



OFICINA DE POSGRADOS

Tema:

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL ESTADO DE ÁNIMO DE LOS
USUARIOS DE SERVICIOS ESTATALES DE DISCAPACIDAD**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Magister en
Psicología Mención Intervención**

Línea de Investigación:

Salud y grupos vulnerables

Autor:

Christian Jair Villacís Vanegas

Director:

Catherine Nataly Shugulí Zambrano

Ambato – Ecuador

Junio 2022

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL ESTADO DE ÁNIMO DE LOS
USUARIOS DE SERVICIOS ESTATALES DE DISCAPACIDAD

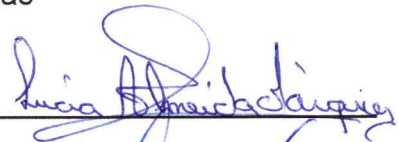
Línea de Investigación:

Salud y grupos vulnerables

Autor:

Christian Jair Villacís Vanegas

Lucia Almeida Márquez, Mg.

f. 

CALIFICADOR

Luis Eduardo Cevallos Terneus, Mg.

f. 

CALIFICADOR

Catherine Nataly Shugulí Zambrano, Mg.

f. 

CALIFICADOR

Juan Carlos Acosta Teneda, P. Ph.D.

f.  Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
OFICINA DE POSGRADOS

COORDINADOR DE LA OFICINA DE POSGRADOS

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr.

f.  Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato – Ecuador

Junio 2022



BIBLIOTECA

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **CHRISTIAN JAIR VILLACÍS VANEGAS**, con **CC. 180336131-8**, autor del trabajo de graduación intitulado: **“PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL ESTADO DE ÁNIMO DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS ESTATALES DE DISCAPACIDAD”**, previa a la obtención del título profesional de **MAGISTER EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN INTERVENCIÓN**, en la oficina de POSTGRADOS.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a Difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, junio 2022



CHRISTIAN JAIR VILLACÍS VANEGAS

CC. 1803361318

DEDICATORIA

Este trabajo está totalmente dedicado a mi padre a quien admiro y recuerdo con nostalgia, a mi apreciada madre y mi amada esposa. Sin su apoyo constante, este proyecto no hubiera sido posible. Siempre me inspiran. Al mismo tiempo, también, me gustaría expresar mi gratitud a mis hermanas, amigos de siempre, demás familiares y en particular a mi directora de proyecto por su muy útil guía en este proyecto.

RESUMEN

La importancia de esta investigación se centra en la carencia de intervenciones psicológicas para el manejo del estado de ánimo de las personas con discapacidad, lo que crea la necesidad de sistematizar técnicas que tomen en cuenta las características propias de este grupo vulnerable de atención prioritaria para el estado ecuatoriano. Se planteó como objetivo proponer un plan de intervención cognitivo-conductual para el manejo del estado anímico de los usuarios de servicios estatales de discapacidad. Bajo un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, alcance descriptivo de corte transversal. mediante la escala de valoración del estado del ánimo (EVEA) cuyas dimensiones comprenden: alegría, depresión, ansiedad y hostilidad, se utiliza 15 ítems en escala Likert de 10 puntos, mediante la que una persona evaluada decide en qué medida se ajusta cada premisa a su ánimo. La muestra fue no probabilística, por conveniencia constituida por 72 usuarios de los servicios de discapacidades del cantón Pastaza. Como resultados se obtuvo que los casos que superaron los puntos de corte fueron: para depresión = 45 casos, ansiedad = 39 casos, hostilidad = 29 casos, mientras que para la subescala de Alegría se presentaron 29 casos, debido a estos resultados encontrados, se propone un plan de intervención de tipo cognitivo conductual con 9 sesiones controladas a través de un cuaderno de trabajo y una guía con técnicas propias de este tipo de terapia, así como las actividades de seguimiento.

Palabras clave: estado de ánimo, discapacidad, servicios estatales, terapia cognitivo conductual.

ABSTRACT

The importance of this research focuses on the lack of psychological interventions for the management of mind state from people with disabilities, which creates the need to systematize techniques that consider the characteristics of this priority care vulnerable group in the Ecuadorian state. The objective was to propose a cognitive-behavioral intervention plan for the mood management of users belonging to state disability services under a quantitative approach, non-experimental design, descriptive cross-sectional scope, by then using the mood rating scale (E.V.E.A.). The sample was non-probabilistic, for convenience made up from 72 users of disability services in Pastaza. As results, there were cases that obtained where exceeded cut-off points were: depression = 45 cases, anxiety = 39 cases, hostility = 29 cases, while, for happiness subscale, 29 cases were presented, due to these found results, a cognitive-behavioral intervention plan with 9 sessions is proposed and controlled through a guide with typical techniques of this therapy, as well as with follow-up activities

Keywords: mood, disability, state services, cognitive behavioral therapy.

ÍNDICE

PRELIMINARES

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN	v
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y DE LA PRACTICA.....	8
1.1. Estado de ánimo (E.A.)	8
1.1.1. Psico-biología del estado de ánimo	8
1.1.2. Dimensiones.....	11
1.1.3. La percepción y el estado de ánimo	12
1.1.4. Medición del estado de ánimo	12
1.1.5. Manejo de los estados de Ánimo	13
1.1.6. Autorregulación.....	14
1.1.7. Tensión controlada	14
1.2. Usuarios de servicios estatales de discapacidad	15
1.2.1. Definición de Discapacidad.....	15
1.2.2. Tipos de discapacidad	16
1.2.3. Adelanto regional y mundial en temática de Discapacidad.....	17
1.2.4. Protección de las personas con discapacidad	18
1.2.5. Servicios estatales para personas con discapacidad	31
1.3. Propuesta de intervención	33
1.3.1. Definiciones de intervención psicológica	33
Procesos cognitivos relacionados al estado de ánimo	41
CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	44

2.1. Metodología de la investigación	44
2.2. Población y muestra	46
2.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	47
2.2.2. Caracterización de la muestra	48
2.4. Procesamiento y análisis de la información	60
CAPITULO III: RESULTADOS	62
3.1. Análisis descriptivo de la Escala de Evaluación del Estado de Ánimo.....	62
3.2. Pruebas de normalidad.....	63
3.3. Perfil de estado de ánimo	63
3.4. Niveles y dimensiones del estado de ánimo en función con el sexo.....	65
3.5. Niveles y dimensiones del estado de ánimo en función con la edad	65
3.6. Propuesta de intervención	67
CONCLUSIONES.....	89
RECOMENDACIONES	90
BIBLIOGRAFÍA	91
ANEXOS.....	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de discapacidad.....	16
Tabla 2. Etapas bio-psico-sociales del desarrollo humano.....	30
Tabla 3. Grupo etario bio-psico-social del cantón Pastaza.....	30
Tabla 4. Consistencia interna del cuestionario E.V.E.A.	60
Tabla 5. Resultados análisis descriptivos de la Escala E.V.E.A.....	62
Tabla 6. Prueba de Normalidad Kilmogorov-Smirnov	63
Tabla 7. Resultados de las dimensiones del Estado de Ánimo en función del Sexo .	65
Tabla 9. Anova de la muestra en función del rango etario.	66
Tabla 10. Estructura general del plan de ejecución.....	72
Tabla 11. Detalle de la primera sesión, en base a la fase de psicoeducación.	74
Tabla 12. Detalle de la segunda sesión, en base a la fase de psicoeducación.....	75
Tabla 13. Detalle de la tercera sesión, en base a la fase de psicoeducación.	76
Tabla 14. Detalle de la cuarta sesión, en base a la fase de entrenamiento.	77
Tabla 15. Detalle de la quinta sesión, en base a la fase de entrenamiento.....	79
Tabla 16. Detalle de la sexta sesión, en base a la fase de entrenamiento.....	82
Tabla 17. Detalle de la séptima sesión, en base a la fase de ejecución.....	84
Tabla 18. Detalle de la octava sesión, en base a la fase de ejecución.	85
Tabla 19. Detalle de la novena sesión, en base a la fase de ejecución.	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Variaciones de la relación entre Energía y Tensión.	11
Figura 2. Condiciones de activación en los Estados de Ánimo	14
Figura 3. Porcentajes de los Grupos Etarios de PCD en el Ecuador.	21
Figura 4. Género de las Personas con Discapacidad en el Ecuador.	21
Figura 5. Porcentajes según el tipo de discapacidad en el Ecuador. Error! Marcador no definido. 23	
Figura 6. Porcentajes por Grado de Discapacidad en el Ecuador.....	24
Figura 7. Prevalencia histórica de la Discapacidad en el Ecuador	25
Figura 8. Porcentajes de los Grupos Etarios de PCD en el Cantón Pastaza.	26

Figura 9. Género de las Personas con Discapacidad en el Cantón Pastaza.	27
Figura 10. Porcentajes según el Tipo de Discapacidad en el Cantón Pastaza.	28
Figura 11. Porcentajes por Grado de Discapacidad en el Cantón Pastaza.....	29
Figura 12. Rango etario de las PCD del cantón Pastaza por porcentajes.....	31
Figura 13. Modelo de Manejo de Tensión y Estados de Ánimo	42
Figura 14. Representación de la Muestra en función del sexo biológico.....	48
Figura 15. Rango Etario de la Muestra de Investigación.....	49
Figura 16. Nivel de Instrucción Escolar de los participantes.	50
Figura 17. Pertenencia Étnica de los participantes	51
Figura 18. Idioma o Lengua de los participantes.....	52
Figura 19. Tipo de discapacidad de los participantes.....	53
Figura 20. Porcentaje de participantes que reciben o no Ayudas Estatales.....	54
Figura 21. Perfil de las dimensiones del Estado de Ánimo en la muestra	64

INTRODUCCIÓN

La presente investigación busca elaborar un plan de intervención para el estado de ánimo de los usuarios de servicios estatales de discapacidad en el cantón Pastaza de acuerdo con sus necesidades se toma en cuenta su condición de vulnerabilidad, para lograr este propósito se ha estructurado en tres capítulos que abordan distintos aspectos, que concluyen con una propuesta metodológica avanzada. A nivel internacional en Southern Lazio, Italia. Palumbo y Federico (2020) refieren que, en una revisión sistemática de 772 artículos científicos con poblaciones comprendidas entre 1 y 42 sujetos con discapacidad, sin distinción de género ni edad, que han realizado la práctica periódica de navegación con vela mejoraron su estado de ánimo, calidad de vida, estado de salud, autoconfianza y habilidades sociales, sin efectos adversos.

En Nara, Japón se ha investigado la relación entre el estado de ánimo depresivo, la discapacidad física y la disfunción oral en adultos mayores, en una población de 680 sujetos mediante la aplicación del *Kihon Checklist* (KCL). Mediante dos modelos diferentes, establecieron que los resultados del análisis de regresión logística multivariante para las asociaciones entre cada uno de los tres ítems de función oral y dependencia de las actividades de la vida diaria (AVD) y estado de ánimo depresivo, con el modelo 1 ajustado en función de la edad y sexo y en el modelo 2 por dependencia de AVD o estado depresivo, además, edad y sexo.

En el modelo 1, aquellos con dificultad para masticar, asfixia o tos y boca seca tenían un mayor riesgo de dependencia de las AVD (razón de probabilidades (RP) = 2,1, RP = 2,0 y RP = 2,2, respectivamente) y riesgo de estado depresivo (RP = 2,7, RP = 3,0 y RP = 2,5, respectivamente). En el modelo 2, la dependencia de las AVD todavía se asoció significativamente con la dificultad para masticar (RP = 1,6) y la boca seca (RP = 1,8). De manera similar, el estado de ánimo depresivo todavía estaba relacionado con la dificultad para masticar (OR = 2,5), la asfixia o la tos (OR = 2,8) y la boca seca (OR = 2,3), de esta manera se concluye que aquellos con disfunción oral tenían

mayores niveles de discapacidad y depresión, también, aquellos con sequedad en la boca reportan asociación con un estado de ánimo depresivo (Chang et al., 2016).

En Alicante, España se ha realizado un estudio sobre la relación entre perfiles de inteligencia emocional y bienestar psicológico en personas con lesión medular, Suriá (2017) refiere que existen diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles de inteligencia emocional (IE) y las dimensiones de bienestar psicológico (BP), al administrar la *Trait Meta-Mood Scale-24* (TMMS-24) y la escala de bienestar psicológico de Ryff, a una muestra de 94 personas con lesión medular por accidentes de tráfico. Con un rango de edad entre 21 y 55 años con media $M = 38,68$; y desviación estándar $De = 7,36$.

Mediante el método clúster se determinó 3 grupos: el Grupo 1 $N=46$ (48,94%) con puntuación alta en inteligencia emocional, El grupo 2 $N=29$ (30,85%) con predominio únicamente de habilidades de claridad y recuperación, El grupo 3 $N=19$ (20,21%) con puntuación baja en inteligencia emocional. Al analizar la información con respecto a la escala global de bienestar psicológico se observaron diferencias estadísticamente significativas en los 3 clústeres ($F_{(3,90)} = 4,08$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,29$), y al realizar las pruebas Inter grupos: el grupo 1 indica medias superiores comparado con el grupo 3 ($d=0,98$) y el grupo 2 con el grupo 3 ($d=0,25$). Es así como los grupos con alta IE y alta puntuación en reparación emocional y claridad, revelan mayores puntuaciones en las diferentes dimensiones de BP incluido el estado de ánimo.

En Extremadura, España, López (2014) realizó un estudio longitudinal del estado de ánimo, la calidad de vida y la dependencia funcional en una población de 131 pacientes afectados por ictus, con edad media de $M=70,1$; desviación estándar $DE=12,5$; se utiliza el *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS), *Berthel Index* (BI), *modified Rankin Scale* (mRS), *Lawton Instrumental Activities of Daily Living scale* (IADL) y *health-related quality of life Short form 12 health survey* (HRQol SF-12).

Se encontró que 6 meses después de padecer ictus el 16% de pacientes ingresarían a una depresión mientras que el 42,7% mostraron estado de ánimo deprimido. Con un análisis más exhaustivo su conclusión indica que el estado de ánimo, el estado de funcionamiento previo, la gravedad, tipo de ictus, y la edad, son factores que agravarían el deterioro funcional, que se manifiesta mediante una mayor dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria tras sufrir ictus.

A nivel regional en Río de Janeiro, Brasil se realizó un estudio por Vigário, Lemos, Mainenti y Neves (2019) en una población de 44 atletas con discapacidad visual (26.8 ± 6.0 años de edad, 72.7% hombres) donde han evaluado el estado de ánimo, la depresión y la calidad de vida, así como su disparidad en la práctica deportiva se utiliza el *Profile Mood States* (POMS), *Beck Depression Inventory* (BDI) y *Medical Outcomes Study 36-items Short Form Healthy Survey* (SF-36). Encontraron un perfil positivo en los estados de ánimo, así como un bajo riesgo de trastorno depresivo, también, una positiva percepción de su calidad de vida, denotan que existe una cercanía entre la participación activa en deportes, los estados de ánimo y la calidad de vida.

A nivel local, en Ecuador las investigaciones se han centrado en trastornos del estado de ánimo, como la de Molina, Maldonado y Cepeda (2020) en Guayaquil, con una población de 67 pacientes con epilepsia con tratamiento farmacológico y seguimiento psiquiátrico del hospital Teodoro Maldonado, mediante aplicación del *Hamilton depression rating escale* (HDRS) concluyen que los trastornos del estado de ánimo se presentan indistintamente de la edad, es más frecuente la ansiedad en jóvenes y la depresión en adultos mayores; en el grupo con edades entre 14-26 años la depresión se presentó en 59.7% en contraste la ansiedad con 1,49%. En adultos mayores se encontró ansiedad con 22.3% y depresión 26.86%, por el contrario, en la población adulta se redujo ambos trastornos por igual con 10,44%.

Conceptualmente se entiende como estado de ánimo a las sensaciones subyacentes que persisten en el tiempo, las emociones a veces se exacerban y abruman, sin embargo, el ánimo es más permanente pero menos intenso que las emociones, no

tienen una causa definida, es decir, no existe una relación directa de causa y efecto entre el estado anímico y los hechos que nos suceden, también, determina el disfrute de las actividades diarias (Thayer, 1989, 1996, 2001). Los individuos tendientes a estados de ánimo negativos como la irritabilidad son más propensos a sentir con alta frecuencia e intensidad 'rabia' cada vez que se encuentran con estímulos afines a esta respuesta; esto corrobora que el estado anímico se presenta como telón de fondo predisponente a una réplica emocional (Gallardo, 2006).

En indagaciones previas sobre el estado de ánimo en personas con discapacidad se encontró que el ánimo bajo se asocia significativamente con la culpa y la calidad de vida en pacientes que adquirieron una condición incapacitante de tipo físico (Serbic, Pincus, Fife-Schaw, & Dawson, 2016). Las consecuencias de las aflicciones anímicas sin su tratamiento son graves; en Ecuador se observa dentro del área clínica que los trastornos del estado de ánimo conllevan un porcentaje considerable de los pacientes atendidos en el área de salud mental, en establecimientos ambulatorios estos pacientes corresponden al 29%, en consulta externa al 25.7% y en los pacientes ingresados a hospitales psiquiátricos al 17% (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Un mecanismo de manejo de esta problemática es a través de la intervención psicoterapéutica principalmente la terapia cognitivo-conductual (TCC) que enfoca la intervención psicológica con la premisa de que los trastornos mentales y aflicciones psicológicas se mantienen debido a factores cognitivos (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). Se considera oportuna la inclusión de técnicas operantes, terapias y técnicas de exposición, desensibilización sistemática y técnicas de relajación, modelado y entrenamiento en habilidades sociales, terapia racional emotiva (TREC), terapia cognitiva, técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas, terapias de tercera generación, entre otras (M. Díaz, Ruiz, & Villalobos, 2017).

Las intervenciones cognitivo-conductuales enfocadas hacia el estado de ánimo han sido ampliamente analizadas y recopiladas en textos científicos, un ejemplo actual es

la intervención puntual en un caso de bajo estado de ánimo realizado en España, este escrito registra la eficacia para controlar principalmente la sintomatología, mediante la mejora de su puntuación en escalas de valoración, tales como el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), se resalta que los resultados terapéuticos obtenidos con base en un proceso secuencial se ha demostrado que obtuvieron mayor impacto (Aranda, Kendzierski, & Ortega, 2015).

En China se ha realizado un estudio experimental sobre la influencia de la TCC en el estado de ánimo y la calidad de vida en 75 jóvenes y adultos después de recibir un implante coronario, distribuidos en un grupo de control y uno experimental, se usa la escala de depresión y ansiedad (HAM-D17 y HAM-A) de Hamilton, se observa que los valores decrecieron 8 semanas después de la intervención, pero los pacientes que se sometieron a TCC redujeron más significativamente en relación con el grupo control. (11.7 ± 4.5 vs 15.1 ± 3.9 , $P = 0.001$ and 10.6 ± 3.4 vs 16.5 ± 4.6 , $P = 0.003$, respectivamente). Simultáneamente la calidad de vida mejoró en ambos grupos, pero la satisfacción general fue mayor con terapia cognitivo conductual comparado con el grupo control (89.3 ± 5.2 vs 77.8 ± 9.5 , $P < 0.05$). (Lv et al., 2016).

A partir de la recopilación bibliográfica se plantea la necesidad de elaborar una propuesta de intervención cognitivo conductual para el estado de ánimo en usuarios de servicios estatales de discapacidad. Al ser elaborada, se planea plantear a futuro extender un mayor conocimiento sobre la viabilidad de ciertas técnicas de intervención para el estado anímico de personas con discapacidad. De acuerdo con la problemática actual se plantea como problema de investigación ¿Es necesaria una propuesta de intervención para mejorar el estado de ánimo en usuarios de servicios estatales de discapacidad? Se plantea la siguiente hipótesis:

Hipótesis de trabajo:

Se requiere de una propuesta de intervención para trabajar el estado de ánimo de los usuarios de servicios estatales de Discapacidad.

Objetivo general

Proponer un plan de intervención Cognitivo-conductual para el estado de ánimo de los usuarios de servicios estatales de discapacidad.

Objetivos específicos

1. Fundamentar los aspectos teóricos y metodológicos en torno al estado de ánimo y a la formulación de propuestas de intervención en personas con discapacidad.
2. Diagnosticar el estado actual del estado de ánimo en usuarios de servicios estatales de discapacidad de la provincia de Pastaza.
3. Elaborar la propuesta cognitivo-conductual para el estado de ánimo de los usuarios de servicios estatales de discapacidad de la provincia de Pastaza

Se trabajó con población con discapacidad del cantón Pastaza. Se aplicó la escala de evaluación del estado de ánimo EVEA para medir los estados de ánimo. Esta indagación es importante para medir el ánimo en los usuarios de servicios estatales de discapacidad y determinar los perfiles que prevalecen en esta población, de la misma manera pretende realizar una propuesta de intervención para el estado de ánimo (EA) de los usuarios de servicios estatales de discapacidad pertenecientes a los servicios estatales de discapacidad en el cantón Pastaza, con el fin de realizar un diagnóstico situacional de los EA en cuatro dimensiones: alegría, depresión, ansiedad, hostilidad y analizar los resultados, para crear una propuesta que funcione adecuadamente.

Se ha demostrado que en la actualidad existen trabajos enfocados en la misma temática que demuestran que la presente propuesta metodológica y tecnológica avanzada es un tema contemporáneo y relevante. Los resultados sientan bases para estudios posteriores sobre el ánimo. En la actualidad no existen investigaciones previas en esta línea de investigación en el cantón Pastaza, por lo tanto, se trata de una propuesta innovadora, además, aporta a conocer más sobre esta población vulnerable y como mejorar su estado de ánimo y por ende muchas más variables relacionadas a esta.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y DE LA PRACTICA

1.1. Estado de ánimo (E.A.)

Definición

Los términos “estado de ánimo”, “afecto”, “emoción” y “sentimiento” son palabras que comúnmente se intercambian tanto en el lenguaje técnico como en el popular, a pesar de que tienen marcadas diferencias, por ejemplo, el “estado de ánimo” se relaciona con la “emoción”, pero el primer término implica un transcurso mayor de tiempo, lo que es probablemente su principal distinción con el segundo. Otra forma de identificarlos es que las emociones tienen causas identificables, mientras que el estado de ánimo (E.A.) viene y va aparentemente sin una causa identificada, finalmente, las emociones se presentan de forma más intensa y variable que el E.A. (Thayer, 1989)

El término “afecto” se ha empleado en el lenguaje médico y científico como un sinónimo del “estado de ánimo”, el primero es un sentimiento superficial, mientras el segundo es un estado perdurable, también, se diferencia del término “labilidad afectiva” o “labilidad emocional” que es frecuente en la práctica clínica para referirse a un cambio abrupto de las reacciones emocionales que son síntoma de condiciones propiamente clínicas. Se ha encontrado el uso de estos términos de manera intercambiable en investigaciones, lo cual, constituye un error (Thayer, 2001)

1.1.1. Psico-biología del estado de ánimo

El estado de ánimo (EA) se estudia a través del auto reporte, se necesita de la introspección controlada del afecto para entenderlo, juntamente con los procesos cognitivos y los eventos que acontecen en el día a día, los procesos biológicos tienen una gran influencia en el ánimo. En conclusión, el estado de ánimo no ocurriría sin la bioquímica, la psicofisiología, los componentes cognitivos, y las reacciones subjetivas (Thayer, 1989). Visto desde la perspectiva médica y biológica, el estado de ánimo cambiaría de forma artificial, desde la introducción del uso de antidepresivos, varios de los cuales tienen acción sobre el sistema nervioso autónomo, resulta útil el

tratamiento de esta afección independientemente de su efecto en el estado de ánimo lo que es indispensable para regular su ánimo. (García, 2015)

Si un estado de ánimo ocurre a través del tiempo se considera el evento que lo ha iniciado (cambios biológicos producidos por interpretaciones cognitivas) pero una vez iniciado, ocurre una compleja interacción de varios sistemas corporales que contribuyen a que se desarrolle con naturaleza. De esta manera si un sujeto experimenta un estado de ánimo intenso, la reacción bioquímica que se genera en un principio, no explica la continuidad de este EA en el tiempo, sino que para entenderlo se necesita explorar el rango completo de reacciones corporales que no ocurren independientemente de los eventos de la vida. Para comprender verdaderamente los estados de ánimo se revisan los sucesos que se presentan juntamente con los procesos corporales con todos sus multiniveles (Thayer, 1989).

El tratamiento preponderante para la depresión pediátrica muestra el posible papel de la serotonina en la relación entre la obesidad y depresión; la serotonina ha sido relacionada con los estados de ánimo, la regulación del sueño y el apetito, de aquí se desprende que la conexión entre la serotonina y la ingesta de alimentos se relacionan con el apetito y la preferencia por ciertos alimentos. El consumo de carbohidratos, a diferencia del consumo de proteínas, produce un aumento en los niveles de serotonina, lo que explicaría la preferencia por los carbohidratos por parte de las personas con depresión estacional de invierno, la cual, es impulsada por las disminuciones subyacentes de la serotonina lo que ocurre durante los episodios del estado de ánimo negativo (Postolache & Merrick, 2021).

Otra explicación que apoya esta teoría explica que la disforia se entendería como un estado de ánimo negativo, que se ve representado por sentimientos desagradables asociados principalmente con la tristeza, ansiedad y la irritabilidad. Thayer (1989) explica que los cambios biológicos se aplican igual para el estado de ánimo disfórico, así las series de eventos interpretados como peligrosos por el sujeto conllevan primero

a numerosos y complejos cambios bioquímicos, y posteriormente estos lo lideran a presentar un ánimo negativo.

Aunque, la reacción cognitiva inicial dio comienzo a esta secuencia, el estado de ánimo negativo se pone en marcha por encima de las interpretaciones cognitivas que lo originaron y toma mayor importancia. Tampoco la modificación de las reacciones cognitivas asegura que se tenga un mejor control. Parece más probable que los cambios de la cognición en ocasiones son efectivos para modificar los estados de ánimo, pero otros cambios corporales son más efectivos. Por lo que se cree que una combinación en el trabajo de estos dos aspectos eventualmente encontraría mayor efecto en el control de los EA (Thayer, 1989).

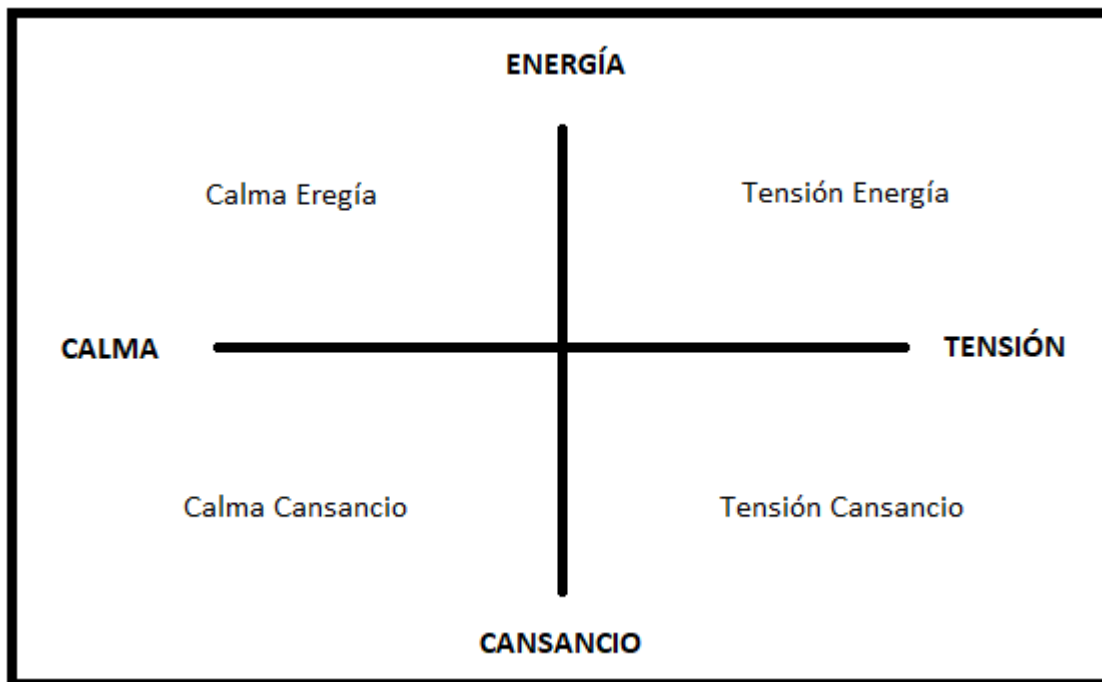
Existen conexiones entre los estados de ánimo anormales y las anomalías función corporal. Se ha encontrado una asociación bidireccional entre la depresión y la enfermedad biológica, por consiguiente, la depresión se asocia con un mayor riesgo de desarrollar afecciones como la diabetes, enfermedad coronaria, hipertensión y accidente cerebrovascular. La depresión es asociada de igual manera con baja calidad de vida, mayor morbilidad y mortalidad en los pacientes que ya padecen diabetes, enfermedades cardíacas y trastornos neurológicos (Mann, McGrath, & Roose, 2013).

El hecho de presentar respuestas biosociológicas consideradas como estados de ánimo implicaría que tienen un origen evolucionista, lo que indica que se tratan de sistemas de supervivencia evolutivos, por lo tanto, los ancestros pudieron haber sido seleccionados naturalmente por su capacidad para sentir este tipo de respuestas corporales, las cuales, en el pasado pudieron ser genuinamente funcionales y serían las responsables de que actualmente estos sistemas corporales se encuentren presentes. (Thayer, 1989).

1.1.2. Dimensiones

Uno de los sistemas de clasificación desarrollado por James Watson y Auke Tellegen proponen las dimensiones básicas de “estado de ánimo positivo” y “estado de ánimo negativo” lo que se relaciona con la terminología propuesta por Thayer sinos habla sobre energía y tensión, lo cual, se aprecia de mejor manera en la figura 1 en la que se explica cómo estas dos dimensiones están relacionadas, y aparecen nuevos términos que definen las variaciones entre ellas. Los positivos como la alegría tienen un alto nivel de energía y bajo nivel de tensión (calma-energía), mientras los negativos como la depresión, tienden a presentar baja energía y alta tensión (tensión-cansancio), (Thayer, 2001).

Figura 1. Variaciones de la relación entre Energía y Tensión.



Fuente: Thayer (2001)

La felicidad es un estado de ánimo positivo, está más próxima a la calma-energía, las investigaciones psicométricas han encontrado que se reporta en momentos de mayor energía y menor tensión, los científicos la asocian a rasgos de personalidad más duraderos, lo que nos ayuda a la predicción de comportamientos; la ira y la excitación

sexual involucran altos niveles de energía, pero varían en el nivel de tensión, entre energía-tensión y calma-energía. La energía se relaciona con la ira y hace menos probable la hostilidad si el sujeto se encuentra fatigado, aunque experimentaría breves estallidos. La personalidad enojada es un estado negativo y acompaña emociones como el miedo, la tristeza y la vergüenza, las personas que presentan ira en gran parte del tiempo, también, tienden a presentar miedos y tristeza (Thayer, 2001).

1.1.3. La percepción y el estado de ánimo

Los procesos perceptuales básicos respecto a uno mismo y el mundo son probablemente afectados por los estados de ánimo, las interpretaciones personales de los problemas existentes en cualquier instancia se ven influenciadas parcialmente por lo que en realidad está pasando en el ambiente externo, también, es importante cuanta energía o cansancio se presenta en ese momento, juntamente con el grado de tensión o calma. La energía general de una persona promedio cambia durante el día en un ciclo predecible, parece estar controlada en gran medida endógenamente.

Los mismos problemas personales aparecen de forma diferente a las diez de la mañana que es el punto más alto de energía, de lo que ocurren a las cuatro de la tarde o a las once de la noche que viene a ser el punto más bajo de energía (Thayer, 1989).

Un proceso importante dentro de la percepción del estado de ánimo es la comunicación, lo cual, es importante conocer que un mensaje emocional ya sea un sentimiento o un estado de ánimo comprende tres tipos de comunicación en diferentes porcentajes: 55% de comunicación visual (no verbal), 38% de comunicación vocal (paraverbal) y solo 7% de contenido (verbal) (Gangemi, 2016).

1.1.4. Medición del estado de ánimo

En el ámbito clínico a menudo se evalúa la expresión externa de las emociones o los afectos para buscar determinar el estado de ánimo interno del mismo. En efecto los clínicos basan sus diagnósticos primarios en estos signos externos, lo que es problemático en pacientes con trastornos neurológicos en general de igual manera con pacientes que presentan problemas de comunicación. La ausencia del habla en

un paciente llevaría al clínico a realizar estas apreciaciones únicamente mediante las expresiones, lo que no necesariamente refleja la verdad sobre el estado anímico interno del paciente (Brumfitt, 2010).

Por esta razón la medición del estado de ánimo en todo ámbito se realiza de forma objetiva, se utiliza los instrumentos que han sido desarrollados a través de los años y que varios autores han recopilado, es por esto por lo que se presenta, a continuación, los principales métodos utilizados. La forma más común de medir el estado de ánimo en la investigación científica es dirigir al sujeto de estudio para que lea una lista de adjetivos que describen estado de ánimo, se pide que califique mediante una numeración cada adjetivo, de acuerdo con cómo se siente en el momento presente con respecto a cada uno de ellos.

Preguntar ¿En este momento cuan triste / feliz/ tenso / irritado se siente? Entre los instrumentos más utilizados figuran el Perfil de los estados de ánimo o POMS por sus siglas en inglés, y la Lista de Adjetivos de Activación - Desactivación (AD ACL) según Thayer (2001). Los más destacables son el inventario de estados de ánimo MOOD y la Escala de Evaluación del Estado de Ánimo EVEA. El Perfil de los estados de ánimo es uno de los más utilizados para medir el autor reporte de esta variable, no únicamente en el área de salud y del comportamiento sino, de igual manera, en la psicología en general, sin embargo, muy pocos investigadores que utilizan este instrumento dan razones específicas para su selección, además, tiene gran popularidad (Ekkekakis, 2013).

1.1.5. Manejo de los estados de Ánimo

Los métodos con los cuales la gente maneja sus estados de ánimo son, por ejemplo, aquellos con los que manejan su energía y tensión en las circunstancias de todos los días. si una persona se da cuenta de que su estado de ánimo es bajo, a pesar de que horas antes se encontraba con un estado de ánimo alto, es fácil dejarse seducir por la idea de que factores biológicos aleatorios han producido dichos cambios, sin embargo,

es mucho más probable que factores como el ciclo de energía diurno, el monto de energía gastada previamente, el tiempo descansado la noche anterior y la comida recientemente ingerida sean los causantes de estas alteraciones, es difícil darse cuenta de estos factores principalmente por el tiempo que transcurre hasta que se presentan estos cambios. para lo que es muy recomendable la auto observación (Thayer, 1989).

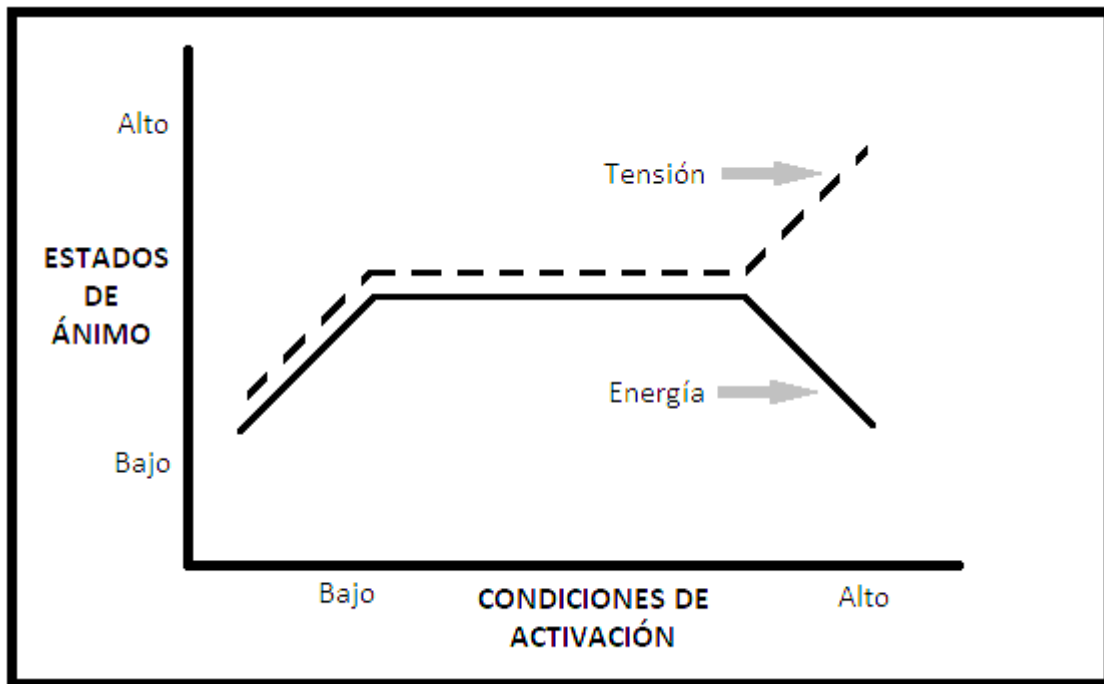
1.1.6. Autorregulación

El estado de ánimo determina cuanto se disfruta de la vida, si un sujeto se encuentra en un estado positivo, las actividades que disfruta se volverían excitantes, y es más fácil lidiar con aquellas que no disfruta, en contraste, si presenta ansiedad probablemente se presentara un sentimiento de irritabilidad e incluso depresión, sin importar que en ocasiones las cosas se encuentren bien. La forma más común en la que la gente autorregula su estado de ánimo se asocia metafóricamente a un proceso de medicación, con el reemplazo de la medicina por: comida, bebida, interacciones sociales, música, café, cigarrillos, o induciéndonos pensamientos positivos, en ocasiones estos comportamientos se convierten en hábitos (Thayer, 2001).

1.1.7. Tensión controlada

En la figura 2 se aprecia que la tensión incrementa la energía, aunque solo hasta cierto punto, después, incrementar la primera produciría el efecto contrario y causa una caída en los niveles de la segunda, a la vez se desencadenan otras reacciones, por ejemplo, con la energía reducida un sujeto es más propenso a generar estrés, lo que resulta en aún más tensión. El punto de equilibrio depende de factores como la condición física general, el adecuado descanso y alimentación. de esta manera si el sujeto se encuentra en una pobre condición, incluso las demandas moderadas resultarían en tensión-cansancio más que en tensión-energía (Thayer, 2001).

Figura 2. Condiciones de activación en los Estados de Ánimo



Fuente: Thayer (2001)

1.2. Usuarios de servicios estatales de discapacidad

1.2.1. Definición de Discapacidad

El concepto de discapacidad ha sido ampliamente debatido en las últimas cinco décadas, ligado a variados axiomas y a la difusión de modelos teóricos que tratan de explicar esta condición (Dalmeda & Chhabra 2019). Uno de ellos es el modelo social, que interpreta la discapacidad como una “construcción social”, resultado de una sociedad excluyente y discriminatoria que no tiene presentes a las personas con discapacidad, ni sus requerimientos específicos, también, al ser una construcción sociocultural e histórica, impacta a las personas en situación de discapacidad y a sus cuidadores (Gianconi, Pedrero & San Martín, 2017; Toboso-Martín, 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (2001). La discapacidad se ha definido como resultado de la relación compleja entre factores externos (circunstancias en las que vive una persona), factores personales y la condición de salud de una persona.

Debido a esta relación los distintos ambientes que se presentan, tendrían efectos diversos en un individuo con una condición de salud, el desempeño y la realización de un individuo es restringido por entornos que presentan barreras (ej. edificios inaccesibles) o que no tengan facilitadores (ej. poca disponibilidad de dispositivos de ayuda), mientras que otros entornos que, si los presentan, incrementarían el desempeño y ayudar a su realización.

1.2.2. Tipos de discapacidad

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018) basado en la clasificación del DSM-V identifica siete tipos de discapacidad, que se describen, a continuación:

Tabla 1 Tipos de discapacidad

Discapacidad Auditiva	Son las deficiencias, limitaciones y restricciones funcionales y/o estructurales, irreversibles e irrecuperables de la percepción de los sonidos externos, debido a la pérdida de la capacidad auditiva parcial (hipoacusia) o total (cofosis), de uno o ambos oídos.
Discapacidad de Lenguaje	Son las deficiencias, limitaciones y restricciones funcionales y/o estructurales, irreversibles e irrecuperables del lenguaje, expresión verbal, causada por alteraciones, anomalías, perturbaciones o trastornos que dificultan de manera persistente permanente e irreversible la comunicación y la interrelación; afecta no solo a aspectos lingüísticos (fonológicos, sintácticos, pragmáticos o semánticos), tanto en el nivel de comprensión/decodificación como de expresión/codificación, lo que interfiere en las relaciones y rendimiento escolar, social y familiar de los individuos afectados, la cual, no está asociada a discapacidad intelectual moderada, grave o profunda
Discapacidad Física	Son las deficiencias, limitaciones y restricciones funcionales y/o estructurales, irreversibles e irrecuperables de las alteraciones neuromusculoesquelética o de órganos internos, que se traducen en limitaciones posturales, de desplazamiento o de coordinación del movimiento, fuerza reducida, dificultad con la motricidad fina o gruesa. Implica movilidad reducida y complejidad para la realización de ciertas actividades de la vida diaria y/o autocuidado.
Discapacidad Intelectual	Se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, expresada en las habilidades adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas. La discapacidad se origina y manifiesta antes de los 18 años
Discapacidad Múltiple	Es la presencia de dos o más discapacidades: auditiva, visual, física, lenguaje, intelectual y/o psicosocial que generan deficiencias, limitaciones y restricciones funcionales y/o estructurales, irreversibles e irrecuperables en varios sistemas del organismo humano
Discapacidad Psicosocial	Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la

	<p>regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.</p> <p>Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes</p> <p>Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente.</p>
Discapacidad Visual	<p>Engloba las deficiencias, limitaciones y restricciones funcionales y/o estructurales, irreversibles e irrecuperables en el sistema de la visión, las estructuras y funciones asociadas con el sentido visual. Es una alteración de la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores y profundidad.</p>

Fuente: Reglamento para la calificación, recalificación y acreditación de personas con discapacidad o con deficiencia o condición discapacitante / DSM 5/ La Nueva Definición de Discapacidad Intelectual, Apoyos Individuales y Resultados Personales.

1.2.3. Adelanto regional y mundial en temática de Discapacidad

Existe un activismo social renovado, además, generación de nuevas políticas sociales en América Latina, principalmente en lo que respecta a poblaciones vulnerables, estos actos sin duda han llevado a combatir la pobreza y la desigualdad, Las políticas en la región buscan asemejarse a las europeas y están sólidamente incorporadas a la política social, la actividad de los gobiernos en temas de promoción social han aumentado notablemente en los últimos tres a cinco años, un ejemplo de estas acciones son varios proyectos de desarrollo integrado que han tomado en cuenta las restricciones que tienen que confrontar las personas con discapacidad, principalmente en países como México y Nicaragua (Buvinic, Mazza, Pungiluppi, & Deutsch, 2004)

Publicaciones más actuales coinciden con la existencia de un adelanto en el conocimiento y la atención a las poblaciones vulnerables, no solo en América Latina, sino, de igual manera, a nivel mundial; Es el caso de Chandra, Kumar, Ayanore, & Shalaby (2020), explican que para reducir la inequidad se requiere el involucramiento

de todos los sectores, la agenda 2030 busca una sociedad justa, equitativa, tolerante, abierta y principalmente que sea socialmente inclusiva, en la que se conozcan las necesidades de los más vulnerables, durante las 2 décadas se ha reducido la brecha de la pobreza, a pesar de estos adelantos las disparidades aún perduran en la riqueza y los salarios, el acceso a los alimentos, la salud, agua limpia, etc. Que son importantes para que el individuo tenga una 'vida llena y digna'.

Lamentablemente aquellos grupos vulnerables como representa el de las personas con discapacidad, especialmente de aquellas que viven en áreas rurales o urbano marginales, se han mantenido en el fondo de la escalera distributiva de la riqueza. Una prueba de ello es que este mismo colectivo de individuos no se habían visto beneficiadas por el sistema convencional de protección de los derechos humanos presidido por las Naciones Unidas a pesar de que es evidente el gran desarrollo que ha existido en materia de derechos humanos a partir de la Segunda Guerra Mundial, de esta manera se ha invisibilizado a quienes más lo necesitan (Ramos & Karim, 2017).

1.2.4. Protección de las personas con discapacidad

Los ejes de desigualdad son determinantes sociales en: salud, el género, la edad, la etnia y el territorio permiten contemplar las formas de las desigualdades de las comunidades con discapacidad, también, son las condiciones en las que las personas se desarrollan. Dichas condiciones impactan en sus vidas, condición de salud y nivel de inclusión social. (Gallegos et al, 2017; Tamayo, Besoán & Rebolledo 2018). El tipo de discapacidad que presenta mayor condición de vulnerabilidad es la intelectual. El término discapacidad intelectual (DI) se utiliza cada vez más en lugar de retraso mental (Ke & Liu, 2017).

Los avances en la conceptualización de la discapacidad intelectual y el auge de movimientos de autodefensa y empoderamiento han influido, indudablemente, en la comprensión e importancia de constructos como su autodeterminación (Sánchez, Mumbardó-Adam, Roselló, Alonso & Giné, 2018). Las personas con discapacidad

intelectual manifiestan problemas específicos en áreas del desarrollo motor tales como habilidades motrices básicas, esquema corporal y control de las funciones corporales. Suelen tener déficit de coordinación óculo-manual, de lateralidad y de control visual motor.

La falta de equilibrio, el escaso tono muscular, la torpeza de movimientos y la flacidez de manos son características que presentan estas personas. (Alonso, 2018). El apoyo a un familiar con discapacidad intelectual sería una fuente importante de estrés (Oñate & Calvete, 2017). En cuanto a la prevención, no abundan los programas de sensibilización hacia la discapacidad que hayan sido adecuadamente validados y publicados (Rella, Puerta & González, 2020). La actividad física-recreativa al representarse como una ciencia agradable de satisfacción inmediata, suele ser una estrategia efectiva de intervención social, influye desde varias aristas en todos los estratos sociales (Mendoza, et al, 2017).

La pandemia por COVID-19 ha develado las desigualdades a las que se enfrentan diversos colectivos sociales, como es el caso de las personas en situación de discapacidad, las cuales, presentan las peores condiciones sanitarias, económicas, académicas y altos índices de pobreza. Así mismo, corren un mayor riesgo de infección por el virus SARS-CoV-2 y se ven afectadas por las actuales medidas establecidas, con la llegada de la COVID-19 a Latinoamérica, se intensificó la vulnerabilidad en el tema sanitario, puesto que los hospitales públicos se han encontrado en deplorables condiciones (Paz-Maldonado, Flores-Girón, 2021).

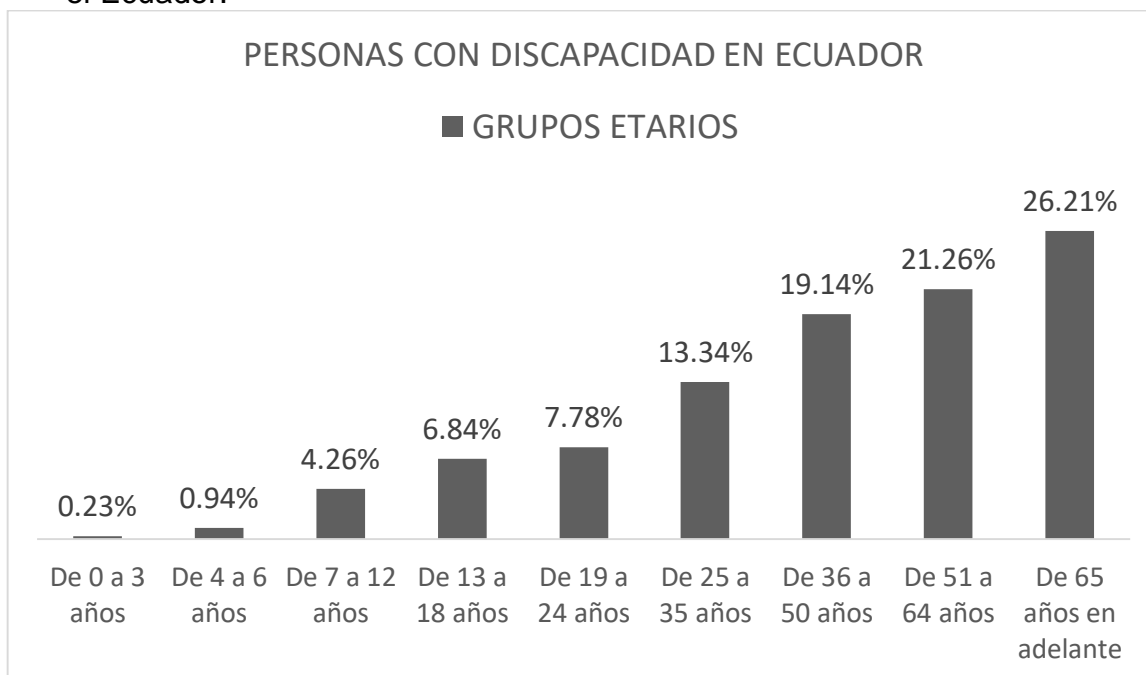
La carga de proteger la vida implica que los estados tomen las medidas apropiadas para abanderar las condiciones generales de la sociedad, que crecen encaminadas a enfrentar las amenazas para la vida, y proteger el derecho de los individuos a disfrutar una vida digna. Estos estatutos son importantes para prevenir que se invisibilicen los derechos; afortunadamente la historia del derecho a la dignidad no termina aquí, sino que se ha expandido a las constituciones de más de 160 naciones que han firmado por la dignidad de un modo u otro.

La dignidad configura un valor fundamental para los grupos vulnerables como el colectivo de personas con discapacidad, y sirve para defenderlos contra ciertos errores injustificables como la tortura, o la experimentación médica), una muestra del interés creciente por la dignidad se encuentra en cuarentainueve constituciones que han adoptado desde el 2003 incluir en sus textos al menos una referencia a la dignidad (Daly, 2020). En el mundo la discapacidad toma cuerpo en un espacio situacional, dinámico e interactivo entre alguien con cierta particularidad y la comunidad que lo rodea (Brognia, 2021).

A nivel mundial, más de 1,000,000,000 de personas tienen algún tipo de discapacidad, aproximadamente el 15% de la población, según estimaciones de 2010. La encuesta mundial de salud reporta casi 785,000,000 de 15 años o más que viven con una discapacidad, es decir, 15,6% lo que concuerda con el proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad que estima una cifra de 975,000,000 que representa el 19,4%, también, se señala que 3,8% (190,000,000) tienen “discapacidad grave”, como, por ejemplo, aquellos con tetraplejía, ceguera o depresión grave. Las discapacidades infantiles en un rango de los 0 a los 14 años se estima en 95,000,000 de niños que representan el 5,1%, de los cuales 13,000,000 el 0,7% presenta una discapacidad grave (Organización Mundial de la Salud, 2011)

En el Ecuador el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, (2021) actualmente consta de 472,213 inscritos con corte del 6 de abril de 2021. registra las subdivisiones por rango etario, genero, tipo y grado de discapacidad que se encuentran detalladas seguidamente: Según el registro oficial en el Ecuador de 0 a 3 años existen 1.094 personas con discapacidad (PCD), de 4 a 6 años existen 4.457 PCD, de 7 a 12 años existen 20.094 PCD, de 13 a 18 años existen 32.305 PCD, de 19 a 24 años existen 36.765 PCD, de 25 a 35 años existen 62.976 PCD, de 36 a 50 años existen 90.359 PCD, de 51 a 64 años existen 100.401 PCD, de 65 años en adelante existen 123.771 PCD, a continuación, se detallan los porcentajes para cada grupo etario.

Figura 3. Porcentajes de los Grupos Etarios de Personas con Discapacidad en el Ecuador.



Fuente: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2021).

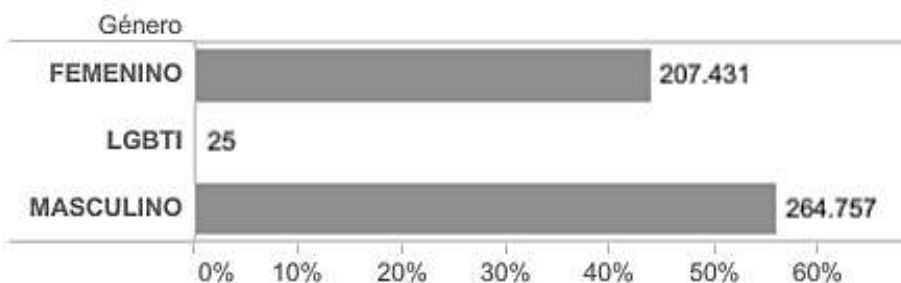
Género

De las 472.213 personas registradas, el género femenino conforma el 43,93% con 207.431 personas, mientras el género masculino conforma la mayoría con el 56,07% con 264.757 personas, finalmente, el género denominado como LGBTI constituye únicamente el 0.01% con 25 personas con discapacidad registradas.

Figura 4. Género de las Personas con Discapacidad en el Ecuador.

PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL ECUADOR

Género

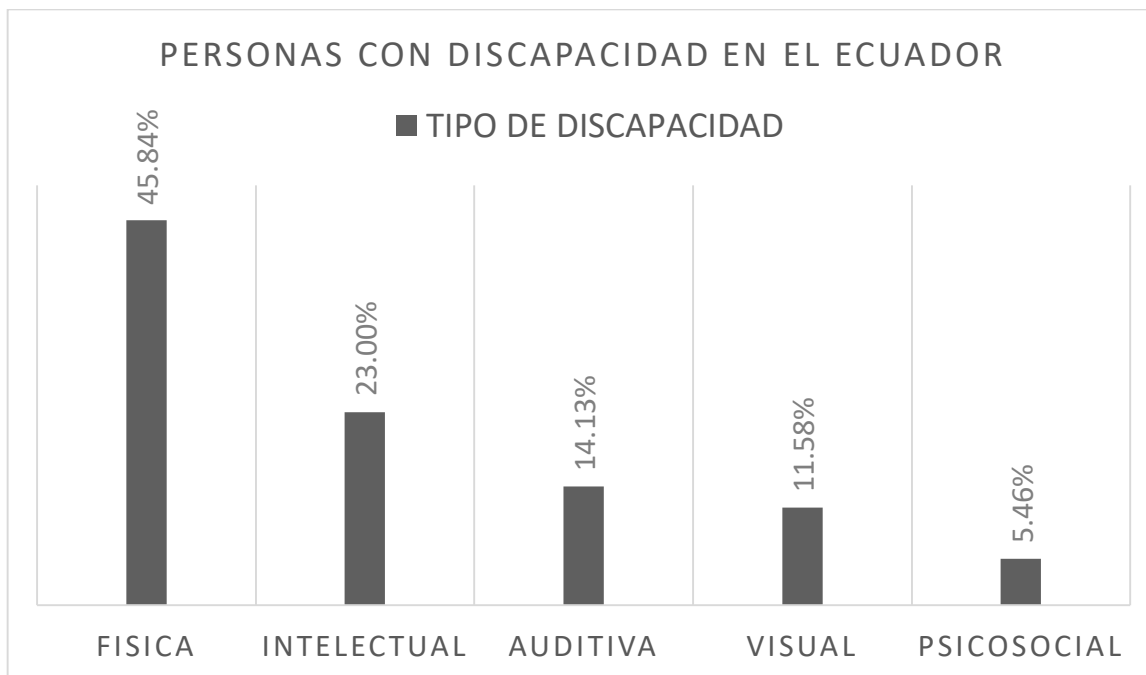


Fuente: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2021).

Tipo de discapacidad

Dentro de este grupo registrado, prevalecen las personas con discapacidad del tipo físico, al que pertenecen 216.479 personas. En el tipo intelectual, aparecen 108.588 individuos, para el tipo auditivo constan 66.722 personas, en el tipo visual se encuentran 54.662 personas y para el tipo psicosocial lo conforman 25.762 personas, expresado en los siguientes porcentajes.

Figura 5. Porcentajes según el tipo de discapacidad en el Ecuador.



Fuente: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2021).

Grado de discapacidad

Todos los tipos de discapacidad anteriormente mencionados se configuran dentro de un grado de discapacidad, que en el Ecuador se clasifica en los siguientes rangos: de 30% a 49% constan 215.585 personas, mientras de 50% a 75% se encuentran 162.996 personas, entre el 75% al 84% constan 65.889 individuos, y para el rango de 85% al 100% se ubican 27.743 personas.

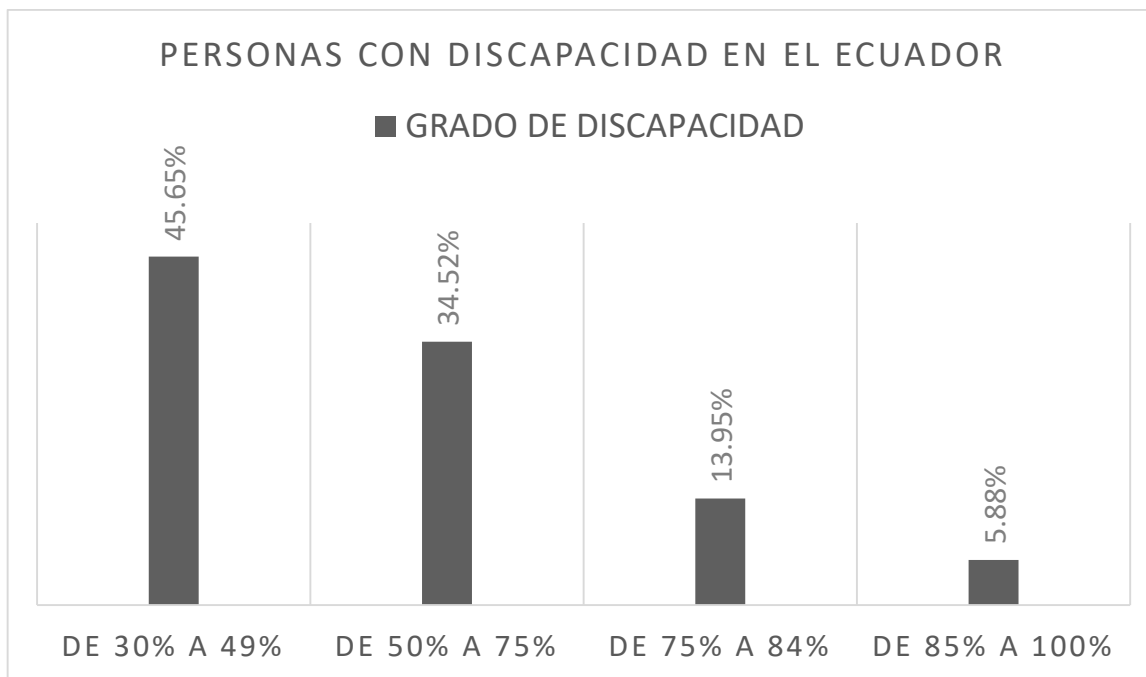


Figura 6. Porcentajes por Grado de Discapacidad en el Ecuador

Fuente: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2021).

Prevalencia histórica de la discapacidad en el Ecuador

Los datos sobre la discapacidad en el Ecuador se encuentran disponibles desde el año de 1997, en aquel entonces la población ascendía a 11.735.391 ecuatorianos, cuenta con un registro total de 9.548 personas con discapacidad (PCD) que conformaban el 0,08%, desde entonces se observa un crecimiento exponencial del registro de PCD hasta el año 2013 que con 404.200 computaban el 2,56% año en el que estas cifras empiezan a nivelarse.

Para el año 2020 en el Ecuador la población, se encontraba conformada por 17.424.752 personas, y el número de personas con discapacidad llegaba a 474.484 lo que resulta en un 2,72% del total de la población, comienza a notarse una disminución de PCD entre el año 2019 y 2020, del 2,75% al 2,72%, (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2021). De mantenerse esta tendencia se consolidaría los

adelantos y esfuerzos en prevención de la discapacidad que se han desarrollado, sin embargo, aún falta un largo camino por recorrer en temas de discapacidad para que estas cifras sigan en decrecimiento.

Figura 7. Prevalencia histórica de la Discapacidad en el Ecuador



Fuente: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2021)

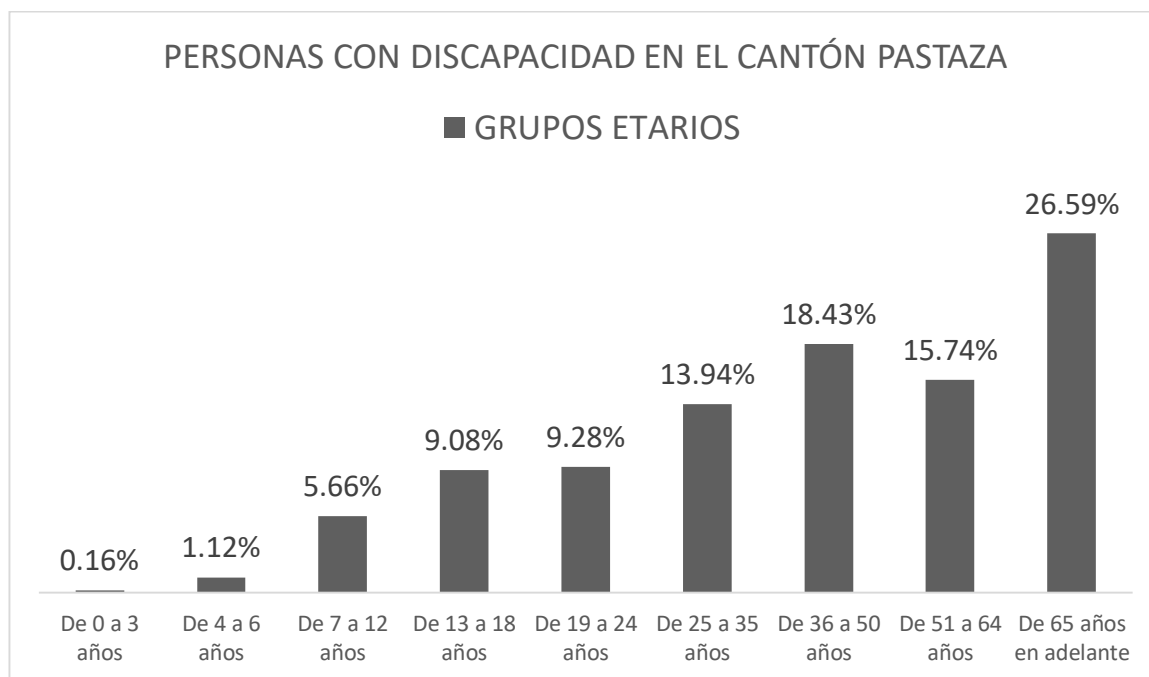
En el Cantón Pastaza

Los reportes de discapacidad del Cantón Pastaza con corte del 6 de abril de 2021 dan de cuenta el número de personas con discapacidad inscritas en el registro nacional de discapacidades, que asciende a 2.490, datos entre los cuales se aprecia el rango etario, género, tipo y grado de discapacidad (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2021)

Grupo etario

Según el registro oficial en el Cantón Pastaza de 0 a 3 años existen 4 personas con discapacidad (PCD), de 4 a 6 años existen 28 PCD, de 7 a 12 años existen 141 PCD, de 13 a 18 años existen 226 PCD, de 19 a 24 años existen 231 PCD, de 25 a 35 años existen 347 PCD, de 36 a 50 años existen 459 PCD, de 51 a 64 años existen 392 PCD, de 65 años en adelante existen 662 PCD, a continuación, se detallan los porcentajes para cada grupo etario.

Figura 8. Porcentajes de los Grupos Etarios de Personas con Discapacidad en el Cantón Pastaza.



Fuente: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2021).

Género

De las 472.213 personas registradas, el género femenino conforma el 42,77% proporcionado por 1.065 personas, mientras el género masculino conforma la mayoría con el 57,23% correspondiente a 1.425 personas con discapacidad registradas.

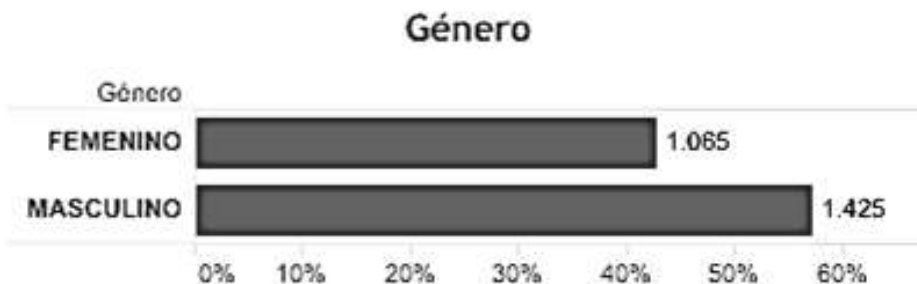


Figura 9. Género de las Personas con Discapacidad en el Cantón Pastaza.

Fuente: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2021).

Tipo de discapacidad

Dentro de este grupo registrado, prevalecen las personas con discapacidad del tipo físico, al que pertenecen 1.093 personas, en el tipo intelectual, aparecen 575 individuos, para el tipo auditivo constan 399 personas, en el tipo visual se encuentran 88 personas y para el tipo psicosocial lo conforman 135 personas, expresado en los siguientes porcentajes.

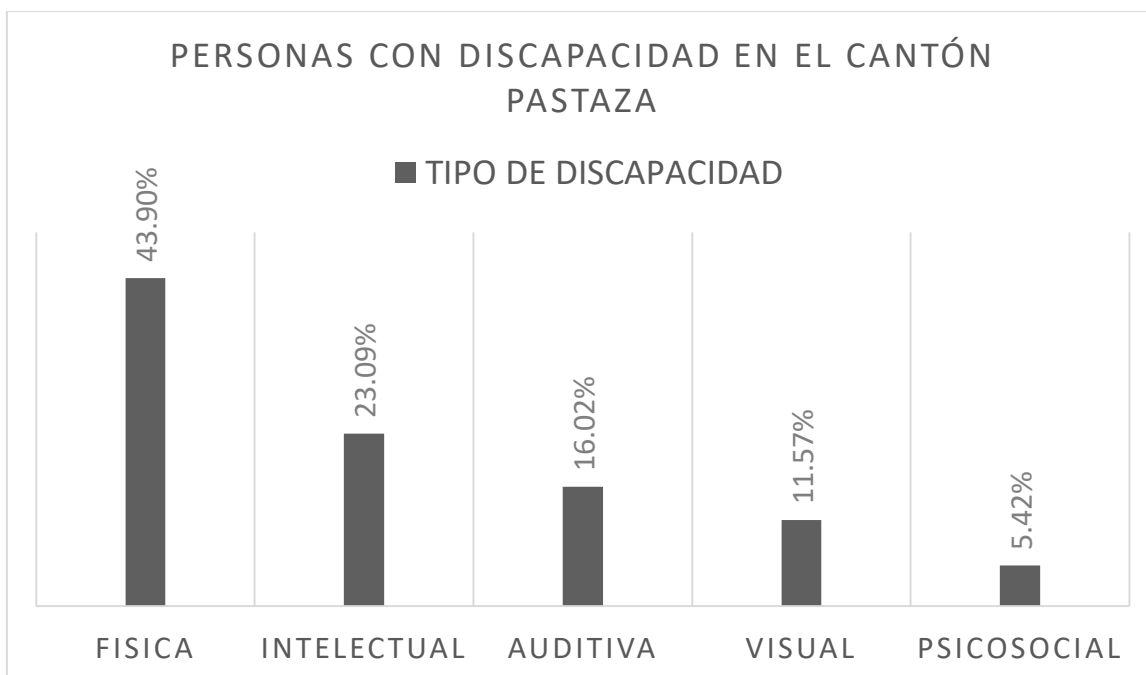


Figura 10. Porcentajes según el Tipo de Discapacidad en el Cantón Pastaza.

Fuente: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2021).

Grado de discapacidad

Todos los tipos de discapacidad anteriormente mencionados se configuran dentro de un grado de discapacidad, que en el cantón Pastaza se clasifica en los siguientes rangos: de 30% a 49% constan 1.280 personas, mientras de 50% a 75% se encuentran 655 personas, entre el 75% al 84% constan 396 individuos, y para el rango de 85% al 100% se ubican 159 personas.

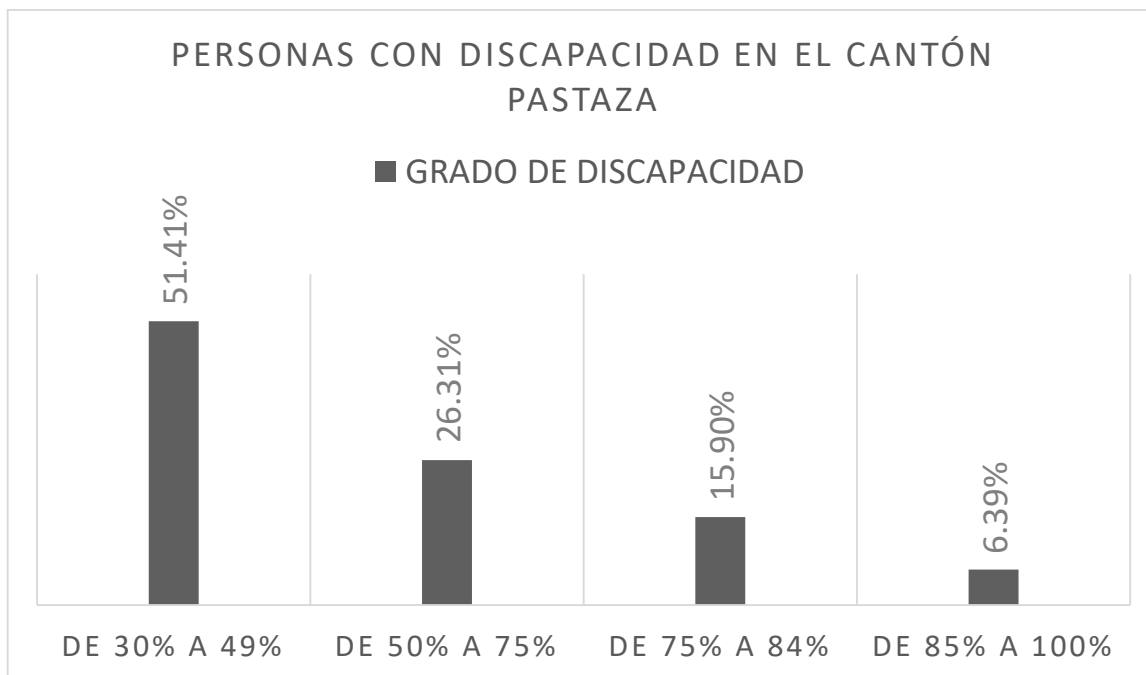


Figura 11. Porcentajes por Grado de Discapacidad en el Cantón Pastaza

Fuente: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2021).

Prevalencia del grupo etario según las etapas bio-psico-sociales del desarrollo humano en el Cantón Pastaza

Para delimitar las etapas del desarrollo desde una perspectiva bio-psico-social se observa la interacción entre los tres tipos de edades del ser humano: psicológica, social, y cronológica o genética, se tiene en cuenta que cualquiera que sea la variable que predomina en sus procesos de cambio, siempre se ven influidos por la variable cultural/ambiental, por último, se consideran las características generales que serían ideales en todos o la mayoría de los miembros de un grupo señalado (Mansilla, 2000). De esta manera se obtiene la siguiente clasificación:

Tabla 2 Etapas bio-psico-sociales del desarrollo humano.

Etapas bio-psico-sociales del desarrollo humano		
I.	Etapa prenatal	Desde la gestación al nacimiento
II.	Etapa formativa	De 0 a 17 años
III.	Etapa laboral	De 18 a 64 años
IV.	Etapa jubilar	De 65 años en adelante

Fuente: Mansilla (2000)

Se toma en cuenta esta referencia para conformar los grupos etarios bio-psico-sociales para el cantón Pastaza, que se encuentran conformados por:

Tabla 3 Grupo etario bio-psico-social del cantón pastaza.

GRUPO ETARIO BIO-PSICO-SOCIAL DEL CANTÓN PASTAZA		
ETAPA BIO-PSICO-SOCIAL	EDADES COMPRENDIDAS	NUMERO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
ETAPA FORMATIVA	DE 0 A 17 AÑOS	399 PCD
ETAPA LABORAL	DE 18 A 64 AÑOS	1.429 PCD
ETAPA JUBILAR	DE 65 AÑOS O MÁS	662 PCD

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística de discapacidad del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2021)

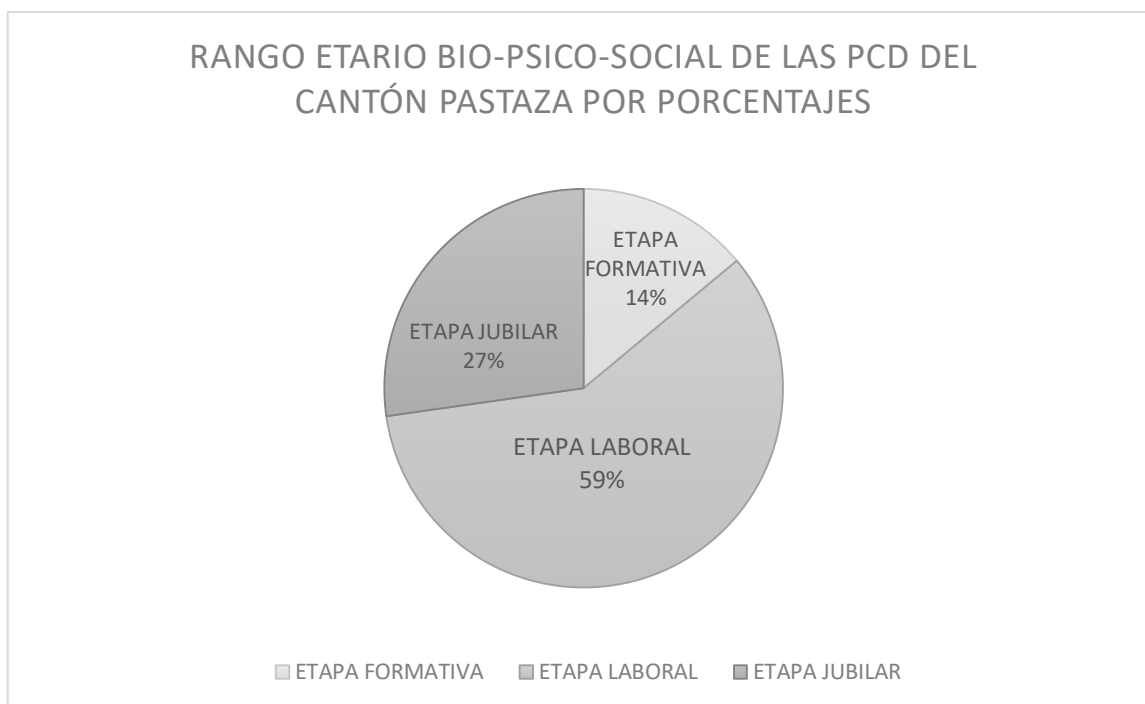


Figura 12 Rango etario bio-psico-social de las PCD del cantón Pastaza por porcentajes.

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística de discapacidad del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2021).

Se deduce que la etapa bio-psico-social que prevalece en las personas con discapacidad (PCD) en el cantón Pastaza es la “etapa laboral”, más de la mitad de la población identificada (59%) de PCD pertenecen a este grupo.

En vista de los resultados encontrados se concibe trabajar con las personas con discapacidad en etapa laboral comprendida desde los 18 años hasta los 64 años para la presente investigación.

1.2.5. Servicios estatales para personas con discapacidad

En el Ecuador la principal entidad encargada de prestar servicios de atención para personas con discapacidad es el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), El éxito o el fracaso de las políticas para mejorar la inclusión social de las personas con discapacidad depende en gran medida del nivel de comprensión, creencias y actitudes de la sociedad hacia las personas con discapacidad (Arias G, Arias M, Verdugo A, Rubia A, & Jenaro R, 2018). El término inclusión ha permeado en todos

los horizontes de la sociedad, desde el discurso coloquial hasta la actuación política; pero, aunque esté presente en el hablar cotidiano, su práctica es significativamente distinta (Ocampo 2018).

Los servicios que oferta el MIES tanto de gestión directa como en convenio con entidades cooperantes, los realizan en tres modalidades que son: servicio de atención en el hogar y la comunidad, servicio de atención en centros diurnos de desarrollo integral y servicio de atención en centros de referencia y acogida. Los cuales contarían con sus respectivos permisos de funcionamiento y actuar apegados a la norma técnica diseñada para cada uno de ellos. En el año 202 en el cantón Pastaza se contó únicamente con el servicio de atención en el hogar y la comunidad que brindó cuidados a PCD mediante 13 unidades de atención conformadas por 30 usuarios cada una, con un total de 390 usuarios.

Descripción de la modalidad de atención en el hogar y la comunidad para personas con discapacidad

Se trata de una modalidad de atención extramural, ejecutada mediante visitas domiciliarias periódicas tanto en zonas rurales como urbano marginales por parte de un técnico calificado que realiza como mínimo dos visitas por mes a cada una de las PCD; El objetivo de esta modalidad es el desarrollo de procesos para mejorar la independencia, inclusión social y económica de los usuarios mediante trabajo planificado y sistemático lo que le permite aumentar su nivel de autonomía, y participación social mientras se respetan sus niveles de desarrollo y características, en el proceso es fundamental el involucramiento del círculo de apoyo para la eliminación de barreras y fomentar la participación activa de las personas con discapacidad. (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2018)

Población objetivo de la modalidad de atención en el hogar y la comunidad para personas con discapacidad

Este servicio de atención brindado por parte del estado ecuatoriano como parte de su accionar social desde hace ya varios años, está dirigido a personas con discapacidad física, intelectual o sensorial; moderada, grave y muy grave, ubicados en áreas rurales y urbano marginales y se extiende por todo el territorio ecuatoriano, a través de sus múltiples convenios de cooperación interinstitucional y a su vez por servicios de atención directa realizada mediante visitas domiciliarias de técnicos capacitados y competentes en el ámbito de la discapacidad (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2018).

1.3. Propuesta de intervención

1.3.1. Definiciones de intervención psicológica

La intervención de tipo psicológico consiste en la aplicación de las técnicas y principios apropiados por parte de un profesional capacitado, tiene por finalidad, facilitar que otras personas comprendan sus problemas y a reducir o superar estos, prevenir que vuelvan a ocurrir, también, pretende mejorar las capacidades personales y las relaciones de las personas aun en ausencia de sus problemas. Los campos de aplicación de las intervenciones psicológicas son extensos: deporte, programas comunitarios, área laboral, educación, clínica y salud (Bados, 2008).

1.3.2. Niveles de intervención

Los niveles de intervención son diversos, abarcan los ámbitos individuales, de pareja, de familia, de grupos y de comunidades. Es primordial saber distinguir que dentro de los mismos niveles se realizan combinaciones de los ámbitos mencionados, de requerirse, es necesario combinar el tratamiento grupal ya sea con sesiones individuales, o familiares, así como de pareja, por lo tanto, ninguno de los niveles es excluyentes de intervenir en otro aspecto de cada individuo, cabe destacar que entre ellos el nivel individual es el más común (Bados, 2008).

Intervención individual

La intervención psicológica individual se plantea mediante objetivos, y siempre toma en cuenta una serie de criterios previos, además, se realiza desde dos actuaciones. El objetivo depende de la afección o de la variable que se quiere tratar, como, por ejemplo, la paliación o alivio del sufrimiento, promoción del bienestar o la 'prevención de estados emocionales desadaptativos'. Las consideraciones en las que se basa para realizar la intervención toman en cuenta el nivel de malestar y valorar la presencia de conductas desadaptativas, finalmente, las actuaciones de la intervención constan del soporte emocional básico y la intervención psicológica específica (Universidad de Jaén, 2013).

Intervención en pareja o familia

En este nivel de intervención es recomendable tratar el problema si se identifica que dos o más miembros ya sea de la pareja o de la familia, estén dispuestos a participar, el principal objetivo que se busca es que los implicados se den cuenta de su contribución al problema y los cambios que realizarían, también, que mejoren su comunicación e interacción para la resolución del problema. Seguiría después de la terapia individual y estaría indicada en casos de conflictos de creencias o problemas de comunicación o crisis familiares (Bados, 2008).

Intervención en grupo

En este nivel de intervención primordialmente se ubica como requisito que las personas asistentes al grupo de intervención mantengan o presenten problemas similares, a su vez es indispensable que tengan un objetivo en común, y que a pesar de sus individualidades 'sus características particulares no les impidan la participación en grupo' por razones de discriminación o preferencias, además, requiere que los miembros no incidan negativamente en el grupo. Se plantea por lo menos igual de eficaz que el individual se toma en cuenta sus ventajas y desventajas (Bados, 2008).

Intervención en la comunidad

En este tipo de intervenciones se trata de modificar el medio en el que viven las personas para ayudar a muchas más a prevenir y resolver problemas o incluso a adquirir nuevas capacidades, las dos formas más comunes de modificar el medio son los cambios institucionales y crear nuevos programas y servicios. Requieren de una competencia para entenderse en las organizaciones sociales. Presentan varios peligros debido a que van muy relacionadas con la política pública y no son efectivos si no se aplican a las verdaderas necesidades de las comunidades (Bados, 2008).

Principales modelos de intervención

Médico u orgánico

Es uno de los modelos antiguamente utilizados, el cual, tiene como premisa considerar que la conducta anormal en los individuos, no es nada más que el resultado de una o varias alteraciones como origen ya sea porque han sido heredadas o adquiridas, pero de igual manera serían funcionales o estructurales, estas afectarían al sistema nervioso, por lo tanto, su origen se considera netamente orgánico y el tratamiento siempre es de tipo médico, muchas veces sin considerar variantes como el ambiente en el que se desarrolla el individuo. (Bados, 2008).

Comunitario

Tiene como principio que la conducta humana depende de la interacción entre el medio y las personas, requiere crear recursos nuevos, alternativas sociales y desarrollar las competencias personales, enfatiza la prevención primaria y de igual manera la secundaria, se adopta una función psicoeducativa, emplea el activismo social. Este modelo es criticado por no acompañar la conceptualización teórica con los métodos específicos de intervención para conseguir cambios duraderos y concretos en el ámbito social, también, por contar con objetivos poco realistas y tener poco éxito en las tareas de prevención, Es un riesgo que este modelo descuide las necesidades de

pacientes con trastornos graves y que las personas que diseñan estas intervenciones no formen parte de la comunidad (Bados, 2008).

Psicodinámico

Este modelo parte de los supuestos básicos como el determinismo que depende de factores intrapsíquicos como impulsos, deseos, motivaciones o conflictos internos. Pone énfasis en el papel del conflicto, normalmente considera que los impulsos internos buscan manifestarse para gratificarse en contra de las prohibiciones y límites socioculturales. Los síntomas neuróticos se consideran desde la perspectiva clásica como un conflicto entre el ello, el yo y el super yo, conflictos que son exacerbados por los defectos del yo. Da importancia a la historia del desarrollo, plantea que muchos conflictos básicos surgen en la niñez y la infancia (Bados, 2008).

Fenomenológico

Dentro de este modelo se enmarcan varios tipos con la terapia existencialista, bioenergética, psicodrama, análisis transaccional, Gestalt, y la terapia centrada en el cliente; que son considerados dentro de los llamados humanistas o experienciales, los cuales buscan mejorar la autonomía personal y responsabilidad social, la auto realización, orientación hacia metas y búsqueda de sentido, la concepción global de la persona, con énfasis en el aquí y el ahora, tiene como una de sus características que el terapeuta no adopta el papel de experto, sino más bien da más importancia a las actitudes del terapeuta más que a las técnicas concretas (Bados, 2008).

Sistémicos

Enfatiza el papel de los sistemas interpersonales, entre sus aspectos positivos enfatiza los factores interpersonales y sociales y las nuevas perspectivas en el tratamiento de parejas y familias, mientras que los negativos indican que este modelo se deriva de investigación básica, deja de lado los factores individuales que no merecen ser soslayados, se olvida de otros sistemas que serían igual de importantes, existen pocas investigaciones controladas a pesar de que existen estudios no experimentales

desarrollados que sugieren su eficacia, finalmente, se ha dicho que el estilo sistémico es manipulador y distante debido a que el terapeuta es directivo para conseguir cambios y dispone de poco tiempo antes de contaminarse con el sistema y en ocasiones el terapeuta no desea implicarse en la familia para no perder objetividad (Bados, 2008).

Conductuales y cognitivo-conductuales

‘Considera que gran parte de las conductas inadecuadas son adquiridas, se mantiene y cambian al igual que las conductas consideradas adecuadas’, no necesariamente son consecuencia de la historia de aprendizaje, menor protagonismo a los factores genéticos y orgánicos los considera como una limitación estructural sobre la que operan factores de aprendizaje en la determinación de la conducta. Considera que la mayor parte de las conductas inadecuadas y adecuadas se modifican mediante la aplicación de principios psicológicos de aprendizaje, lo que no significa que todos los casos serían modificados en la extensión deseada. Sus formulaciones teóricas, procedimientos de evaluación y de intervención son evaluados empíricamente.

En la evaluación se dirige a especificar claramente las conductas problema ya sean por exceso o por defecto, también, las variables que las regula como los antecedentes y consecuencias personales y ambientales, así como características personales estables (Bados, 2008). Pone énfasis en las experiencias de aprendizaje, un bajo o moderado nivel de abstracción en sus preceptos, énfasis en la comprobación empírica y gran número de técnicas de amplio uso disponibles, por el contrario, destaca la falta de un marco teórico claro y diferenciado, un énfasis injustificado en los principios y técnicas que emplea han sido derivados de la psicología científica si en realidad muchos están ligados a experiencia clínica, finalmente, la falta de reconocimientos de factores cognoscitivos y subjetivos en los enfoques no cognitivos (Bados, 2008).

Factores asociados para la modificación del estado de ánimo

Autosugestión

Como uno de los principales métodos y más eficaces para modificar el estado de ánimo se encuentra la autosugestión, la cual, fue desarrollada por Velten, y cuyo procedimiento debió ser modificado en varias ocasiones para adecuarlo al objetivo, consiste principalmente en leer en voz alta o para sí mismos una serie de declaraciones diseñadas específicamente para producir en el individuo una sensación de alegría, depresión o a su vez un estado de ánimo neutral, también, se han incluido instrucciones de sensibilización para que fueran receptivos a la idea de las declaraciones presentadas (Thayer, 1989).

Música y películas

Se han aplicado varios métodos para modificar el estado de ánimo, uno de índole persuasivo es el uso de música y películas que inducirían dichos estados. Se han empleado documentales relacionados a la terapia de duelo, para inducir depresión, también, se han implementado *films* de comedia para inducir cambios prolongados efectivamente, en contraste otra película que se ha empleado para inducir estados de ánimo negativos con menor efectividad, de aquí se concluye sin dudar, que la calidad de la película influye en el éxito de la inducción de los estados de ánimo (Thayer, 1989).

Transformación del entorno

A través de los años de experimentación y crecimiento de la teoría en cuanto a la inducción de los estados de ánimo, en varios experimentos se ha deducido que el estado anímico se ve influido por el entorno, lo que hace de gran importancia estudiar la interacción entre estas dos variables, en un principio al haberse usado métodos sutiles para el cambio del entorno, ha sido difícil la medición del grado en el que estos estímulos externos afectan los E.A. pero han abierto el campo a nuevas investigaciones para aclarar en que grado el uno depende del otro y como interactúan.

Agentes estresores

Dentro del campo de investigación se han usado agentes estresores con la finalidad de producir efectos en el sujeto como la ansiedad, miedo y otros estados de ánimo negativos, la literatura evidencia el uso de varios estímulos como el ruido envolvente, choques eléctricos, exámenes y evaluaciones, ataques verbales, entre otros. Y se ha llegado a la conclusión de que todos estos estímulos propuestos, provocan una reacción común que dispara la excitación del organismo, lo que conllevaría a afirmar que dicha reacción es la piedra angular para el cambio de estado de ánimo (Thayer, 1989).

Una de las principales maneras de lidiar con los agentes estresores, de igual manera, con los estados de ánimo negativos (estados caracterizados por incremento en la tensión y decrecimiento de la energía) es la práctica de ejercicio físico, lamentablemente menos de la mitad de la población usa el ejercicio para liberarse del estrés, cualquier persona que se encuentre bajo agentes estresores necesita ejercitarse regularmente, sin mencionar el efecto positivo que tiene el ejercicio para controlar el apetito hacia comidas innecesarias. Otras formas de controlar el estrés incluyen, charlar por teléfono, escuchar música, descanso adecuado, trabajar en un pasatiempo, realizar compras, inclusive mirar la televisión son formas efectivas de controlar a los agentes estresores (Thayer, 2001).

Alimentación

Se cree que el consumo de ciertos alimentos modifica el estado de ánimo, sin embargo, existe muy poca información sobre esta teoría, por ejemplo, el consumo de azúcar, que, si bien es un agente excitador del sistema, se ha demostrado que posteriormente sería causante de cansancio, de la misma manera se observa que al forzar a un organismo a continuar con actividades exigentes, se produce en el mismo altos niveles de tensión. En experimentos realizados se observó que el cambio a una dieta alta en proteína y baja en carbohidratos que tenía permitida la cafeína u la

sacarosa presentaba mayor estabilidad y menos angustia que aquellos con dietas comunes (Thayer, 1989).

La tercera parte de la población general admite haber usado la comida como un método para modificar su estado de ánimo, las mujeres lo han admitido en mayor proporción que los hombres. De esta afirmación surge la pregunta ¿Por qué se comesien realidad no se tiene hambre, sise rompe la dieta, e inclusosicausa sentimientos negativos? La respuesta se encuentra en el reforzamiento positivo que nos produce la ingesta de comida, incluso se trata de “comida basura” según Thayer (2001). Para regular apropiadamente el EA sin excesos ni la interiorización de hábitos perjudiciales para el organismo, se requiere trabajar en el control de impulsos, para que se obtenga el máximo beneficio de la alimentación como reguladora del estado anímico.

Ejercicio físico

Otra forma menos controversial para producir la excitación del organismo es el ejercicio físico, más si se realiza de forma moderada, como una corta caminata enérgica, sería una de las formas más confiables de modificar el estado de ánimo, en varios estudios se ha evidenciado que la energía subjetiva se consolida mientras la tensión decrece con esta práctica, el cambio a un estado de ánimo positivo tiene relación con el ciclo circadiano y la inclusión de la práctica de ejercicio. (Thayer, 1989).

Existe importante evidencia científica que busca demostrar como el estado de ánimo deprimido mejora una vez que se comienza a ejercitar; se han resumido 70 estudios en esta temática que muestran que los adultos que experimentan estado anímico de tristeza o depresión (en niveles por debajo de los criterios para desordenes psiquiátricos) reportaron mejora significativa en su estado de ánimo al momento de comenzar a ejercitarse.

El ejercicio proporciona la ayuda para normalizar el ánimo (Otto & Smiths, 2011). La práctica de actividad física mejora el Estado de Ánimo y evita que se añadan déficits motores (Barranco & Vargas, 2010). Los estados de ánimo tienen como rol fundamental la motivación, que influirían en realizar o no el ejercicio físico necesario, en este sentido, los mismos estados que nos conducen a comer en exceso, inhiben la práctica del ejercicio se necesita para prevenir el sobrepeso, por lo tanto, el mismo proceso de autorregulación de ánimo que se conoce en relación con la ingesta en exceso de alimentos aplica de la misma forma en escasa práctica de ejercicio físico que, por consiguiente, influye en el nivel de energía del organismo (Thayer, 2001).

Procesos cognitivos relacionados al estado de ánimo

El aprendizaje en relación al estado de ánimo ha sido demostrado frecuentemente en animales y humanos, con experimentos que implican el uso de medicamentos que se proveen al sistema nervioso central y que demuestran que el aprendizaje y la atención ocurren durante un estado particular; si posteriormente se lleva al organismo a ese mismo estado a través del uso de medicamentos, resulta más fácil la evocación de estos aprendizajes, de una forma mucho más fácil que en ausencia de este estado producido por los medicamentos (Thayer, 1989). Con estos experimentos se busca demostrar la asociación del 'aprendizaje, la atención y la memoria' con un estado de excitación propio del organismo que se produce naturalmente en la transición entre diferentes estados de ánimo.

Intervención psicológica cognitivo-conductual (TCC) para el estado de ánimo enfocada a personas con discapacidad

Hay muchos componentes para explicar la respuesta a eventos estresantes, usualmente se presentan varios pensamientos acerca de un evento, estos pensamientos serían amenazantes, usualmente se tiene respuestas emocionales como 'ansiedad, ira, irritabilidad, depresión o alegría', comúnmente se tiene una respuesta ante el estrés que nos ayuda a sentirnos mejor; En muchas ocasiones se presenta una reacción física a veces notable y a veces no, finalmente, estos eventos

a menudo ocurren en el contexto social y nos conlleva a hacer cosas que involucran a otras personas (Mohr, 2010).

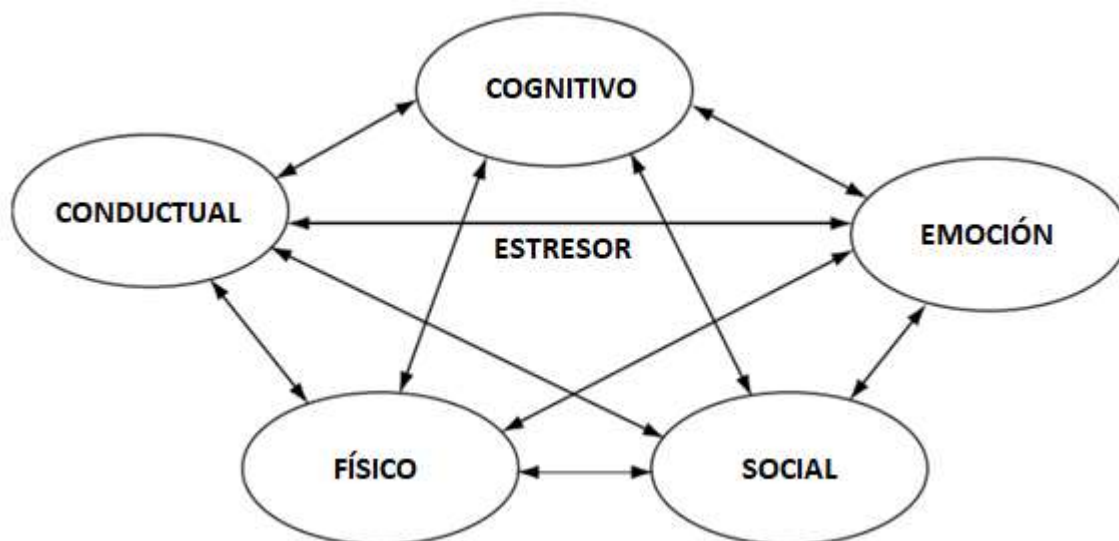


Figura 13. Modelo de Manejo de Tensión y Estados de Ánimo

Fuente: Mohr, (2010)

Un ejemplo de TCC para el estado de ánimo desarrollada por Nathan et al., (2004) Se encuentra estructurada en 11 sesiones que comprenden: 1. Introducción al manejo de los estados de ánimo, 2. Incremento de actividades divertidas y exposición gradual, 3. Conexión ABC (pensamientos automáticos y exposición gradual), 4. Introducción a la Refutación y Pensamiento Equilibrado, 5. Mas disputas y estilos de pensamiento improductivos, 6. Repaso del manejo del estado de ánimo, 7. Emociones y sensaciones fisiológicas como disparadores y *Active Coping* (técnica de manejo del estrés), 8. Revisión de diarios de pensamiento y tarjetas de vocabulario, 9. Revisión de diarios de pensamiento, 10. Revisión de progreso y planes de autogestión, 11. Sesión de seguimiento.

Otro enfoque orientado principalmente al trabajo con una población con discapacidad es presentada por Mohr, (2010) quien a través de su investigación explica que se ha desarrollado programas terapéuticos para el manejo del estrés y los estados emocionales por más de 10 años de investigación, la depresión, ansiedad y la tensión

son comunes entre las personas con discapacidad, por lo que se ha comenzado por desarrollar tratamientos para pacientes con síntomas significativos de depresión, estos incluyen el aprendizaje de habilidades para manejar los cambios y enfrentarlos, esta terapia fue diseñada para aplicarse de forma individual, y posteriormente se concibió como un programa, usado para evaluar la intervención propuesta.

En la TCC se aprecia como característica básica el uso de un libro de trabajo con el que se guían las sesiones, implica la psicoeducación y tareas a casa, aborda trabajo en solución de problemas y establecimiento de metas, planes de acción, realización de actividades positivas, identificar y evaluar pensamientos improductivos, cambio de los pensamientos improductivos y soporte del área social, es decir, trabajo de las cogniciones y comportamientos dividido en las tres áreas bio-psico-sociales. Adicionalmente Mohr, (2010) propone módulos de tratamientos opcionales como: comunicación y asertividad, fatiga y conservación de la energía, reducción de la ansiedad y la preocupación, relajación, manejo del dolor, planificación y organización; concluye con el final del tratamiento y el mantenimiento de las ganancias.

CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Metodología de la investigación

Paradigma

El modelo en el que se basa este estudio es post positivista, se centra en la realización de estudios en el medio natural para obtener resultados relevantes, familiaridad con el análisis y capacidad para sacar conclusiones. En relación con lo anterior, el objetivo del investigador con respecto al tema de investigación es ser lo más imparcial y objetivo posible para obtener datos reales, sin embargo, hay que tener en cuenta que los resultados obtenidos en este modelo muestran una realidad incompleta y no se comprenden en su totalidad porque los fenómenos analizados son incontrolables y las personas sobre la naturaleza son imperfectas, por lo tanto, la presente investigación sugiere que los resultados serían correctos, aunque siempre hay una posibilidad de errores en las mediciones del fenómeno (Gómez, 2016).

Tipo de investigación

Este es un tipo o nivel de investigación no experimental porque busca describir un estado existente en su entorno natural sin manipular ninguna variable, no requiere que los escenarios o individuos involucrados en un experimento estén configurados como si se tratara de una investigación experimental, sino más bien enfocados al trabajo de observación y registro, sin realizar ninguna acción previa que pudiera afectarlas, porque estas variantes no son causales, es decir, no se prueban las hipótesis de causa y efecto. Con base en lo anterior, este estudio cumple con los criterios para un abordaje no experimental porque se recolectaron las características de una muestra representativa de la población para recolectar datos que ayuden a comprender los fenómenos psicológicos, y se analizan diversas causas (V. Díaz, 2009).

Modalidad

Se utiliza en la investigación una modalidad 'cuantitativa' porque se asume que la forma más apropiada de aproximarse a la verdad, sin perder la objetividad, se realiza mediante el conteo y análisis estadístico de la información. Se utiliza la recolección y el análisis de datos para probar la hipótesis establecida previamente, se confía en la medición numérica y el uso de la estadística para pretender formar con exactitud patrones en la población en cinco fases

Sus fases comprenden: a. Trabajo de campo mediante la recolección de datos y medición; b. Establecimiento de suposiciones o conjeturas en consecuencia a la recolección de datos mediante la generación de hipótesis; c. Revisión de las suposiciones sobre la base del análisis de la información recabada; d. Demostrar el grado en que las suposiciones tienen un fundamento; e. Se abre el camino a nuevas observaciones y evaluaciones que esclarezcan, modifiquen o fundamenten las suposiciones establecidas mediante una propuesta de intervención (Gómez, 2016).

Alcance

La presente investigación es de alcance 'descriptivo', debido a que buscan especificar propiedades importantes en el grupo de personas, se realiza mediante la medición de los diferentes aspectos y dimensiones del fenómeno a investigar. La descripción es una medición desde el punto de vista científico. Se han seleccionado parámetros que miden con la mayor precisión posible y de manera independiente el estado de ánimo para lograr describir cómo es y cómo se manifiesta esta variable en las personas con discapacidad usuarias de servicios estatales en el cantón Pastaza, con la posibilidad de acercarnos más a las predicciones de los fenómenos en la población mencionada (V. Díaz, 2009).

Corte

La investigación se considera de corte transversal porque se realiza en un solo momento para obtener resultados y probar las hipótesis propuestas, este tipo es similar a una radiografía del momento exacto en que se necesita estudiar el problema, por lo tanto, su objetivo es describir y correlacionar las variables de estudio para comprender su comportamiento en un momento específico. En el presente trabajo, el análisis de la información obtenida de la muestra no tiene como objetivo la recogida de datos en varias ocasiones, sino más bien en una única aplicación de los instrumentos de medición. (Gómez, 2016).

Participantes

Corresponden a 72 usuarios de servicios estatales de discapacidad de la provincia de Pastaza con edades comprendidas entre los 18 y 64 años.

2.2. Población y muestra

Población

La población de interés para la presente investigación comprende a los usuarios que pertenecen o han pertenecido recientemente a los servicios estatales para personas con discapacidad (PCD) en el Cantón Pastaza con edades comprendidas entre los 18 años hasta los 64 años (rango etario prevalente según las etapas bio-psico-sociales en el Cantón Pastaza), esta población comprende aproximadamente a 390 PCD. En esta población han sido identificados ciertos rasgos como ira, hostilidad, ansiedad y depresión. Una vez definido el universo de estudio, se toma en cuenta que el enfoque cuantitativo busca identificar la prevalencia del estado de ánimo con el afán de realizar una propuesta de intervención independientemente del resultado; se ha realizado el siguiente muestreo.

Muestreo

Es un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, debido a que no se tiene acceso al listado completo de la población a estudiar. Dicha muestra fue conformada por sujetos voluntarios fortuitos de manera homogénea para que los resultados no obedezcan a diferencias individuales (Gómez, 2016). Para el efecto se han planteado los siguientes criterios:

2.2.1. Criterios de inclusión y exclusión

a) Inclusión

- Personas diagnosticadas con discapacidad física y visual de grado moderado, grave o muy grave.
- Personas diagnosticadas con discapacidad auditiva que cuenten con un intérprete/traductor
- Personas diagnosticadas con discapacidad intelectual y psicosocial leve o moderada que estén escolarizados o cuenten con un cuidador/representante capacitado.
- Ser parte de un servicio estatal para personas con discapacidad.
- Rango etario de 18 a 64 años
- Ubicados en áreas rurales del Cantón Pastaza (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2018).

b) Exclusión

- Personas diagnosticadas con discapacidad física y visual de grado leve.
- Personas diagnosticadas con discapacidad auditiva que no cuenten con un intérprete/traductor
- Personas diagnosticadas con discapacidad intelectual y psicosocial grave y muy grave o aquellos con discapacidad leve y moderada que no estén escolarizados o no cuenten con un cuidador/representante capacitado.

- No ser parte de un servicio estatal para personas con discapacidad.
- Personas diagnosticadas con discapacidad menores de 18 y mayores de 65 años
- Ubicados en áreas urbanas del Cantón Pastaza.

2.2.2. Caracterización de la muestra

Esta sección analiza las características sociodemográficas que caracterizan a las unidades de análisis de esta investigación:

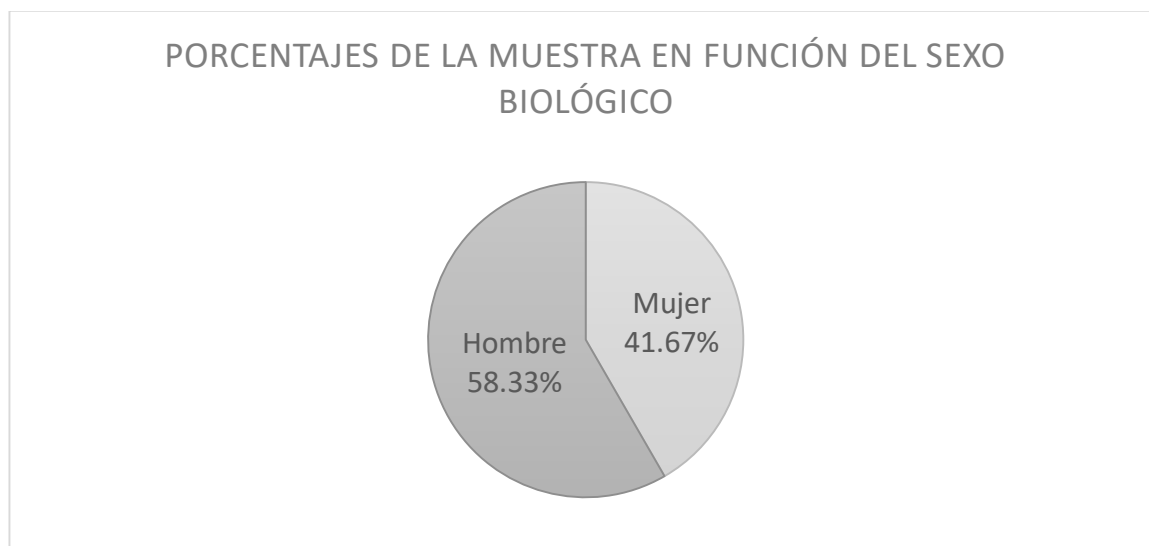


Figura 14. Representación gráfica de la Muestra en función del sexo biológico.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos sociodemográficos recolectados.

En la Figura 14 se observa que en la muestra existe una prevalencia de los participantes de sexo hombre que corresponden al 58.33% por encima del sexo mujer con el 41.67%, lo que significa que de los 72 participantes se contó con 30 mujeres y 42 hombres voluntarios, es importante conocer el sexo biológico para delimitar que hubo una prevalencia de hombres, por lo tanto, no se trata de una muestra homogénea.

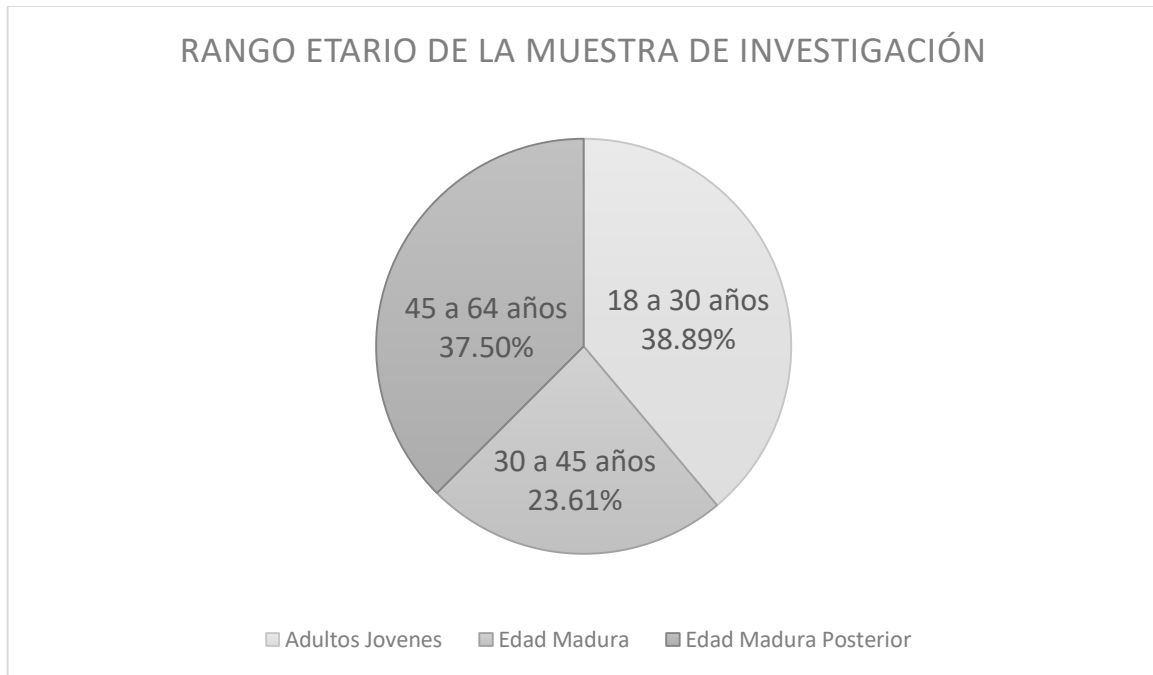


Figura 15. Rango Etario de la Muestra de Investigación

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos sociodemográficos recolectados.

El rango etario elegido para la investigación según las etapas bio-psico-sociales del desarrollo es la etapa laboral, que comprende desde los 18 a los 64 años (Mansilla, 2000). En este rango etario se presentan subdivisiones que corresponden a los adultos jóvenes (de 18 a 30 años) que corresponde al 38.89% con 28 casos, la edad madura (de 30 a 45 años) el 23.61% con 14 casos, y la edad madura posterior (45 a 64) años con el 37,50% que corresponde a 27 casos, es importante conocer el rango etario de los participantes para no incluir en la muestra otro tipo de población como, por ejemplo, los adultos mayores con discapacidad.

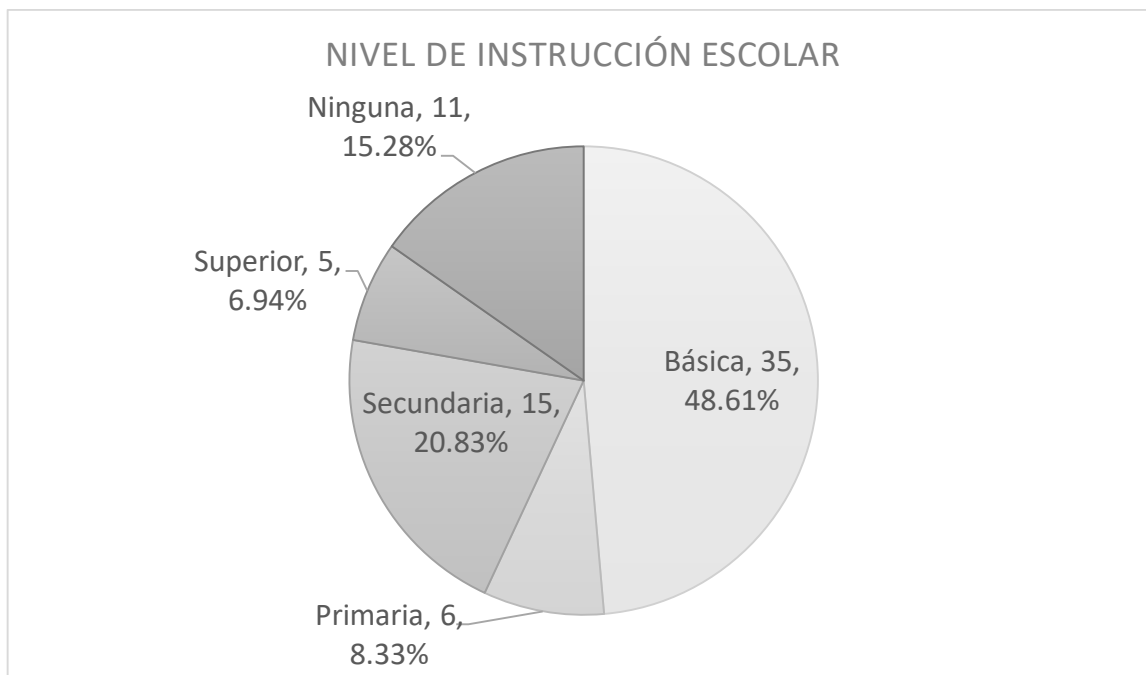


Figura 16. Nivel de Instrucción Escolar de los participantes.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos sociodemográficos recolectados.

En la muestra para prevalecen aquellos sujetos que poseen instrucción escolar básica con el 48.61% correspondiente a 35 casos, los sujetos con instrucción secundaria corresponden al 20.83% con 15 casos, aquellos que no poseen ninguna instrucción formal conforman el 15.28% con 11 casos, aquellos con educación primaria pertenecen al 8.33% con 6 casos, finalmente, los participantes con educación superior corresponden al 6.94% con 5 casos. El 84.72% de las personas con discapacidad (PCD) en este contexto poseen algún tipo de instrucción educativa, estos datos responden a la realidad de la educación inclusiva, que ha entrado en la agenda educativa global hace por lo menos tres décadas, mientras que los sistemas educativos mundiales estén en revisión en torno a sus principios pedagógicos (Cobeñas 2020).

Por otro lado, únicamente el 6,94% de PCD poseen instrucción superior, debido a que históricamente, el rasgo elitista que en un principio mostraron las instituciones de educación superior, no incorporaba el tema de la discapacidad, el mismo no había sido central ni visible, pues entonces sólo accedían a sus aulas personas que presentaban determinadas condiciones consideradas como “normales” (Cruz & Casillas 2017). Uno de los principales retos a los que actualmente se enfrenta la educación superior es garantizar una educación de calidad en igualdad a todos los estudiantes, con independencia de sus capacidades y su derecho a la participación en los procesos de aprendizaje (Fernández 2017).

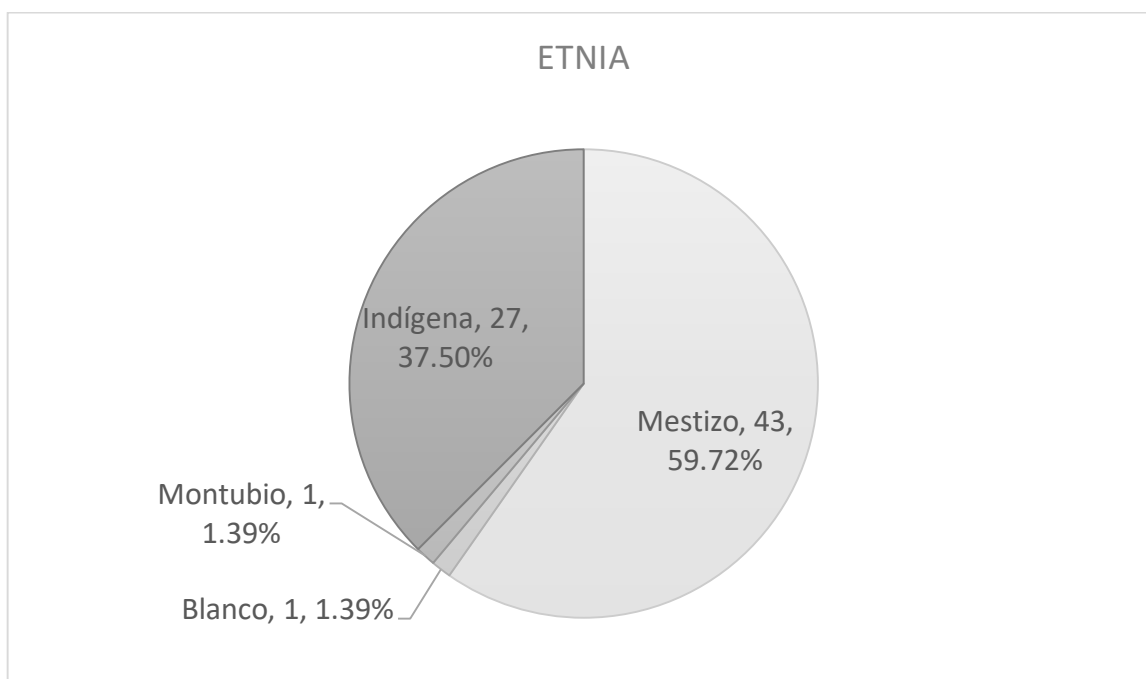


Figura 17. Pertenencia Étnica de los participantes

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos sociodemográficos recolectados.

En cuanto a la etnia a la que pertenece o con la que se identifica se observa que el 59.72% compuesto por 43 sujetos se identifica como mestizo, mientras el 37.50% con 27 sujetos se identifica como indígena. En menor cantidad el 1.39% correspondiente

a 1 sujeto se identifica como montubio, y de la misma manera el 1.39% correspondiente a 1 sujeto se identifica como blanco.

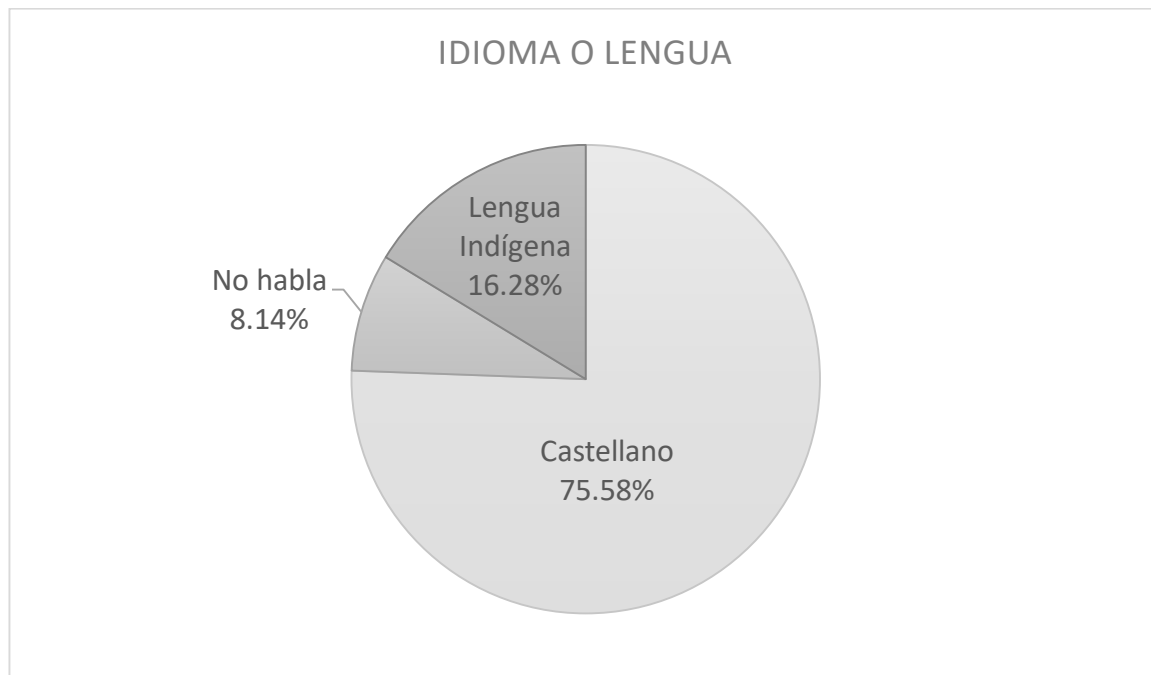


Figura 18. Idioma o Lengua de los participantes.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos sociodemográficos recolectados.

La muestra conformada para la investigación presenta el 75.58% de sujetos que hablan el Idioma castellano, mientras tanto el 16.28% utiliza la lengua indígena, finalmente, el 8,14% de sujetos no habla, sin embargo, utiliza la lengua de señas para comunicarse. Es importante conocer estos datos, se toma en cuenta que, en sociedades dominadas por los idiomas hablados, las personas que utilizan otras formas de comunicación a menudo quedan excluidas, lo que limita la igualdad de oportunidades (Deliyore-Vega, 2018).

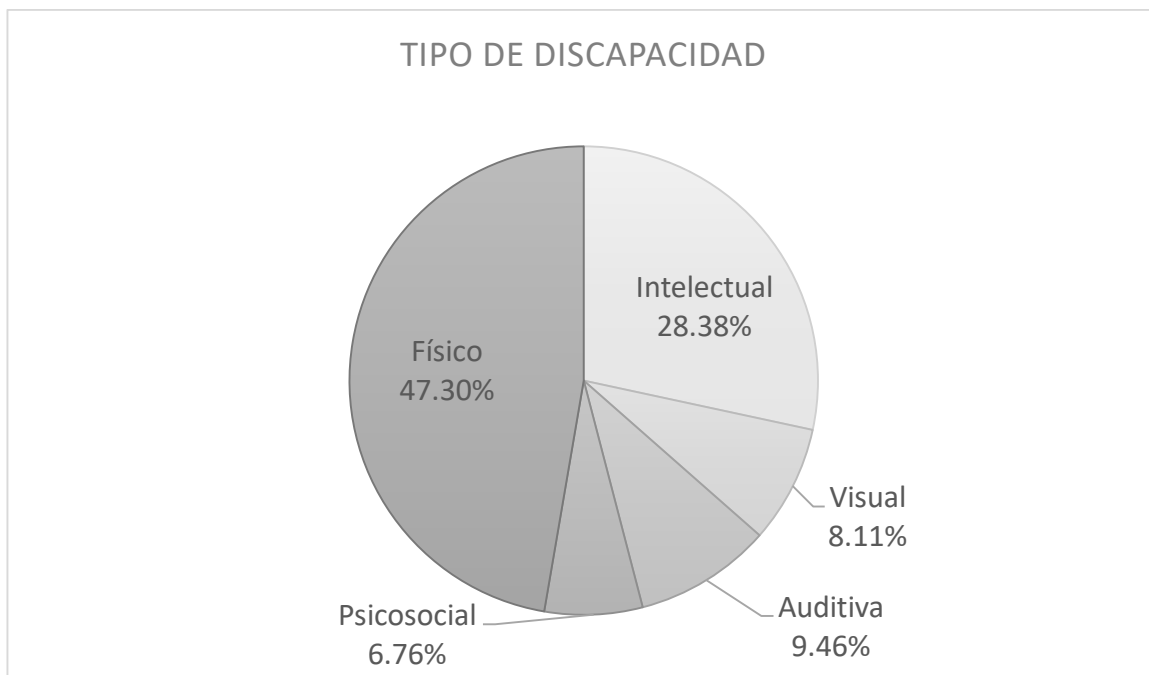


Figura 19. Tipo de discapacidad de los participantes.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos sociodemográficos recolectados.

La muestra presenta personas con discapacidad de tipo físico que componen el 47.30%, el tipo de discapacidad intelectual comprende el 28.38%, en menor proporción se encuentran la discapacidad de tipo auditiva, visual y psicosocial con el 9.46%, el 8,11% y el 6.76% respectivamente.

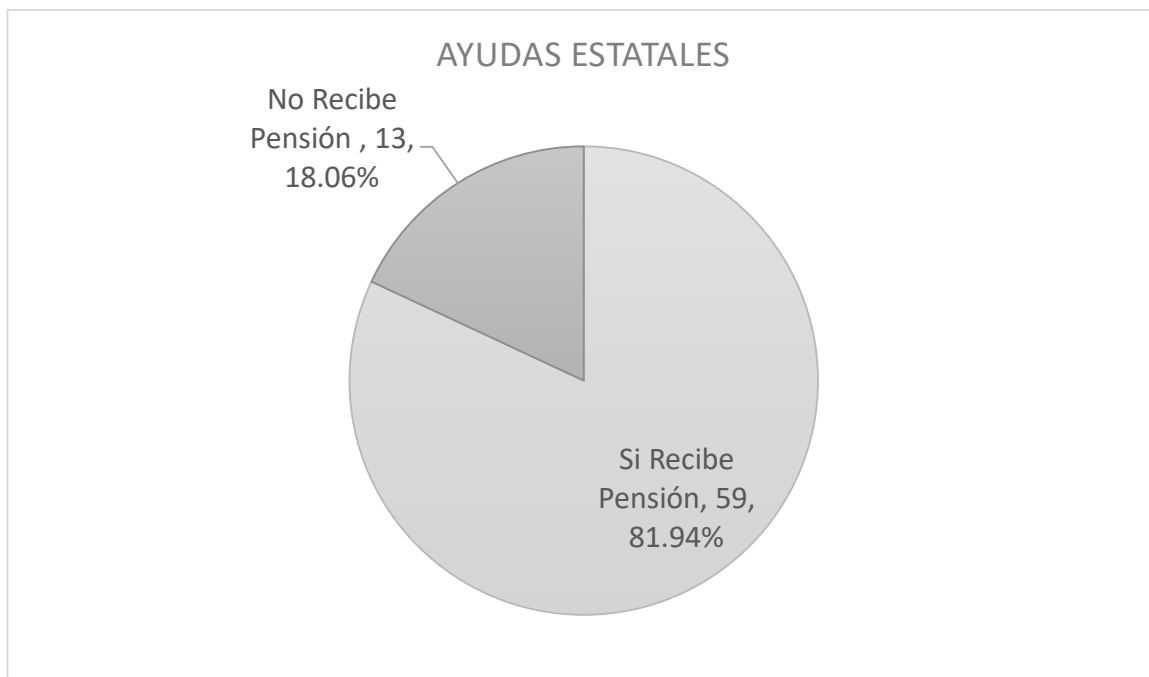


Figura 20. Representación gráfica del porcentaje de participantes que reciben o no Ayudas Estatales (Bonos de Desarrollo Humano o Pensiones por Discapacidad).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos sociodemográficos recolectados.

La muestra al pertenecer a sectores rurales y urbano marginales del Cantón Pastaza y al tratarse de personas con vulnerabilidad tiene derecho a bonos y pensiones estatales, sin embargo, varios de ellos aún no han accedido a este beneficio, razón por la que solamente 59 casos que corresponden al 81.94% reciben ayudas estatales (Bono de Desarrollo Humano o Pensión por Discapacidad), mientras tanto el 18.06% correspondiente a 13 casos aun no accede a la ayuda estatal para personas con discapacidad. Existe una relación marcada entre la clase social como eje de desigualdad en las personas en situación de discapacidad, especialmente por el empleo o autoempleo poco accesible, este factor llega a configurarse como determinante de vulnerabilidad (Redondo & Karvin, 2017)

Caracterización de los usuarios de servicios estatales de discapacidad en el Cantón Pastaza

Los servicios estatales para personas con discapacidad en el Cantón Pastaza brindan atención en el hogar y la comunidad por lo que no cuenta con instalaciones físicas, sin embargo, sus usuarios comparten características esenciales como la ubicación de sus viviendas en sectores rurales y urbano marginales, pertenecer a sectores vulnerables de pobreza y extrema pobreza, el rango etario va entre los 18 a 64 años de edad y su ubicación de vivienda se limita a los sectores rurales y urbano marginales, el tipo de discapacidad que poseen varía entre moderada, grave y muy grave, es la de tipo físico la que se encuentra presente en mayor proporción.

Casi en su totalidad reciben el beneficio de ayudas estatales como el bono de desarrollo humano y las pensiones por discapacidad, varios usuarios en su mayoría cuentan con un cuidador que con frecuencia presentan agotamiento y desmotivación, luego de haberlos acompañado durante años (Gallegos, Cuentas, Canaza & Rodríguez, 2019). En su mayoría poseen instrucción académica básica, pertenecen a diversas etnias entre ellas se encuentran mestizos e indígenas propios de la Amazonía ecuatoriana, por lo tanto, se comunican mediante la lengua indígena, también, idioma castellano más usualmente.

Procedimiento metodológico

- Para cumplir con los objetivos de la presente investigación se ha diseñado el siguiente modelo metodológico:
- A través de la observación no sistematizada de la información se ha establecido la hipótesis de trabajo, el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación
- Mediante la fundamentación de los aspectos teóricos y metodológicos se pretende dar alcance al primer objetivo específico.

- Se realiza la recolección de la información para el diagnóstico situacional mediante la aplicación de la Escala de Evaluación del Estado de Ánimo E.V.E.A. mediante medios electrónicos.
- Se procesan los resultados mediante el sistema *SPSS Statistics*, se aplica el alfa de Cronbach para análisis de fiabilidad de la escala, y de ser necesario se realizan las adecuaciones para subir el coeficiente de fiabilidad.
- Se utiliza la estadística descriptiva mediante la suma, la media y la desviación estándar para diagnosticar el estado actual mediante la interpretación de la prevalencia estadística además, se realiza la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y de esta manera cumplir con el segundo objetivo específico.
- Finalmente, se realiza la propuesta de intervención cognitivo conductual para el estado de ánimo enfocado en los resultados encontrados para cumplir con el tercer objetivo específico de la investigación.

Técnicas

- Técnica de la encuesta

Posterior a la aplicación del consentimiento informado requerido para la legalidad de la información, se procedió a aplicar la técnica de la encuesta mediante el uso de herramientas como la ficha sociodemográfica que nos permite adquirir gran variedad de conocimiento de la población a estudiarse, esta técnica al ser de opinión propia del sujeto de estudio refleja una muestra de la situación sociodemográfica de la población general de personas con discapacidad lo que permite una exploración más a fondo de sus principales características como grupo.

Técnica psicométrica

Una vez recopilados los datos sociodemográficos de la población se procedió con la técnica psicométrica, mediante la aplicación del reactivo seleccionado de forma estandarizada, nos ayuda a cuantificar la variable que se desea medir, en esta ocasión

el instrumento utilizado se presenta en forma de un inventario que ha sido cargado a medios digitales para que su aplicación respete las normas de distanciamiento social impuestas por la pandemia por Covid-19 que rigieron en las fechas de recolección de la información, a continuación, se detallan las herramientas utilizadas para apoyar a las técnicas de recolección de la información.

Herramientas

- **Carta de consentimiento informado**

Posterior a la observación no sistematizada se realiza la recolección de datos mediante el uso de herramientas digitales asincrónicas (Formularios Online y Offline), se toma en cuenta las limitaciones de la población en cuanto al acceso a internet, la dispersión geográfica y el contexto de la pandemia por COVID-19, se establece un escrito en el que se solicita al participante su autorización para formar parte de la presente investigación, en el mismo se informa acerca de la temática y el año a realizarse, el nombre del autor y el tutor a cargo, el objetivo general, así como las directrices necesarias respecto a los documentos a responder, la confidencialidad de los datos, el anonimato en la publicación de los resultados y la finalidad de estos a nivel científico, así como la libertad del participante en no responder si así lo desea. El encuestado coloca: nombre, número de identificación y su aceptación.

- **Ficha *Ad Hoc* sociodemográfica**

Es un cuestionario creado para la investigación, que recopila datos relevantes de los encuestados sobre su información general, como: sexo, edad, instrucción académica, identificación étnica, idioma, tipo de discapacidad, etc. Fue creada por el investigador mediante la observación de características relevantes que afectan directamente a la población a estudiar, apoyado en la teoría sobre la discapacidad y los formatos existentes para recolección de datos e información general que se utilizan día a día en el ámbito de la ayuda social de los servicios estatales.

2.3. Escala de la Evaluación del Estado de Ánimo (E.V.E.A.)

El instrumento utilizado es desarrollado por Sanz, (2001), el cual, consta de un inventario de autoinforme cuyo objetivo es evaluar el estado de ánimo actual, se especifica que se aplicaría en cualquier circunstancia que requiera medir el estado de ánimo transitorio de una persona en un momento dado, posee varios estudios y ha sido aplicado y validado tanto en poblaciones clínicas como no clínicas, consta de 16 ítems, el tiempo estimado de aplicación es de 1 a 2 minutos.

Al no encontrarse instrumentos para medir el estado de ánimo estandarizados con población ecuatoriana debido principalmente a la escasa investigación científica que caracteriza el contexto, se ha optado por utilizar la versión más próxima a la realidad como es la adaptación lingüística venezolana de este instrumento realizada por Pereira & Vargas (2005), en esta adaptación, en base a resultados obtenidos mediante un análisis hecho por jueces en esta población se realizaron dos modificaciones: el ítem “me siento alicaído” por “me siento decaído” y el ítem “me siento jovial” por “me siento animado”. En cuanto a la forma de puntuar en la escala Likert cambio, de una escala de 10 puntos (del 1 al 10), por una escala de 11 puntos (del 0 al 10).

Se ha establecido la confiabilidad, mediante varios estudios en diferentes muestras (entre 542 y 1269 participantes) cuyos coeficientes de fiabilidad de consistencia interna tienen una media de: 0.88 para la subescala de tristeza-depresión, 0.92 para la subescala de ansiedad, 0.93 para la subescala ira-hostilidad y 0.92 para la subescala de alegría. En cuanto a la Validez varios estudios muestran buenos índices de validez convergente, en especial para las subescalas de tristeza-depresión y ansiedad, las cuales, tiene una correlación moderada o alta en varios tipos de población.

La validez de criterio que presente el E.V.E.A. revela que, en la comparación entre población clínica y no clínica, los pacientes con trastorno depresivo puntúan

significativamente más alto en la subescala de depresión y significativamente más bajo en la subescala de alegría, mientras que los pacientes con trastorno de ansiedad puntúan significativamente más alto en la subescala de ansiedad, finalmente, las subescalas han mostrado sensibilidad al cambio tras aplicarse procesos de inducción del estado de ánimo, en relación con el estado que se pretendía inducir (Sanz, 2001).

En la investigación, se analiza la consistencia interna de la Escala de Evaluación del Estado de Ánimo E.V.E.A. La muestra estuvo compuesta por 72 personas con discapacidad con edades comprendidas entre 18 y 64 años que pertenecen a los servicios estatales de discapacidad del Cantón Pastaza. Para evaluar la consistencia interna del instrumento se realizó un análisis basado en el procedimiento de Alfa de Cronbach, en donde se encontró que el total de la escala presenta un coeficiente $\alpha = 0,703$ lo que permite afirmar que el instrumento cumple con un parámetro aceptable, sin embargo, se realiza el análisis de ítems que más aportan al coeficiente de confiabilidad.

Tabla 4 consistencia interna del cuestionario e.v.e.a.

Ítems	r_{jx}	$\alpha-j$
1. Me siento nervioso	,702	,694
2. Me siento irritado	,833	,683
3. Me siento alegre	,813	,797
4. Me siento melancólico	,853	,669
5. Me siento tenso	,755	,676
6. Me siento optimista	,794	,798
7. Me siento decaído	,896	,668
8. Me siento enojado	,835	,660
9. Me siento ansioso	,645	,690
10. Me siento apagado	,817	,681
11. Me siento molesto	,918	,658
12. Me siento animado	,877	,803
13. Me siento intranquilo	,866	,655
14. Me siento enfadado	,861	,661
15. Me siento contento	,857	,799
16. Me siento triste	,868	,671

Nota. r_{jx} = Correlación ítem total escala, $\alpha-j$ = Alfa si se elimina el ítem

Con este análisis se decide eliminar el ítem 12, porque no contribuye positivamente al coeficiente del Alfa de, por este motivo el instrumento aplicado es el instrumento con 15 elementos, por lo tanto, la confiabilidad interna del instrumento se sitúa en $\alpha = 0,803$ con 15 ítems analizados. Los coeficientes de fiabilidad de consistencia interna se situaron en 0,938 para la subescala de Tristeza-depresión, 0,862 para la subescala de Ansiedad, 0,922 para la escala de Ira-hostilidad, y 0,851 para la escala de Alegría, lo que estima una validez y fiabilidad alta tanto en la escala global como en las subescalas para evaluar el estado de ánimo en personas con discapacidad, tienen ítems adecuados para su aplicación en procesos de investigación, también, para intervenciones individuales dentro de esta población.

2.4. Procesamiento y análisis de la información

Se utiliza un estilo interpretacional para el análisis de investigación cualitativa, se busca la identificación y categorización de elementos y la exploración de sus conexiones, regularidades o rarezas, para el proceso de análisis se siguen los siguientes pasos: primero la organización de los datos y la codificación de la información según las subescalas de la prueba, tabulación de los datos obtenidos, integración de las subescalas para elaborar una explicación integrada. Se realiza todo

el proceso apoyado en la estrategia de análisis comprensivo (Perez, Perez, & Seca, 2020).

En la presente investigación se maneja información numérica, por lo que principalmente se utiliza estadística descriptiva, con conceptos básicos como el promedio y la desviación estándar, que ayudan a aceptar o rechazar la hipótesis, sin embargo, para llegar a esto, también, se utilizaran conceptos estadísticos más avanzados como el Alfa de Cronbach que ayuda a medir la fiabilidad de los resultados obtenidos mediante el uso de los instrumentos, para que en caso de ser necesario se realicen los ajustes que mejoren la confiabilidad y validez de la información para el procesamiento de los datos (Lerma, 2016). Todos los análisis estadísticos se realizan mediante el programa *IBM SPSS Statistics para Microsoft Windows 64-bit*.

En una primera instancia previo a la investigación se utilizó la observación no sistematizada para obtener la información sobre las problemáticas de la población e identificar las variables a utilizarse, es por esto que observación del ambiente objetivo inicia el proceso de conocimiento de la realidad de la población (Gómez, 2016). Para la recolección de la información se utilizó la técnica de la encuesta y la técnica psicológica con la que se recopiló la base de datos para el procesamiento de los resultados y análisis de datos.

CAPITULO III: RESULTADOS

Por lo que se refiere al presente proyecto se investigó sobre los estados de ánimo en los usuarios de servicios estatales de discapacidad del Cantón Pastaza. Para la realización de este se utilizó un instrumento psicológico con un alto nivel de confiabilidad para detectar las cuatro dimensiones del estado de ánimo, a continuación, se detallan los resultados obtenidos en el presente proyecto de investigación.

3.1. Análisis descriptivo de la Escala de Evaluación del Estado de Ánimo

Una vez obtenidos los resultados por medio de las herramientas psicológicas empleadas para la valorización del estado de ánimo bajo las tres subescalas de tristeza-depresión, ansiedad, ira-hostilidad y alegría; se procede con un análisis descriptivo. El análisis de los resultados se muestra a través de las medias (M), las desviaciones típicas (Ds) de la Escala de Evaluación del Estado de Ánimo. Además.

Tabla 5 resultados análisis descriptivos de la escala de evaluación del estado de ánimo E.V.E.A

Escala de Evaluación del Estado de Ánimo E.V.E.A.						
	N	M	Ds	Min	Max	Ítems
Tristeza-depresión	72	4,91	2,176	1	9	4
Ansiedad	72	5,19	1,780	1	10	4
Ira-Hostilidad	72	5,32	2,311	1	10	4
Alegría	72	5,48	1,925	2	10	3

Nota: N: 72 observaciones, M: Media aritmética, Ds: desviación típica.

En la tabla, se observa el análisis estadístico de la Escala de Evaluación del Estado de Ánimo (E.V.E.A.) por cada una de sus escalas, por lo tanto, la puntuación media más alta corresponde a la escala de Alegría, seguida por Ira-hostilidad con 5,32 y Ansiedad con 5,19, finalmente, se ubica Tristeza-depresión con media de 4,91. Esto indica que a pesar de que se presentaran más casos de estados de ánimo negativo, sus puntuaciones medias fueron menores que las de los estados de ánimo positivo.

3.2. Pruebas de normalidad

El análisis estadístico de normalidad revela que se trata de muestras no paramétricas debido a que ninguna de las subescalas cumple con el supuesto de normalidad, ($K-S > 0,05$) por lo que posteriormente se procede con pruebas para muestras no paramétricas. Y se asume que los resultados obtenidos, son aplicables únicamente a la población estudiada.

Tabla 6 Prueba De Normalidad Kilmogorov-Smirnov

Pruebas de Normalidad			
	Kilmogorov-Smirnov (K-S)		
	Estadístico	gl	Sig.
Tristeza-depresión	0,141	72	0,001
Ansiedad	0,152	72	0,000
Ira-Hostilidad	0,125	72	0,007
Alegría	0,195	72	0,000

Nota: gl: grados de libertad; Sig.: significancia; K-S: Kilmogorov-Smirnov

3.3. Perfil de estado de ánimo

Dentro de la presente indagación se partió de la investigación realizada por (Sanz, 2001) con la adaptación lingüística de Pereira & Vargas (2005), la cual, posee una escala Likert con puntuaciones del 1 al 10, dentro de la calificación cada ítem se valora de 0 a 10 puntos y tras sumar directamente la puntuación y dividir la suma para el número de ítems se obtienen cuatro puntuaciones entre 1 y 10 y se utilizan los puntos de corte por la media de la muestra, propuesto por Sanz, (2001) que cuantifican las dimensiones de los estados de ánimo.

Una vez obtenida la frecuencia de los casos por cada subescala se delimitó un perfil de las cuatro dimensiones del estado de ánimo de acuerdo con los resultados que presentó la muestra, para visualizar mejor con qué frecuencia se presentan la tristeza-depresión, ansiedad, ira-hostilidad y alegría en cada individuo, de esta manera es más

fácil identificar si se requiere de una propuesta de intervención para el manejo de los estados de ánimo en las personas con discapacidad en el Cantón Pastaza.

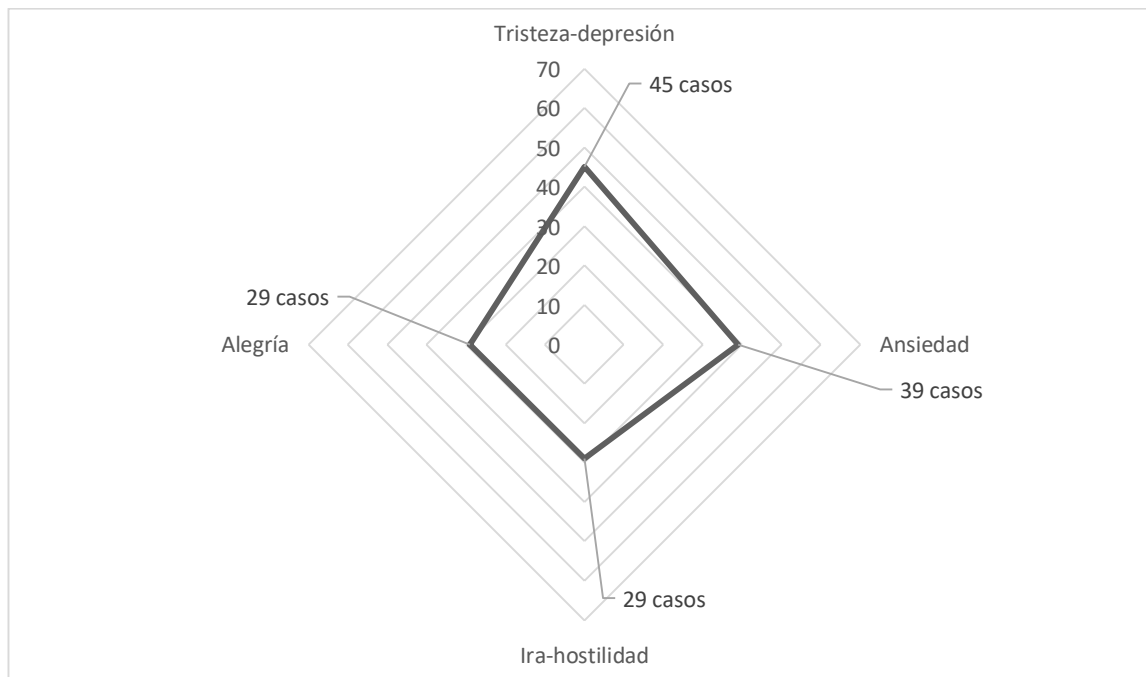


Figura 21. Perfil de las dimensiones del Estado de Ánimo presentes en la muestra.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la escala E.V.E.A.

Se aprecia que los estados de ánimo “negativos” como la tristeza-depresión (45 casos), y ansiedad (39 casos) se presentan en números superiores que la alegría (29 casos) que corresponde a un estado de ánimo positivo. En el caso de la ira-hostilidad (29 casos) se aprecia que se presenta en iguales números que la alegría. Del análisis del perfil se concluye que los participantes poseen mayores niveles de tristeza-depresión y ansiedad en comparación con la ira-hostilidad y alegría.

4. . Niveles y dimensiones del estado de ánimo en función con el sexo

Tabla 7 resultados de los estadísticos de contraste de las dimensiones del estado de ánimo en función del sexo

	U de Mann-Whitney			Z
	Media	Max	Min	
Tristeza-depresión	4,93	9	1	-0,609
Ansiedad	5,05	10	1	-0,022
Ira-Hostilidad	5,16	10	1	-0,57
Alegría	4,99	10	2	-0,597

a. Variable de agrupación: Sexo; Hombres (H) N = 30 Mujeres (M) N = 30

En la investigación realizada existe mayor predominio de hombres que de mujeres, lo cual, es consistente con la estadística del (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2021) que sitúa a los hombres con 56,07% mientras que las mujeres constituyen el 43,93% en el Ecuador, no obstante, para analizar los resultados en función del sexo se realiza un sorteo aleatorio para proceder con una muestra igual de hombres que de mujeres, es decir, Hombres (H) N=30; Mujeres (M) N=30, para el estudio se utilizó la U de Mann-Whitney al tratarse de muestras no paramétricas, con la finalidad de comparar las medias de los niveles y dimensiones en función del género y establecer si se encuentran o no diferencias significativas, y se llegó a la conclusión de que no se registran diferencias significativas entre los dos sexos.

3.5. Niveles y dimensiones del estado de ánimo en función con la edad

La edad se encuentra clasificada por las etapas bio-psico-sociales Mansilla (2000) dentro de la etapa laboral, que comprende desde los 18 a los 64 años. En este rango etario se presentan subdivisiones que corresponden a los Adultos Jóvenes (de 18 a 30 años), la edad madura (de 30 a 45 años), y la edad madura posterior (45 a 64 años). Para identificar si existen diferencias entre estas variables se utiliza un muestreo

aleatorio para tener igual número de participantes por cada rango etario y realizar la prueba Anova de un factor (para establecer si constan o no diferencias significativas, por lo tanto, se realiza el análisis con N=13 por cada rango etario, es decir, 18 a 30 años N=13; 30 a 45 años N=13; 45 a 64 años N=13.

Tabla 8 anova de la muestra en función del rango etario.

ANOVA de un factor						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Tristeza-depresión	Inter-grupos	13,330	2			
	Intra-grupos	161,894	36	6,665	1,482	,241
	Total	175,224	38	4,497		
Ansiedad	Inter-grupos	14,292	2			
	Intra-grupos	130,942	36	7,146	1,965	,155
	Total	145,234	38	3,637		
Ira-Hostilidad	Inter-grupos	19,897	2			
	Intra-grupos	162,087	36	9,949	2,210	,124
	Total	181,984	38	4,502		
Alegría	Inter-grupos	13,681	2			
	Intra-grupos	134,308	36	6,840	1,834	,174
	Total	147,989	38	3,731		

Nota: gl: grados de libertad; Sig: significancia

En la tabla se observa el análisis estadístico de los resultados de las dimensiones del estado de ánimo en función del sub-rango etario. Se encontró que al igual como sucede con el análisis en base al sexo, no se presentan diferencias significativas entre los diferentes grupos etarios.

En base al análisis estadístico en el que se incluye un perfil de las dimensiones del estado de ánimo de la muestra, se pudo apreciar que los estados de ánimo presentes, tienden en su mayoría a lo negativo, son pocos los casos presentes de estado de ánimo positivo dentro de la muestra, por lo que se da por comprobada la hipótesis, se requiere de una propuesta de intervención para trabajar el estado de ánimo de los usuarios de servicios estatales de Discapacidad, en consecuencia se presenta una

propuesta metodológica avanzada para manejar la problemática, mediante un plan de intervención psicológica enfocada en mejorar el estado anímico que respeta la teoría existente sobre la temática.

3.6. Propuesta de intervención

Descripción y análisis de la realidad

El término "estado de ánimo" se asocia con "emoción", pero el primer término involucra un período de tiempo más largo, que probablemente sea su principal diferencia con el segundo término que se presenta en periodos cortos de tiempo. Otra forma de diferenciación es que las emociones tienen razones a las que responden, mientras que el estado de ánimo (E.A.) viene y está claro que no se decreta por ninguna razón o acontecimiento específico o aparente. Las emociones están presentes con mayor intensidad, mientras el ánimo se manifiesta más bien como un telón de fondo que acompaña a las situaciones de forma prolongada. Por lo que se concluye que el uso de estos términos se ha utilizado de forma intercambiable, lo cual, constituye un error.

El concepto de discapacidad ha sido ampliamente debatido, clasifica axiomas diferentes y modelos teóricos que intentan explicar esta situación. Como el modelo social, que expone la discapacidad como una "construcción social", influenciado por el resultado de la exclusión y la discriminación. Según la Organización Mundial de la Salud (2001). La discapacidad se ha definido como resultado de la relación compleja entre factores externos (circunstancias en las que vive una persona), factores personales y su condición de Salud. El ambiente tiene efectos diversos en un individuo con una condición de salud, debido a esto, el desempeño y la realización de un individuo es restringido por entornos que presenten barreras como las edificaciones inaccesibles o que no faciliten su ingreso, mientras que otros entornos que, si los presentan, incrementarían el desempeño y ayudarían a su realización.

A partir del diagnóstico y de los resultados obtenidos mediante la investigación realizada, se aprecia que los estados de ánimo "negativos" (tristeza-depresión =

62.5%, ansiedad = 54%, ira = 40.27%) se presentan con mayor frecuencia que los “positivos” (alegría = 40.27%) por lo que se propone un programa que les permita a las personas con discapacidad mejorar su estado anímico, a través de la reestructuración cognitiva con enfoque en los factores asociados su modificación como la autosugestión, música y películas, transformación del entorno, reducción de agentes estresores, alimentación y ejercicio físico, además, se trabaja las áreas cognitivas del aprendizaje, atención y memoria.

Destinatarios

Los beneficiarios directos son el personal de la salud mental y técnicos de campo de los servicios estatales de discapacidad y los beneficiarios indirectos son las personas con discapacidad, familias y la comunidad.

Recursos

- **Recursos Humanos.** - Profesional en Psicología Clínica, quien cuenta con la formación académica y experiencia requerida, personas con discapacidad que participan en el programa de intervención y familiares o cuidadores de estos.
- **Recursos materiales.** - Hojas de trabajo, esferos, lápices, computador o teléfono de ser posible, opcionalmente revistas tijeras y pegamento.
- **Recursos tecnológicos.** - Laptop, internet.

Sustentación teórica y metodológica

Se enfoca en identificar y cambiar los conceptos (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o diálogo interno negativo) que definen o mantienen el problema. Los modelos de reestructuración cognitiva se centran en el significado, analizan la racionalidad de los pensamientos o creencias, enseñan a los pacientes a pensar correctamente y atacan errores o distorsiones que ocurren en el procesamiento de información. (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017).

La reestructuración cognitiva se basa en los siguientes presupuestos teóricos:

- La influencia que tiene la forma en que las personas perciben su experiencia, afecta principalmente la forma en que se sienten y actúan, así como las respuestas físicas que dan. En otras palabras, la respuesta a un evento depende en gran medida de cómo es percibido, visto, evaluado e interpretado y de las expectativas preexistentes.
- La percepción de las personas se determina mediante métodos como entrevistas, cuestionarios y autorregistros, muchas de estas percepciones son conscientes y otros no son conscientes, pero la persona tiene acceso a ellos.
- La percepción se modificaría y se utiliza para que obtenga cambios terapéuticos.

Para la aplicación de la reestructuración cognitiva es necesario iniciar con la identificación de las cogniciones para el posterior cuestionamiento de aquellas que son desadaptativas principalmente de forma verbal y después de forma conductual, también, mediante el cuestionamiento de los supuestos y creencias.

- **Objetivos de la propuesta de intervención**

- **Objetivo general**

Proponer un plan de intervención Cognitivo-conductual para mejorar el estado de ánimo de los usuarios de servicios estatales de Discapacidad mediante técnicas de Terapia Cognitivo Conductual.

- **Objetivos específicos**

- Fundamentar los aspectos teóricos y metodológicos del plan de intervención con técnica cognitivo conductuales en torno al estado de ánimo.
- Brindar herramientas cognitivo-conductuales para mejorar el estado de ánimo de los usuarios de servicios estatales de discapacidad.

- Integrar los factores modificadores del estado de ánimo a la cognición y conducta de los usuarios de servicios estatales de discapacidad para el mantenimiento del estado de ánimo positivo.

Etapas de desarrollo

Estos son los pasos para desarrollar la propuesta y lograr los objetivos: **Diagnóstico previo:** Recopilar los datos necesarios para detectar el estado de ánimo de las personas con discapacidad; **Diseñar un plan de intervención:** Planificación de actividades, metodología, herramientas de intervención, condiciones de implementación y recursos.

La metodología que se utilizó dentro del estudio es la medición del estado de ánimo a través de escalas y el análisis estadístico de la información obtenida, con base en estos resultados se les proporciona las herramientas para trabajar en un proceso que sirve de forma continua. Las técnicas para utilizarse parten del manual propuesto por Díaz, Ruiz y Villalobos (2017). Las sesiones serían implementados por profesionales de la salud mental a cargo de los servicios estatales de discapacidad.

Como el estado de ánimo positivo se induce a raíz de técnicas cognitivas conductuales, las sesiones se ubican previo a cualquier actividad de aprendizaje de habilidades, está demostrado que el ánimo positivo fortalece esta actividad mediante la claridad de la atención y memoria. Este proceso es a través del diálogo interactivo, con técnicas de comunicación debidamente administradas por el Psicólogo Clínico, y con la práctica de actividades físicas guiadas en cada sesión.

El plan de intervención está estructurado en tres fases:

1. Diagnóstico: se realiza la evaluación del estado de ánimo para realizar un perfil de este, que nos ayuda a enfocar la intervención.
2. Intervención: se sigue el orden de las sesiones puesto que tienen un fin lógico que trabaja todos los factores intervinientes en el estado de ánimo para que se dé una mejora integral.

3. Seguimiento: se realiza después de 6 meses de la terminación del plan de intervención mediante la aplicación de la escala de Evaluación del Estado de Ánimo EVEA.

Consta de 9 sesiones distribuidas por una cada 15 días y con duración de 1 hora, Cada sesión tiene tres etapas: Inicio, Desarrollo, Cierre, en la etapa de desarrollo se trabajan dos momentos separados por un descanso de 5 minutos, el primer momento es para ejercicios físicos guiados y el segundo momento para la aplicación técnicas cognitivas o conductuales que induzcan un estado de ánimo positivo, lo que permite instaurar un aprendizaje más fluido y duradero para lograr cumplir los objetivos propuestos.

Estructura del plan de intervención

El plan de intervención está estructurado por tres fases, cada una contiene tres sesiones que dan continuidad al proceso cognitivo conductual, al trabajar los pensamientos con una actividad física en una misma sesión se aporta de una manera más rápida, dinámica y eficaz para obtener un aprendizaje favorable en las personas con discapacidad.

Tabla 9 estructura general del plan de ejecución

Fase	N.º de sesión	Tema	Objetivos	Tiempo
PSICOEDUCACIÓN	1	Alimentación y ejercicio físico para mejorar el estado de ánimo	Vincular y entender la conexión del estado de ánimo con la alimentación y el ejercicio físico	45
	2	Como afecta el estado de ánimo negativo en sus actividades	Detectar los pensamientos que se interponen en sus actividades mediante la técnica “identificación de pensamientos negativos e irracionales”	45
	3	El Balance adecuado	Comprender el bienestar que produce balancear su tiempo entre varios tipos de actividades mediante la “planificación de actividades”	45
ENTRENAMIENTO	4	Las interacciones humanas y su vínculo con el estado de ánimo	Aprender a conocer gente nueva y formar redes de apoyo mediante el “entrenamiento en habilidades sociales”	45
	5	Aprender a resolver problemas	Interiorizar métodos de resolución de problemas mediante el “entrenamiento en resolución de conflictos”	45
	6	Mis metas a futuro	Fijar una meta a largo plazo mediante la definición de pequeños pasos que lo lleven a conseguirla	45
EJECUCIÓN	7	Contradecir los pensamientos que hacen daño para eludir las adversidades	Identificar los pensamientos dañinos y reemplazarlos con pensamientos útiles mediante la técnica “parada de pensamiento”	45
	8	Vencer los obstáculos para las buenas relaciones humanas	Escuchar atentamente, practicar como hacer peticiones con seguridad y expresar sus sentimientos	45
	9	Realizar actividades placenteras	Encontrar ideas para actividades que posiblemente le gustaría desempeñar y llevarlo a la realidad	45

Nota: Elaboración propia del autor

Diseño de Sesiones

En las siguientes tablas se desarrolla cada una de las sesiones y temáticas a tratar de acuerdo con sus objetivos, el tiempo destinado para cada etapa y los resultados que se esperan conseguir a partir del trabajo realizado.

Sesión N°01

Tema: Alimentación y ejercicio físico para mejorar el estado de ánimo

Objetivos: Vincular y entender la conexión del estado de ánimo con la alimentación y el ejercicio físico

Destinatario: Personas usuarios de servicios estatales de discapacidad

Recursos: Terapeuta, Cuaderno de trabajo, Hojas de trabajo, Lápices, Escala de evaluación del estado de ánimo EVEA

Tabla 10 detalle de la primera sesión, en base a la fase de psicoeducación.

FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el encuadre de la sesión y dar a conocer las normas a seguir en el desarrollo de las sesiones. - Aplicación en primera instancia la Escala de Evaluación del Estado de Ánimo. - Establecimiento de rapport y empatía mediante preguntas cortas para conocer más sobre el estado actual del paciente. 	15m
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Primer momento: Práctica de ejercicios articulares guiados para lo que el terapeuta se coloca a modo de espejo y realiza la rotación de muñecas, codos, hombros y cuello en 3 series de 10 repeticiones en cada articulación. En caso de imposibilidad para realizar el ejercicio se opta por movimientos oculares en varias direcciones - Segundo momento: Después de inducir un estado más favorable a través del ejercicio, se realiza la reestructuración cognitiva mediante la psicoeducación explicar la conexión del estado de ánimo con la alimentación y el ejercicio físico. - Realizar juntamente con el paciente ejemplos de diferenciación entre comidas saludables y las que no lo son y vincularlas con los estados de ánimo positivos y negativos respectivamente - Realizar juntamente con el paciente ejemplos de diferenciación entre estado físico sano y aquel no saludable se vincula con los estados de ánimo positivos y negativos respectivamente - Solicitar que se fije en las diferencias que existen en su propio organismo si está activo en contraste si se encuentra sedentario, también, si consume alimentos sanos y los no recomendados. 	30m
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un repaso breve de los conocimientos adquiridos y los ejercicios articulares/oculares - Segunda aplicación de la Escala de Valoración del estado de ánimo para constatar el progreso 	15m
RESULTADOS ESPERABLES	<ul style="list-style-type: none"> - Se espera una respuesta favorable ante la inducción de estado de ánimo positivo mediante ejercicios guiados - Establecimiento de una relación terapéutica cercana y de respeto. - Esclarecimiento de la interacción entre alimentación, ejercicio físico y el estado de ánimo positivo. 	

Nota: Elaboración propia del autor

Tabla 11 detalle de la segunda sesión, en base a la fase de psicoeducación.

FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	- Realizar una retroalimentación enfocada en la pregunta ¿Cómo se ha sentido durante estos 15 días? Y realizar un repaso breve de la sesión anterior	15m
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Primer momento: Práctica de ejercicios articulares guiados para lo que el terapeuta se coloca de pie a modo de espejo y realiza la rotación hacia adentro y hacia afuera de la cadera, rodillas, y tobillos en 3 series de 10 repeticiones en cada articulación. En caso de imposibilidad para realizar el ejercicio se opta por movimientos oculares de arriba, abajo, izquierda y derecha - Segundo momento: Después de inducir un estado más favorable a través del ejercicio, se realiza la reestructuración cognitiva mediante una revisión de la teoría del estado de ánimo con ejemplos, para lo que se comienza con un <i>checklist</i> en el que el paciente identifique los pensamientos asociados a los estados negativos con ítems como: “no quiero realizar actividades”; “Las cosas ya no me llaman la atención”; “Solo me apetece dormir”; “Me produce irritación salir de casa”; “Siento que algo malo está por ocurrirme”, etc. Posteriormente se hace que el paciente relacione cada ítem del <i>checklist</i> con una lista de los diferentes estados de ánimo negativos como: “ira”, “tristeza”, “ansiedad”, finalmente, se cierra el ejercicio con un listado de actividades que realmente disfrute, el cual, se guarda en el cuaderno de trabajo para las sesiones posteriores 	30m
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un repaso breve de los conocimientos adquiridos y los ejercicios articulares/oculares - Ejercicio de respiración pausada y profunda 	15m
RESULTADOS ESPERABLES	<ul style="list-style-type: none"> - Se espera una respuesta favorable ante la inducción de estado de ánimo positivo mediante ejercicios guiados - Identificación y clasificación de los pensamientos de fondo que pesan sobre sus actividades diarias - Mejora en el autoconocimiento de los estados de ánimo que más interfieren en su vida 	

Nota: Elaboración propia del autor

Tabla 12 detalle de la tercera sesión, en base a la fase de psicoeducación.

FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un repaso breve de la sesión anterior - Ejercicio de balanceo y equilibrio al pararse únicamente en una pierna durante 20 segundos y posteriormente se cambia de pierna, en el caso de que no sea factible se pide al paciente que intente balancear un lápiz entre la nariz y los labios 	15m
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Primer momento: Práctica de ejercicios musculares guiados para lo que el terapeuta se coloca sentado a modo de espejo y realiza la flexión y extensión de los brazos mientras sostienen un peso aproximado de 1-3lb, posteriormente subir y bajar los brazos hasta la altura de los hombros en 3 series de 15 repeticiones. En caso de imposibilidad para realizar el ejercicio se opta por movimientos oculares de arriba, abajo, izquierda y derecha y en círculos - Segundo momento: Después de inducir un estado más favorable a través del ejercicio, se realiza la reestructuración cognitiva mediante la psicoeducación enfocada en que la mayoría de la gente se siente mucho mejor distribuye o balancea su tiempo en varias clases de actividades, si se pasa la mayor parte del tiempo dedicado a una sola clase es probable que se presente un estado de ánimo bajo caracterizado por el desánimo. Una vez clarificado este punto se procede a realizar un gráfico que representa una balanza, en el lado derecho se colocan dentro de figuras geométricas las responsabilidades del día a día, mientras que en el lado izquierdo se representaran del mismo modo las cosas que le llenan y le gustaría realizar; de esta forma se acentúa el bienestar que produce el balance entre distintos tipos de actividades. 	30m
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un repaso breve de los conocimientos adquiridos y los ejercicios musculares/oculares - Ejercicio de respiración pausada y profunda 	15m
RESULTADOS ESPERABLES	<ul style="list-style-type: none"> - Se espera una respuesta favorable ante la inducción de estado de ánimo positivo mediante ejercicios guiados - El paciente considere incrementar los tipos de actividades que realiza con influjo en su estado de ánimo 	

Nota: Elaboración propia del autor

Tema: Las interacciones humanas y vínculo con el estado de ánimo

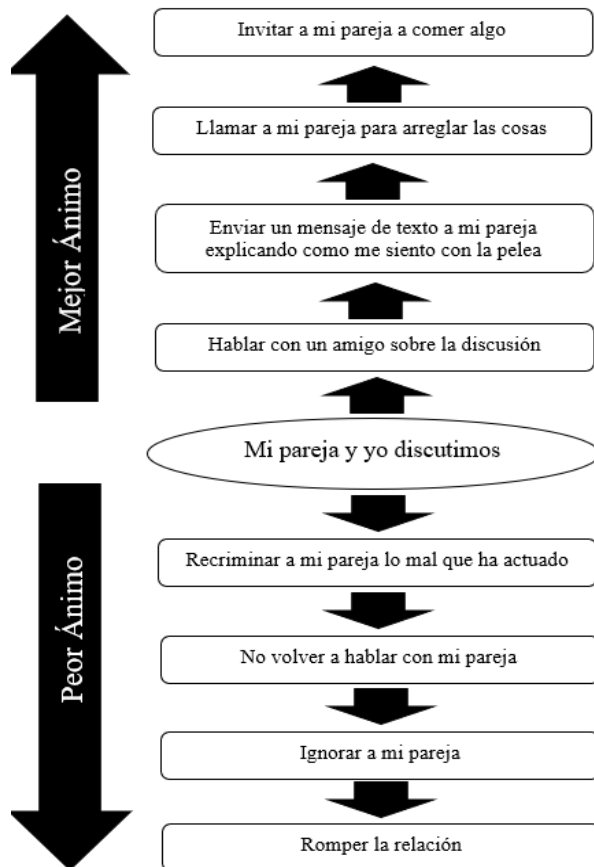
Objetivos: Mejorar las interacciones con terceras personas para aumentar su red de apoyo

Destinatario: Personas usuarios de servicios estatales de discapacidad

Recursos: Terapeuta, Cuaderno de trabajo, esferos (revistas, tijeras y goma)

Tabla 13 detalle de la cuarta sesión, en base a la fase de entrenamiento.

FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	- Realizar una retroalimentación enfocada en la pregunta ¿Cómo se ha sentido durante estos 15 días? Y realizar un repaso breve de la sesión anterior	15m
DESARROLLO	- Primer momento: Práctica de ejercicios musculares guiados para lo que el terapeuta se coloca sentado a modo de espejo y realiza la flexión y extensión de las piernas a modo de sentadillas en 2 series de 15 repeticiones. En caso de imposibilidad para realizar el ejercicio se opta por movimientos oculares de arriba, abajo, izquierda y derecha y en círculos - Segundo momento: Después de inducir un estado más favorable a través del ejercicio, se realiza la reestructuración cognitiva mediante el entrenamiento para establecer interacciones humanas saludables para lo que se realiza una aproximación a la teoría se explica de forma entendible que si se tiene menos contacto con las demás personas conllevaría a sentimientos de soledad, tristeza, enojo, etc. Lo que pesaría sobre su estado de ánimo con un desenlace de situaciones que influyen negativamente sobre sus habilidades sociales, se crea un ciclo que desencadenaría en trastornos graves. Para prevenirlo, se realiza un entrenamiento mediante un mapa en cuyo centro se pide que se ubique un hecho, pensamiento, evento o frase real, posteriormente hacia la parte de arriba desencadenare una serie de eventos que lleven a un desenlace positivo, mientras que para la parte de abajo se realizara lo mismo, pero hacia una consumación negativa, de la siguiente manera:	30m



- Como alternativa para personas no escolarizadas se utiliza recortes sacados de revistas que simbolicen cada acción y de ser necesario realizar una representación mediante mímicas para asegurarse de que comprende el ejercicio.
- Para finalizar se realiza juntamente con el paciente una lista de personas que se encuentran dentro de su red de apoyo y una lista de posibles candidatos a entrar en la misma.

CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un repaso breve de los conocimientos adquiridos y los ejercicios musculares/oculares - Ejercicio de respiración pausada y profunda 	15m
RESULTADOS ESPERABLES	<ul style="list-style-type: none"> - Se espera una respuesta favorable ante la inducción de estado de ánimo positivo mediante ejercicios guiados - Paciente entrenado para proveer a futuro las consecuencias de sus actos subsecuentes a una interacción social y como se ve afectado su estado de ánimo. 	

Nota: Elaboración propia del autor

- **Sesión N°05**

Tema: Aprender a resolver problemas

Objetivos: Interiorizar métodos de resolución de problemas

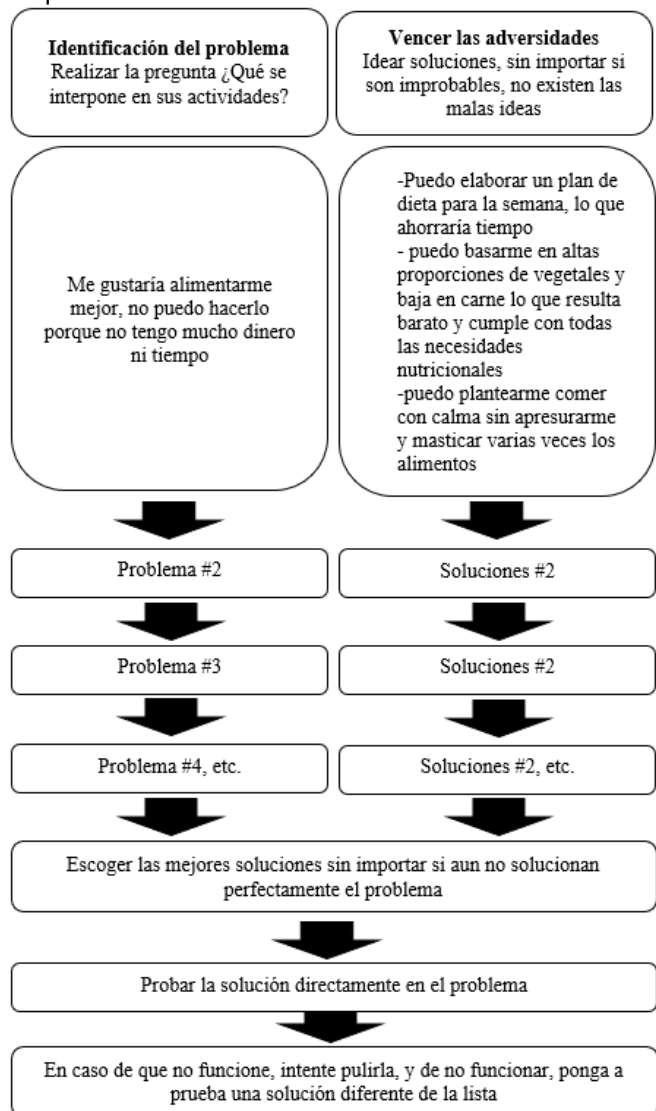
Destinatario: Personas usuarios de servicios estatales de discapacidad

Recursos: Terapeuta, Cuaderno de trabajo, esferos, (revistas, tijeras y goma)

Tabla 14 detalle de la quinta sesión, en base a la fase de entrenamiento.

FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	- Realizar una retroalimentación enfocada en la pregunta ¿Qué ha aprendido a lo largo de las 4 sesiones iniciales? Y realizar un repaso breve de la sesión anterior	15m
DESARROLLO	- Primer momento: Práctica de ejercicios articulares guiados para lo que el terapeuta se coloca a modo de espejo y realiza la rotación de muñecas, codos, hombros y cuello en 3 series de 10 repeticiones en cada articulación. En caso de imposibilidad para realizar el ejercicio opta por movimientos oculares de arriba, abajo, izquierda y derecha - Segundo momento: Después de inducir un estado más favorable a través del ejercicio, se realiza la reestructuración cognitiva mediante el entrenamiento para resolver problemas y vencer obstáculos para lo que se necesita descubrir cuales son los obstáculos o problemas que dificultan realizar sus actividades y empeoran su estado de ánimo, se realiza una reflexión sobre el tema para la posterior aplicación del siguiente	30m

esquema:



- Como alternativa para personas no escolarizadas se utiliza recortes sacados de revistas que simbolizen cada acción y de ser necesario realizar una representación mediante mímicas para asegurarse de que comprende el ejercicio.
- Para finalizar se realiza juntamente con el paciente un ejemplo de solución de problemas, esta vez sin ayuda del terapeuta

CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un repaso breve de los conocimientos adquiridos y los ejercicios articulares/oculares - Ejercicio de respiración pausada y profunda 	15m
RESULTADOS ESPERABLES	- Se espera una respuesta favorable ante la inducción de estado de ánimo positivo mediante ejercicios guiados	

Nota: Elaboración propia del autor

- **Sesión N°06**

Tema: Mis metas a futuro

Objetivos: Fijar una meta a largo plazo mediante la definición de pequeños pasos que lo lleven a conseguirla

Destinatario: Personas usuarios de servicios estatales de discapacidad

Recursos: Cuaderno de trabajo, esferos, (revistas, tijeras y goma), de ser posible teléfono o computadora y video que motive la consecución de metas.

TABLA 15 DETALLE DE LA SEXTA SESIÓN, EN BASE A LA FASE DE ENTRENAMIENTO.

FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una retroalimentación enfocada en la pregunta ¿Cómo soporta ahora los problemas cotidianos? Y realizar un repaso breve de la sesión anterior 	15m
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Primer momento: Práctica de ejercicios articulares guiados para lo que el terapeuta se coloca de pie a modo de espejo y realiza la rotación hacia adentro y hacia afuera de la cadera, rodillas, y tobillos en 3 series de 10 repeticiones en cada articulación. En caso de imposibilidad para realizar el ejercicio se opta por movimientos oculares de arriba, abajo, izquierda y derecha - Segundo momento: Después de inducir un estado más favorable a través del ejercicio, se realiza la reestructuración cognitiva mediante el entrenamiento para plantearse objetivos y metas para lo que se refleja la importancia de mantenerse orientado, organizarse, enfocarse, y comprender lo que realmente es importante en su vida, para el ejercicio se parte de llenar un cuestionario con preguntas sobre su futuro: ¿Qué me gustaría hacer un año más adelante? ¿Qué puedo hacer en lo que resta del año para aproximarme a mi meta? ¿Cuándo puedo empezar? ¿Qué específicamente voy a hacer? ¿En qué lugar físico debo empezar? ¿Qué acción o método específico puedo emplear? - Para conseguir llegar a metas claras el terapeuta se asegura de que lo que manifiesta el paciente cumpla con los criterios de: ser una meta realista, sea específica, sea manejable por el paciente, sea divisible en actividades más pequeñas, tengan una recompensa final. - Finalmente, se realiza en una cartulina el mapa de sus metas con los pasos que plantea seguir llenado de la siguiente manera: 	30m

1	3	2
Llenar en primer lugar:	Llenar en tercer lugar:	Llenar en segundo lugar:
Valores que poseemos	Metas a corto plazo	Metas a largo plazo
Compasión por los animales	-Preparar un espacio adecuado -Contar con el alimento -Informarme sobre las vacunas necesarias	Rescatar y cuidar a un perro de la calle
Ayudar a mi familia	-Planificar un calendario con las fechas importantes - -Buscar actividades que todos disfrutemos -Buscar ayuda para decoraciones	Organizar y celebrar los cumpleaños de todos mis familiares
Ser trabajador	-Buscar cursos de capacitación pagados o gratuitos -Investigar como redactar una hoja de vida -salir a buscar oportunidades laborales	Conseguir un empleo con los beneficios de ley

- Como alternativa para personas no escolarizadas se utiliza recortes sacados de revistas que simbolicen cada acción.

CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un repaso breve de los conocimientos adquiridos y los ejercicios articulares/oculares - Motivar al paciente a la consecución de metas y de ser posible observar un video relacionado al tema 	15m
RESULTADOS ESPERABLES	<ul style="list-style-type: none"> - Se espera una respuesta favorable ante la inducción de estado de ánimo positivo mediante ejercicios guiados - Manejo de metas realistas que se encuentren a su alcance - Definición de metas claras y esquema de pasos para conseguirlas 	

Nota: Elaboración propia del autor

• Sesión N°07

Tema: Contradecir los pensamientos que hacen daño para solucionar los problemas y sortear las adversidades

Objetivos: Identificar los pensamientos dañinos y reemplazarlos con pensamientos útiles

Destinatario: Personas usuarios de servicios estatales de discapacidad

Recursos: Cuaderno de trabajo, esferos

Tabla 16 detalle de la séptima sesión, en base a la fase de ejecución.

FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una retroalimentación enfocada en la pregunta ¿Cómo estoy acercándome a mis metas? Y realizar un repaso breve de la sesión anterior 	15m
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Primer momento: Práctica de ejercicios musculares guiados para lo que el terapeuta se coloca sentado a modo de espejo y realiza la flexión y extensión de los brazos mientras sostienen un peso aproximado de 1-3lb, posteriormente subir y bajar los brazos hasta la altura de los hombros en 3 series de 15 repeticiones. En caso de imposibilidad para realizar el ejercicio se opta por movimientos oculares de arriba, abajo, izquierda y derecha y en círculos - Segundo momento: Después de inducir un estado más favorable a través del ejercicio, se realiza la reestructuración cognitiva mediante la ejecución para lo que se diseñó toda la sesión con la finalidad de enviar una tarea específica de solución de conflictos; es necesario que el paciente entienda que su manera de pensar es automática y cómoda y que encuentra cierta dificultad al momento de cambiar su forma de pensar, sin embargo, existen estrategias que le ayudan a contradecir sus preceptos y enfocarse en la solución problemas aprendido previamente. - Es necesario al toparse con estas situaciones que el paciente describa el pensamiento que le parezca más dañino y frecuente. - Una vez identificado el pensamiento, realizarse las siguientes preguntas: ¿Qué es lo mejor que llegaría a pasar? ¿Qué es lo peor que llegaría a pasar? ¿Viviría con ello? ¿Qué es lo más probable o real que llegaría a pasar? - Llegado a este punto de reflexión se integra las estrategias de solución de conflictos aprendidas previamente - Se le indicara que frecuentemente se piensa diferentes se expresa verbalmente los pensamientos a otras personas, por lo que se le pide que la próxima vez que se enfrente con este pensamiento lo comparta con alguien de confianza. - Finalmente, se pide al paciente que registre los eventos que se susciten en la práctica, para hacer un recuento de todas las situaciones vividas, se enfatiza que el resultado es más llevadero de lo que se creería inicialmente. - Todas las actividades son evaluadas en la siguiente sesión. 	30m
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un repaso breve de los conocimientos adquiridos y los ejercicios musculares/oculares - Ejercicio de respiración pausada y profunda 	15m

RESULTADOS ESPERABLES	- Se espera que el paciente sea capaz en la práctica de identificar sus pensamientos dañinos, contradecirlos y aplicar las estrategias de solución de problemas aprendidas.
------------------------------	---

Nota: Elaboración propia del autor

- **Sesión N°08**

Tema: Vencer los obstáculos para las buenas relaciones

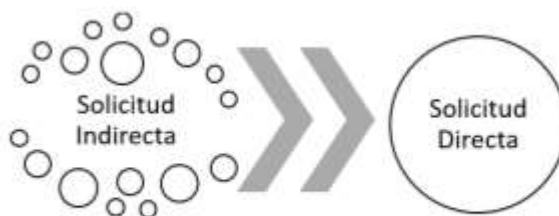
Objetivos: Escuchar atentamente, practicar como hacer peticiones con seguridad y expresar sus sentimientos

Destinatario: Personas usuarios de servicios estatales de discapacidad

Recursos: Cuaderno de trabajo, esferos

Tabla 17 detalle de la octava sesión, en base a la fase de ejecución.

FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	- Realizar una retroalimentación enfocada en la evaluación de la tarea enviada a casa sobre la sesión anterior	15m
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Primer momento: Práctica de ejercicios articulares guiados para lo que el terapeuta se coloca de pie a modo de espejo y realiza la rotación hacia adentro y hacia afuera de la cadera, rodillas, y tobillos en 3 series de 10 repeticiones en cada articulación. En caso de imposibilidad para realizar el ejercicio se opta por movimientos oculares de arriba, abajo, izquierda y derecha - Segundo momento: Después de inducir un estado más favorable a través del ejercicio, se realiza la reestructuración cognitiva mediante la ejecución para lo que se inicia con las siguientes reflexiones: ¿Cómo ha influido el estado de ánimo negativo en su relación con otras personas? ¿Presenta pensamientos o sentimientos de rechazo hacia otras personas? ¿Ha realizado cambios en cómo actúa con las demás personas? - Es importante que el paciente comprenda que la comunicación es una parte sumamente importante en las buenas relaciones que posteriormente pesan sobre el estado de ánimo, por lo que es importante aprender a escuchar activamente y comunicarse asertivamente. - A continuación, se realiza una diferenciación entre una solicitud directa y una indirecta, se toma en cuenta que hablar con firmeza conlleva: Aclarar que es lo que necesito, Identificar quien me ayudaría y escoger las palabras y el tono de voz adecuado para pedirlo. 	30m



Vaya, parece que va a llover	¿Podrías prestarme un paraguas por favor?
¿Tendré Anemia?	¿Doctor, podría realizarme exámenes de anemia por favor?
El patio parece sucio, cuando vas a barrerlo	¿Por favor podrías barrer el patio en los próximos 20 minutos?
Estoy cansada de recoger las cosas	Te agradecería que no dejaras tus zapatos en la sala

- Posteriormente, se practica la expresión de sus pensamientos con firmeza honesta y respetuosamente de forma calmada sin importar si sean positivos o negativos a través de las premisas:

“Yo siento quesitu “

“yo pienso que”

- Finalmente, se lleva los conocimientos adquiridos a la práctica con la indicación al paciente de que vigile su estado de ánimos realiza las interacciones y lleve una cuenta del número de contactos tanto positivos y negativos que lleva a cabo durante el día con las demás personas, además, se realizar planes con una persona de confianza con quien expresar sus pensamientos y sentimientos libremente.

CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un repaso breve de los conocimientos adquiridos y los ejercicios articulares/oculares - Ejercicio de respiración pausada y profunda 	15m
RESULTADOS ESPERABLES	<ul style="list-style-type: none"> - Se espera una respuesta favorable ante la inducción de estado de ánimo positivo mediante ejercicios guiados - Paciente capacitado para responder asertivamente y pronunciarse mediante peticiones directas y firmes y capaz de expresar sus sentimientos y pensamientos de la forma más adecuada. 	

Nota: Elaboración propia del autor

• Sesión N°09

Tema: Realizar actividades placenteras

Objetivos: Encontrar ideas para actividades que posiblemente le gustaría desempeñar y llevarlo a la realidad

Destinatario: Personas usuarios de servicios estatales de discapacidad

Recursos: Terapeuta, Cuaderno de trabajo, Hojas de trabajo, Lápices, Escala de evaluación del estado de ánimo EVEA

tabla 18 detalle de la novena sesión, en base a la fase de ejecución.

FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de la Escala de Evaluación del Estado de Ánimo EVEA - Realizar una retroalimentación enfocada en la evaluación de la tarea enviada a casa sobre la sesión anterior 	15m
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Primer momento: Práctica de ejercicios articulares guiados para lo que el terapeuta se coloca a modo de espejo y realiza la rotación de muñecas, codos, hombros y cuello en 3 series de 10 repeticiones en cada articulación. En caso de imposibilidad para realizar el ejercicio se opta por movimientos oculares de arriba, abajo, izquierda y derecha - Segundo momento: Después de inducir un estado más favorable a través del ejercicio, se realiza la reestructuración cognitiva mediante la ejecución de una actividad placentera que sirve de ejemplo para planificar y ejecutar nuevas actividades por su propia cuenta, para lo que se revisa la “lista de actividades que realmente disfruta” que se ha realizado en la sesión N°2 de la que se desprenden nuevas ideas, después se realiza la pregunta ¿bajo qué condiciones esta actividad sería más divertida para usted? Por ejemplo, si ha elegido escuchar música escoja si desea hacerlo solo o en compañía de alguien más. A continuación, se jugará a predecir cuanto disfruta cada actividad. En este punto el terapeuta es enfático en las actividades a realizar, aunque piense que no las va a disfrutar; se apoya del siguiente esquema para evaluar su pensamiento previo y posterior a realizar una actividad estimulante de la lista que el mismo ha proporcionado: 	30m

Actividad	Antes de la actividad: ¿Cuánto piensa que la disfrutará?	Después de la actividad: ¿Cuánto realmente la disfrutó?
Escuchar música	★★	★★★★★
Ver un cortometraje	★★★	★★★★
Actividad #3	-----	-----
Actividad #4	-----	-----

- Es importante saber que la mayoría de las personas encuentran más disfrute que el esperado en las actividades lo que los motiva para realizar otra.

	- Una vez interiorizado este entretenido sistema de registro, el paciente planea y ejecuta un mínimo de 24 actividades hasta el seguimiento en el siguiente semestre del año.	
CIERRE	- Realizar un repaso breve de los conocimientos adquiridos y los ejercicios articulares/oculares - Aplicación final de la Escala de Valoración del estado de ánimo para constatar la evolución	15m
RESULTADOS ESPERABLES	- Se espera una respuesta favorable ante la inducción de estado de ánimo positivo mediante ejercicios guiados - El paciente es capaz de llevar a cabo simultáneamente la mayoría de los conocimientos adquiridos, por consiguiente, su perfil de estado de ánimo evoluciona hacia uno más positivo.	

Nota: Elaboración propia del autor

• Limitaciones y Prospectivas

Dentro de las limitaciones se encuentra la actual pandemia por COVID-19, que se presenta como un taxativo para la investigación con total libertad como se realizaría en otra circunstancia debido a la necesidad de seguir nuevas normas y protocolos de distanciamiento, bioseguridad, entre otros, sin embargo, al aplicarse las recomendaciones de los organismos de control sanitario vigentes, es posible continuar con el trabajo propuesto. Otra limitante son las características propias de la población con discapacidad, es necesaria una mínima adaptación del presente plan a la necesidad y capacidades de cada individuo. Se prevé que la investigación sirva de ayuda al aumentar el conocimiento y opciones de trabajo y tratamiento que llenen las necesidades de esta población vulnerable.

CONCLUSIONES

- El término "estado de ánimo" se asocia con "emoción" y en la práctica se utilizan como términos intercambiables, lo cual, constituye un error, el primer término involucra un sostenimiento durante un período de tiempo más largo, no está determinado por ninguna razón o acontecimiento específico o aparente y se presenta con menor intensidad que el segundo término, el cual, es de corta duración y mayor intensidad, además, presenta razones que lo determinan.
- Mediante la aplicación de la Escala de Evaluación del Estado de Ánimo EVEA se evidencia que los usuarios de servicios estatales de discapacidad en su mayoría presentan perfiles del estado de ánimo que tienden a ser negativos como la "tristeza-depresión", que se presentó en 62.5% de los casos, ansiedad 54.16%, e "ira" 40.27% mientras que el estado de "alegría" se presentó únicamente en 40.27% de los casos por lo que se comprueba la hipótesis, se requiere de una propuesta de intervención para trabajar el estado de ánimo de los usuarios de servicios estatales de Discapacidad.
- La terapia Cognitivo conductual es una de las mejores alternativas para intervenir en el estado de ánimo puesto que mediante sus técnicas bien sustentadas por la investigación, nos permiten intervenir en los factores asociados y en su modificación con autosugestión, música y películas, transformación del entorno, reducción de agentes estresores, alimentación y ejercicio físico.

RECOMENDACIONES

- Socializar la presente investigación, con el objetivo de dar a conocer los beneficios de la intervención en los factores que modifican el estado de ánimo para la prevención de los problemas de salud mental.
- En base a los resultados obtenidos, se considera oportuna la ejecución del plan de intervención, que se enfoca en las principales necesidades como la modificación del estado de tristeza-depresión y ansiedad.
- Profundizar y ampliar el estudio sobre la validez del programa de intervención y su eficacia en la modificación del estado de ánimo con diferenciación por los diferentes tipos de discapacidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, D. (2018). Desarrollo de las habilidades motrices de las personas con discapacidad intelectual a través del proceso cognitivo. *Artseduca*, (19), 224-245. Recuperado de <http://www.e-revistas.uji.es/index.php/artseduca/article/view/2789>
- Aranda, M. E., Kendzierski, M., & Ortega, M. (2015). Intervención Conductual en un Caso de Bajo Estado de Ánimo. *Revista de psicoterapia*, 26 (102), 175–188. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5399359>
- Arias González, V., Arias Martínez, B., Verdugo Alonso, M. Á., Rubia Avi, M., & Jenaro Río, C. (2018). Evaluación de actitudes de los profesionales hacia las personas con discapacidad. Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/5354>
- Bados López, A. (2008). La intervención psicológica: características y modelos. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/4963>
- Barranco, M., & Vargas, F. (2010). Tutorial enfermería de urgencias. Recuperado de <http://590614797.histolirofur.xyz/>
- Brogna, P. (2021). El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación. *Revista inclusiones*, 18-21. Recuperado de <http://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/547>
- Brumfitt, S. (2010). Psychological well being and acquired communication impairment (Wiley-Blackwell, ed.). South Yorkshire. Retrieved from <https://www.wiley.com/en-us/Psychological+Well+Being+and+Acquired+Communication+Impairment-p-9780470749302>
- Buvinic, M., Mazza, J., Pungiluppi, J., & Deutsch, R. (2004). Inclusión social y desarrollo económico en América Latina. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de <https://ebooks.cepal.org/es/publicaciones/1/s1100013es.pdf>
- Chandra, U., Kumar, C., Ayanore, M., & Shalaby, H. (2020). Concise guides to the United Nations Sustainable Development Goals. (First edition). Bingley. Recuperado de <https://ebooks.cepal.org/es/publicaciones/1/s1100013es.pdf>
- Chang, N. Y., Kimura, Y., Ishimoto, Y., Wada, T., Fukutomi, E., Chen, W. L., ... Matsubayashi, K. (2016). Relationship between oral dysfunction, physical disability, and depressive mood in community-dwelling elderly adults in Japan. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64, 1734–1735. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/jgs.14211>

- Cobeñas, P. (2020). Exclusión educativa de personas con discapacidad: Un problema pedagógico. REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación. Recuperado de <https://repositorio.uam.es/handle/10486/690063>
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (2021). Estadísticas de Discapacidad. Recuperado de <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Cruz Vadillo, R., & Casillas Alvarado, M. Á. (2017). Las instituciones de educación superior y los estudiantes con discapacidad en México. *Revista de la educación superior*, 46(181), 37-53. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-27602017000100037&script=sci_abstract
- Dalmeda, M. E. P., & Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 7(1), 7-27. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6955448>
- Daly, E. (2020). Dignity Rights: Courts, Constitutions, and the Worth of the Human Person. University of Pennsylvania. Recuperado de <https://ebooks.eologim.com/lib/puce/reader.action?docID=3441827&query=%22people+with+disabilities%22>
- Deliyore-Vega, M. D. R. (2018). Comunicación alternativa, herramienta para la inclusión social de las personas en condición de discapacidad. *Revista electrónica educare*, 22(1), 271-286. Recuperado de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-42582018000100271&script=sci_arttext
- Díaz, M., Ruiz, M. Á., & Villalobos, A. (2017). Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo-Conductuales. Recuperado de <https://www.casadellibro.com/libro-manual-de-tecnicas-y-terapias-cognitivo-conductuales/9788433029508/6050454>
- Díaz, V. (2009). Metodología de la Investigación Científica y Bioestadística. Santiago de Chile: RIL. Recuperado de <https://digitalia.puce.eologim.com/visor/29778>
- Ekkekakis, P. (2013). The measurement of affect, mood, and emotion: a guide for health-behavioral research. New York, Estados Unidos: Cambridge University Press.
- Fernández, A. C. (2017). Educación inclusiva en las instituciones de educación superior: narrativas de estudiantes con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 5(1), 43-61. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6023234>
- Gallardo, R. (2006). Naturaleza del estado de ánimo. *Revista Chilena de*

- Neuropsicología 1(1), 29–40. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179317886004>
- Gallego, C. A. M., Redondo, A. L., Cabeza, J. A. M., Gil, D. M. D., Carvajal, S. M. Y., Clavijo, Z. A., ... & Silva, C. D. (2017). Discapacidad: Una Perspectiva Desde Los Ejes De Desigualdad. *Revista científica signos fónicos*, 2(3), 91-143. Recuperado de <http://revista.s.unipamplona.edu.co/ojs/issue/12345/article/view/2018>
- Gallegos, W. L. A., Cuentas, M. C., Canaza, K. D. C., & Rodríguez, T. C. (2019). Síndrome de burnout en cuidadores de pacientes con discapacidad infantil. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología*, 5(1), 7-16. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6810468>
- Gangemi, R. (2017). *Domina tu lenguaje corporal: Las claves para mejorar tu comunicación no verbal*. Recuperado de <https://b-ok.lat/book/11742458/1b926d?id=11742458&secret=1b926d>
- García, R. (2015). *Un síndrome llamado disautonomía: Información para quien lo padece y para quien convive con él*. México, DF: Alfil
- Giaconi Moris, C., Pedrero Sanhueza, Z., & San Martín Peñailillo, P. (2017). La discapacidad: Percepciones de cuidadores de niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad. *Psicoperspectivas*, 16(1), 55-67. Recuperado de http://s://s.cielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-69242017000100006&script=sci_arttext
- Gómez, M. (2016). *Introducción a la Metodología de la Investigación científica*. Córdoba, Argentina: Brujas. Recuperado de <https://digitalia.puce.elogim.com/visor/44342>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Ke, X., & Liu, J. (2017). Discapacidad intelectual Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP, 1-28. Recuperado de <https://iacapap.org/content/uploads/C.1-Discapacidad-Intelectual-SPANISH-2018.pdf>
- Lerma, H. (2016). *Metodología de la investigación: propuesta, anteproyecto y proyecto*. Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones. Recuperado de <https://digitalia.puce.elogim.com/a/47180/metodologia-de-la-investigacion---propuesta--anteproyecto-y-proyecto--5a-ed.->
- López, F. (2014). *Estudio longitudinal de la calidad de vida, estado de ánimo y dependencia funcional de los pacientes afectados por ictus en Extremadura*. (Tesis de doctorado). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/te>

sis?codigo=44041

- Lv, J., Zhang, X., Ou, S., Gu, S., Su, Z., Tong, S., ... Chi, L. (2016). Influence of cognitive behavioral therapy on mood and quality of life after stent implantation in young and middle-aged patients with coronary heart disease. *International Heart Journal*, 57(2), 167–172. <https://doi.org/10.1536/ihj.15-259>
- Mann, J., McGrath, P., & Roose, S. (2013). *Clinical Handbook for the Management of Mood Disorders*. New York, USA: Cambridge University Press.
- Mansilla, M. (2000). Etapas del Desarrollo Humano. *Revista de Investigación En Psicología*, 3(2), 105-116. Recuperado de https://sisbi.b.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a08v3n2.pdf
- Mendoza, E. V. V., Cano, A. G. B., Chasipanta, W. G. A., Navarrete, L. R. P., Ipiates, E. N. P., & Frómeta, E. R. (2017). Programa de actividades físico-recreativas para desarrollar habilidades motrices en personas con discapacidad intelectual. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(1), 1-13. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75075>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2018). Norma técnica del Servicio de Atención en el Hogar y la Comunidad para Personas con Discapacidad. Recuperado de https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/NORMA_TECNICA_ATENCION_EN_EL_HOGAR_Y_LA_COMUNIDAD.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). Calificación de la discapacidad (Dirección Nacional de Normalización, Ed.). Quito. Retrieved from https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/12/M anual_Calificacion-de_Discapacidad_2018.pdf
- Mohr, D. (2010). *The Stress and Mood Management Program for Individuals with Multiple Sclerosis: Therapist Guide*. New York, USA: Oxford University Press. Recuperado de <https://ebookcentral.puce.elogim.com/lib/puce/reader.action?docID=4703294&query=mood+management+cognitive+#>
- Molina, F., Maldonado, P., & Cepeda, R. (2020). Trastornos del estado de ánimo en pacientes con epilepsia ingresados en el Hospital Teodoro Maldonado. In *Revista Electrónica Entrevista Académica*, 2(6), 335 - 347. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7796408>
- Nathan, P., Smith, L., Rees, C., Correia, H., Juniper, U., Kingsep, P., & Lim, L. (2004). *Mood Management Course: A Cognitive Behavioural Group Treatment Programme for Anxiety Disorders and Depression*. Recuperado de <http://cat.lib.unimelb.edu.au/record=b2731258~S30>

- Ocampo, J. C. (2018). Discapacidad, inclusión y educación superior en Ecuador: El caso de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 12(2), 97-114. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-73782018000200097&script=sci_arttext
- Oñate, L., & Calvete, E. (2017). Una aproximación cualitativa a los factores de resiliencia en familiares de personas con discapacidad intelectual en España. *Psychosocial Intervention*, 26(2), 93-101. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1132055916300722>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Recuperado de https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe sobre el sistema de salud mental en Ecuador. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad: Resumen. Recuperado de https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf
- Otto, M., & Smiths, J. (2011). *Exercise for Mood and Anxiety: Proven Strategies for Overcoming Depression and Enhancing Well-Being*. New York, USA: Oxford University Press.
- Palumbo, B., & Federico, B. (2020). Revisión sistemática sobre el efecto del deporte de la vela en la salud en personas con discapacidad. *Journal of Sport and Health Research*, 12(1), 18–27. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7523025>
- Paz-Maldonado, E., & Flores-Girón, H. (2021). Barreras que enfrentan las personas en situación de discapacidad durante la COVID-19 en Honduras. *Rehabilitación*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7891079/>
- Pereira, I., & Vargas, G. (2005). Efectos del estado de ánimo inducido sobre el recuerdo de palabras cargada afectivamente. (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAQ4578.pdf>
- Perez, L., Perez, R., & Seca, M. (2020). *Metodología de la Investigación científica*. Buenos Aires: Maipue. Recuperado de <https://elibro.puce.elogim.com/es/ereader/puce/138497>
- Postolache, T., & Merrick, J. (2021). *Environment, Mood Disorders and Suicide*.

Baltimore, USA: Nova.

- Ramos, G., & Karim, A. (2017). Capacidad jurídica de las personas con discapacidad. Recuperado de <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/1576>
- Redondo, A. L., Gallego, C. A. M., Florez, L. L. P., Machuca, Y. G. C., Mejia, K. L. H., Jerez, L. V. M., ... & Florez, K. A. C. (2017). Relacion Entre La Discapacidad Y La Desigualdad De La Clase Social. *Revista científica signos fónicos*, 2(3), 82-90. Recuperado de http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/CDH/article/view/2017
- Rello, C. F., Puerta, I. G., & González, C. M. T. (2020). Cambiando las actitudes hacia la discapacidad: diseño de un programa de sensibilización en Educación Física. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (37), 713-721. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7243341>
- Sánchez, E. V., Mumbardó-Adam, C., Roselló, T. C., Alonso, M. Á. V., & Giné, C. G. (2018). Autodeterminación en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo: revisión del concepto, su importancia y retos emergentes. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 6(2), 7-25. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6725878>
- Sanz, J. (2001). Escala de Valoración del Estado de Ánimo. (Tesis de doctorado). Recuperado de <http://www.ucm.es/estres/tests-material>
- Serbic, D., Pincus, T., Fife-Schaw, C., & Dawson, H. (2016). Diagnostic uncertainty, guilt, mood, and disability in back pain. *Health Psychology*, 35(1), 50–59. <https://doi.org/10.1037/hea0000272>
- Suriá Martínez, R. (2017). Relación entre perfiles de inteligencia emocional y bienestar psicológico en personas con lesión medular. *Anuario de Psicología*, 47(1), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.anpsic.2017.05.001>
- Tamayo, M., Besoain, Á., & Rebolledo, J. (2018). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gaceta Sanitaria*, 32, 96-100. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/ga/2018.v32n1/96-100/>
- Thayer, R. (1989). *The Biopsychology of Mood and Arousal*. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=zHTmCwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_atb&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Thayer, R. (1996). *The origin of everyday moods: Managing energy, tension and stress*. New York, USA: Oxford University Press. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=fGZpacQGQwQC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Robert+E.+Thayer&ots=SIYRAae5Yu&sig=EzzCHadM76DKcocAhOsBaP4>

8qWk#v=onepage&q&f=false

Thayer, R. (2001). *Calm Energy: How People Regulate Mood with Food and Exercise*. Oxford University Press, Ed., New York. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=yI-3aHKzdckC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Toboso-Martín, M. (2018). Diversidad funcional: hacia un nuevo paradigma en los estudios y en las políticas sobre discapacidad. Recuperado de <https://digital.csic.es/handle/10261/184123>

Universidad de Jaén (2013) Jornadas de atención psicológica y habilidades emocionales en procesos de enfermedades graves y procesos de duelo. (2013). ProQuest Ebook Central. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/puce/reader.action?docID=3216556&query=Lop%C3%A9z+Zafra%2C++Esther>

Vigário, P., Lemos, J., Mainenti, M., & Neves, A. (2019). Disimilitud entre el estado de ánimo, el humor deprimido y la calidad de vida en atletas con discapacidad visual. *Cuadernos de Psicología del Deporte* 19(2), 147-159. Retrieved from https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1578-84232019000200012

ANEXOS

Anexo1.



MAESTRIA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN INTERVENCIÓN

Propuesta de intervención para el estado de ánimo de los usuarios de servicios estatales de Discapacidad.

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. / Sra.....

Por medio de la presente quisiera obtener su autorización para que se le incluya a usted como objeto de estudio en una Propuesta Metodológica y Tecnológica Avanzada denominada “Propuesta de intervención para el estado de ánimo de los usuarios de servicios estatales de Discapacidad.”, llevado a cabo para la obtención de título de cuarto nivel en el programa de posgrado denominado: Maestría en Psicología mención en Intervención, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Sede Ambato. El objetivo general de este proyecto es: Proponer un plan de intervención Cognitivo-conductual para el estado de ánimo de los usuarios de servicios estatales de Discapacidad del Cantón Pastaza. Para cumplir con los objetivos se ha planteado el siguiente instrumento: Escala de Evaluación del Estado de Ánimo (EVEA) cuya función es medir el estado de ánimo. En esta carta solicitamos a usted su consentimiento para su participación en ésta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. La colaboración en este estudio no le quitará mucho tiempo. ***Su participación será anónima***, es decir, que su nombre no aparecerá de ningún modo ni en los instrumentos, ni en los informes del proyecto que se redactarán. Los instrumentos de evaluación llevarán un código desde el inicio que reemplazarán los nombres. Luego, los datos producidos por los instrumentos serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que faciliten el curso de la investigación. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted puede recurrir a la Dirección de postgrados de la PUCESA si tuviese alguna duda. Los profesionales a cargo de este proyecto son: Ps. Cl. Christian Villacís y la Ps. Cl. Catherine Shugulí Mg.; directora del proyecto de titulación.

Autorizo la participación. Si___ No___

Anexo 2.**Ficha Sociodemográfica**

En esta página se encuentran una serie de preguntas relacionadas con la sociodemográfica de las personas con discapacidad. La información que nos proporcione será de estricta confidencialidad.

Lea detenidamente y marque con una X la opción que se acerque a la condición en la que actualmente se encuentra usted.

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA	
Datos Informativos	
1. Fecha de aplicación:	
2. Nombre:	
3. Código:	
4. Sexo: Hombre: () Mujer: ()	
5. Edad: 0-18 () 18-30 () 30-45() 45-65()	
6. Nivel de instrucción: a. Primaria b. Basica c. Secundaria d. Superior e. Ninguna	
7. Como se identifica: a. Indígena b. Afroecuatoriano c. Negro d. Mulato e. Montubio f. Mestizo g. Blanco h. Otro.	
8. Idiomas o lenguas que habla: a. Castellano b. Lengua indígena c. Lengua extranjera d. No habla	
9. Tiene algún tipo de discapacidad: SI () NO ()	
10. Si la respuesta anterior es SI, responda de que tipo: a. intelectual b. físico c. visual d. auditiva e. psicosocial	
11. Tiene carnet de discapacidad: SI () NO ()	
12. Es parte de algún servicio estatal de discapacidad: SI () NO ()	
13. Recibe algún tipo de bono del estado: SI () NO ()	