una persona mayor, puede llevar a hábitos alimenticios que acaben resultando en obesidad, provocando también pérdida considerable del apetito y la reducción de niveles de energía.

Las personas con baja autoestima de la tercera edad también experimentan índices más altos de insomnio y pérdida de memoria. También tienen tiempos de reacción más prolongados que lo normal, lo que aumenta los riesgos asociados con cocinar, conducir, automedicarse y otras tareas que requieren una atención completa (Reyes, 2015, pág. 24).

### **¿Qué puede hacer para que no afecte de manera significativa el proceso evolutivo de la vejez?**

Si bien envejecer es una parte inevitable de la vida, la depresión no debe formar parte de ella. Los investigadores están de acuerdo en que el reconocimiento, el diagnóstico y el tratamiento tempranos pueden contrarrestar y prevenir las consecuencias emocionales y físicas de la depresión.

(Narváez, 2014), menciona algunos aspectos a tener en cuenta al tratar la depresión en una persona mayor:

- Ser consciente de las limitaciones físicas. alentar a una persona mayor a consultar con un médico antes de hacer cambios en su dieta o emprender una nueva actividad que pueda estresar su resistencia.
- Respetar las preferencias individuales. Debido a que las personas mayores tienden a ser menos dóciles a los cambios de estilo de vida, pueden ser reacias a adoptar nuevos hábitos o a hacer cosas que otras personas de su edad disfrutaban mucho.
- Ser diplomático. Una persona mayor con una autoestima frágil puede interpretar expresiones de aliento y estímulo bien intencionadas como una prueba más del deterioro de su estado. Otros pueden molestarse ante cualquier intento de intervención.

Se concluye que un adulto mayor se encuentra en un estado muy vulnerable por lo que se necesita que el medio que lo rodea sepa comprenderlo aceptando y respetando sus condiciones físicas y sus cambios emocionales. Un psicólogo puede ayudar a sus amigos y familiares a desarrollar tácticas positivas para lidiar con estos y otros problemas delicados.

### **Consecuencias de baja autoestima en la tercera edad.**

(Reyes, 2015, pág. 23), refiere lo siguiente:

- La depresión crónica.- Tiene consecuencias físicas y mentales que pueden complicar un problema de salud existente de una persona de edad avanzada y desencadenar nuevas preocupaciones.
- Independientemente de la causa, la depresión puede tener efectos físicos alarmantes en las personas mayores. El índice de mortalidad de los hombres y mujeres de la tercera edad que tienen depresión y sentimientos de soledad es mayor que el de aquellos que están satisfechos con sus vidas. Los programas de tratamiento para los pacientes de la tercera edad deprimidos que tienen una enfermedad cardiovascular y otras enfermedades importantes, suelen tomar más tiempo de lo normal y su resultado es menos satisfactorio.

Hay pruebas de que algunos cambios corporales naturales asociados con el envejecimiento pueden aumentar el riesgo de que una persona de experimente depresión. Estudios recientes sugieren que las bajas concentraciones de folato en la sangre y el sistema nervioso pueden contribuir a la depresión, el deterioro mental y la demencia.

Además, los sentimientos de desesperanza y aislamiento, que suelen alentar ideas suicidas, son más frecuentes entre las personas mayores, en especial aquellas con discapacidades o que están confinadas a hogares de ancianos (Lopez, 2011, pág. 115).

Los intentos de suicidio se pueden dar en mayor cantidad en personas mayores con discapacidad debido a su estado físico acumulado su cambio evolutivo, en esta etapa se puede generar una fuerte depresión que puede conllevar a lo mencionado.

### **2.6.2. Características del anciano frágil:**

- Mayor de 80 años
- Pluripatología (con tendencia a la cronicidad)
- Pérdida de la capacidad funcional
- Deterioro cognitivo
- Problemas afectivos (depresión)
- Ingresos hospitalarios repetidos
- Polifarmacia (> 3 fármacos)
- Presencia de síndromes geriátricos
- Vive solo
- Está institucionalizado (Cisneros, 2014, pág. 35).

Al analizar las características expuestas se concluye que el adulto mayor tiende a ser una persona frágil ya sea por el deterioro físico o emocional, por lo que conlleva mayor apoyo y entendimiento de su proceso.

### **Aspectos sociales y sociológicos de los adultos mayores.**

La recién elaborada sociología de la tercera edad tiene otras dimensiones: considerar a estas personas un grupo cultural en una estratificación de la población por grupos de edad (igualdad de trato, igualdad de derechos). Sin embargo, esta situación sólo puede aplicarse en un segmento interesante pero reducido de consumidores y de clientela política, por lo que de nuevo es reduccionista, pues asume homogeneidad.

Además, la exclusión del mercado laboral remunerado no quita su inclusión en actividades típicas del voluntariado, comisiones municipales, residencias, centros sociales, bibliotecas y otras instituciones con enfoque comunitario, asociacionista y participativo como personas y como ciudadanos (Alvarez, 2010).

## **2.7. Posicionamiento teórico personal.**

La vejez y autoestima ha sido un tema al cual no se le ha dado la debida importancia, la mayoría de adultos mayores padecen baja autoestima y esto genera que se cohiban de realizar sus actividades diarias e incluso no conservan el interés de relacionarse con los demás es decir su interés de relaciones interpersonales va disminuyendo y en el peor de los casos es completamente nula, sienten vergüenza de sí mismos y sienten que no son merecedores de ninguna persona, por lo cual deciden esconderse de la sociedad sin importarles varios factores importantes que rodean su vida.

Esta investigación se basa en fundamentos filosóficos, psicológicos y sociales los cuales son muy sustanciales para el desarrollo y validez de la investigación, cabe recalcar el gran aporte que da el fundamento social ya que nos habla del ser humano como un todo, con valores y principios, respetando la situación de los demás, acoplándose y complementándose como apoyo sin embargo la escasa información que se ha dado acerca de esta enfermedad provoca que entre sujetos se genere cierto tipo de discriminación a adultos mayores, provocando que aquellas personas eliminen o disminuyan su autoestima lo cual puede desembocar varios problemas de amor y consideración propia.

El conflicto en la sociedad es no tener la suficiente y correcta información para poder entender este padecimiento, generando una red de apoyo y no de discriminación. Se considera muy importante y necesario indagar acerca del autoestima, adulto mayor y sus efectos, con el fin de ayudar a las personas a fortalecer su autoestima y puedan tener una forma adecuada de conllevar su ciclo vital, por ello se considera que la importancia que conlleva el presente proyecto es por la búsqueda de fortalecer el autoestima de pacientes jubilados, con el fin de que puedan tener una forma adecuada de aceptar y generar nuevas alternativas de actividades a realizarse de acuerdo a sus capacidades, de manera que he optado por aplicar la técnica cognitivo conductual de Beck, con el propósito de aumentar el autoestima modificando la manera de pensar de los pacientes convirtiendo sus pensamientos negativos en positivos y así llegar al objetivo planteado.



## 2.8.Glosario de términos

**Aislamiento:** Defensa típica de la neurosis obsesiva consistente en que después de un suceso desagradable o de un acto significativo desde el punto de vista de la neurosis, se interpone una pausa donde nada debe suceder, ni percibirse ni hacerse.

**Autovalía:** Auto valoración personal

**Autoestima:** Conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.

**Cognición:** Proceso de conocer empleado por los psicólogos para designar cualquier actividad mental, abarca el uso del lenguaje, el pensamiento, el razonamiento, la solución de problemas, la conceptualización, el recuerdo y la imaginación.

**Conducta:** Está relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida. Esto quiere decir que el término puede emplearse como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.

**Dicotomía:** Desglose o fraccionamiento de un concepto genérico en uno de sus conceptos específicos y su negación. El concepto se refiere asimismo a la ley que establece que ninguna proposición puede ser verdadera y falsa al mismo tiempo

**Ego:** De acuerdo con Freud, un componente de la personalidad que emerge en los niños en desarrollo para manejar las transacciones con el ambiente; localiza los objetos reales que satisfacen las necesidades del individuo..

**Estrés:** Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.

**Feedback:** Significa retroalimentación; podemos utilizarla como sinónimo de respuesta o reacción, o, desde un punto de vista más técnico, para referirnos a un método de control de sistemas.

**Interacción:** Es una acción que se ejerce de forma recíproca entre dos o más sujetos, objetos, agentes fuerzas o funciones.

**Relaciones interpersonales:** Interacción que tenemos los individuos con otras personas, en donde compartimos vivencias.

**Terapeuta:** Persona que realiza el tratamiento de diversas enfermedades somáticas y psíquicas, que tiene como finalidad rehabilitar al paciente haciéndole realizar las acciones y movimientos de la vida diaria.

**Test:** Prueba que permite describir el comportamiento de un sujeto en una situación definida con precisión.

**Conductual:** Psicología relativo a la forma en que los hombres se comportan

**Farmacológica:** Relacionado con los medicamentos o con la ciencia que estudia su composición y propiedades.

**Enfoque:** Ajuste de la posición de una superficie sensible con relación al objetivo de una cámara fotográfica, con la intención de obtener una imagen nítida.

**Albores:** Se asocian al momento o el periodo donde alguna cosa empieza a desarrollarse.

**Terapéutico:** Tratamiento que tiene la finalidad de curar una enfermedad o de aliviar las molestias derivadas de esta en el caso de aquellos males que resultan crónicos.

**Temperamento:** Manera natural con que un ser humano interactúa con el entorno. Puede ser hereditario y no influyen factores externos (sólo si esos estímulos fuesen demasiado fuertes y constantes); es la capa instintivo-afectiva de la personalidad, sobre la cual la inteligencia y la voluntad modelarán el carácter (en el cual sí influye el ambiente); ocupa también la habilidad para adaptarse, el estado de ánimo, la intensidad, el nivel de actividad, la accesibilidad, y la regularidad; el temperamento es la naturaleza general de la personalidad de un individuo, basada las características del tipo de sistema nervioso.

**Sarcopenia:** Pérdida de masa, fuerza y los cambios cualitativos del tejido muscular, puede aparecer o agravarse coincidiendo con una desnutrición proteico calórica, y por lo tanto asociada a pérdida de peso. Sin embargo también puede encontrarse sarcopenia con un peso corporal normal o incluso alto.

**Autoconocimiento:** El autoconocimiento es resultado de un el proceso reflexivo mediante el cual la persona adquiere noción de su persona, de sus cualidades y características. El autoconocimiento está basado en aprender a querernos y a conocernos a nosotros mismos. Es el conocimiento propio; supone la madurez de conocer cualidades y defectos y apoyarse en los primeros y luchar contra los segundos.

**Autoconcepto:** Conjunto de características físicas, intelectuales, afectivas, sociales, que conforman la imagen que una persona tiene de si mismo.

**Autoevaluación: Acción de** evaluarse a sí mismo, el sujeto que se autoevalúa toma en sus manos el proceso de valorar sus propias conductas, ideas, o conocimientos.

La autoevaluación es un proceso introspectivo que permite visualizar y juzgar las propias conductas y pensamientos, para castigarlos en su caso, con el remordimiento o imponiéndonos acciones correctivas.

**Autoaceptación:** Sentirte feliz de cómo es la persona, es aceptar, apoyar y aprobarse a uno mismo evitando de tal manera juzgarnos.

**Autorespeto:** Respeto por nosotros mismos como seres humanos dignos y valiosos, que necesitamos no solo que nos comprendan y nos valoren los demás sino ante todo, nosotros mismos

## 2.9. Matriz categorial

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS/ INSTRUMENTOS
Técnica cognitiva conductual de Beck.	Se centra, básicamente, en pensamientos automáticos y en las distorsiones cognitivas	✓ Técnica cognitivo conductual para fortalecer la autoestima en adultos mayores.	✓ Ansiedad. ✓ Estrés.	✓ Historia clínica breve.
Autoestima	Percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.	Autoimagen. Autoconcepto. Autoconocimiento. Autoevaluación. Autoaceptación. Autorespeto.	✓ Negativa autopercepción con relación a su personalidad, su físico. ✓ Bajo sentimiento de pertenencia en cuanto al grupo familiar y social.	✓ Historia clínica breve. ✓ Escala de autoestima de Rosemberg ✓ Test proyectivo HTP

## **CAPÍTULO III**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Diseño de investigación.**

##### **3.1.1 Diseño no experimental**

Se aplicó el diseño no experimental ya que no se puede manipular las variables. Es decir, se realizó un levantamiento de información sin alterar los elementos que lo han producido, de modo que la investigación no experimental solo se la realizó observando los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, seguido de lo mencionado se procedió a analizarlos.

En la presente investigación sobre el adulto mayor en pacientes del IESS de la ciudad de Ibarra, se ejecutó el diseño no experimental observando las situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador.

#### **3.2. Tipos de investigación**

##### **3.2.1. Bibliográfica**

Este tipo de investigación se centra en informaciones que provienen de entrevistas, cuestionarios, encuestas y observaciones. Mediante este tipo de investigación se logró recolectar todos los datos e información necesaria para realizar la investigación, se procedió a recoger los testimonios directamente del lugar donde se encontró la muestra investigada.

##### **3.2.2. Descriptiva**

Por medio de la investigación descriptiva se describieron los componentes involucrados al ambiente en el cual se desarrollaron e interactuaron los adultos mayores, de este modo se conoció de mejor manera los elementos que afectaron de manera directa o indirecta el autoestima de los mismos. Además con ayuda de los resultados obtenidos en la investigación descriptiva sirvió de base para la tabulación y análisis de los resultados de la investigación.

### **3.3. Métodos de investigación**

#### **3.3.1 Método deductivo - inductivo**

El uso de este método de investigación fue de gran respaldo ya que se establecieron los hechos generales que involucran pasar por la edad de adulto mayor, hasta llegar a conclusiones particulares del estado de ánimo, es decir si el autoestima se ve afectado por dicho ciclo vital.

#### **3.3.2 Método analítico sintético**

El método analítico sintético para la presente investigación sirvió para conocer la totalidad de elementos que se relacionan en el tema de estudio, luego fueron sintetizarlos en sus componentes principales, de manera que se pudo conocer las raíces del problema. Esta síntesis sirvió para el desarrollo del análisis y tabulación de la información, llegando a una conclusión general del estado emocional de los pacientes jubilados del hospital del Seguro de la ciudad de Ibarra.

#### **3.3.3 Método psicométrico**

Este método se basa en técnicas psicológicas con la que se pudo recabar información necesaria sobre el estado emocional de los pacientes adultos mayores, y como este proceso evolutivo afecta sus vidas tanto de manera profesional como social.

### **3.4. Técnicas de investigación**

#### **Test psicológico**

El test psicológico tiene por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica de los pacientes adultos mayores, además de los rasgos generales del autoestima de los individuos. El uso de test psicológicos, sirvió para argumentar el comportamiento individual de los pacientes por medio de pruebas valorando y comparando estadísticamente o cualitativamente con el de otros individuos sometidos a la misma evaluación.

### **3.4.1 Entrevista psicológica**

Conversación entre dos o más personas, con objetivos y para fines determinados, es decir una parte solicita ayuda y la otra parte ofrece la ayuda solicitada. El objetivo de dicha técnica fue conocer y obtener información acerca de la problemática y los factores que afectan a la persona alrededor del problema, de la cual se hará uso en el momento de la aplicación de dicha investigación.

### **3.4.2 Observación**

La observación se desarrolló con visitas periódicas a la casa comunal de Ajaví donde se ejecutaban los talleres establecidos por IESS Ibarra, con el objeto de tener un acercamiento con los pacientes adultos mayores para poder realizar el levantamiento de información necesario, además de observar las reacciones emocionales, pudiendo ver claramente cómo se encuentra la autoestima de los pacientes.

## **3.5. Instrumentos**

### **3.5.1 Test de Autoestima de Rosenberg**

El test de autoestima de Rosenberg es un instrumento para medir el grado de satisfacción que tiene las personas sobre sí mismas, para lo cual se detalla su aplicación y escala de valoración:

#### **Indicación:**

Cuestionario para explorar la autoestima persona entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

#### **Administración:**

La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa.

### **Interpretación:**

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1 .De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.
- De 26 a 29 puntos: autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos: autoestima baja, existen problemas significativos de autoestima.

### **3.5.2 Test proyectivo HTP (house, tree, and person).**

El test de la casa/árbol/persona es un test proyectivo basado en la técnica gráfica del dibujo, a través del cual podemos realizar una evaluación global de la personalidad de la persona, su estado de ánimo, emocional, etc. La realización de dibujos es una forma de lenguaje simbólico que ayuda a expresar de manera bastante inconsciente los rasgos más íntimos de nuestra personalidad.

Con los dibujos recreamos cuál es la manera de vernos a nosotros mismos, así como la forma que verdaderamente nos gustaría ser. Cada dibujo constituye un autorretrato proyectivo a diferente nivel: con el dibujo de la persona realizamos una autoimagen muy cercana a la conciencia, incluyendo los mecanismos de defensa que utilizamos en la vida cotidiana.

En el de la casa proyectamos nuestra situación familiar y en el del árbol el concepto más profundo de nuestro Yo. Es un test muy valioso por el hecho de poder aplicarse a personas de todas las edades, desde niños a adultos. HTP fue realizado de manera individual con el fin de poder investigar las condiciones emocionales en las que se encontraban los pacientes jubilados.

### **3.5.3 Historia clínica**

La elaboración de la historia clínica breve fue elaborada de manera personal con la finalidad de recabar información relevante, la cual fue utilizada de gran importancia en la investigación, se tomaron aspectos como:



- Edad
- Genero
- Estado civil
- Instrucción
- Enfermedades con diagnóstico medico
- Motivo de consulta
- Anamnesis personal, normal y patológica
- Anamnesis familiar normal y patológica
- Reactivos aplicados
- Diagnóstico psicológico
- Recomendaciones
- Observaciones

### 3.6. Población y muestra

#### 3.6.2 Población

Las personas con las que se trabajó son pacientes adultos mayores que padecen diversas enfermedades debido a su edad, los mismos que se encuentran entre los 65 a 85 Años de edad, encontrándose en constante inseguridad por su estado, lo cual desencadenó baja autoestima, el grupo de pacientes adultos mayores que acuden al club de jubilados del Hospital de seguro del Seguro de la ciudad de Ibarra fue de 15 personas.

#### POBLACIÓN

N° Población	Hombre	Mujeres	Edad	
			65-75	75-85
	2	13	6	9
<b>15</b>				

### **3.6.2 Muestra**

La muestra que se estudió fue el total de pacientes adultos mayores que acuden a la casa comunal “Ajavi” de la ciudad de Ibarra los cuales se presentaron en número de 15 individuos.

#### **Criterio de inclusión:**

- Personas comprendidas entre los 65 a 85 años de edad.
- Adultos mayores.
- Sujetos que pertenecen al grupo de asistentes del club de jubilados del Hospital del Seguro de la ciudad de Ibarra.

#### **Criterio de exclusión:**

- Todo lo que no encaja dentro del criterio de inclusión.

## CAPÍTULO IV

### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

Uno de los aspectos que más se ve afectado en los adultos mayores es el autoestima, para poder evaluar su nivel de aceptación se empezó realizando una entrevista psicológica, ejecutada mediante una historia clínica, fue elaborada de manera individual con el objetivo de obtener información relevante para poder elaborar de manera acertada la investigación, tomando como aspectos principales la edad, género, instrucción, estado civil y enfermedades, posteriormente se aplicó la Escala de Autoestima de Rossenberg, test utilizado para medir de manera global el autoestima, luego se realizó la aplicación individual del HTP, para poder obtener un preámbulo de cómo se encuentra el adulto mayor antes de realizar la intervención.

Una vez concluida la intervención la cual tuvo una duración de tres meses, se procedió a una última evaluación con la aplicación de un re-test para conocer las mejorías con respecto a autoestima en la población mencionada. De esta manera se concluyó con toda la investigación, obteniendo resultados favorables.

## HISTORIA CLÍNICA BREVE

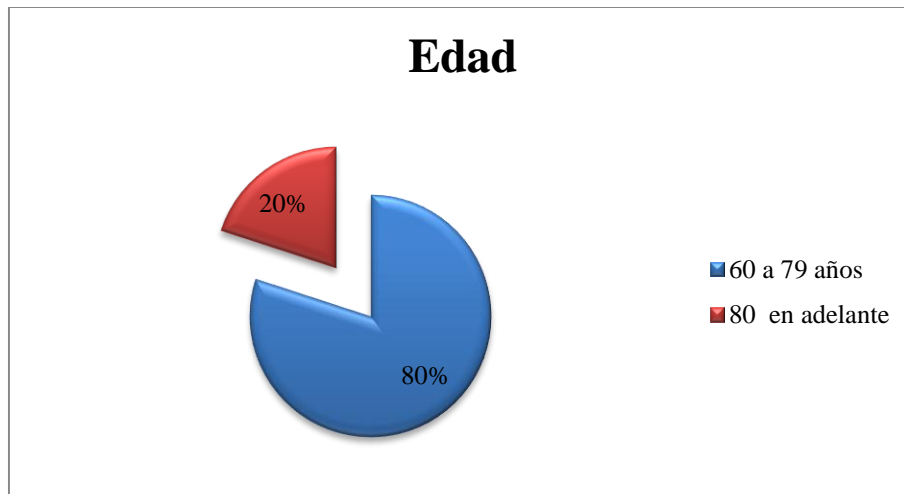
### Ítem 1: Edad

**Tabla 1:** frecuencia de edad

Edad	<i>f</i>	%
65 a 79 años	12	80
80 en adelante	3	20
Total	15	100

**Fuente:** Historia clínica breve  
**Elaborado por:** Samyra Bastidas

**Gráfico 1:** frecuencia de edad de participantes



**Fuente:** Historia clínica breve  
**Elaborado por:** Samyra Bastidas

### Análisis:

La mayoría de la muestra utilizada en la investigación corresponde a las edades entre 65 a 79 años, mientras que en un menor número se ubican en edades de 80 años en adelante.

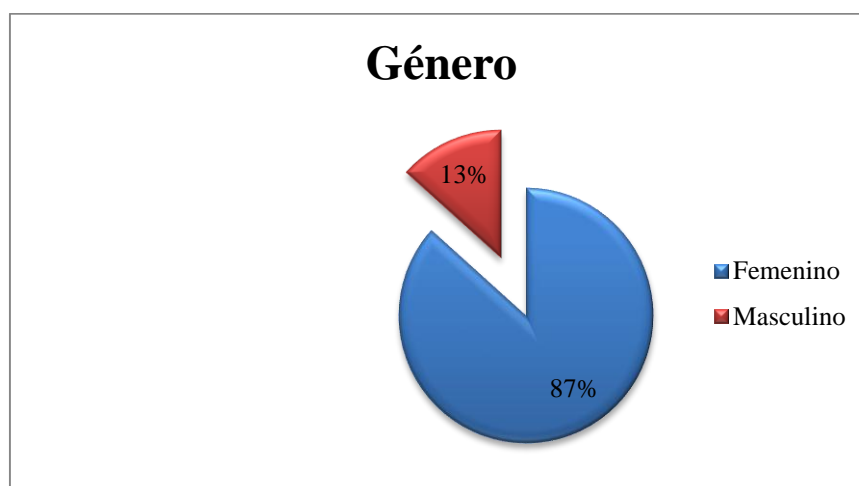
## Ítem 2: Género

**Tabla 2:** frecuencia de género

Genero	<i>f</i>	%
Femenino	13	87
Masculino	2	13
Total	15	100

**Fuente:** Historia clínica breve  
**Elaborado por:** Samyra Bastidas

**Gráfico 2:** frecuencia de género de participantes



**Fuente:** Historia clínica breve.  
**Elaborado por:** Samyra Bastidas

### Análisis

La mayoría de los participantes fueron mujeres es decir 13 personas, mientras que los dos restantes para completar la muestra fueron 2 hombres.

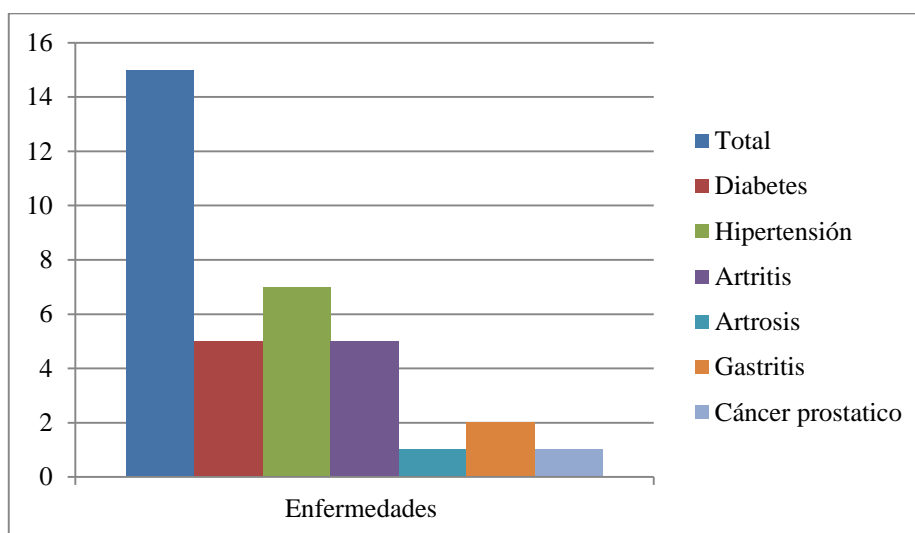
### Ítem 3: Enfermedades con diagnostico medico

Tabla 3: frecuencia de enfermedades

Enfermedad	<i>f</i>	%
Diabetes	5	33.33
Hipertensión	7	46.66
Artritis	2	13.33
Artrosis	1	6.73
Gastritis	2	13.33
Cáncer prostático	1	6.73
Total	15	100

Fuente: Historia clínica breve  
Elaborado por: Samyra Bastidas

Gráfico 3: frecuencia de enfermedades



Fuente: Historia clínica breve.  
Elaborado por: Samyra Bastidas

### Análisis

Todos los participantes de la investigación sufren de una o más de mencionadas enfermedades, afectando al desarrollo efectivo de sus actividades y relaciones interpersonales, siendo de mayor incidencia la hipertensión arterial con una frecuencia de 7 participantes.

#### Ítem 4: Instrucción

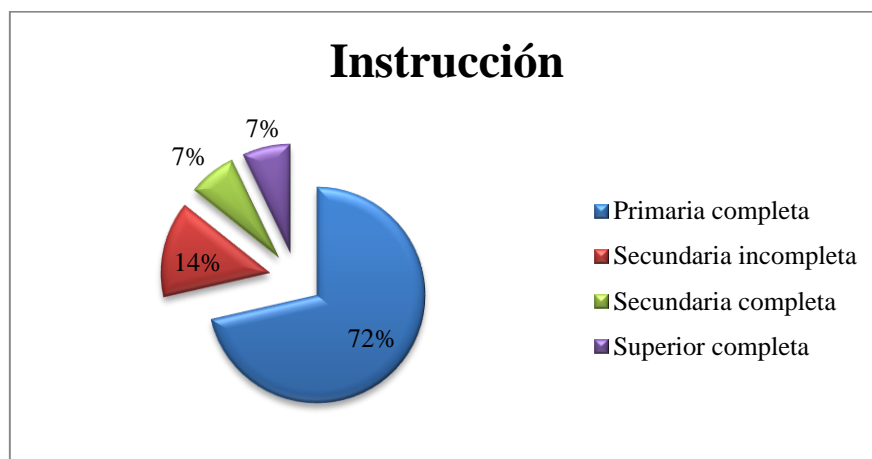
**Tabla 4:** frecuencia de Instrucción académica

Instrucción	<i>f</i>	%
Primaria completa	10	72
Secundaria incompleta	2	14
Secundaria completa	1	7
Superior completa	2	7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Historia clínica breve.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 4:** frecuencia de Instrucción académica



**Fuente:** Historia clínica breve

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

#### Análisis

La mayoría de participantes han culminado solo su educación primaria, es decir 10 personas, 2 participantes no culminaron la secundaria mientras que uno de ellos sí lo hizo, sin embargo según los datos obtenidos 2 pacientes finalizaron con su educación superior.

## Escala de autoestima de Rosenberg. (PRETEST)

**Ítem 1:** Siento que soy una persona digna al menos tanto como los demás.

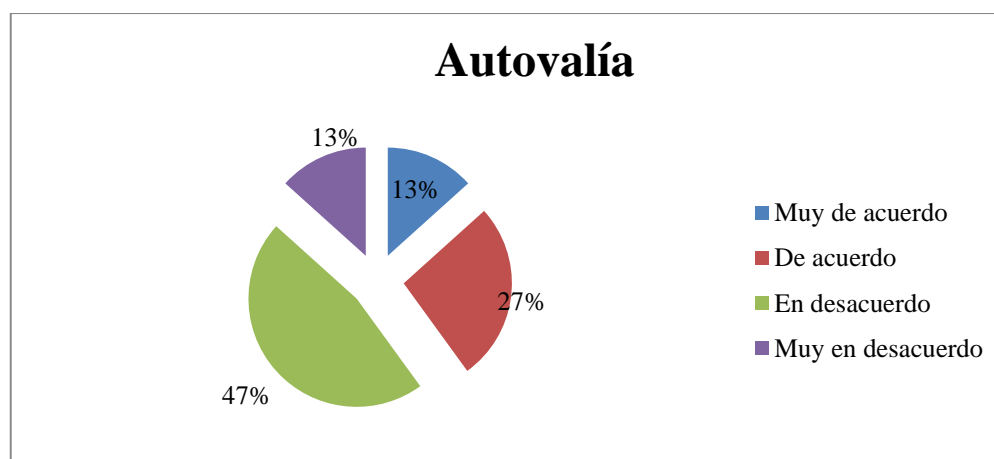
**Tabla 5:** Autovalía

Ítem 1	<i>f</i>	%
Muy de acuerdo	2	13%
De acuerdo	4	27%
En desacuerdo	7	47%
Muy en desacuerdo	2	13%
Total	15	100%

**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 5:** Autovalía



**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

### Análisis

Se evidencia que la mayoría de jubilados exterioriza estar en desacuerdo con respecto a la pregunta planteada, es decir 7 de 15 personas, mientras que en menor parte se encuentra totalmente estimables de sí mismos, realzando la importancia de la investigación.



**Ítem 2:** Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.

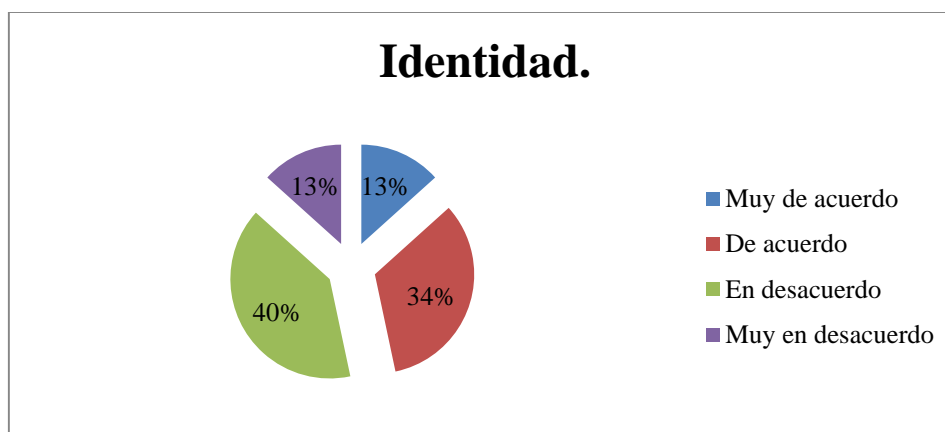
**Tabla 6: Identidad.**

Ítem 2	<i>f</i>	%
Muy de acuerdo	2	13%
De acuerdo	5	34%
En desacuerdo	6	40%
Muy en desacuerdo	2	13%
Total	15	100%

**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 6: Identidad.**



**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

## **Análisis**

La mayoría está en desacuerdo con reconocer buenas cualidades de sí mismos, seguido por los casos normales, razón por lo cual se vio la necesidad de aplicar estrategias para descubrir sus virtudes.

**Ítem 3:** Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.

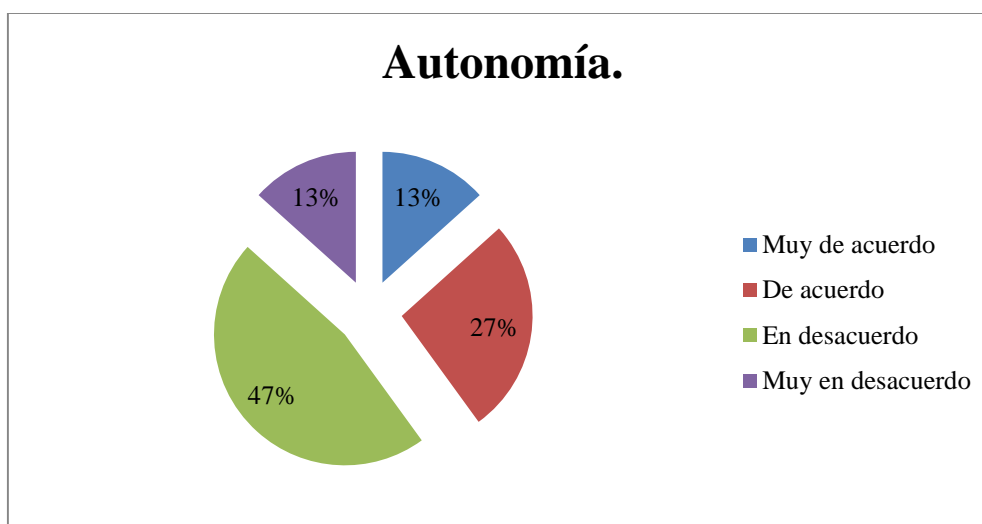
**Tabla 7:** autonomía

Ítem 3	<i>f</i>	%
Muy de acuerdo	2	13%
De acuerdo	4	27%
En desacuerdo	7	47%
Muy en desacuerdo	2	13%
Total	15	100%

**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 7:** Autonomía



**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

### **Análisis**

La mayoría de individuos reconoce no poder hacer actividades tan bien como los demás, mientras que la muestra restante asegura poder realizar actividades de la misma manera.

**Ítem 4:** Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.

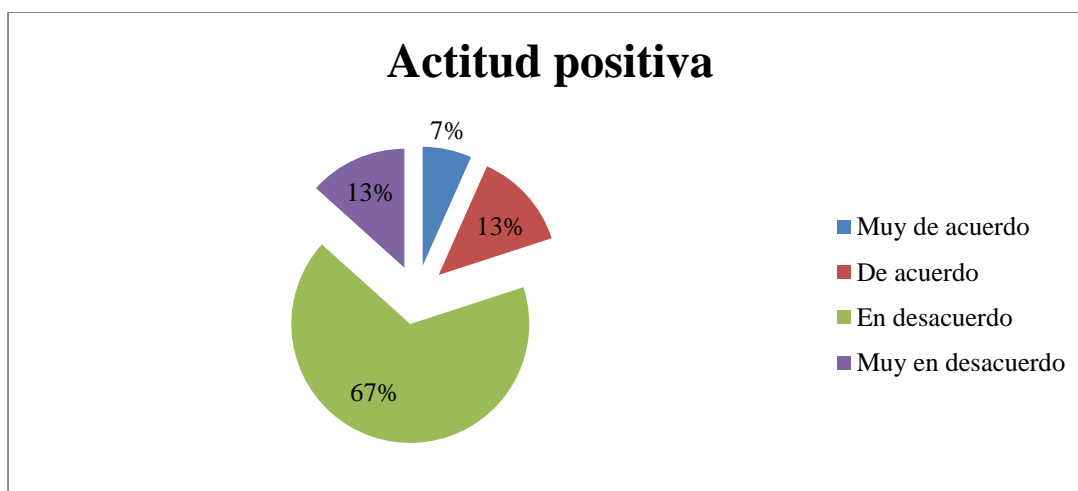
**Tabla 8:** actitud

Ítem 4	<i>f</i>	%
Muy de acuerdo	1	7%
De acuerdo	2	13%
En desacuerdo	10	67%
Muy en desacuerdo	2	13%
Total	15	100%

**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 8:** Actitud positiva.



**Fuente:** Investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

### Análisis

La gran mayoría aseguran no tener una actitud positiva hacia sí mismo, es decir 12 personas, mientras que 3 individuos restantes mencionan disfrutar de una buena actitud.

### Ítem 5: En general estoy satisfecho conmigo mismo

**Tabla 9:** satisfacción personal

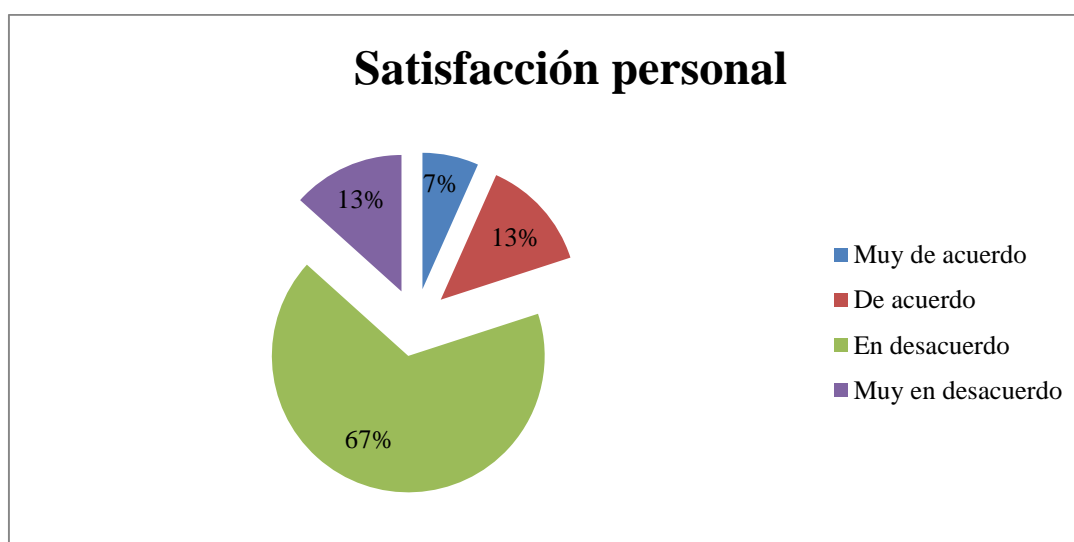
Ítem 5	f	%
Muy de acuerdo	1	7%
De acuerdo	2	13%
En desacuerdo	10	67%
Muy en desacuerdo	2	13%
Total	15	100%

**Fuente:**  
en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

investigación hecha

**Gráfico 9:** Satisfacción Personal.



**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

### Análisis

Es considerable la insatisfacción presentada en la muestra según los datos obtenidos, señalando en su gran mayoría no tener una actitud positiva hacia sí mismos, es decir 12 jubilados, mientras que 3 de ellos reflejan si tenerla.

## Ítem 6: Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso

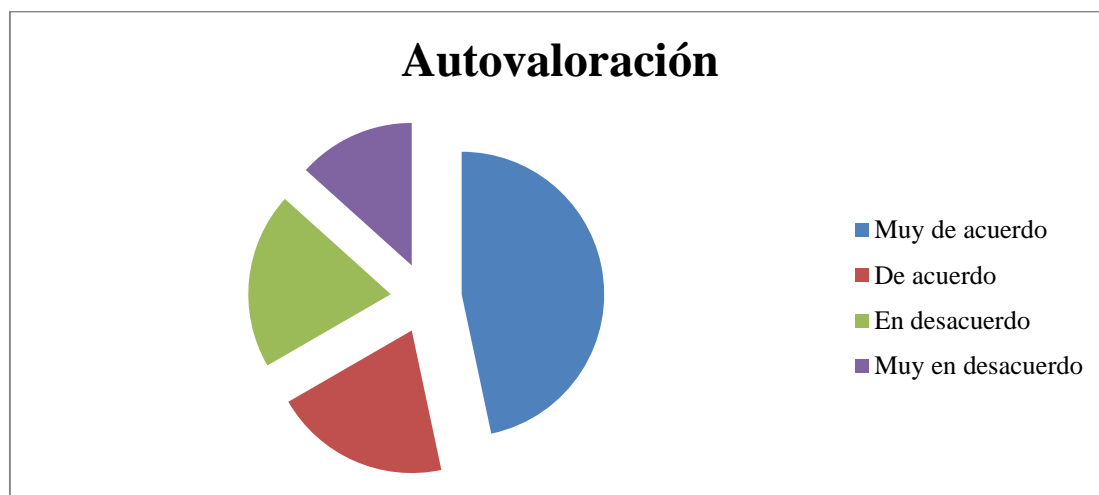
**Tabla 10:** autovaloración

Ítem 6	<i>f</i>	%
Muy de acuerdo	7	47%
De acuerdo	3	20%
En desacuerdo	3	20%
Muy en desacuerdo	2	13%
Total	15	100%

**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 10:** Autoevaluación .



**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

## Análisis

La mayoría de participantes en la investigación realizada afirman no sentirse orgullosos de varias situaciones, es decir 10 individuos, seguido de 5 sujetos que aseguran sentirse muy orgullosos.

### Ítem 7: En general me inclino a pensar que soy un fracasado

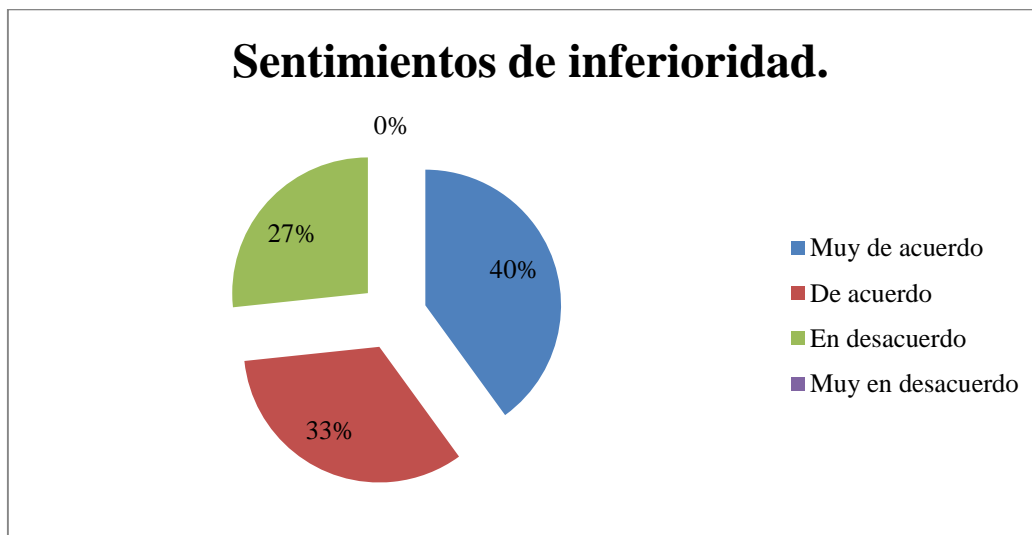
Tabla 11: inferioridad.

Ítem 7	f	%
Muy de acuerdo	6	40%
De acuerdo	5	33%
En desacuerdo	4	27%
Muy en desacuerdo	0	0%
Total	15	100%

Fuente: investigación hecha en IESS Ibarra.

Elaborado por: Samyra Bastidas

Gráfico 11: Sentimiento de Inferioridad



Fuente: investigación hecha en IESS Ibarra.

Elaborado por: Samyra Bastidas.

### Análisis

La mayor parte de sujetos se siente fracasado debido a sus limitaciones, mientras que la minoría ha logrado reemplazar las actividades que les cuesta trabajo realizar por otras más sencillas y de mayor gozo para ellos sintiéndose de esta manera útiles.

**Ítem 8:** Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo

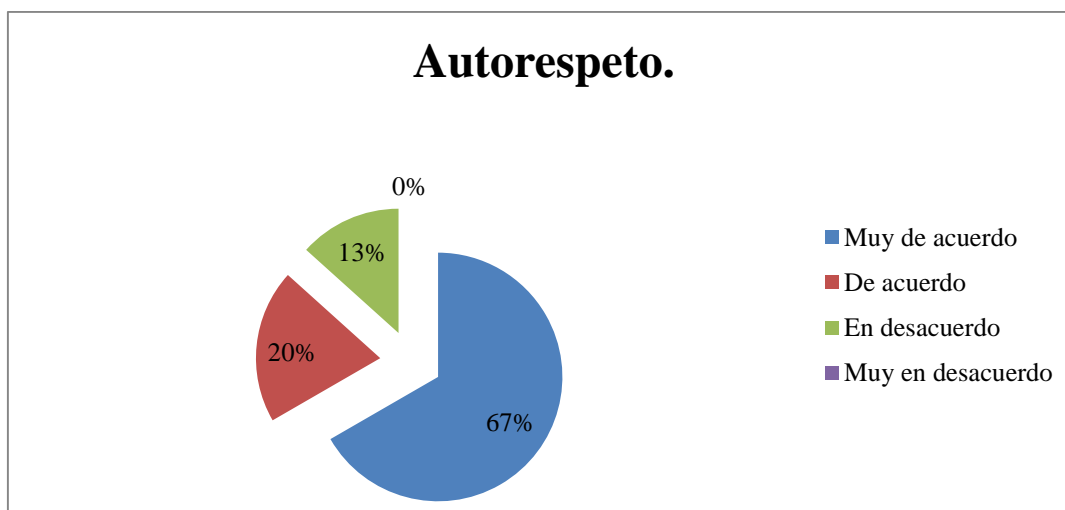
**Tabla 12: Autorespeto**

Ítem 8	f	%
Muy de acuerdo	10	67%
De acuerdo	3	20%
En desacuerdo	2	13%
Muy en desacuerdo	0	0%
Total	15	100%

**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 12: Auto respeto.**



**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

### **Análisis**

La mayoría de adultos mayores pertenecientes a la muestra de la investigación mencionan desear sentir más respeto por ellos mismos, es decir 13 participantes, mientras que en su minoría correspondiente a dos sujetos se encuentran satisfechos con insinuada situación.

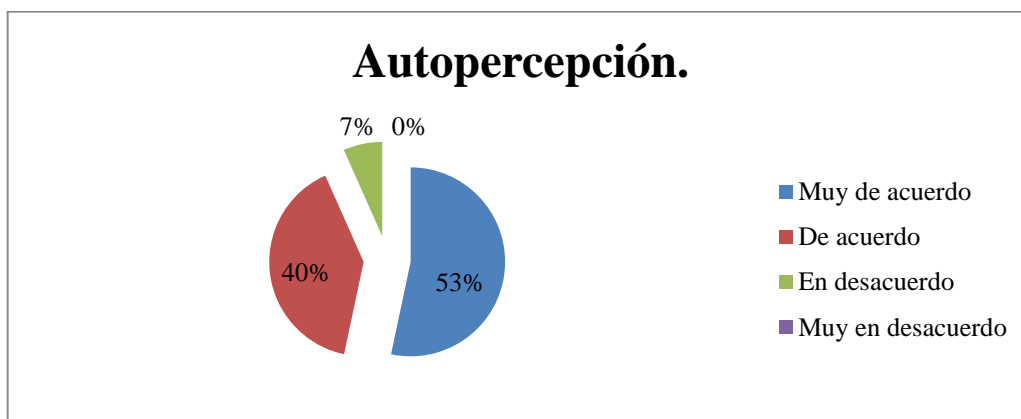
**Ítem 9:** Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.

**Tabla 13:** Autopercepción

Ítem 9	f	%
Muy de acuerdo	8	53%
De acuerdo	6	40%
En desacuerdo	1	7%
Muy en desacuerdo	0	0%
Total	15	100%

**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 13:** Autopercepción.



**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.  
**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

## Análisis

En la presente investigación la mayor parte de la muestra correspondiente a 14 participantes, menciona sentirse inútil por sus limitaciones dejando de lado una positiva perspectiva de su edad, mientras que 1 sola persona comenta sentirse en desacuerdo con la interrogante.



### Ítem 10: A menudo creo que no soy una buena persona

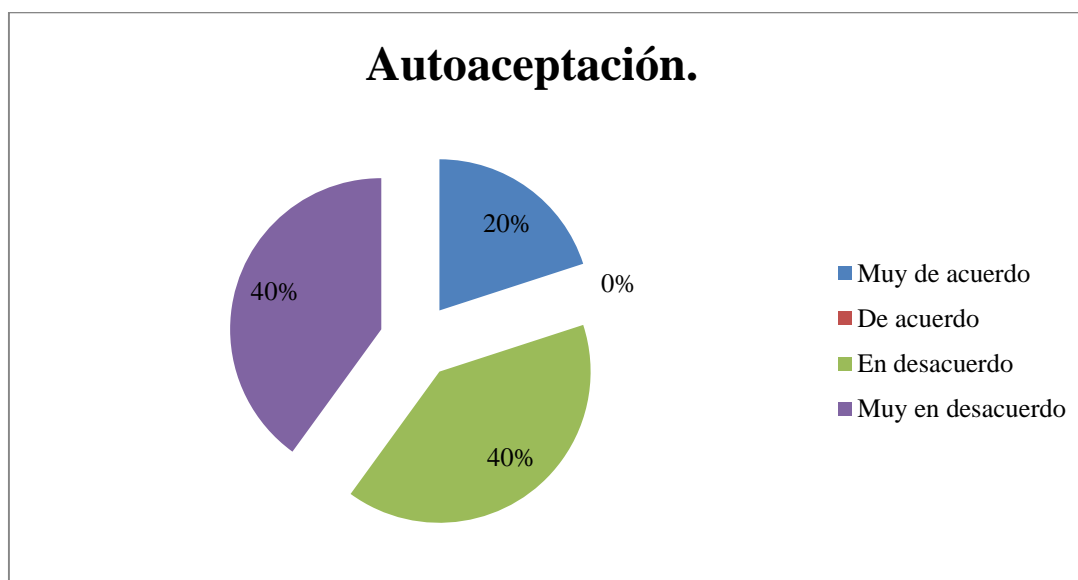
**Tabla 14:** Auto aceptación

Ítem 10	<i>F</i>	%
Muy de acuerdo	3	20%
De acuerdo	0	0%
En desacuerdo	6	40%
Muy en desacuerdo	6	40%
Total	15	100%

**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 14:** Autoaceptación .



**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

### Análisis

La mayor cantidad de la muestra, 12 personas reflexionan ser una buena persona, mientras que su minoría restante, 3 individuos están convencido totalmente de no serlo.

## HTP (HOME, TREE, PERSON)

### Ítem 1: Inestabilidad.

**Tabla 15:** Frecuencia ítem 1.

Inestabilidad	<i>F</i>	%
Si	10	67
No	5	33
<b>Total</b>	15	100

**Fuente:** Home, Tree, Person.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 15:** Inestabilidad.



**Fuente:** Home, Tree, Person.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

### Análisis

Se pudo observar que la mayoría de participantes, es decir 10 de ellos, poseen inestabilidad emocional, mientras que los participantes restantes correspondientes a 5 personas no arrojaron resultados de dicha patología.

## Ítem 2: Inseguridad.

**Tabla 16:** Frecuencia ítem 2.

Inseguridad	<i>f</i>	%
Si	11	73
No	4	27
<b>Total</b>	15	100

**Fuente:** Home, Tree, Person.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 16:** Inseguridad.



**Fuente:** Home, Tree, Person.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

## Análisis

Según el reactivo realizado la mayoría de participantes posee inseguridad, es decir 11 participantes, mientras que en 4 personas no se evidenció rasgos de inseguridad.

### Ítem 3: Sentimientos de inferioridad.

**Tabla 17:** Frecuencia de ítem 3

Sentimientos de inferioridad.	<i>f</i>	%
Si	11	73
No	4	27
<b>Total</b>	15	100

**Fuente:** Home, Tree, Person.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 17:** Sentimiento de inferioridad.



**Fuente:** Home, Tree, Person.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

### Análisis

Según los datos obtenidos en la recolección de datos se observa que 11 pacientes tienen sentimientos de inferioridad, mientras que en 4 personas no se evidencia dicho rasgo.

#### Ítem 4: Baja energía.

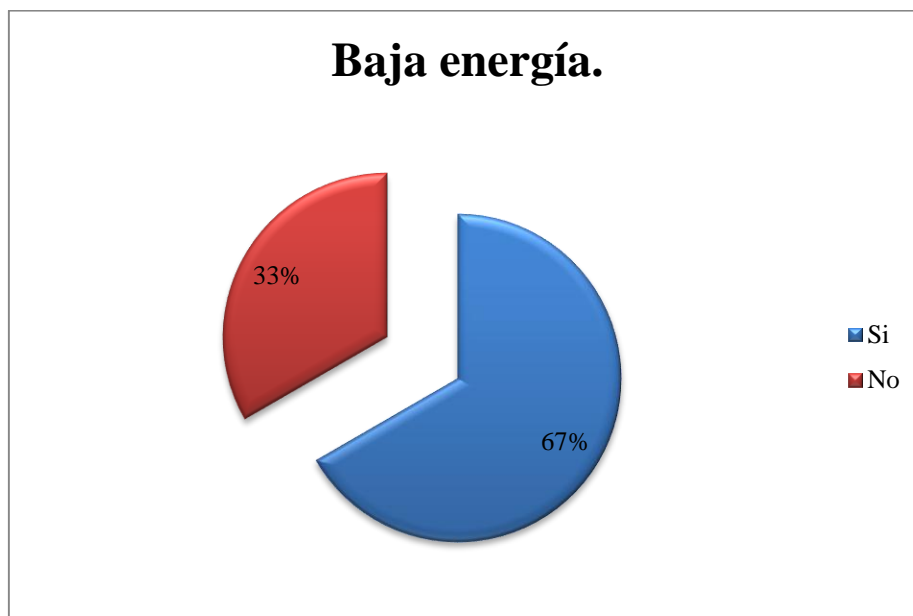
**Tabla 18:** Frecuencia de ítem 4.

Baja energía	<i>f</i>	%
Si	10	67
No	5	33
<b>Total</b>	15	100

**Fuente:** Home, Tree, Person.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 18:** Baja Energía.



**Fuente:** Home, Tree, Person.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

#### Análisis

Al realizar la tabulación se observó que la mayoría de jubilados posee baja energía es decir 10 pacientes, mientras que en 5 de ellos no se evidenció la mencionada afectación.

### Ítem 5: Inadaptabilidad al medio.

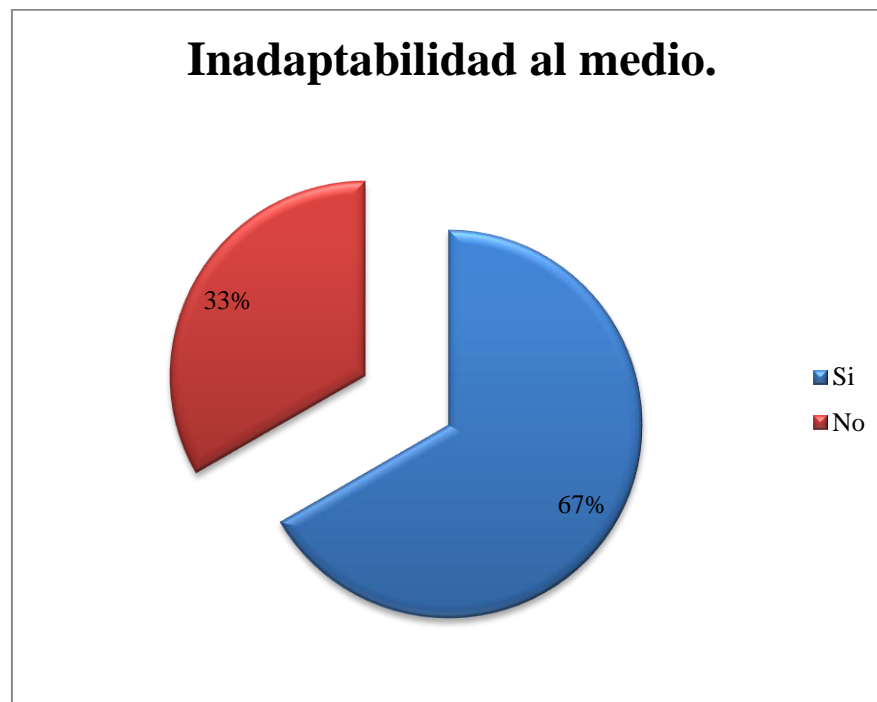
**Tabla 19:** Frecuencia de ítem 5.

Inadaptabilidad al medio	<i>f</i>	%
Si	10	67
No	5	33
<b>Total</b>	15	100

**Fuente:** Home, Tree, Person.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 19:** Inadaptabilidad al medio.



**Fuente:** Home, Tree, Person.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

### Análisis

En la mayoría de adultos mayores pertenecientes a la muestra es decir 10 personas no se adaptan al medio, sin embargo en 5 de ellos si lo hacen.

## Escala de autoestima de Rosenberg (POSTEST).

**Ítem 1:** Siento que soy una persona digna al menos tanto como los demás.

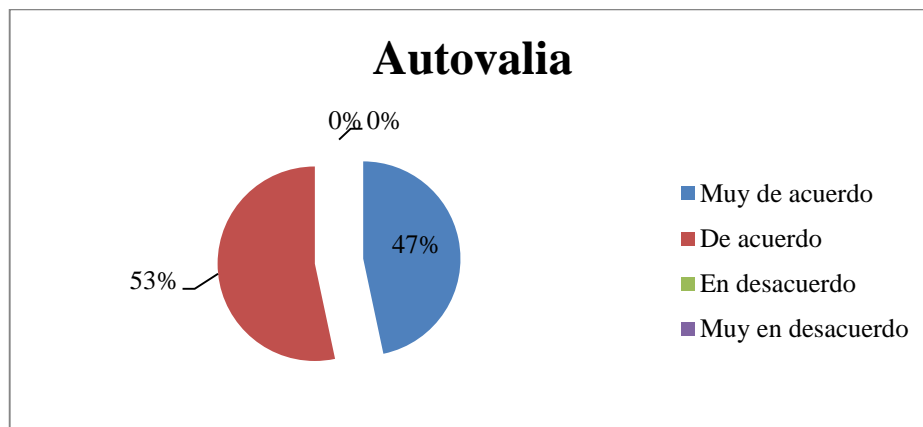
**Tabla 20:** Autovalía

Ítem 1	<i>f</i>	%
Muy de acuerdo	7	47%
De acuerdo	8	53%
En desacuerdo	0	0%
Muy en desacuerdo	0	0%
Total	15	100%

**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 20:** Autovalía



**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

### Análisis

Después de 3 meses de aplicación de la técnica cognitiva conductual de Beck es evidente el impacto positivo obtenido, generando de tal manera resultados favorables. La totalidad de la muestra respondió sentirse dignos de sí mismos, generando un cambio positivo en su autoconcepto.

**Ítem 2:** Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.

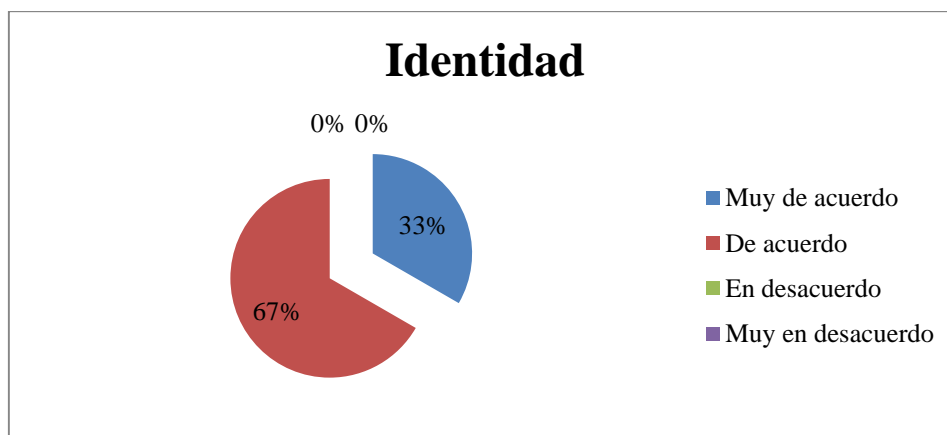
**Tabla 21:** Identidad.

Ítem 2	<i>f</i>	%
Muy de acuerdo	5	33%
De acuerdo	10	67%
En desacuerdo	0	0%
Muy en desacuerdo	0	0%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 21:** Identidad.



**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

## **Análisis**

Es considerable el aumento de autoestima en los adultos mayores de la muestra, arrojando resultados positivos, es decir 15 personas responden estar convencidos de poseer buenas cualidades.



**Ítem 3:** Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.

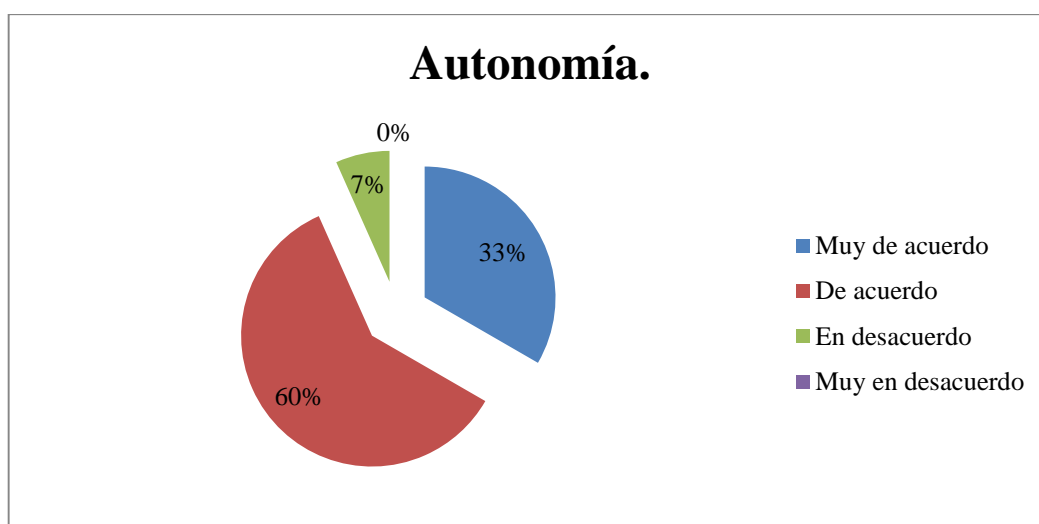
**Tabla 22:** Autonomía

<b>Ítem 3</b>	<b><i>F</i></b>	<b>%</b>
Muy de acuerdo	5	33%
De acuerdo	9	60%
En desacuerdo	1	7%
Muy en desacuerdo	0	0%
Total	15	100%

**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 22:** Porcentaje de Ítem 3.



**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra. **Elaborado por:** Samyra Bastidas.

### **Análisis**

Al tomar el re-test se evidencio que la mayoría de la muestra, correspondiente a 14 participantes respondió de manera positiva al ítem analizado, mientras que la minoría es decir una sola persona afirmo estar en desacuerdo con la interrogante.

#### Ítem 4: Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.

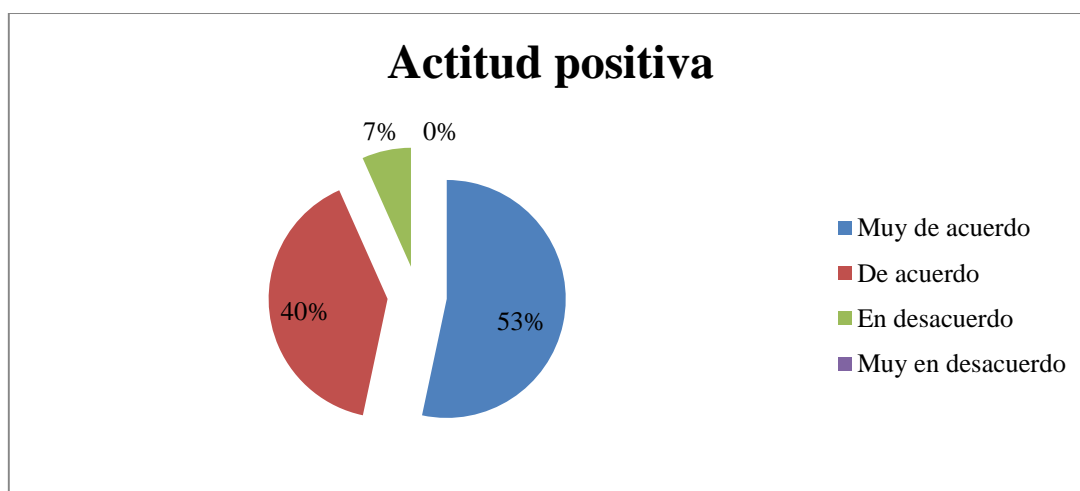
Tabla 23: Satisfacción personal

Ítem 4	f	%
Muy de acuerdo	8	53%
De acuerdo	6	40%
En desacuerdo	1	7%
Muy en desacuerdo	0	0%
Total	15	100%

Fuente: investigación hecha en IESS Ibarra.

Elaborado por: Samyra Bastidas.

Gráfico 23: Actitud positiva.



Fuente: Investigación hecha en IESS Ibarra.

Elaborado por: Samyra Bastidas.

#### Análisis

Se evidencian cambios positivos en las respuestas obtenidas en el re-test, observando claramente que la mayoría de la muestra asume sentir una actitud positiva hacia sí mismo, sin embargo la minoría, siendo una persona expreso no sentirlo.

**Ítem 5:** En general estoy satisfecho conmigo mismo

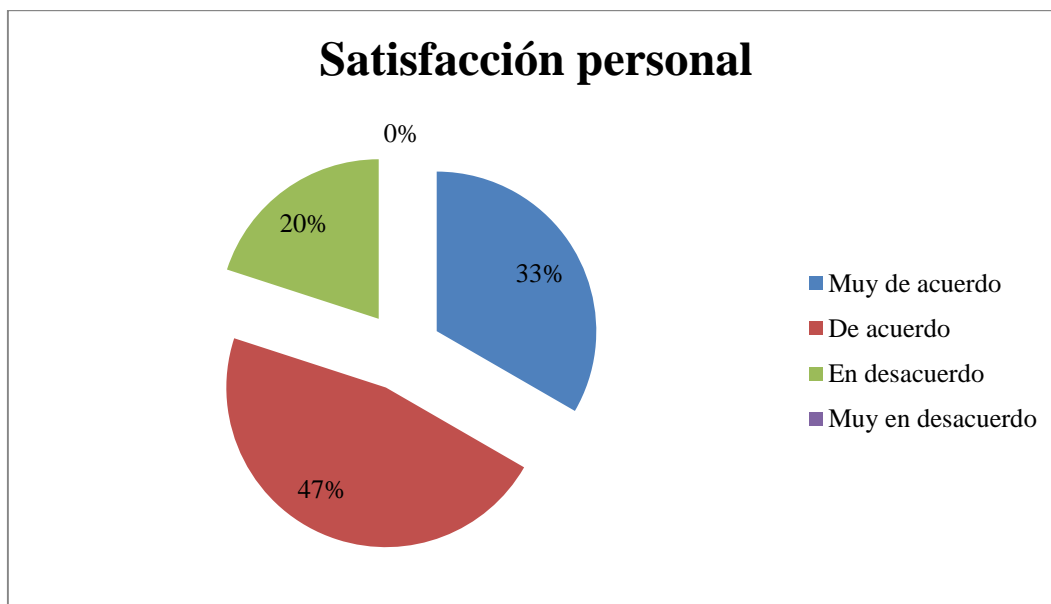
**Tabla 24: Satisfacción**

Ítem 5	<i>f</i>	%
Muy de acuerdo	5	33%
De acuerdo	7	47%
En desacuerdo	3	20%
Muy en desacuerdo	0	0%
Total	15	100%

**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 24: Satisfacción personal.**



**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Análisis**

De la muestra 12 personas afirman sentirse satisfechos consigo mismos, mientras que 3 aseveran lo contrario.

**Ítem 6:** Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.

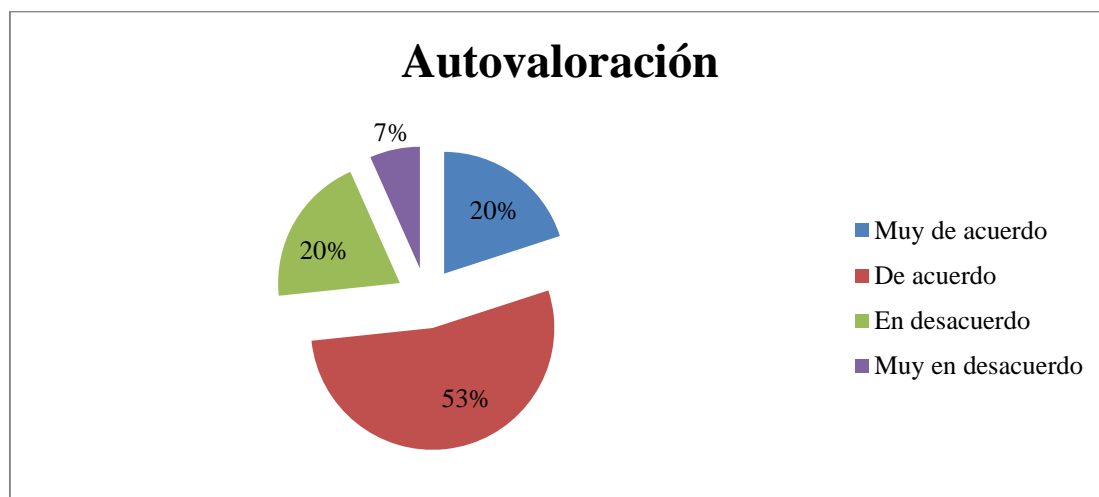
**Tabla 25:** Autovaloración

Ítem 6	<i>f</i>	%
Muy de acuerdo	3	20%
De acuerdo	3	20%
En desacuerdo	8	53%
Muy en desacuerdo	1	7%
Total	15	100%

**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 25:** Autovaloración.



**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

## Análisis

Después de la aplicación del re-test, la minoría de participantes correspondiente a 6 personas asume no tener de que sentirse orgullosos, mientras que la mayoría, es decir 9 jubilados afirman lo contrario, observando así claramente el cambio positivo obtenido.

**Ítem 7:** En general me inclino a pensar que soy un fracasado

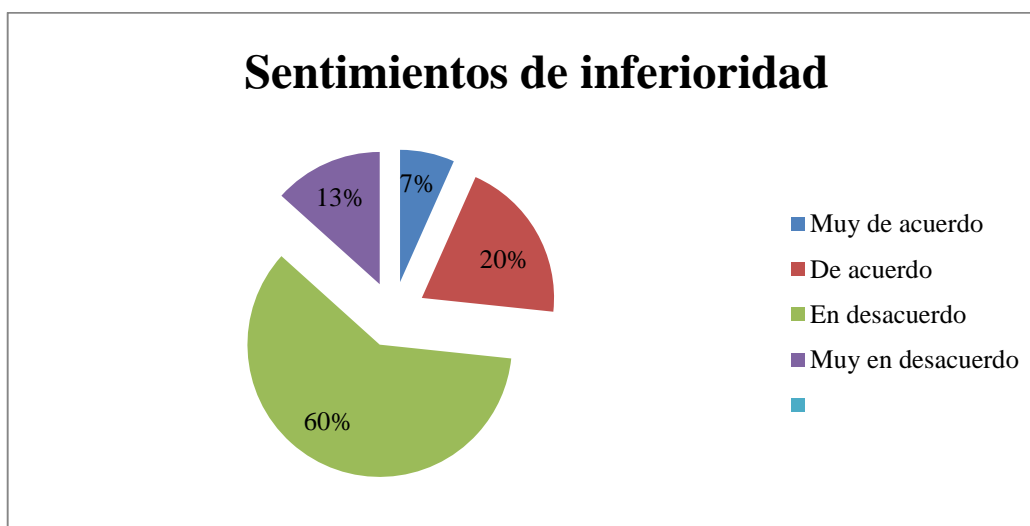
**Tabla 26:** Sentimientos de inferioridad

Ítem 7	<i>f</i>	%
Muy de acuerdo	1	7%
De acuerdo	3	20%
En desacuerdo	9	60%
Muy en desacuerdo	2	13%
Total	15	100%

**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 26:** Sentimiento de inferioridad



**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

## Análisis

Claramente se puede observar que la mayoría de participantes es decir 11 jubilados afirman no sentirse fracasados, sin embargo la parte restante expresa sentirse de tal manera, in embargo los resultados obtenidos con la aplicación del re-test siguen siendo favorables al objetivo de investigación.

**Ítem 8:** Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.

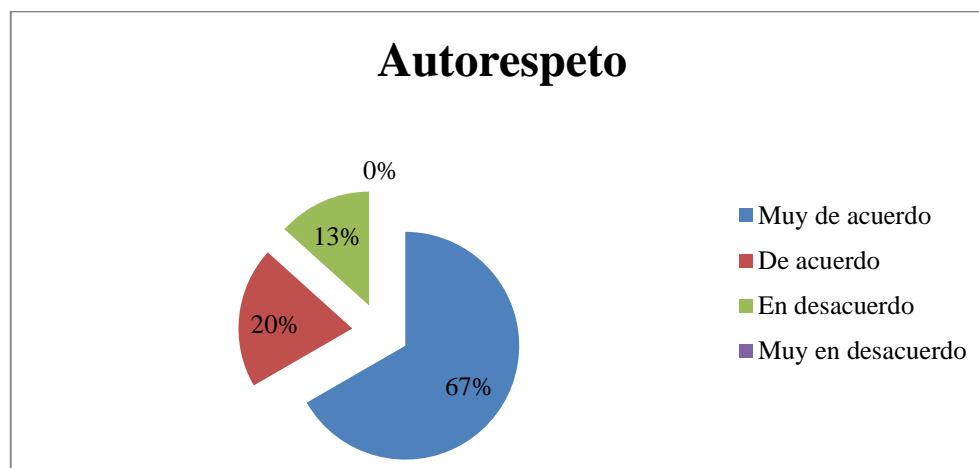
**Tabla 27:** Autorespeto

<b>Ítem 8</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Muy de acuerdo	10	67%
De acuerdo	3	20%
En desacuerdo	2	13%
Muy en desacuerdo	0	0%
Total	15	100%

**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 27:** Autor espeto .



**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

### **Análisis**

Mediante los datos obtenidos se pudo observar claramente que la mayoría de participantes pronuncia querer sentir más respeto por sí mismos, en cuanto a la minoría expresa lo contrario.

**Ítem 9:** Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.

**Tabla 28:**

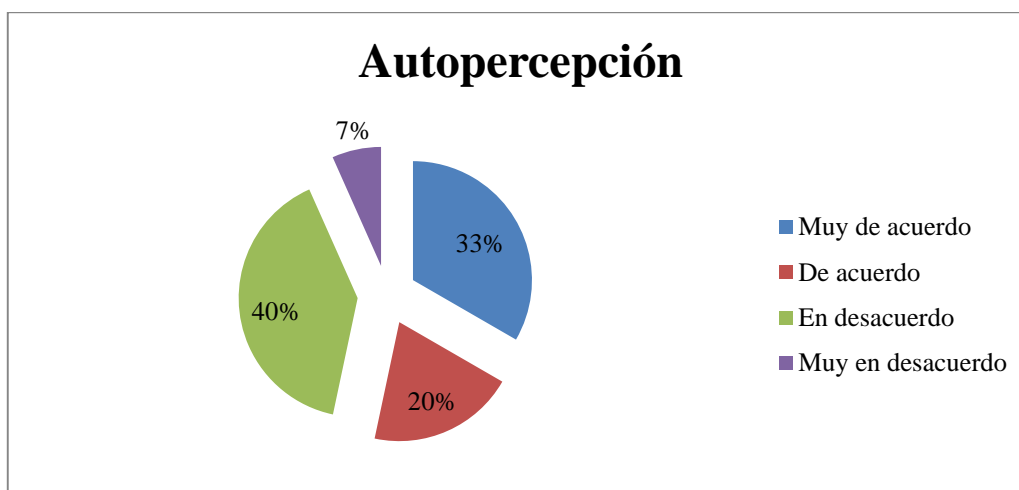
Ítem 9	f	%
Muy de acuerdo	1	7%
De acuerdo	3	20%
En desacuerdo	6	40%
Muy en desacuerdo	5	33%
Total	15	100%

Autopercepción

**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

**Gráfico 28:** Autopercepción .



**Fuente:** investigación hecha en IESS Ibarra.

**Elaborado por:** Samyra Bastidas.

### Análisis

En este ítem también se puede observar claramente el cambio positivo generado, expresando que la mayoría de participantes, 11 personas, mencionan estar en desacuerdo con la interrogante, mientras que los sujetos restantes están de acuerdo con la pregunta realizada.

### Ítem 10: A menudo creo que no soy una buena persona

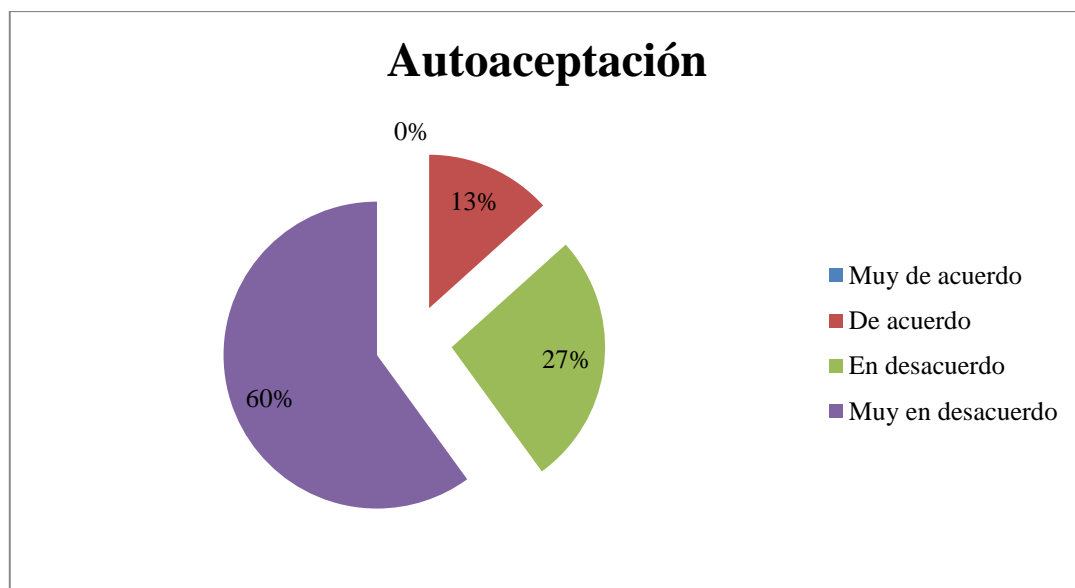
Tabla 29: auto critica

Ítem 10	<i>F</i>	%
Muy de acuerdo	0	0%
De acuerdo	2	13%
En desacuerdo	4	27%
Muy en desacuerdo	9	60%
Total	15	100%

Fuente: investigación hecha en IESS Ibarra.

Elaborado por: Samyra Bastidas.

Gráfico 29: Auto percepción.



Fuente: investigación hecha en IESS Ibarra.

Elaborado por: Samyra Bastidas.

### Análisis

De la muestra 11 de 15 personas asumen sentirse buenas personas según los datos obtenidos por la aplicación del re-test, mientras que los restantes siguen manteniendo no sentirse de tal manera.



## CAPÍTULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

#### 5.1. Conclusiones.

Una vez analizados e interpretados los resultados obtenidos se disponen las siguientes conclusiones:

- Con la aplicación del reactivo de Autoestima de Rosenberg se logró determinar que existe un nivel bajo de autoestima en la mayoría de los pacientes jubilados del hospital del IESS de Ibarra; sin embargo luego de la intervención con la técnica Cognitivo conductual de A. Beck se logró establecer niveles normales u óptimos de autoestima en los participantes.
- Mediante la aplicación de la historia clínica breve se evidencia que la mayoría de la muestra investigada presentaron condiciones personales como: estado civil (divorcios, duelos, separaciones, fracasos afectivos), nivel de instrucción escolar incompleta, enfermedades; las cuales pueden ser motivo de su baja autoestima.
- Las condiciones emocionales en las que se encuentran los participantes de la investigación fueron inseguridad, inestabilidad, baja energía, sentimientos de inferioridad e inadaptabilidad al medio, contribuyendo a que el nivel de autoestima de los jubilados haya sido bajo.
- La aplicación de la Técnica Cognitivo Conductual de A. Beck influyó de manera positiva en el autoestima de los pacientes, debido que se observó una mejora en la misma; siendo una minoría en la que se mantuvo el mismo estado.

## 5.2. Recomendaciones

- Se recomienda al Hospital del IESS de Ibarra, continuar con talleres de intervención que estén relacionados con el fortalecimiento del Autoestima, con la finalidad de centrarse en la estabilidad emocional del paciente y de esta manera brindar una buena calidad de vida.
- A estudiantes de psicología realizar proyectos donde se investigue las condiciones personales de los jubilados usando las técnicas de A. Beck como una herramienta alternativa para mejorar el autoestima ya que estos pueden ser factores desencadenantes para la misma.
- A la universidad Técnica del Norte, continuar con proyectos de intervención con la comunidad en donde se priorice las condiciones emocionales de pacientes jubilados con baja autoestima.
- A profesionales de salud mental, se aplique la Técnica Cognitivo Conductual de A. Beck como una herramienta de apoyo, tomando en cuenta a la población jubilada debido a que no se ha evidenciado apoyo emocional en dichas personas.

### **5.3. Respuestas de investigación.**

#### **¿Cuál es el nivel de autoestima de los adultos mayores pertenecientes al club de jubilados del hospital del IESS?**

Al inicio de la investigación el nivel de autoestima de la muestra era bajo en la mayoría, sin embargo después de haber realizado la intervención se pudo identificar lo contrario, disfrutando la mayoría de una buena autoestima.

#### **¿Cuáles son las condiciones personales que pueden afectar al autoestima del adulto mayor?**

Divorcios, separaciones, fracasos afectivos, duelos, nivel de instrucción escolar incompleta, enfermedades son condiciones que pueden ser motivo de su baja autoestima, sin embargo no se ha dado la debida importancia de dicho tema, los mismos que serían de gran aporte para empezar una investigación profunda de la problemática, mediante los datos obtenidos podemos tener un claro panorama de lo que puede estar afectando a los pacientes y así se puede generar eficaces soluciones.

#### **¿En qué condiciones emocionales se encuentran los jubilados?**

En la vejez se hacen presentes la inseguridad, inestabilidad emocional debido al proceso evolutivo, se desencadena sentimientos de inferioridad lo que conlleva a crear sentimientos negativos, provocando apartarse de sus vínculos sociales y a minimizarse por cualquier situación por más significativa que sea, se da baja energía e inadaptabilidad al medio.

## CAPÍTULO VI

### 1. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN



#### 6.1. Título de la propuesta

“Fortalecimiento del autoestima en adultos mayores mediante la técnica cognitivo-conductual de A. Beck.”

#### 6.2. Justificación e importancia

La presente propuesta de intervención psicológica tiene fundamental importancia dentro de varios ámbitos, y se justifica ya que de forma directa e indirecta los beneficios serán evidentes dentro de los que se detallan y se explican a continuación:

**Beneficiarios directos:** Adultos mayores

**Beneficiarios indirectos:** Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, familiares.

Los beneficiarios directos serán los adultos mayores, siendo los principales actores o protagonistas de la intervención, se enriquecerán con el aprendizaje de las distintas técnicas aplicadas, con el fin de fortalecer su autovaloración, autoimagen, relaciones inter e intrapersonales, autovaloración, autorespeto, autosuperación, generando un balance positivo en su autoestima lo que generará una mejor calidad de vida. Los beneficiarios indirectos de la intervención a desarrollarse será el Instituto Ecuatoriano de seguridad social Ibarra, ya que

anteriormente no se ha realizado talleres netamente involucrados en dicha temática, lo cual despertará mayor importancia en el aspecto emocional de adultos mayores, enfocados netamente en su autoestima y sus cambios en relación a su edad.

La familia de igual manera se contempla en los beneficiarios indirectos porque al mejorar el autoestima de adultos mayores, las relaciones familiares se ven fortalecidas y sólidas, evitando así sentimientos de inutilidad debido a su edad.

En el IESS Ibarra, se ha trabajado netamente en el tratamiento físico de adultos mayores, sin darle la debida importancia a su parte emocional. En la vejez se observan claramente limitaciones físicas lo que produce disminución en el autoestima y por ende se ven afectadas las relaciones interpersonales, por ello es muy significativo indagar y dar posibles soluciones a su aspecto emocional para poder mejorar su calidad de vida y relaciones familiares e interpersonales.

### **6.3. Estructura y Alcance**

La propuesta de intervención tiene básicamente tres fases: en la primera se encuentra la planificación de la intervención, en la segunda la intervención, es decir la ejecución de la planificación y la tercera es la comprobación o demostración de avances de resultados sobre la base de la aplicación de un pos-test. El alcance de intervención de la propuesta está planteado y será ejecutado básicamente para aquellas personas de la tercera edad, es decir mayores de 60 años, que evidencian dificultad en alguna de las siguientes áreas: autovaloración, autoimagen, relaciones inter e intrapersonales, autovaloración, autorespeto, autosuperación, cabe recalcar que serán objeto de estudio las personas que presenten baja autoestima, por ende, la propuesta será aplicada a un grupo de 15 personas.

### **6.4. Fundamentación**

La superación de los problemas que presentan los adultos mayores en relación al autoestima, mediante técnica cognitivo conductual de A. Beck, fundamentando que los trastornos psicológicos derivan de distorsiones cognitivas (errores en los procesos cognitivos), que son maneras equivocadas de pensar que aparecen en forma de pensamientos automáticos

(productos cognitivos) ante determinadas situaciones, y que provocan estados emocionales negativos y conductas inadecuadas.

Desde este punto de vista, las Técnicas cognitivo- conductuales parten de dos supuestos básicos:

1) Las terapias cognitivo-conductuales son orientaciones de la terapia cognitiva enfocadas en la vinculación del pensamiento y la conducta, y que recogen las aportaciones de distintas corrientes dentro de la psicología científica; siendo más que una mera fusión, como aplicación clínica, de la psicología cognitiva y la psicología conductista. Suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición.

2) Están constituidos por las conclusiones, conceptos, hipótesis y teoría científica de la Psicología Social que se aplican a la teoría y la práctica de la educación para la salud. Las conclusiones de la Sociología y la Psicología social permiten a la educación para la salud investigar fenómenos sociales, que influyen en la cultura en salud.

Al analizar los aportes sociológicos al estudio de la salud o la enfermedad, desde sus distintas posiciones y enfoques, se nos revelan una amplia gama de argumentos, que nos permiten deducir e interpretar en torno a la forma y el lugar, en que cada una de las corrientes sociológicas ubicarían a los problemas de salud y en especial a los factores culturales actuantes en ellos, dentro del sistema social.

Desde la teoría sociológica general se han hecho aportes significativos al estudio de los problemas relacionados con la salud y la enfermedad de individuos, familias y comunidades, se analizan los fundamentos teóricos que el autor considera esenciales para el estudio y comprensión de los problemas relacionados con la salud y la enfermedad. (Valera, 2012).

### 6.3. Objetivos.

#### 6.5.1 General

- Fortalecer el autoestima en adultos mayores pertenecientes al club de jubilados de Ibarra del hospital del IESS mediante la técnica cognitiva conductual de A. Beck.

#### 6.5.2 Específicos

- Desarrollar talleres basados en técnicas cognitivo- conductuales para fortalecer el autoestima en adultos mayores.
- Desarrollar una guía basada en la técnica cognitivo conductual de Beck y socialización de la misma.
- Impartir talleres basados en la Técnica Cognitiva Conductual de Beck, para fortalecer el autoestima en adultos mayores, pertenecientes al club de jubilados del IESS-Ibarra

### 6.4. Ubicación sectorial y física

La propuesta desarrollada tuvo una macro localización en la provincia de Imbabura y de manera específica en la ciudad de Ibarra.

#### Gráfico 30: ciudad de Ibarra



Fuente: Google Maps.

Desde el punto de vista de micro localización la propuesta se desarrolló en la parroquia urbana el Sagrario; en la casa comunal del barrio Ajaví, la cual es punto de encuentro y desarrollo de varios talleres ofrecidos por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ibarra, los talleres son parte del “Programa de envejecimiento activo”, que se realizan a nivel nacional, esta casa comunal se encuentra en la calle Luis Felipe Borja, diagonal al redondel de la Avenida Cristóbal de Troya

#### **6.5. Desarrollo de la propuesta**

Las técnicas presentadas a continuación han sido propuestos por A. Beck con el fin de realizar una *reestructuración cognitiva* en los individuos, siendo capaces de modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva de los hechos y de las situaciones que vive, y de esta manera se estimula a éste para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista y adaptativa. Estos talleres han sido modificados de acuerdo a las necesidades particulares que el grupo de intervención ha presentado.





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD DE EDUCACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**  
**PSICOLOGÍA GENERAL**

**APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES DE A. BECK**

## TALLER N° 1

**TEMA:** Reconociendo mis cualidades.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA Y TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Integrar al grupo.</b></li> <li>• <b>Identificar supuestos, pensamientos automáticos y creencias nucleares.</b></li> <li>• <b>Aclarar el significado de autoestima.</b></li> <li>• <b>Recalcar que aún pueden ser partícipes de distintas actividades.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de una dinámica grupal.</li> <li>• Técnica para identificar pensamientos automáticos y creencias nucleares.</li> <li>• Debate acerca del concepto de autoestima.</li> <li>• Lluvia de ideas de actividades que se pueden realizar de acuerdo a su edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dinámica (Identificandonos).</b>- Todos se centran únicamente en las características positivas de sus compañeros: ya sean cualidades o rasgos físicos, capacidades. A continuación, se colocan en círculo, y cada uno escribirá su nombre en la parte superior de una hoja, el cual iremos pasando al compañero de la derecha, así, el instrumento utilizado va dando vueltas hasta que lo recibe el propietario inicial con todos los elogios que han escrito de él sus compañeros.</li> <li>• <b>Técnica para identificar pensamientos automáticos y creencias nucleares. Información temporal.</b> Se pide a los participantes que clasifiquen varios elementos dados, poniendo una cruz en las columnas correspondientes en los trabajos entregados.</li> <li>• <b>Debate acerca del concepto de autoestima.</b></li> <li>• <b>Lluvia de ideas de actividades que se pueden realizar de acuerdo a su edad.</b> Se entrega un papelote a todos los participantes, pidiéndoles que cada uno con un marcador escriban diferentes actividades que pueden realizar de acuerdo a su actividad.</li> </ul>

EVALUACIÓN	RECURSOS	TIEMPO	CIERRE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Participación de todos los miembros del grupo.</b></li> <li>• <b>Preguntar sobre el concepto aclarado de autoestima</b></li> <li>• <b>Comprensión de las actividades descritas.</b></li> <li>• <b>Cumplimiento de las actividades.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lápiz.</li> <li>• Borrador.</li> <li>• Marcadores.</li> <li>• Papelotes.</li> <li>• Copias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>15min</li> <li>10min</li> <li>15min</li> <li>15min</li> </ul>	Compromiso grupal.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD DE EDUCACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**  
**PSICOLOGÍA GENERAL**

**APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES DE A. BECK**

## TALLER N° 2

**TEMA:** Identificando mis pensamientos.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA Y TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inducir a un pensamiento positivo.</b></li> <li>• <b>Identificar distorsiones del pensamiento.</b></li> <li>• <b>Recalcar que aún pueden ser partícipes de distintas actividades.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lectura y conclusión de artículos relacionados al autoestima.</li> <li>• Identificar distorsiones del pensamiento.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recalcar que aún pueden ser partícipes de distintas actividades.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lectura y conclusión de artículos relacionados al autoestima.</b> Leer una noticia que muestre ejemplos de autoestima, y al finalizar preguntar a cada miembro del grupo su conclusión.</li> <li>• <b>Identificar distorsiones del pensamiento.</b> Se pide a los participantes que con un puntero con una flecha cada pensamiento que encuentren en la primera columna de la primera columna con la distorsión, con la que crea que está relacionado, de la segunda columna, en una hoja que se entregó a cada uno de ellos con mencionada información.</li> <li>• <b>Recalcar que aún pueden ser partícipes de distintas actividades.</b> Se entrega un papelote a todos los participantes, pidiéndoles que cada uno con un marcador escriban diferentes actividades que pueden realizar de acuerdo a su actividad.</li> </ul>

EVALUACIÓN	RECURSOS	TIEMPO	CIERRE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Participación de todos los miembros del grupo.</b></li> <li>• <b>Preguntar sobre el concepto aclarado de autoestima.</b></li> <li>• <b>Comprensión de las actividades descritas.</b></li> <li>• <b>Cumplimiento de las actividades.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lápiz.</li> <li>• Borrador.</li> <li>• Marcadores.</li> <li>• Papelotes.</li> <li>• Copias.</li> </ul>	<p>20 min.</p> <p>20 min.</p> <p>20 min.</p>	<p>El grupo se comprometió a no crear pensamientos negativos de situaciones futuras.</p>



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD DE EDUCACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**  
**PSICOLOGÍA GENERAL**

**APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES DE A. BECK**

**TALLER N° 3**

**TEMA:** El mundo, mi futuro y yo.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA Y TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inducir a un pensamiento positivo.</b></li> <li>• <b>Identificar pensamientos automáticos.</b></li> <li>• <b>Recaltar que aún pueden ser partícipes de distintas actividades.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lectura y conclusión de artículos relacionados al autoestima.</li> <li>• Escribir pensamientos automáticos en relación a si mismo, al mundo y a su futuro.</li> <li>• Participación en clase de la muestra.</li> <li>• Debate acerca del concepto de autoestima.</li> <li>• Lluvia de ideas de actividades que se pueden realizar de acuerdo a su edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lectura y conclusión de artículos relacionados al autoestima.</b> Leer una noticia que muestre ejemplos de autoestima, y al finalizar preguntar a cada miembro del grupo su conclusión.</li> <li>• <b>Escribir pensamientos automáticos en relación a si mismo, al mundo y su futuro.</b> Se pide al participante que escriba características de sí mismo, del mundo y de su futuro, es decir que es lo que piensa y como se ve en los tres aspectos mencionados para poder analizar el pensamiento negativo y poder modificarlo a un positivo o real.</li> <li>• <b>Recaltar que aún pueden ser partícipes de distintas actividades.</b> Se entrega un papelote a todos los participantes, pidiéndoles que cada uno con un marcador escriban diferentes actividades que pueden realizar de acuerdo a su actividad</li> </ul>

EVALUACIÓN	RECURSOS	TIEMPO	CIERRE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Participación de todos los miembros del grupo.</b></li> <li>• <b>Valoración de la actividad realizada.</b></li> <li>• <b>Comprensión de las actividades descritas.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lápiz.</li> <li>• Borrador.</li> <li>• Marcadores.</li> <li>• Papelotes.</li> <li>• Copias.</li> <li>• Esferos.</li> </ul>	<p>20 min</p> <p>20 min</p> <p>20 min</p>	<p>Identificación de actividades accesibles a realizarse.</p> <p>Compromiso grupal.</p>



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD DE EDUCACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**  
**PSICOLOGÍA GENERAL**

**APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES DE A. BECK**

**TALLER N° 4**

**TEMA:** ¿Creemos lo que imaginamos?

OBJETIVO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA Y TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Inducir a un pensamiento positivo.</b></li> <li>● <b>Identificar situación-pensamiento-emoción-conducta.</b></li> <li>● <b>Recalcar que aún pueden ser partícipes de distintas actividades.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lectura y conclusión de artículos relacionados al autoestima.</li> <li>● Autorregistro de situación-pensamiento-emoción-conducta.</li> <li>● Participación en clase de la muestra.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Lectura y conclusión de artículos relacionados al autoestima.</b> Leer una noticia que muestre ejemplos de autoestima, y al finalizar preguntar a cada miembro del grupo su conclusión.</li> <li>● <b>Autorregistro de situación-pensamiento-emoción-conducta.</b> Se pide al participante que realice cuatro pasos, de acuerdo al material entregado. <ul style="list-style-type: none"> <li><b>1. Describa:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lo qué ha pasado.</li> <li>● Lo qué estaba haciendo, pensando o imaginando</li> </ul> </li> <li><b>2. Escriba qué pensamientos ha tenido.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Valore</i> cuánto ha creído en cada uno de ellos (0-100%)</li> </ul> </li> <li><b>3. Especifique qué ha sentido (tristeza, ansiedad, rabia, etc.)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Valore</i> la intensidad de cada emoción (0-100)</li> </ul> </li> <li><b>1. Especifique:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lo qué hace</li> <li>● Cuánto dura su conducta</li> <li>● Qué consecuencias tiene su comportamiento, qué pasa después</li> </ul> </li> <li>● <b>Recalcar que aún pueden ser partícipes de distintas actividades.</b> Se entrega un papelote a todos los participantes, pidiéndoles que cada uno con un marcador escriban diferentes actividades que pueden realizar de acuerdo a su actividad.</li> </ul> </li> </ul>

EVALUACIÓN	RECURSOS	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Participación de todos los miembros del grupo.</b></li> <li>● <b>Valoración del registro realizado.</b></li> <li>● <b>Comprensión de las actividades descritas.</b></li> <li>● <b>Cumplimiento de las actividades.</b></li> <li>●</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lápiz.</li> <li>● Borrador.</li> <li>● Marcadores.</li> <li>● Papelotes.</li> <li>● Copias.</li> <li>● Esferos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>20 min</li> <li>20 min</li> <li>20 min</li> </ul>





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD DE EDUCACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**  
**PSICOLOGÍA GENERAL**

**APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES DE A. BECK**

**TALLER N° 5**

**TEMA:** Juego de pensamientos.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA Y TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inducir a un pensamiento positivo.</b></li> <li>• <b>Cuestionar acerca de pensamientos negativos automáticos.</b></li> <li>• <b>Recalcar que aún pueden ser partícipes de distintas actividades.</b></li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lectura y conclusión de artículos relacionados al autoestima.</li> <li>• Cuestionario en base a pensamientos negativos y posibles soluciones.</li> <li>• Participación en clase de la muestra.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lectura y conclusión de artículos relacionados al autoestima.</b> Leer una noticia que muestre ejemplos de autoestima, y al finalizar preguntar a cada miembro del grupo su conclusión.</li> <li>• <b>Cuestionario en base a pensamientos negativos y posibles soluciones.</b> Se entregó material con la dirección de enumerar preguntas útiles dirigidas a examinar la validez de los pensamientos negativos del adulto mayor. Si el adulto mayor acepta que las cosas pueden ser de otro modo a como ellos piensan, estará más dispuesto a cambiar y a realizar experimentos conductuales.</li> </ul> <p>Se solicitó enumerar preguntas relacionadas con la utilidad de los pensamientos negativos.</p> <p>Si el adulto mayor concluye que un pensamiento no es útil, puede:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) centrar la atención no en el pensamiento, sino en la experiencia inmediata.</li> <li>b) buscar métodos alternativos para lograr los objetivos que desea.</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Recalcar que aún pueden ser partícipes de distintas actividades.</b> Se entrega un papelote a todos los participantes, pidiéndoles que cada uno con un marcador escriban diferentes actividades que pueden realizar de acuerdo a su actividad.</li> </ul>

EVALUACIÓN	RECURSOS	TIEMPO	CIERRE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Participación de todos los miembros del grupo.</b></li> <li>• <b>Valoración de la actividad realizada.</b></li> <li>• <b>Comprensión de las actividades descritas.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lápiz.</li> <li>• Borrador.</li> <li>• Marcadores.</li> <li>• Papelotes.</li> <li>• Copias.</li> <li>• Esferos.</li> </ul>	<p>20 min</p> <p>20 min</p> <p>20 min</p>	<p>Identificación de pensamientos negativos.</p> <p>Compromiso grupal.</p>



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD DE EDUCACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**  
**PSICOLOGÍA GENERAL**

**APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES DE A. BECK**

**TALLER N° 6**

**TEMA:** Autoregistro de mis actividades.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA Y TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inducir a un pensamiento positivo.</b></li> <li>• <b>Autorregistrar pensamientos automáticos negativos para ayudar al adulto mayor a cambiarlos por pensamientos alternativos racionales.</b></li> <li>• <b>Recalcar que aún pueden ser partícipes de distintas actividades.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lectura y conclusión de artículos relacionados al autoestima.</li> <li>• Autorregistro de pensamientos racionales alternativos.</li> <li>• Participación en clase de la muestra.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lectura y conclusión de artículos relacionados al autoestima</b><b>Autorregistro de pensamientos racionales alternativos.</b> Se pide al participante que realice un registro de actividades de acuerdo a lo que se le pide en el material entregado.</li> <li>✓ <b>Situación</b> <i>Describe:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo que ha pasado.</li> <li>• Lo que estaba haciendo, pensando o imaginando.</li> </ul> </li> <li>✓ <b>Pensamiento/s automático/s</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Escriba</i> qué pensamientos ha tenido.</li> <li>• <i>Valore</i> cuánto ha creído en cada uno de ellos (0-100%).</li> </ul> </li> <li>✓ <b>Emoción/es</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Especifique</i> qué ha sentido (tristeza, ansiedad, rabia, etc.).</li> <li>• <i>Valore</i> la intensidad de cada emoción (0-100).</li> </ul> </li> <li>✓ <b>Respuesta racional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Escriba</i> pensamientos alternativos racionales a los pensamientos automáticos <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Valore</i> cuánto cree en cada uno de ellos (0-100%)</li> <li>• <i>Identifique</i> los errores cognitivos</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

EVALUACIÓN	RECURSOS	TIEMPO	CIERRE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación de todos los miembros del grupo.</li> <li>• Valoración del registro realizado.</li> <li>• Comprensión de las actividades descritas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lápiz.</li> <li>• Marcadores.</li> <li>• Papelotes.</li> <li>• Copias.</li> <li>• Esferos.</li> </ul>	<p>20 min 20 min 20 min</p>	<p>Compromiso grupal. (pensamientos racionales)</p>

## **6.6. Impactos.**

La aplicación de la propuesta planteada en los ítems anteriores generará una serie de huellas o impactos positivos en las diferentes áreas o ámbitos, los mismos que a continuación se detallan:

### **6.8.1 Impacto social**

En el ámbito social el impacto puede considerarse positivo, ya que el hecho de intervenir en adultos mayores con el fin de mejorar su autoestima, de manera directa o indirecta mejora la comunidad o sociedad porque:

- Van a ser más productivos apoyándose a sus capacidades de acuerdo a su edad, siendo participes de la sociedad.

- 

Generaran nuevas y saludables relaciones interpersonales debido a que su autoestima se encuentra fortalecida, lo que conlleva a que no se centren solo en su enfermedad sino también a relacionarse con los demás de manera sana, mejorando su calidad de vida.

### **6.8.2 Impacto familiar**

Es indudable que la mejora de autoestima en adultos mayores muestra, generará un ambiente familiar alto positivo debido a que:

- Fundamentalmente si se da la mejora de su autoestima se irradia en el núcleo social es decir la familia, formando relaciones consolidadas e integración positiva.

- La mejora de autoestima disminuye síntomas de afectaciones físicas debido a su edad, por lo que se ve disminuido la demanda excesiva de recursos económicos por concepto de cuidado y tratamientos.

### **6.8.3 Impacto educativo**

Desde el punto de vista educativo la propuesta planteada genera un impacto en la medida en que:

- Puede ser utilizada como fuente de consulta para los docentes, estudiantes, investigadores.
- Además, los datos obtenidos en el diagnóstico y postest pueden servir desde el punto de vista educativo y académico para la redacción de artículos científicos.

### **6.8.4 Impacto psicológico**

Con seguridad el impacto más relevante o alto que se genere con la propuesta será el emocional, es decir:

- El cambio del comportamiento del adulto mayor, fortaleciendo su autoestima lo que conllevará a que puedan ver de manera positiva su realidad y puedan tener positivas relaciones tanto intra como interpersonales.
- Provoca pensamientos racionales y reales positivos en el adulto mayor, para facilitar el incremento de ideas reales de acuerdo a sus habilidades, fortificando su autoestima.

## **6.7. Difusión**

La propuesta señalada previa a su aplicación o intervención, es necesaria socializarla al grupo objeto, es decir a los Adultos Mayores pertenecientes al club de jubilados del IESS-Ibarra, por lo tanto a continuación se detalla el proceso de difusión a seguirse:

- a) Reunión con los directivos de la institución.
- b) Presentación del proyecto a los directivos.
- c) Reunión con adultos mayores con el fin de exponer la propuesta.
- d) Determinación de cronograma de trabajo.
- e) Explicación de los beneficios del proyecto a adultos mayores del IESS-Ibarra.
- f) Recopilación de información.

- g) Implementación de instrumentos de investigación.
- h) Aplicación de los instrumentos de investigación.
- i) Aplicación de técnicas de Beck.
- j) Reunión con adultos mayores.
- k) Socialización de resultados a adultos mayores de la intervención realizada

## BIBLIOGRAFÍA

Hospital Vozandes. (2014). Efectos principales de octogenarios. Quito: Alfaguara.

Administration, F. a. (2 de febrero de 2016). <http://www.fda.gov>. Obtenido de <http://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ConsumerUpdatesEnEspañol/ucm412280.htm>

Alarcon, A. (2013). autoestima. Buenos aires.

Alvarez. (2010). la tercera edad y la baja autoestima. En Alvarez., la tercera edad y la baja autoestima. (pág. 200). Buenos Aires: Public.

Aragón, L. C. (2014). Autoestima, comprensión y práctica. Buenos Aires: San Pablo.

Bassi, C. (2010). LAS CLAVES PSICOLÓGICAS PARA ENVEJECER BIEN. Vejez y Vida, 3-4.

Benitez, P. (2015). autoestima y enfermedades. Madrid: publiflibros.

Bleidorn, W. (2016). La autoestima entre hombres y mujeres, bajo la lupa (tercera edad). SEPA MAS , 32.

Branden, N. (2010). Como mejorar su autoestima. Ediciones Paidós Ibérica. ISBN 978-84-493-2347-8.

Camerini, J. (2014). AARON BECK Y LA TERAPIA COGNITIVA (TC). CATREC, 75.77.

Cazar, A. (2009). Complejo de inferioridad. Vejez Activa., 14.15.

CEPAL. (2014). Agenda de igualdad de adultos mayores. En CEPAL, inclusion social, (pág. 96). Quito: Senplades.

Cepeda, A. (2015). Terapia cognitiva de Beck. Obtenido de Terapia cognitiva de Beck: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/>



Chang, L. (2014). Happiness. Gnosophia Publishers.

Cisneros, P. (2014). casos . Madrid: publilibros.

Delgado, L. (2015). Etica y trAnsformacion del entorno. En I. Kant., Dignidad en Kant. Buenos Aires.: Publicaciones.

Dermott, I. M. (2010). Aumenta tu confianza con PNL. Barcelona: Urano.

Díaz, R. (2013). adulto mayor. Madrid: Iortv.

DiMauro, M. (2013). enfermedad social. Mexico: publilibros.

Durkheim, É. (2012). La división del trabajo social. Madrid: Akal.

Fernández, N. (2010). Características del desarrollo psicologico del adulto mayor. En N. Fernández. México: Universidad Autonoma de México.

Fernández, R., & Pérez, H. (2011). Que es la terapia cognitivo conductual. Argentina.

Flores. (2014). Medicina. Cuencua.

Flores, C. ( 2005). Inseguridad Emocional. Necesidad de educación en el adulto mayor, 23, 35.

Flores, V. (2011). problemas de autoestima. Madrid: publiflas,libros.

Fueres, F. (25 de Mayo de 2015). autoestima. Madrid. Obtenido de La psoriasis afecta a tu autoestima: <https://www.personasque.es/psoriasis/salud/bienestar/autoestima-2450>

Gálvez, M. (2013). Revolución cognitiva. Mexico: editomn.

García, B. (2011). Gerontología Educativa. Madrid: Edirial Médica Panamericana.

Garcia, J. (2014). Terapia cognitiva de Aron Beck. Salud y mente, 92-95.

González, R. A. (24 de Julio de 2008). Promoción de la salud. Fundamentos científicos, morales y jurídicos. Obtenido de Promoción de la salud. Fundamentos científicos, morales y

jurídicos: <http://www.gestiopolis.com/promocion-de-la-salud-fundamentos-cientificos-morales-y-juridicos/>

Hernandez, A. (2009). Autoestima del adulto mayor. Autoestima y Vejez., 13,14.

Herra, M. (2011). Teoría cognitivo conductual. España: Publicaciones edison.

Hunermann, C. (2014). Gran colección de la salud. Barcelona: Plaza & Janés.

Infobae. (12 de 11 de 2015). [www.infobae.com](http://www.infobae.com). Obtenido de <http://www.infobae.com/2015/11/12/1769152-psoriasis-los-desafios-del-paciente-una-mejor-calidad-vida>

International, D. D. (12 de Noviembre de 2007). Las 37 características más comunes de la dislexia. Obtenido de Las 37 características más comunes de la dislexia: <http://www.dyslexia.com/library/spanish/caracteristicas.htm>

Korman, G. (2015). terapia cognitiva de Aaron Beck. Archivos, 25-26.

Lopez. (2011). Adulto mayor. Quito.

Mainieri, R. (2012). tipos de técnicas cognitivo conductual. España: publieditolib.

Maliaño, S. T. (2015). Autoestima. Cantabria: ISBN 978-84-293-1133-4.

Martinez, M. (2012). autoestima. buenos Aires.

Marx, C. (2012). Autoestima. Mexico DF: limusa.

Massimo, P. (1997). La tercera edad: significados y valores. Criterio Digital, 111,112.

Mendez, D. (2013). enfermedad social. Mexico: publilibros.

Ministerio de Inclusión Económica y social. (2015). Antecedentes. Agenda de Igualdad para Adultos Mayores, 9.

Montserrat, c. S. (2005). Los malos tratos a las personas mayores. Madrid: Mapfre.

Morales, M. (2005). La felicidad de las personas mayores depende más de una actitud positiva que del estado físico . REVISTA ELECTRÓNICA DE CIENCIA, TECNOLOGÍA, SOCIEDAD Y CULTURA., 13-14.

Narváez. (noviembre de 2014). adulto mayor. En Narváez, Calidad de vida. Obtenido de [http://www.niams.nih.gov/porta1\\_en\\_espanol/Informacion\\_de\\_salud/Psoriasis/default.asp](http://www.niams.nih.gov/porta1_en_espanol/Informacion_de_salud/Psoriasis/default.asp)

Orjales, I. y.-L. (2012). Programas de Intervención Cognitivo-conductual.

Paredes, K. (6 de Junio de 2015). La vejez requiere de corresponsabilidad. El telégrafo, pág. 24.

Pérez, E. R.-S. (2011). Escuela cognitivo conductual.

Pierson, M. (2014). La imagen personal. Ed. Deusto.

Pozo, A. d. (2012). Metodologías comparatistas y Literatura comparada. Madrid, Dykinson: Ed.

Ramírez, I. (2013). TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL. Mexico.

Reyes, C. (2015). causas vejez. Madrid: publilibros.

Rivera, A. (2010). Satisfacción personal con la vida determinante en vejez exitosa. INISA, 3.

Ruiz, h. (2015). problemas de autotestima. Buenos Aires: publiflash.

Sanhueza, C. (2014). Programa de entrenamiento cerebral en adultos mayores sin deterioro cognitivo: atención, memoria y funciones ejecutivas. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Sawyer, M. (2012). Autoestima. D.F.

Sevillano, E. (2014). Médicos y pacientes. Barcelona: Planeta.

Shanas, O. (2014). Derechos de la vejez. salud y vida, 52-53.

Solano, J. (2011). Hombre despierto, hombre dormido. Bloomington, In: Palibro.

Sosa, V. (2011). Corriente cognitivo conductaul.

Stern, R. (2015). Stern R. Interamericana779-785.

Teenager, A. f. (09 de Septiembre de 2015). Tipos de problemas de aprendizaje. Obtenido de Tipos de problemas de aprendizaje: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/learning-disabilities/Paginas/types-of-learning-problems.aspx>

Tomas, U. (2014). Aron Beck. El psicoasesor.

Tortolero, A. (1 de junio de 2013). Terapia psicologica. Obtenido de [http://www.terapia-psicologica.com.mx/terapia\\_psicologica.php](http://www.terapia-psicologica.com.mx/terapia_psicologica.php)

Triviño, J. L. (2005). La nocion de autorespeto de Rawls. En J. L. Triviño, La noción rawlsiana de autorespeto (pág. 263). Mexico D:F: Toward a Feminist Conception of Self-Respect.

Valera, J. A. (Diciembre de 2012). FUNDAMENTOS DE LA TEORÍA SOCIOLÓGICA GENERAL PARA EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD Y LA ENFERMEDAD. Obtenido de FUNDAMENTOS DE LA TEORÍA SOCIOLÓGICA GENERAL PARA EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD Y LA ENFERMEDAD: <http://atlante.eumed.net/problemas-relacionados-salud-enfermedad/>

Vazquez, L. (2015). problemas de autoestima. Obtenido de problemas de autoestima: <http://www.imujer.com/salud/4684/problemas-de-autoestima>

Villa, M. d. (2014). Medwave. María de Lourdes Menéndez Villa., 13.

# ANEXOS

## Anexo 1: MATRIZ DE COHERENCIA.



<b>Formulación del problema.</b>	<b>Objetivo general.</b>
<p>Fortalecer el autoestima de los pacientes del hospital del IESS de la ciudad de Ibarra del club de jubilados, siendo adultos mayores cesantes de actividades por medio de la técnica cognitivo conductual de Beck.</p>	<p>Determinar la influencia de las actividades bajo el enfoque de la técnica cognitiva conductual de A. Beck, en el autoestima del club de adultos mayores del IESS de la ciudad de Ibarra.</p>
<b>Objetivos específicos.</b>	<b>Preguntas de investigación.</b>
<p>Evaluar a los adultos mayores pertenecientes al club de jubilados del hospital del IESS para conocer el nivel de autoestima.</p> <p>Emplear la historia clínica breve, para obtener datos relevantes, con respecto a la vida personal de los adultos mayores.</p> <p>Analizar las condiciones emocionales en las que se encuentran los jubilados mediante el reactivo psicológico proyectivo HTP.</p>	<p>¿Cuál es el nivel de autoestima de los adultos mayores pertenecientes al club de jubilados del hospital del IESS?</p> <p>¿Por qué es importante emplear la historia clínica breve, para obtener datos relevantes, con respecto a la vida personal de los adultos mayores?</p> <p>¿En qué condiciones emocionales se encuentran los jubilados?</p>

## Anexo 2: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG- RSES



Entendemos por autoestima la consideración positiva o negativa de uno mismo, siendo en castellano más tradicional la expresión amor propio. La escala de autoestima de Rosenberg ha sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en 53 países. Este test es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para valorar el nivel de autoestima (Test de Rosenberg). La autoestima es la valoración que tenemos de nosotros mismos, de nuestra manera de ser; de quienes somos. Es la valoración que hacemos del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad.

Nombre: \_\_\_\_\_, EDAD: \_\_\_\_\_ años, Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** En cada pregunta ha de elegir una sólo respuesta.  
Intente responder el test de forma sincera, es a usted mismo a quien ayuda con su propia sinceridad.

### COMIENZA EL TEST:

**1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.**

- a.- Muy de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- En desacuerdo
- d.- Muy en desacuerdo

**2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.**

- a.- Muy de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- En desacuerdo
- d.- Muy en desacuerdo

**3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.**

- a.- Muy de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- En desacuerdo
- d.- Muy en desacuerdo

**4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.**

- a.- Muy de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- En desacuerdo
- d.- Muy en desacuerdo

**5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.**

- a.- Muy de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- En desacuerdo
- d.- Muy en desacuerdo

**6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.**

- a.- Muy de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- En desacuerdo
- d.- Muy en desacuerdo

**7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.**

- a.- Muy de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- En desacuerdo
- d.- Muy en desacuerdo

**8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.**

- a.- Muy de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- En desacuerdo
- d.- Muy en desacuerdo

**9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.**

- a.- Muy de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- En desacuerdo
- d.- Muy en desacuerdo

**10. A menudo creo que no soy una buena persona.**

- a.- Muy de acuerdo
- b.- De acuerdo
- c.- En desacuerdo
- d.- Muy en desacuerdo

**Total:.....**

**Nivel de autoestima:.....**

*Gracias por su colaboración.*

Al terminar el test, sume las respuesta elegida, primero las **a**, marcadas, siguiendo con las **b**, así mismo la **c** y la **d**.

	De 1 a 5	De 6 a 10	Puntuación total final es el resultado que ha obtenido en el test y su nivel de autoestima.	
a.-	x 4 =	x 1 =		
b.-	x 3 =	x 2 =		
c.-	x 2 =	x 3 =	<b>TOTAL</b>	<b>Nivel de Autoestima</b>

d.-	x 1 =		X 4 =			
	suma		suma			

#### SOLUCIONES AL TEST DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG – RSES

**Puntuación entre 0 y 25: Tu autoestima es baja.** Piensa que al sentirte de esta manera estás poniéndote trabas a tí mismo, lo que no te ayudará a conseguir tus metas. Intenta ver tu lado positivo y recuerda que el primer paso para que los demás te valoren, es que tú encuentres atractiva tu forma de ser.

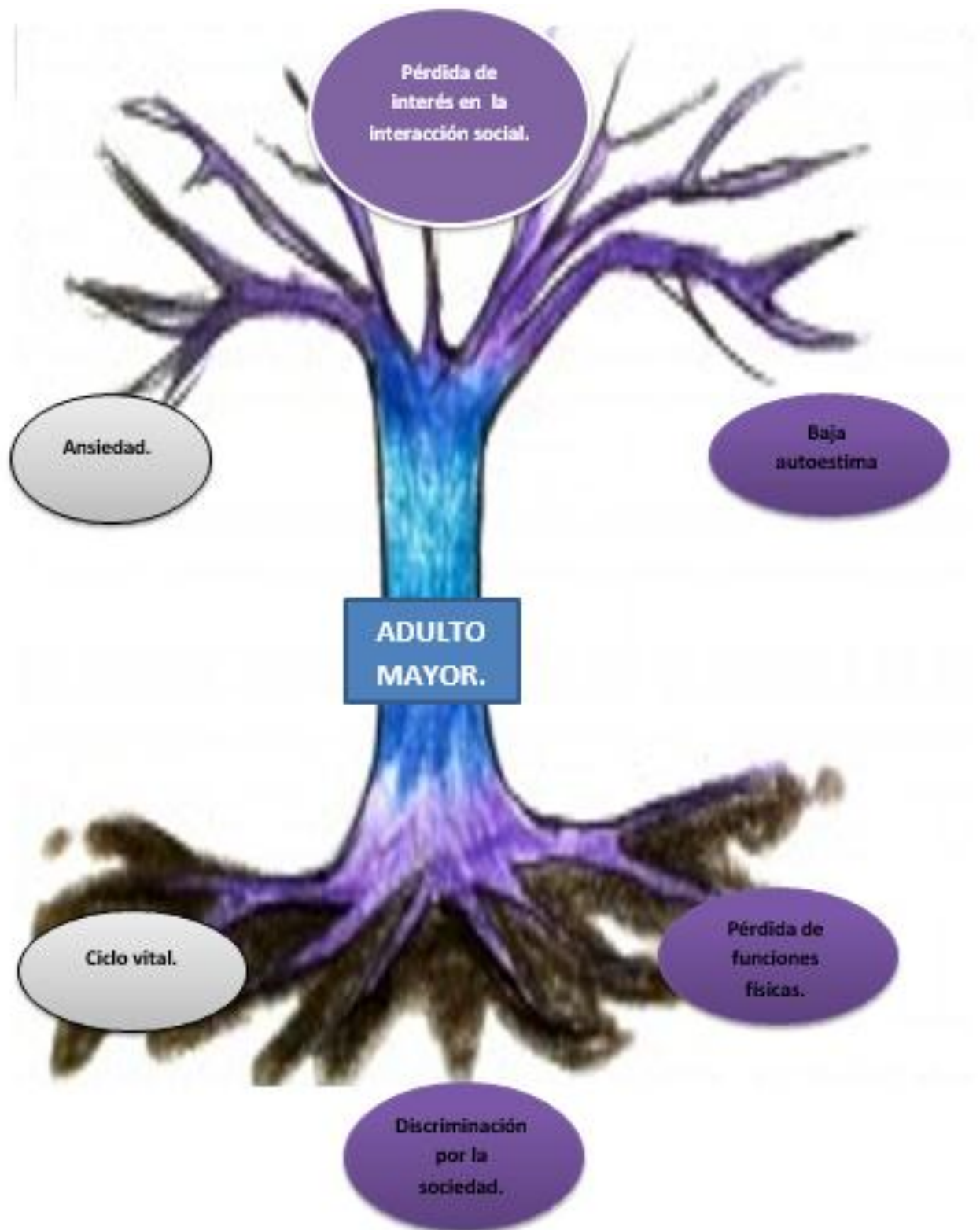
**Puntuación entre 26 y 29: Tu autoestima es normal. El resultado indica que tienes suficiente confianza en ti mismo.** Eso te permitirá afrontar la vida con cierto equilibrio, imprescindible para asumir las dificultades del camino. No cambies, sigue así.

**Puntuación entre 30 y 40: Tu autoestima es buena, incluso excesiva.** Crees plenamente en ti y en tu trabajo; ésto te da bastante fuerza. Sin embargo, tén cuidado, quererte excesivamente a tí mismo y poco a los demás puede resultar contraproducente, ya que puede conducirte a tener conflictos y ser rechazado. Intenta ser humilde de vez en cuando, haciendo un esfuerzo por ver la parte positiva de ellos sin sentir envidia, eso te ayudará a mejorar aún más para desarrollar mejor tus propias capacidades y la de la gente que te acompaña.

Recuerde que los resultados del test tienen un valor orientativo y no pueden reemplazar una valoración completa realizada por un psiquiatra o psicólogo en una entrevista clínica convencional. Si quiere tener una mayor certeza sobre el resultado, consúltenos por e-mail o acuda a su psiquiatra de referencia.



### Anexo 3: ARBOL DE PROBLEMAS



## Anexo 4: Certificado de Aplicación.



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE IMBABURA**

Ibarra, 17 de octubre de 2016

### **CERTIFICACIÓN**

En atención a la petición verbal de la Interesada Srta. Dayana Samyra Bastidas Gómez, portadora de Cédula de Ciudadanía Nro. 1004209878, de la Carrera de Psicología General de La Universidad Técnica del Norte, la Dirección Provincial del IESS Imbabura Certifica que la Srta. Bastidas Dayana elaboró el Plan de Trabajo de Grado con el tema "*Técnica cognitiva conductual de BECK para fortalecer el autoestima en adultos mayores, pertenecientes al club de jubilados del IESS Ibarra, en el periodo marzo-julio 2016*" el cual fue aprobado y desarrollado en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Imbabura Hospital del IESS Ibarra, bajo la coordinación de la Sra. Psicóloga Silvia Paola Arias Salina, Psicóloga Clínica Hospital de Ibarra.

Es todo cuanto podemos certificar en honor a la verdad.

Atentamente,

Mgs. Franklin Valencia Cisneros

**DIRECTOR PROVINCIAL DEL IESS IMBABURA (E)**



**Anexo 5: JUBILADOS EN PARTICIPACION DE TALLERES**







**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA**  
**DECANATO**

Oficio 189-D  
02 de agosto de 2016

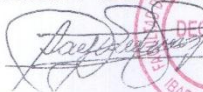

Doctora  
Acacia del Carmen Aguirre  
DIRECTORA MÉDICA DEL HOSPITAL IESS IBARRA

Señora Directora:

Me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle de la manera más comedida, se brinde las facilidades necesarias a la señorita BASTIDAS GÓMEZ DAYANA SAMYRA, egresada de la carrera de Psicología General, para que obtenga información y desarrolle todas las actividades referentes al trabajo de grado: "TÉCNICA COGNITIVO CONDUCTUAL DE BECK PARA FORTALECER EL AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES, PERTENECIENTES AL GRUPO DE JUBILADOS DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL – IBARRA, EN EL PERÍODO MARZO – JULIO 2016".

Por su favorable atención, le agradezco.

Atentamente,  
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO

  
  
MSc. Raimundo López  
DECANO DE LA FECYT