



Departamento de Posgrados

**Maestría en Psicología Clínica con Mención en
Psicoterapia de Grupo**

Título del trabajo

Eficacia de la terapia de grupo en mujeres víctimas de violencia
con síntomas depresivos

Autor/a:

Adriana del Rocío Peralta Duarte

Director/a:

María Fernanda Coello Nieto PhD

Cuenca - Ecuador

2024

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a Dios por haberme concedido la vida y ser la fuente principal de sabiduría para alcanzar el éxito. A mis padres y hermanos, quienes me permitieron crecer, estudiar y darme el apoyo en los momentos más difíciles de mi vida y a afrontar las adversidades. A mis hijos que son el soporte vital en cada etapa de mi vida, por su apoyo permanente para alcanzar las metas propuestas.

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento a mis profesores por impartir sus conocimientos, a mis hijos que me brindaron su apoyo permanente para superar todos los obstáculos y culminar una meta más. Finalmente, expresar mi agradecimiento a las mujeres que participaron en este estudio y compartieron sus sentimientos y experiencias más íntimas, sin ellas no hubiera sido posible cumplirlo.

RESUMEN

En el presente estudio, se aplicó un modelo de intervención grupal con enfoque cognitivo-conductual para reducir los síntomas depresivos en mujeres víctimas de violencia. Se inició con una entrevista semiestructurada para identificar el maltrato familiar y la Escala de Hamilton para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos, manteniendo siempre la confidencialidad. El diseño cuasiexperimental, cualitativo demostró la efectividad de la Psicoterapia de Grupo en doce mujeres líderes de Aldeas Infantiles S.O.S. Comunidad Protectora de Sayausí en Cuenca.

La intervención grupal aplicada se basó en la Guía de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para víctimas de violencia; que se destaca por su efectividad en la reducción de síntomas depresivos asociados a la violencia, siendo un abordaje breve, estructurado y focalizado en modificar pensamientos y conductas disfuncionales en estas mujeres mejorando su estado emocional, calidad de vida y entorno.

Palabras clave: *intervención grupal, víctimas de violencia, depresión, efectividad, terapia cognitiva conductual*

ABSTRACT

In the present study, a group intervention model with a cognitive-behavioral approach was applied to reduce depressive symptoms in women victims of violence. It began with a semi-structured interview to identify family abuse and the Hamilton Scale to evaluate the severity of depressive symptoms, always maintaining confidentiality. The quasi-experimental, qualitative design demonstrated the effectiveness of Group Psychotherapy in twelve female leaders of S.O.S Children's Villages. Sayausí Protective Community in Cuenca.

The group intervention applied was based on the Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Guide for victims of violence; which stands out for its effectiveness in reducing depressive symptoms associated with violence, being a brief, structured and focused approach on modifying dysfunctional thoughts and behaviors in these women, improving their emotional state, quality of life and environment.

Keywords: *group intervention, victims of violence, depression, effectiveness, cognitive behavioral therapy.*

María Fernanda Coello Nieto PhD

Directora

Tabla de Contenidos

Dedicatoria.....	2
Agradecimiento.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
Tabla de Contenido.....	6
Índice de Tablas.....	7
Introducción.....	10
 Capítulo I	
1.1. Antecedentes	12
1.2. La Violencia contra la mujer o Violencia de Género.....	14
1.3. Criterios del DSM V-R, en relación de Violencia contra la mujer.....	17
1.3.1. Maltrato del adulto y problemas de negligencia.....	17
1.3.1.1. Violencia física por parte del cónyuge o la pareja.....	17
1.3.1.2. Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja.....	17
1.3.1.3. Negligencia por parte del cónyuge o la pareja.....	17
1.3.1.4. Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja.....	18
1.4. Contexto Sociocultural de Desigualdad. La Socialización Diferencial.....	18
1.5. Tipos de Violencia.....	19
1.5.1. Violencia Física.....	19
1.5.2. Violencia Psicológica.....	19
1.5.3. Violencia Sexual.....	20
1.5.4. Otras formas de violencia.....	20
1.6. Ciclo de la violencia.....	21

1.7. Características de la violencia hacia la mujer.....	21
1.8. Dinámica de la violencia.....	22
1.9. Impacto del maltrato en la salud de las mujeres.....	23
1.9.1. Consecuencias en la salud mental de las víctimas de violencia.....	23
1.10. Depresión: síntomas y prevalencia	24
1.10.1. Formas de afrontamiento de la depresión en mujeres víctimas de violencia.....	25
1.11. Intervención psicológica en mujeres víctimas de violencia.....	26
1.11.1 Psicoterapia de Grupo en mujeres víctimas de violencia	26
1.11.1.1 Técnicas y estrategias de Intervención Grupal.....	27
1.11.1.2 Terapia Cognitivo-Conductual en Violencia de Género	29
1.11.1.3. Otras modalidades de intervención grupal.....	30

Capítulo II

Metodología.....	32
2.1 Introducción.....	32
2.2. Objetivos	32
2.2.1. Objetivo general.....	32
2.2.2. Objetivos específicos.....	32
2.3. Tipo de investigación.....	33
2.4. Población.....	33
2.4.1. Criterios de inclusión	33
2.4.2. Criterios de Exclusión.....	33

2.5. Instrumento y métodos.....	34
2.5.1. Entrevista motivacional.....	34
2.5.2. Metodología.....	35
2.5.3. Instrumentos	35
2.5.3.1. Escala de Hamilton para la Depresión.....	36
2.5.3.2. Validación del Test De Hamilton para Determinar Síndrome Depresivo.....	37
2.5.3.3. Programa SPSS ("Statistical Package for the Social Sciences")	38
2.6. Procedimiento.....	38
2.7. Análisis de datos.....	39
2.7.1. Tópicos de las sesiones.....	39

Capítulo III

3.1. Resultados	44
3.1.1. Pre Test.....	44
3.1.2. Post Test.....	45
3.1.3. Análisis comparativo Pre test y Post test.....	46
3.1.4. Análisis comparativo entre resultados pre y post intervención grupal	46

Capítulo	IV4.1.
Discusión.....	47
Conclusiones.....	51
Recomendaciones.....	52
ANEXOS.....	54
Anexo1- Consentimiento Informado.....	54

Anexo 2- Escala de Hamilton para la depresión	55
Anexo 3- Escala de satisfacción.....	57
REFERENCIAS.....	59

Índice de Tablas y figuras

Tabla 1. <i>Porcentaje del grado de depresión Pretest en las mujeres víctimas de violencia</i>	44
Figura 1: Pre test.....	44
Tabla 2: <i>Porcentaje del grado de depresión Post test en las mujeres víctimas de violencia</i>	45
Figura 2: Post test.....	45
Tabla 3... <i>Análisis comparativo de las variables Pre y Post test a la intervención grupal en mujeres víctimas de violencia que presentan depresión</i>	46

Introducción

La violencia contra las mujeres es una problemática global que trasciende barreras geográficas, culturales y socioeconómicas, dejando un impacto devastador en la salud mental y el bienestar de las víctimas. Entre las consecuencias más comunes de la violencia de género se encuentra el desarrollo de trastornos depresivos, los cuales pueden persistir a lo largo del tiempo si no son abordados de manera adecuada.

En este contexto, la terapia de grupo surge como una intervención terapéutica efectiva para abordar tanto las secuelas psicológicas de la violencia como la sintomatología depresiva en mujeres que han sido víctimas de abuso. Esta forma de terapia ofrece un espacio seguro y de apoyo donde las mujeres pueden compartir sus experiencias, sentirse comprendidas y empoderadas, y trabajar en conjunto para sanar y recuperarse.

El presente estudio tuvo como objetivo explorar la efectividad de la terapia de grupo en el tratamiento de la depresión en mujeres que han sufrido violencia de género. Se examinaron diversos aspectos, como la reducción de los síntomas depresivos, adquisición de habilidades de afrontamiento, el fortalecimiento de la resiliencia y la mejora en la calidad de vida de las participantes.

Para ello, se revisaron investigaciones previas que han evaluado los resultados de la terapia de grupo en este contexto específico, así como los posibles mecanismos de cambio que subyacen a su efectividad. Asimismo, se observaron las implicaciones clínicas y prácticas de estos hallazgos, con el fin de informar y mejorar las intervenciones dirigidas a mujeres víctimas de violencia con depresión.

En última instancia, se espera que este análisis contribuya a ampliar nuestro entendimiento sobre las estrategias terapéuticas más adecuadas para abordar las complejas

necesidades de esta población vulnerable, promoviendo así su recuperación integral y su empoderamiento personal.

En el primer capítulo se describen los conceptos relacionados con la violencia contra la mujer, las repercusiones del maltrato en la salud mental femenina, particularmente en lo que respecta a la depresión y las estrategias de afrontamiento. También se explorarán diversas técnicas y estrategias de intervención grupal. En el segundo capítulo se detallará la metodología empleada en este estudio, así como el procedimiento llevado a cabo. A continuación, en el tercer capítulo, se presentan los resultados estadísticos pertinentes, por último, en el cuarto capítulo se hace referencia a la discusión, conclusiones y recomendaciones.

En resumen, este trabajo pretende proporcionar una visión detallada de la realidad experimentada por las mujeres víctimas de violencia en nuestro medio. Mediante un análisis exhaustivo y la presentación de extractos destacados de los siguientes capítulos, buscamos invitar a los lectores a profundizar en este tema arraigado culturalmente en nuestra sociedad. Además, se destaca un método psicoterapéutico altamente efectivo que merece ser implementado en la atención de estas situaciones.

Capítulo I

1.1. Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) señala que aproximadamente un tercio de las mujeres a nivel mundial experimentan violencia en algún momento de sus vidas, de las cuales alrededor del 30 % sufren maltrato por parte de sus parejas. En mayo de 2020, durante el confinamiento por la pandemia de coronavirus en Europa, la OMS informó que hubo un aumento significativo, llegando hasta un 60 %, en las llamadas de auxilio realizadas por mujeres víctimas de violencia.

De manera similar, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) describe esta problemática en Sudamérica, estimando que afecta aproximadamente al 60 % de la población femenina en la región.

La violencia de género, según la definición de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) citada por Calvo González y Camacho Bejarano (2014), abarca cualquier acción o intención que cause daño físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo amenazas, coerción o privación arbitraria de libertad, tanto en ámbitos públicos como privados. Esta violencia se ha reconocido como un problema de salud pública a lo largo de la historia, con repercusiones emocionales y trastornos mentales a corto y largo plazo, como depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad y baja autoestima (Félix y Gavilán, 2020), en línea con lo expresado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022), que considera la violencia como un problema de salud pública, derechos humanos y justicia social que afecta a una de cada tres mujeres en el mundo, cifra similar en América Latina y México.

En orden de las ideas anteriores, la exposición a la violencia, es un factor de riesgo desencadenante de la depresión, estimada como la primera causa de discapacidad en mujeres en México. Esta afección intensifica una serie de síntomas y condiciones como: fatiga,

alteraciones en los patrones de sueño, ansiedad, preocupación por dificultades económicas, y se asocia con incrementar el riesgo de muerte por suicidio, falta de apoyo social y absentismo laboral. La concurrencia de estos factores refleja la complejidad y la gravedad de los impactos que la enfermedad puede tener en la calidad de vida de las mujeres (2023).

Al respecto, la OMS sugiere priorizar la intervención desde ámbitos educativos, sociales y sanitarios; por tanto, un aspecto importante para iniciar el tratamiento es el psicológico, conceptualizado como una intervención profesional, basada en métodos y técnicas psicológicas en un contexto clínico, donde el profesional busca la eliminación o disminución del sufrimiento de la persona en consulta, o instruir el fortalecimiento de habilidades para hacer frente a los diversos problemas que afronta, como la violencia conyugal.

Como parte del tratamiento, la terapia cognitiva es un enfoque que beneficia a las mujeres que han sufrido violencia al abordar los conflictos surgidos a raíz de los traumas vividos, los cuales a menudo las llevan a ocultar dicho maltrato. Este enfoque se centra en las historias de vida individuales de cada mujer, lo que resulta muy útil al otorgar importancia a las cogniciones y contribuir así a la salud mental. La terapia cognitiva abarca un amplio espectro de ideas, creencias, imágenes y expectativas, donde se estudian los procesos básicos de la memoria y la resolución de conflictos. Lo que contribuye a mejorar su calidad de vida. Métodos específicos a ser aplicados a diferentes mujeres con distintas problemáticas para el mejoramiento de su calidad de vida. (Leiva, 2020)

Otra forma para la disminución del impacto psicológico de la COVID-19 y los retos asociados a la atención sanitaria en la VCM, fue la promoción de intervenciones basadas en tecnología que, en comparación con la atención presencial, funcionan de manera similar o mejor en este tipo de poblaciones; además de ser una opción accesible, rentable y de costo-efectividad para la población general.

Bajo este contexto, estas intervenciones solicitan ayuda eficaz, para la disminución de las barreras de acceso, evitando el estigma asociado a la salud mental, garantizando la seguridad y privacidad. Además, las intervenciones basadas en tecnología que incluyen componentes de terapias cognitivas y conductuales son una opción en la disminución de síntomas depresivos en personas adultas (Ramírez., 2023).

Estas consideraciones, pueden garantizar la calidad de las intervenciones y contribuir a la recuperación efectiva de la mujer atendida. Podríamos decir que los estudios realizados sobre la efectividad del tratamiento psicológico cognitivo-conductual, consiguieron una mejora significativa de los síntomas: TEPT, depresión, ansiedad, inadaptación, así como aumento de la autoestima y disminución considerable de las cogniciones postraumáticas, tras la terapia, las mujeres que obtuvieron puntuaciones de un malestar severo (ansiedad, depresión) se redujeron en un 23 %. La importancia de esta revisión radica en presentar al profesional en psicología el uso de alguna práctica terapéutica que resulte más efectiva ante las secuelas psicológicas de la mujer maltratada, para que logre recuperar el control de su vida, aumente su seguridad y, por tanto, su autonomía, remedie el impacto psicológico y salga de manera definida el círculo de violencia (González, 2019)

1.2. La Violencia contra la mujer o Violencia de Género

En el año 1993, en la “Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer”, de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se propone la primera definición oficial de la «violencia contra la mujer» como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada declarando la violencia como un problema de salud pública fundamental, connotando una aproximación al problema multidisciplinar y basada en el método científico, esto es, con la

premisa de generar conocimientos básicos, profundizar en el estudio de las causas y consecuencias, buscar mecanismos de prevención, que además sean evaluados y evaluables en cuanto a su eficacia (Fariña et al., 2013).

En este sentido, “La violencia contra la mujer, dada principalmente por la pareja, refiere un problema de la salud para la población y una falta grave sobre los derechos de las mujeres”. Los valores mundiales presentados por la OMS mencionan que cerca de una mujer de cada tres de las mismas (30%) han pasado por algún tipo de violencia sexual, psicológica y física por el esposo, conviviente o terceros individuos en algún instante de su vida; por tanto, casi siempre la violencia es ejercida por el cónyuge o ex cónyuge.

De lo anterior se infiere que en el planeta alrededor del (27%) de mujeres comprendidas entre los 15 a 49 años de edad con una relación formal, pasaron por alguna forma de violencia, concluyéndose que la violencia ocasiona dificultades en la salud tanto mental como física de las mujeres (Flores, 2023).

Asimismo, la pandemia por coronavirus que comenzó en el año 2020 y se prolongó hasta el 2023, en su etapa inicial, generó medidas impuestas de confinamiento, como el distanciamiento social, quedarse en casa y suspensión de actividades no esenciales, que modificaron el estilo de vida e impactaron de manera negativa en la dinámica de relación de pareja y reorganización de la vida en familia, ingreso económico y rol del cuidado en muchos casos. Esto presumió un aumento de los delitos y la violencia contra las mujeres (VCM) en diferentes países del mundo incluyendo Latinoamérica y México (Ramírez., 2023).

Las consecuencias y los efectos de la violencia sobre la mujer son devastadores, ocasionando problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión, y aumentando la probabilidad de un posterior trastorno de estrés postraumático (TEPT). También, se han descrito otros efectos psicológicos secundarios como la pérdida de autoestima, sentimientos

de culpa, aislamiento social, dependencia hacia el maltratador, problemas con los hijos/as, dificultad para hacer planes futuros, la creencia de no poder vivir sin el maltratador, disminución de conductas de autocuidado y del sentido de la competencia, disociación, relaciones interpersonales conflictivas y problemas sexuales, abuso de sustancias e intentos de suicidio; y, en general, graves implicaciones en la vida cotidiana. (Vaca et al., 2020)

Según la ONU Mujer en el (2018) un poco menos del 40% de mujeres que pasan violencia, solicitan asistencia en su entorno, además muy pocas de ellas tienen confianza en las autoridades destinadas a intervenir en asuntos de violencia, y las mujeres que acuden a solicitar apoyo no reciben el tratamiento adecuado, lo que genera desconfianza total en las autoridades. No obstante, en Ecuador, en una encuesta tomada a nivel nacional sobre la violencia de género y clima familiar, que se realizó por el INEC y Censo (2019), se obtuvo que, a nivel nacional con un sesenta y cuatro, en el contorno urbano con un 65,7% y zona rural con un 62,8% de violencia contra la mujer (Flores, 2023).

En el ámbito latinoamericano, se señala que aproximadamente entre el 14% y el 17% de las mujeres en Brasil, Panamá y Uruguay y más de la mitad (58,5%) de las mujeres en Bolivia experimentaron violencia física y/o sexual. Además, una prevalencia que osciló entre un cuarto y un tercio en 14 países y superaba el tercio en cuatro países: Colombia, Costa Rica, Ecuador y Estados Unidos (Granda y Hernández, 2021).

En el Ecuador la violencia de género está orientada, por construcciones culturales que fueron originando diferencias entre mujeres y hombres, que van más allá de las capacidades físicas y que aluden a categorizaciones en cuanto a capacidades intelectuales, permisividad en determinadas acciones y en roles que definitivamente deja fuera la posibilidad de individualidad como persona (Morales et al., 2019).

1.3. Criterios del DSM V-R, respecto a Violencia contra la mujer

1.3.1. Maltrato del adulto y problemas de negligencia

1.3.1.1. *Violencia física por parte del cónyuge o la pareja.* Esta categoría se aplica a acciones no accidentales de fuerza física, sucedidas en el transcurso del último año, que provocan o generan una probabilidad razonable de ocasionar daños físicos a la pareja o miedo significativo. Las acciones no accidentales de fuerza física incluyen: empujones, bofetadas, tirones de cabello, pellizcos, agarrones, zarandeos, derribos, mordeduras, patadas, puñetazos o golpes con un objeto, quemaduras, envenenamientos, presionar la garganta, bloquear el acceso al aire, sumergir la cabeza bajo el agua y agredir con un arma. Están excluidos los actos en defensa propia o de la pareja (APA, 2014).

1.3.1.2. *Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja.* Esta categoría se utiliza cuando durante el último año se produce algún acto sexual forzado u obligado con la pareja. La violencia sexual puede implicar el uso de la fuerza física o la presión psicológica para obligar a la pareja a participar en un acto sexual en contra de su voluntad, tanto si el acto llega a realizarse o no. También se incluyen en esta categoría los actos sexuales con una pareja que no esté capacitada para consentir (APA, 2014).

1.3.1.3. *Negligencia por parte del cónyuge o la pareja.* La negligencia contra la pareja es un acto atroz u omisión sucedido en el último año, realizado por la pareja de una persona dependiente, privándole de algunas necesidades básicas, que provoquen o generen una probabilidad razonable de provocar daños físicos o psicológicos a la pareja dependiente. Esta categoría se utiliza en el contexto de las relaciones en las que uno de los miembros de la pareja es extremadamente dependiente del otro ,para sus cuidados o necesita ayuda para realizar las actividades diarias normales, por ejemplo, una pareja que no sea capaz de cuidar de sí misma a causa de sustanciales limitaciones: físicas, psicológicas, intelectuales o

culturales (p. ej., incapacidad para comunicarse con los demás y realizar las actividades cotidianas por vivir en una cultura extranjera) (APA, 2014).

1.3.1.4 Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja. El maltrato psicológico a la pareja consiste en actos no accidentales verbales o simbólicos, por parte de un miembro de la pareja que provoquen o generen una probabilidad razonable de inducir daños significativos al otro miembro. Esta categoría se emplea cuando se produce este tipo de maltrato psicológico durante el último año. Los actos de maltrato psicológico consisten en amonestar o humillar a la víctima, interrogarla, restringir su libertad de movimientos, obstruir su acceso a la asistencia (p. ej., al cumplimiento de la ley, a recursos legales, de protección o médicos), amenazar a la víctima con una agresión física o sexual, dañar o amenazar la integridad de personas o cosas que importen a la víctima, restringir injustificadamente su acceso a los recursos económicos, aislarla de su familia, amigos o recursos sociales, acecharla e intentar hacerle creer que está loca (APA, 2014).

1.4. Contexto Sociocultural de Desigualdad. La Socialización Diferencial

A lo largo de la historia, existen muchos ejemplos de las llamadas "teorías" científicas que alimentan mitos sobre la feminidad despectiva, la inferioridad femenina y la feminidad como sinónimo de fragilidad; la frenología, liderada por Gall a finales del siglo XVIII, defendía la creencia de que las mujeres tenían cerebros más pequeños y relación entre inteligencias inferiores, y Moebius (1900), cuyo libro *“La inferioridad psicológica de las mujeres deja clara su posición desde el propio título. Su argumento se centra en el tamaño del cerebro”* (Romero Sabater et al., 2015).

Bajo este contexto, estas teorías fomentan la idea de que las diferencias de género son la base para la formación de la identidad, la desigualdad entre hombres y mujeres y las relaciones de género, y pueden utilizarse para justificar naturalmente las

desigualdades arraigadas en la sociedad. El término "género" fue introducido para resaltar las razones estructurales detrás de las desventajas que enfrentan las mujeres. Este concepto es esencial para la teoría feminista. La noción de género, tal como se comprende actualmente, sugiere que lo femenino y lo masculino no están determinados por factores biológicos (como el sexo), sino que son construcciones culturales. El género abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales, políticos, culturales, económicos y otros (Romero Sabater et al., 2015).

1.5. Tipos de Violencia

La violencia contra la mujer tiene diversas variantes que el agresor ejerce de forma paulatina o simultáneamente, tanto en la esfera privada como en la pública.

1.5.1. Violencia Física: Es la agresión más evidente y más sencilla de demostrar. También la última en suceder. Se trata de cualquier acción intencionada (no accidental) que provoque o pueda provocar daño, dolor o lesiones físicas o riesgo de padecerlas en el cuerpo de la mujer. Ejemplos: bofetadas, golpes, quemaduras, empujones, palizas, etc. También los encierros, retenciones y limitaciones de movimiento (Asociación de mujeres vecinales de Elche, 2020).

1.5.2. Violencia Psicológica: Entre los signos psicológicos se encuentran la disminución de la autoestima, la desesperanza, la desconfianza, la depresión, los ataques de ansiedad, la irritabilidad, la ira (incluso deseos de venganza), la confusión, los recuerdos repentinos del trauma (flashbacks), las pesadillas, los cambios en el nivel de activación, el estado de alerta, los trastornos del sueño y/o del apetito, el abuso de sustancias como drogas o alcohol, y las ideas suicidas. Además, pueden surgir episodios de vergüenza, humillación, culpa, resentimiento, apatía emocional, evitación del contacto físico, aislamiento social, miedos no específicos y miedo a ciertos rostros que recuerdan a los agresores. En casos más

graves, pueden presentarse pensamientos intrusivos y estados de disociación, con síntomas de despersonalización y desrealización (Álvarez et al., 2016).

En circunstancias de alta vulnerabilidad debido a diferentes factores o la presencia de factores de riesgo, estos síntomas pueden evolucionar hacia trastornos mentales, entre los que se destacan, según el DSM-5, los trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos disociativos, episodios de ansiedad, problemas de adaptación y trastornos somatomorfos (AIDOS, 2019).

1.5.3. Violencia Sexual: Comprende todos aquellos actos de intención sexual e imposición sexual hacia la mujer, por el que se la obligue, contra su voluntad, a soportar actos de naturaleza sexual que afecten a su integridad física y a su dignidad. Puede ser ejercida por parte del agresor, pero también por otras personas que el agresor decida. Ejemplos: acoso, abuso agresión o explotación sexual, violación, presión para realizar actos sexuales, comentarios obscenos, etc. (Pandea et al., 2019).

1.5.4 Otras formas de violencia

El Ciberacoso o Cyberbullying se define como el uso y difusión de información, real o ficticia, con ánimo lesivo o difamatorio y en formato electrónico. Esta difusión puede realizarse a través de diferentes medios de comunicación digital como el correo electrónico, la mensajería instantánea, las redes sociales, etc. Es decir, es un acoso u hostigamiento a través de nuevas tecnologías. El acoso a través del WhatsApp es una práctica muy extendida y no identificada como control ya desde la infancia. El Grooming se define como el acoso o acercamiento a un o una menor ejercido por una persona adulta con fines sexuales, también a través de las redes sociales e internet. Se refiere a acciones realizadas deliberadamente para establecer una relación y un control emocional sobre un niño o niña con el fin de preparar el terreno para el abuso sexual de la persona menor de edad, incluyéndose desde el contacto

físico hasta las relaciones virtuales y la obtención de pornografía infantil (Álvarez et al., 2016).

1.6. Ciclo de la violencia

La teoría del ciclo de la violencia explica la permanencia y dependencia de la víctima con su agresor, debido a que la víctima se engancha bajo la esperanza de cambio de su pareja; sin embargo, estos sentimientos de arrepentimiento e intenciones de cambio por parte del agresor no provocan, en ningún caso, las razones de la violencia, lo que implica, en definitiva, su negación. El ciclo de la agresión parece estar compuesto de tres fases distintas, estas fases son: “1) la fase de acumulación de tensión; 2) la fase de agresión y 3) la fase de arrepentimiento”. La autora plantea la dificultad de determinar el tiempo que una pareja puede permanecer en cualquiera de las fases, ni el tiempo, por tanto, que se puede tardar en completar uno de los ciclos (Moreira et al., 2020).

1.7. Características de la violencia hacia la mujer

La etimología de la palabra violencia procede del vocablo latino *violentia de vis* (fuerza). Se podría entender este significado, no en el sentido más frecuente y estricto de fuerza física, sino semejante a abuso de poder. En este orden de ideas, González y Villacorta (1998) señalan que la fuerza ruda, está incluida en los comportamientos violentos, pero no en exclusividad. En términos generales, la violencia incluye cualquier agresión física, social o emocional sobre un grupo o individuo. El diccionario de la Real Academia señala que violencia significa “cualidad de violento; acción y efecto de violentar o violentarse; acción violenta contra el natural modo de proceder; o acción de violar a una mujer” (Arinero, 2006).

De lo anterior, existen investigaciones enfocadas en las agresiones físicas, su prevalencia, gravedad y consecuencias; pero muy pocas se han centrado en el estudio de la violencia psicológica, tomándola como un aspecto secundario a la violencia física. De esta

manera la violencia psicológica puede estar relacionada a la violencia física, ser un preámbulo de ella o manifestarse totalmente independiente. “Así como la violencia física puede tener consecuencias físicas y psicológicas, también la violencia psicológica puede provocar secuelas tanto de tipo somático (por ejemplo, dolor físico, úlceras, adicciones, etc.) como emocional, entre las que los síntomas del espectro depresivo y ansioso y el trastorno por estrés postraumático suelen ser las más comunes (Cáceres, 2015).

En cualquier contexto en el que la mujer sea agredida por el hecho de ser mujer, debería considerarse que se trata de violencia de género, independientemente del vínculo mantenido con el agresor. Algunos de estos casos son: si se produce esta violencia en el contexto familiar, se considera jurídicamente violencia familiar y no de género: un padre, un hermano o un tío que agrede a su hija, hermana o sobrina por el hecho de ser mujer y considerar que está en su derecho. Si en el espacio público se produce una agresión, se consideran amenazas, insultos o coacciones: por ejemplo, un hombre insulta a una mujer en un incidente de tráfico conminándola a irse a su casa a fregar, que es lo único que debe de hacer una mujer. Las prácticas tradicionales nocivas para la mujer: las mujeres jirafa de Tailandia; los pies reducidos de las mujeres en Japón; el secuestro de novias; las mujeres quemadas con ácido; la lapidación; el matrimonio forzado; los crímenes de honor; los abortos selectivos (Romero Sabater et al., 2015).

1.8. Dinámica de la violencia

Es esencial proporcionar a las mujeres que son víctimas de violencia machista, y que han internalizado sentimientos profundos de vergüenza y culpa, una comprensión de las causas del maltrato y los factores que mantienen estas relaciones. El sentimiento de culpa puede persistir, inicialmente por no poder hacer que la relación funcione y luego por haber permanecido en ella sufriendo las consecuencias, tanto para ellas como para sus hijos, si los

tienen. Además, es crucial analizar cognitivamente tanto el problema como su mantenimiento, ya que varios factores contribuyen a ello, como la dependencia económica, la falta de empleo, la carencia de recursos propios, la presencia de hijos, la falta de apoyo externo, el miedo y la indefensión aprendida, la inseguridad emocional y la falta de autoestima.

El maltrato en la pareja no aparece de repente, sino que generalmente se desarrolla gradualmente a partir de conductas abusivas que aumentan en intensidad y frecuencia con el tiempo. Teorías como la de la unión, el castigo paradójico y la intermitencia sostienen que en las relaciones de pareja hay un ciclo entre el buen trato y el maltrato (Álvarez et al., 2016).

1.9. Impacto del maltrato en la salud de las mujeres

Las consecuencias psicológicas del maltrato crónico pueden resultar devastadoras para la regulación emocional de la persona que lo sufre. Un elevado porcentaje de víctimas de violencia presentan un perfil psicopatológico caracterizado por el estrés crónico, estrés postraumático (TEPT) y por otras alteraciones clínicas (depresión, ansiedad, síntomas depresivos, tendencias suicidas, baja autoestima, sentimientos de culpa, etc.

Las/os profesionales que trabajan con víctimas de maltrato han incorporado la perspectiva del trauma para explicar los daños psíquicos que presentan las mujeres que han sufrido violencia de género en sus diferentes versiones (emocional, física, cognitiva, económica, sexual). Este marco teórico permite entender los padecimientos de las mujeres maltratadas, relacionando sus dolencias con las condiciones en las que viven (Álvarez et al., 2016).

1.9.1. Consecuencias en la salud mental de las víctimas de violencia

Las consecuencias del maltrato pueden llegar a ser mortales como: homicidio, suicidio; no mortales con síntomas inespecíficos, lesiones traumáticas, afecciones

genitourinarias, problemas con el embarazo, comportamientos de riesgo, efectos en la salud mental, efectos en los hijos. Efectos en la salud mental como: patologías agravadas, trastornos cognitivos y relacionales, depresión que es el trastorno más diagnosticado por síntomas como el estado de ánimo, desesperanza, baja autoestima, culpa, pérdidas, falta de proyección de futuro, suicidio. Síntomas por Estrés postraumático: miedo, pesadillas, recuerdos intrusivos, evitación, distanciamiento emocional, aislamiento, escasa proyección de futuro, dificultades en el sueño, problemas de atención y concentración, Irritabilidad, hipervigilancia, alerta y sobresalto (Álvarez et al.,2016).

1.10. Depresión: síntomas y prevalencia

La depresión es un trastorno que puede presentarse en personas de cualquier rango etario, dándose su mayor prevalencia entre los 15 y 45 años, en el pasado la depresión era un trastorno que se manifestaba en la edad adulta; sin embargo, actualmente una población significativa sufre su primer episodio en la adolescencia, siendo un 2,6 % de la población infanto-juvenil en el mundo quienes son afectados por el trastorno depresivo. Según la OMS y la OPS (2017), investigaciones realizadas en el año 2015 estiman que afecta más a mujeres que a hombres, con un porcentaje aproximado de 5,1 % y 3,6 % respectivamente. Álvarez (2014), agrega que la prevalencia-vida es de 16,2 %, es decir que esas personas padecieron depresión mayor en algún momento de su vida y la prevalencia año es de 6,6 %, siendo ese porcentaje el de personas que la padecieron en el último año. Asimismo, es relevante destacar que los casos más severos pueden llevar al suicidio, siendo principalmente el sexo masculino quien lo ejecuta. A su vez, cuando la depresión es recurrente y la persona experimenta más de un episodio depresivo, el riesgo de suicidio también aumenta, siendo un 15 % la probabilidad de que los pacientes ejecuten el acto. La depresión es una de las causas más vinculadas a la conducta suicida, siendo esta última el segundo motivo de muerte en personas de entre 15 y 29 años (Rod17).

La experiencia de decepciones y adversidades es común a todos, pero la depresión clínica va más allá de la tristeza cotidiana. En diversos grados, implica una sensación de pérdida, falta de autoestima y desesperanza, con una percepción de que la vida está fuera de nuestro control y una autocrítica excesiva por los eventos negativos. La depresión afecta tanto a nivel psíquico como físico, manifestándose en síntomas principalmente afectivos como tristeza patológica, desesperanza, anhedonia, apatía y malestar subjetivo. También puede presentar síntomas cognitivos como dificultades de atención y alteraciones del sueño, así como síntomas somáticos inespecíficos. Algunos afectados no reconocen la depresión como una enfermedad y no buscan ayuda profesional, atribuyendo sus síntomas a un mal día. Los pacientes depresivos suelen mostrar una apariencia descuidada, movimientos lentos, un tono de voz bajo, cansancio y falta de energía vital durante una entrevista. La capacidad de atención también se ve afectada. La depresión puede clasificarse en leve, moderada o grave según la intensidad de los síntomas. En el DSM-4 se presentan varias categorías de trastornos depresivos, que incluyen ocho subcategorías como el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), entre otros (Rodríguez, 2017).

1.10.1. Formas de afrontamiento de la depresión en mujeres víctimas de violencia

La terapia cognitiva se utiliza para ayudar a mujeres que han sufrido agresiones a superar la depresión, enfrentando sus pensamientos y elevando su autoestima. Sin embargo, muchas veces estas mujeres tienen dificultades para revelar la verdad debido a la vergüenza o prefieren guardar silencio, creyendo que su situación es personal. Es esencial brindarles apoyo y estímulo para que puedan recuperarse del trauma y encontrar equilibrio en sus vidas. Además, la violencia puede afectar a otros miembros de la familia, como niños y adultos, quienes también pueden necesitar tratamiento psicológico para superar el impacto emocional

de presenciar el maltrato. Un terapeuta cognitivo puede enseñarles técnicas y herramientas para readaptarse a la sociedad y superar el trauma emocional (Leiva, 2020).

1.11. Intervención psicológica en mujeres víctimas de violencia

El abuso sufrido por una mujer a manos de su pareja tiene un fuerte impacto en su salud y bienestar. Aunque las necesidades pueden variar, estas mujeres suelen necesitar apoyo psicológico, asistencia legal, orientación social y atención médica. La intervención psicológica es crucial y debe ser abordada de manera multidisciplinaria. Los profesionales de la psicología deben considerar aspectos importantes al tratar con estas mujeres, como el hecho de que la violencia proviene de una relación íntima. Además, el abuso puede incluir múltiples formas de maltrato que ocurren repetidamente y durante períodos prolongados (Fariña et al., 2013).

Igualmente, es importante tener en cuenta que incluso si la mujer deja la relación con el agresor, el abuso puede continuar e incluso intensificarse. Por lo tanto, en tales casos, la intervención debe centrarse no solo en la recuperación de la mujer, sino también en cuestiones como la toma de decisiones y el manejo de posibles crisis (Fariña et al., 2013).

1.11.1 Psicoterapia de Grupo en mujeres víctimas de violencia

Varios estudios demuestran la efectividad de la terapia de grupo en mujeres víctimas de violencia con síntomas depresivos. La terapia cognitiva con algunos componentes conductuales, presta especial atención a técnicas de modelado, detención de pensamiento, reestructuración cognitiva, técnicas de “reencuadre” e inoculación de estrés (Moreira et al., 2020).

A continuación, se señalan tres elementos básicos en el tratamiento: 1) expresión emocional, 2) reevaluación cognitiva, y 3) entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento. Recoger la experiencia del tratamiento es la fase más compleja ya que dentro

de ella se establecen las siguientes fases de acción: a) adopción de medidas urgentes (en su caso) y búsqueda de soluciones b) entrenamiento en relajación progresiva y respiraciones profundas, c) enseñanza de habilidades de solución de problemas, d) ayuda de la recuperación gradual de actividades gratificantes, y 5) afrontamiento de las conductas evitadas por medio de técnicas de exposición, y/o de las preocupaciones reiterativas por medio de técnicas de distracción cognitiva (Moreira et al., 2020).

Los grupos dan la oportunidad a las mujeres de hablar sobre sus experiencias, proporcionan apoyo emocional, constituyen una oportunidad para construir nuevas redes sociales, y les permite aprender nuevas estrategias que han ayudado a otras participantes. Es trascendental indicar la importancia del grupo al facilitar el procesamiento cognitivo y emocional de la situación, al normalizar la percepción de sus síntomas, y al permitir la salida del aislamiento en el que se encuentran habitualmente. Las intervenciones en grupos para mujeres maltratadas van desde los grupos de autoayuda hasta los grupos terapéuticos. (Habigzang et al., 2019)

1.11.1.1 Técnicas y estrategias de Intervención Grupal

Matud (2004) y sus colaboradores (Matud et al., 2005; Matud, Padilla y Gutiérrez, 2005) han desarrollado un plan de intervención psicológica dirigido a mujeres que sufren maltrato por parte de su pareja. Aunque este programa se basa principalmente en técnicas cognitivo-conductuales, también integra muchos principios y estrategias provenientes de la perspectiva socio-estructural del maltrato a la mujer. El objetivo principal es validar las experiencias de estas mujeres y promover su independencia, facilitándoles el uso de estrategias que les otorguen mayor control y capacidad de toma de decisiones sobre sus vidas. Los resultados de la evaluación de este programa han demostrado una reducción significativa y notable en los síntomas de estrés postraumático, ansiedad, depresión, somatizaciones, así

como en la sensación de indefensión y la inseguridad en sí mismas. Además, se observó un aumento en la autoestima, el apoyo social y las habilidades de afrontamiento centradas en la resolución de problemas (Fariña et al., 2013).

Es un planteamiento que, centrado en el desarrollo de las potencialidades de la mujer tiene tres objetivos generales: 1) ayudarles a aumentar su seguridad, 2) ayudarles a recuperar el control de su vida, y 3) remediar el impacto psicológico del abuso.

Los objetivos específicos son: 1) Aumentar su seguridad. Se trata de un objetivo prioritario, ya que se pretende disminuir el riesgo de sufrir daño físico y/o psicológico en futuros episodios de maltrato. 2) Reducir y/o eliminar sus síntomas. Este objetivo se trabaja a través de distintas estrategias y técnicas terapéuticas, tales como reestructuración cognitiva, exposición, entrenamiento en técnicas de disminución de la activación tales como respiración y diversas formas de relajación, y planes de acción. 3) Aumentar su autoestima y seguridad en sí mismas, objetivos que tratamos de lograr a través del fomento de un autoconcepto adecuado, del autorrefuerzo, del autocuidado, de la defensa de sus derechos y de la dedicación de tiempo y recursos a sí mismas. 4) Aprender y/o mejorar la forma de solucionar los problemas y de tomar decisiones. 5) Fomentar una comunicación y habilidades sociales adecuadas. Para ello, nos centramos en: (a) la definición de comunicación eficaz, (b) los componentes de la comunicación eficaz, (c) el entrenamiento en estrategias para el fomento de dicha comunicación, (d) entrenamiento para diferenciar los estilos de conducta y cómo ser asertiva, (d) psicoeducación y entrenamiento en estrategias de autodefensa. 6) Modificar las creencias tradicionales acerca de los roles de género y las actitudes sexistas. Es importante que las mujeres se den cuenta de cómo la socialización tradicional y los estereotipos de género, además de limitar nuestra vida y no permitirnos desarrollarnos plenamente como seres humanos, genera y mantiene la violencia contra las mujeres (Fariña et al., 2013).

1.11.1.2 Terapia Cognitivo-Conductual en Violencia de Género

Las investigaciones revisadas indican que las intervenciones basadas en el tratamiento cognitivo-conductual (TCC) son las más comunes. Sin embargo, estos programas suelen ser bastante completos y no se limitan a una técnica específica. Se ha demostrado que este tipo de intervenciones son eficaces en la reducción del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), la ansiedad y la depresión. De los 34 estudios revisados, más del 64% (22 de ellos) corresponden a intervenciones grupales que utilizan TCC. Los componentes más frecuentemente empleados incluyen la reestructuración cognitiva (presente en el 78% de los estudios), la exposición (69%), y las técnicas de afrontamiento combinadas con exposición (21%) (Vaca et al., 2020).

Un estudio realizado en España evaluó la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual grupal para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y los síntomas depresivos en 70 mujeres víctimas de violencia de género. Los resultados mostraron que las mujeres que recibieron el tratamiento experimentaron una reducción significativa de los síntomas de TEPT y depresión, en comparación con un grupo de control que no recibió tratamiento (Cáceres, 2015).

Otro estudio realizado en México evaluó la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual grupal para el TEPT y los síntomas depresivos en 148 mujeres víctimas de violencia de pareja. Los resultados mostraron que las mujeres que recibieron el tratamiento experimentaron una reducción significativa de los síntomas de TEPT y depresión, en comparación con un grupo de control que no recibió tratamiento (Echeburúa et al., 2007).

Un estudio realizado en Colombia evaluó la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual grupal para el TEPT y los síntomas depresivos en 100 mujeres víctimas de violencia sexual. Los resultados mostraron que las mujeres que recibieron el tratamiento

experimentaron una reducción significativa de los síntomas de TEPT y depresión, en comparación con un grupo de control que no recibió tratamiento (Matud et al., 2014).

Estos estudios muestran que la terapia de grupo es una intervención eficaz para reducir los síntomas depresivos en mujeres víctimas de violencia. La terapia de grupo proporciona a las mujeres un espacio seguro para compartir sus experiencias, obtener apoyo social y aprender nuevas habilidades para afrontar la violencia y sus consecuencias.

1.11.1.3. Otras modalidades de intervención grupal

Además de la terapia cognitivo-conductual, se han identificado otras modalidades de terapia de grupo que resultan efectivas para mujeres víctimas de violencia y con síntomas depresivos. Estas incluyen la terapia interpersonal, la terapia de aceptación y compromiso, y la terapia de mindfulness. La elección de la modalidad terapéutica más adecuada dependerá de las necesidades específicas de cada mujer.

La intervención psicológica con mujeres maltratadas se da en diversas situaciones, y existen varias modalidades de intervención. En situaciones de crisis, donde se requiere una intervención inmediata, el objetivo principal es el restablecimiento inmediato de la mujer. Algunas pautas propuestas para esta intervención, según McCloskey y Fraser (1997), incluyen: 1-Normalizar el problema y evitar patologizarlo, ayudando a la mujer a comprender que es normal sentirse afectada dada la situación vivida. 2-Evitar poner etiquetas diagnósticas.3-Establecer una relación cálida, empática y genuina, donde las conductas no verbales, la empatía y la autenticidad sean elementos centrales. 4-Hacer preguntas con respeto y escuchar las respuestas. 5-Involucrar a la mujer en la toma de decisiones, ayudándola a expresar sus deseos y comprendiendo las ventajas e inconvenientes de cada

alternativa.6- Facilitar que la mujer recupere o establezca una red de apoyo social lo más rápido posible (Fariña et al., 2013).

Capítulo II

Metodología

2.1 Introducción

La propuesta fue realizar una investigación cuantitativa, con un diseño cuasiexperimental, transversal y exploratorio. Este diseño metodológico permitió abordar de forma sistemática el estudio de las consecuencias y patrones culturales y sociales de la violencia de género, ofreciendo así una visión detallada de la realidad investigada. La combinación de elementos cuantitativos y cuasiexperimentales proporcionó un marco sólido para la recolección y el análisis de datos, favoreciendo la comprensión de fenómenos específicos y revelando posibles correlaciones y causalidades. Mediante este enfoque, se pretendió no solo describir, sino también explorar y comprender de forma más profunda las variables en investigación, aportando así al avance del conocimiento en el campo de estudio.

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo general

Evaluar la efectividad de la terapia de grupo en la reducción de síntomas depresivos en mujeres que han sido víctimas de violencia.

2.2.2 Objetivos específicos:

- Identificar los factores específicos de la terapia de grupo que pueden contribuir a la mejora de los síntomas depresivos.
- Analizar los datos recopilados para determinar si existe una mejora significativa en los síntomas depresivos después de la terapia de grupo.
- Evaluar la satisfacción de las participantes con la terapia de grupo y su percepción sobre como esta intervención afectó su bienestar emocional y mental.

2.3. Tipo de investigación

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, cuasiexperimental, de tipo transversal y con un alcance exploratorio. El diseño incorporó medidas de pre test y pos test para evaluar la efectividad de la intervención en cada una de las sesiones grupales realizadas en las mujeres que sufrieron alguna manera de maltrato o violencia por parte de su pareja o cónyuge.

2.4. Población

Se llevó a cabo un diseño cuasi experimental preprueba-posprueba con un grupo de intervención, se trató de una investigación cualitativa. El grupo que se conformó fue cerrado y de composición homogénea; debido a que sí se integraba un nuevo participante, luego de las dos primeras sesiones en la terapia, se correría el riesgo de generar un retroceso en el avance de las integrantes del grupo.

2.4.1. Criterios de inclusión

- Se incluyeron mujeres que presentaron síntomas depresivos de acuerdo a la entrevista y resultados de la Escala de Hamilton para la depresión como consecuencia de haber sufrido diferentes formas de maltrato o violencia de parte de su pareja o cónyuge.
- Mujeres entre 20 a 55 años de edad que hayan sido víctimas de violencia o maltrato por parte de su pareja o cónyuge.
- Para conformar el grupo se incluyeron a las mujeres víctimas de maltrato que aceptaron mediante consentimiento informado su participación en un dispositivo de terapia grupal con el objetivo de mejorar su estado emocional.

2.4.2. Criterios de Exclusión

- Mujeres que no hayan presentado maltrato o violencia por parte de su pareja o cónyuge.

- Aquellas que no cumplían con los puntajes para los diferentes grados de depresión según los parámetros de la Escala de Depresión de Hamilton.
- La inasistencia a las sesiones (más de dos sucesivamente).

2.5. Instrumento y métodos

2.5.1 Entrevista motivacional

Este dispositivo fue realizado previamente por el personal técnico de las Aldeas S.O.S a las lideresas de la Comunidad Protectora de Sayausí, del Cantón Cuenca conformando el grupo de mujeres víctimas de violencia o maltrato, determinando el equipo técnico que requerían la intervención de terapia grupal.

La entrevista motivacional (EM) es una técnica de comunicación centrada en el cliente que se utiliza para explorar y resolver la ambivalencia hacia el cambio. Este enfoque se ha aplicado exitosamente en diversas áreas, incluida la salud mental, la adicción y la modificación de comportamiento. Cuando se emplea antes de una terapia de grupo, la entrevista motivacional busca aumentar la motivación y la disposición del individuo para participar de manera activa y beneficiarse de la experiencia grupal.

El objetivo principal de la entrevista motivacional previa a la terapia de grupo fue explorar la ambivalencia de las participantes en relación con la intervención en el grupo terapéutico. La ambivalencia puede surgir por diversas razones, como miedos, dudas o resistencias internas al cambio. Durante la entrevista motivacional, el terapeuta utiliza habilidades de escucha reflexiva, preguntas abiertas y afirmaciones positivas para ayudar al individuo a expresar sus pensamientos y sentimientos de una manera reflexiva.

La EM se centra en fortalecer la motivación interna del individuo, destacando la importancia y la relevancia personal de participar en la terapia de grupo. Se busca construir una alianza terapéutica sólida, fomentando un ambiente de colaboración en el que el terapeuta

y el individuo trabajan juntos para explorar metas y valores personales. Además, la EM aborda la resolución de la ambivalencia, ayudando al individuo a identificar y abordar las posibles barreras para la participación en el grupo terapéutico.

Al preparar al individuo de esta manera antes de la terapia de grupo, se crea un fundamento sólido para una participación más comprometida y efectiva en el proceso terapéutico grupal. La entrevista motivacional se adapta a las necesidades específicas de cada individuo, reconociendo y respetando sus propias razones para cambiar y evitando la confrontación directa, lo que ayuda a establecer una relación terapéutica positiva.

2.5.2. Metodología

La metodología utilizada fue totalmente grupal y participativa. Se adaptó el Manual de Psicoterapia de Grupo para Trastornos Depresivos y Técnicas de desarrollo Personal, y la Guía de Terapia Cognitiva en mujeres Víctimas de Violencia. Desde el primer momento se proporcionó seguridad, confianza y apoyo personal y profesional, por parte de los profesionales encargados de la intervención psicoterapéutica como de las propias asistentes al mismo, dejándoles expresarse, opinar, manifestar sus inquietudes y valoraciones de forma abierta y tolerante. Con un diálogo continuo se procuró que las mujeres observen que no son las únicas en vivir estas situaciones y que consigan establecer una red personal de apoyo social y lazos de comunicación y afectividad entre ellas en los que puedan apoyarse al finalizar la intervención terapéutica grupal.

2.5.3 Instrumentos

Se utilizó una escala estandarizada para medir síntomas depresivos, el funcionamiento social y la capacidad de afrontamiento antes y después de la intervención. Además, se recopilaron datos cualitativos a través de entrevistas para comprender la percepción de las participantes sobre el programa; así como una encuesta de satisfacción al terminar el proceso

psicoterapéutico.

2.5.3.1 Escala de Hamilton para la Depresión

Está conformada por veintidós (22) ítems que evalúan el estado de ánimo durante los seis últimos meses (tristeza, sentimientos de soledad a pesar de estar acompañada, sentimientos de inutilidad, desvalorización de sí misma); ideación o pensamientos suicidas (piensa que la vida no merece ser vivida, que mejor sería estar muerta, ideas de muerte, etc.); insomnio: dificultad para conciliar el sueño, se le interrumpe el sueño durante la noche y no puede volver a dormir; inhibición psicomotora: lentitud en la memoria, dificultad en la atención, ansiedad psíquica: tendencia a la irritabilidad, a preocuparse excesivamente, ansiedad somática: síntomas somáticos como cefalea, tensión muscular, desmotivación para realizar las actividades de la vida diaria, fatiga, cansancio, ideas de referencia, pérdida de peso, síntomas somáticos gastrointestinales (disminución del apetito no come si no se le insiste. O comer en exceso, malestares gastrointestinales).

Los ítems 1,2,3,7,8 ,9,10,11,15,19 y 20 tienen una valoración del 0 al 4 con una equivalencia entre ausente (0), leve (1), moderado (2), severo (3) y muy severo (4) de acuerdo al grado de intensidad de los síntomas en la paciente.

Los ítems 4,5,6,12,13,14,16,17,18,21,22 tiene una valoración de 0,1 o 2 de acuerdo a como se considere la presencia de los síntomas: cero (0) si hay ausencia de los mismos; con uno (1) si el o los síntomas están de forma leve o dudoso y dos (2) si están claramente presentes.

Se suman los valores obtenidos en total y se establece un criterio diagnóstico de acuerdo a los siguientes parámetros establecidos en la escala:

Puntuación Escala de Hamilton:

8-16 Depresión Leve

17-23 Depresión Moderada

24 o más Depresión Grave

2.5.3.2 Validación del Test De Hamilton para Determinar Síndrome Depresivo.

El proceso de constitución de componentes permitió agrupar los factores del test en base a sus varianzas. Inicialmente, estos factores evaluaban cuatro dimensiones distintas que fueron integradas de la siguiente manera: el componente 1 incluye los ítems 12, 5, 1 y 14; el componente 2 agrupa los ítems 8, 9, 10 y 11; la tercera dimensión está conformada por los ítems 15, 13, 6 y 4; finalmente, el componente 4 está compuesto por los ítems 2, 7, 16 invertido y 3.

Es importante determinar que existe mayor variabilidad en el componente 1, es decir nos dan valores más altos y con varianzas más altas, con este procedimiento nos permitió dar el mejor indicador para agrupar los ítems por cada componente y por ende se puede establecer que el grado de comprensión del constructo es uniforme y si bien existen preguntas que se encuentran en el mismo componente no existe la misma comprensión con respecto a las dimensiones del test (Universidad de Loja, 2018).

En el paso final del procedimiento se obtuvo el índice de confiabilidad de Cronbach de .942, lo cual le confiere una elevada consistencia sin eliminar o desechar algún ítem que en nuestro estudio se determinó que el componente 1 aporta con autovalores significativos en la gran mayoría y es el responsable del valor alto del alfa de Cronbach, con el que se valida el instrumento en su totalidad con el valor mayor de .7 que a nivel mundial es el punto de corte para aceptar esta validación.

Determinamos en los presentes datos que tras realizar el análisis estadístico de los diferentes dominios en todo el valor de Cronbach superó el punto de corte aceptado que es 0,7, siendo en el dominio 2 el más alto, y en total de los dominios se obtuvo 0,952 indicando un valor significativo para aceptar la validez interna del instrumento trabajado.

Esta validación llevo a la conclusión que el test de Hamilton es un instrumento de buena calidad ya que tras el análisis obtuvimos buena consistencia. Representa un instrumento de rápido y fácil diagnóstico del síndrome depresivo en cualquier grupo etario y en cualquier situación espacial y temporal. Por lo cual se recomienda su utilización. (Universidad de Loja, 2018)

2.5.3.3. Programa SPSS ("Statistical Package for the Social Sciences")

SPSS es un software que tiene varias funciones importantes, como el manejo de datos, el análisis descriptivo, las pruebas estadísticas, el estudio de las relaciones entre variables, y la creación de reportes y gráficos. Este software se usa mucho en áreas como la psicología, la sociología, la economía, la educación y la salud pública, ya que ofrece herramientas que facilitan el análisis de patrones, el reconocimiento de tendencias y el entendimiento de las relaciones entre variables en los datos. Su uso ayuda a tomar decisiones basadas en la evidencia en la investigación y el análisis de datos en diferentes campos de las ciencias sociales.

2.6. Procedimiento

Al inicio del proceso terapéutico, en la primera sesión con la participación de doce mujeres que habían sido víctimas de maltrato o violencia por parte de su pareja o cónyuge, se les pidió responder a los ítems de la Escala de Hamilton para depresión. Este primer paso tenía como objetivo determinar el grado de depresión y los síntomas depresivos presentes en cada una de las participantes. Después de recopilar y analizar los resultados iniciales, se asignaron números a los formularios de la Escala de Hamilton para depresión, que se utilizarían como pretest antes de comenzar el tratamiento de terapia de grupo. Paso seguido se les pidió leer y firmar el consentimiento informado de aceptación para su participación. Tras completar las doce sesiones de terapia planificadas, se volvió a aplicar la Escala de Hamilton para Depresión como post test, permitiendo así realizar un análisis comparativo entre los resultados previos y

posteriores al tratamiento. Este análisis se llevó a cabo para evaluar la efectividad de la terapia de grupo en la reducción de los síntomas depresivos en mujeres víctimas de violencia.

2.7 Análisis de datos

Los datos recopilados fueron procesados y analizados estadísticamente, utilizando software especializado como SPSS, con el objetivo de determinar si la intervención fue efectiva en la disminución o eliminación de la mayoría de síntomas depresivos en las participantes. A partir de estos resultados, se puede evaluar la eficacia del programa grupal y considerar su aplicabilidad en contextos similares.

2.7.1. Tópicos de las sesiones

- **Sesión 1-Tema:** Socialización del tema de violencia de género y sus consecuencias en el estado de ánimo y emociones en las mujeres.

Objetivo: Transmitir información sobre: Violencia de género, depresión, emociones, autoestima.

Técnicas Psicoeducativas; mediante diapositivas se dará a conocer información sobre lo que es la violencia de género y sus consecuencias físicas, emocionales en las mujeres que han sido víctimas de maltrato o violencia por parte de su pareja o cónyuge.

- **Sesión 2- Tema:**

Objetivos: Promover la adherencia y el sentimiento de pertenencia.

Fomentar el conocimiento mutuo, la confianza y la cohesión grupal.

Motivar a las participantes para el proceso que van a emprender.

Confirmar sus necesidades por si el programa necesita ajustes.

Aplicación de la Cuestionario de Hamilton para depresión.

Técnicas:

“Técnica Del Espejo”

“La Caja De Los Tesoros” Dinámica de autoestima.

- **Sesión 3**

Tema: Deberes y derechos

Objetivos: Impartir información sobre los efectos de la violencia familiar en la salud mental y emocional de los integrantes, con el objetivo de aumentar la conciencia, validar sus experiencias y empoderarlas.

Técnicas: Psicoeducación:

Violencia familiar: Tipos de violencia familiar, Ciclo de la violencia familiar, Impacto en la salud mental y emocional, Niños testigos de la violencia familiar.

Recapitulación de la sesión anterior y de la información presentada sobre tipos de violencia.

- **Sesión 4**

Psicoeducación y Musicoterapia

Objetivos: Proporcionar información sobre los efectos de la violencia familiar en la salud mental y emocional para aumentar la conciencia, validar sus experiencias y empoderarlas.

Técnicas: Respiración, relajación muscular y meditación.

- **Sesión 5**

Técnicas de Relajación y Regulación emocional

Objetivos:

Reducir los síntomas de ansiedad y estrés promoviendo una sensación de relajación profunda.

Técnica:

Técnicas de respiración y relajación.

- **Sesión 6**

Exploración de los síntomas depresivos y Técnicas de resolución de conflicto a través del cambio de roles.

Objetivos:

- Generar un mayor entendimiento acerca de la depresión y cómo afecta la vida cotidiana impulsando la búsqueda de ayuda y apoyo por parte de las participantes.
- Promover la expresión de sentimientos, necesidades impulsando un sentido de empoderamiento y fortaleza.

Técnica: Humanistas: arteterapia, dramatización, cambio de roles.

- **Sesión 7**

Diferenciación entre comportamiento de hombre y agresor.

Objetivo: Promover la conciencia y la comprensión de las diferencias entre los roles de género saludables y los comportamientos agresivos.

Técnica: Proyección del video en la que uno de los personajes es víctima de violencia o maltrato de parte de su pareja. Se realizará un debate tras cada lectura o visualización: Sacar el perfil de un maltratador y el de un hombre. Plenaria: ¿Cómo nos hemos sentido al escuchar esto?

- **Sesión 8**

Explorando mi autoestima

Objetivo: Revalorización de la autoestima.

Técnica: Narrativa: Cada participante expone sobre como esta su autoimagen, autoconcepto y autoestima.

- **Sesión 9**

Expresión espontánea de emociones y sentimientos.

Objetivo: Proporcionar un espacio seguro y terapéutico donde las mujeres puedan expresar y procesar las emociones relacionadas con su experiencia de vida.

Técnica: Sociodrama.

- **Sesión 10:** Crianza positiva.

Objetivo: Reconocer y mejorar las pautas de crianza y estilos educativos de las participantes fomentando un mejor clima familiar.

Técnica: Psicoeducación sobre los patrones de crianza en sus hijos, evaluarlos y recibir de sus compañeras retroalimentación sobre el tema.

- **Sesión 11**

Prevención de negligencia.

Objetivo: Promover la adopción de prácticas parentales saludables, con el fin de reducir los riesgos asociados a la negligencia y fortalecer el bienestar emocional, físico y social de los hijos.

Técnica: Enseñarles técnicas asertivas de resolución de conflictos frente a las necesidades físicas y psicológicas.

- **Sesión 12**

Proyecto de vida y Evaluación Post- test.

Objetivo: Elaborar Proyectos de Vida individuales que promuevan el autodesarrollo (personal, institucional, comunitario, social).

Realizar una evaluación diagnóstica para identificar los avances que se han realizado a lo largo de la terapia.

Técnica: Psicoeducación: El significado y la estructura de un proyecto de vida.

- **Sesión 13**

Cierre del Programa de Intervención.

Objetivo: Facilitar una reflexión sobre el proceso terapéutico y personal que han experimentado en el grupo incluyendo la exploración de los cambios individuales y colectivos, así como la superación de desafíos.

Técnica: Exponer voluntariamente su proyecto de vida con las dificultades y compromisos a corto, mediano y largo plazo.

Se informa a las participantes sobre la intención de la aplicación de la escala (para conocer tanto la frecuencia como intensidad de los síntomas).

Explorar en qué medida se cumplieron sus expectativas del proceso terapéutico.

Capítulo III

3.1. Resultados

3.1.1. Pre Test

Basado en los datos obtenidos en la Escala de Hamilton para depresión que categoriza el grado de depresión en tres niveles: grave, leve y moderado y los resultados en la aplicación Pre test de las 12 mujeres participantes en la terapia de grupo se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1

Porcentaje del grado de depresión Pretest en las mujeres víctimas de violencia

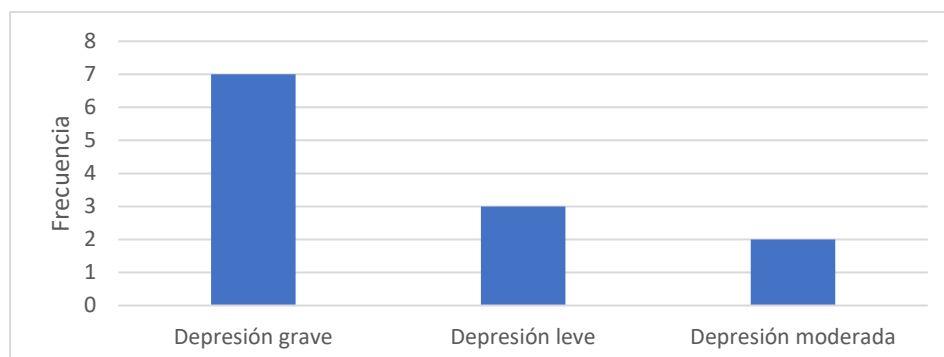
	N	%
Depresión grave	7	58,3%
Depresión leve	3	25,0%
Depresión moderada	2	16,7%

Se cuenta con N= 12 mujeres participantes, 7 de ellas (58,3%) presentan depresión grave, 3 de ellas (25,0%) presentan depresión leve y 2 de ellas (16,7%) tienen depresión moderada.

Estos porcentajes representan la proporción de mujeres en cada categoría de depresión dentro de la muestra. Podemos observar que el 58.3% de las mujeres participantes muestran depresión grave, lo que indica que este nivel de depresión es el más prevalente en el pre test.

Figura 1

Pre test



En la figura 1 se puede apreciar que el grado de depresión grave es el más predominante entre las participantes, seguido por la depresión leve y, finalmente, la depresión

moderada. Esto indica que la mayoría de los participantes muestran síntomas de depresión en un nivel grave, seguido por un menor número que experimenta depresión leve, y una minoría que muestra síntomas de depresión moderada.

3.1.2. Post Test

Basado en los datos obtenidos en la Escala de Hamilton para depresión que categoriza el grado de depresión en tres niveles: grave, leve y moderado. En la aplicación Post test en las 12 mujeres participantes en la Terapia de Grupo se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 2

Porcentaje del grado de depresión Post test en las mujeres víctimas de violencia

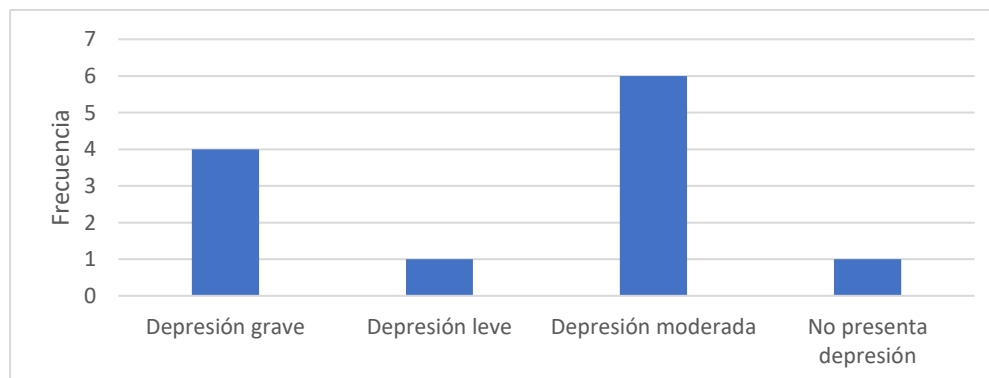
	N	%
Depresión grave	4	33,3%
Depresión leve	1	8,3%
Depresión moderada	6	50,0%
No presenta depresión	1	8,3%

Se cuenta con N= 12 mujeres participantes, 4 de ellas (33.3%) presentan depresión grave, 1 de ellas (8,3%) presenta depresión leve, 6 de ellas (50%) tienen depresión moderada y 1 de ellas (8,3%) no presenta depresión.

Estos porcentajes representan la proporción de mujeres en cada categoría de depresión. Como se observa, el 50.0% de las mujeres participantes muestran depresión moderada, lo que indica que este nivel de depresión es el prevalente en el post test.

Figura 2

Post test



En el gráfico 2 de post test se observa que el grado de depresión grave ha disminuido en relación al pre test, mientras que el grado de depresión moderada se incrementó en las

participantes, también disminuyó la depresión leve y una participante no presenta síntomas depresivos significantes.

3.1.3 Análisis comparativo Pre test y Post test

Tabla 3

Análisis comparativo de las variables Pre y Post test a la intervención grupal en mujeres víctimas de violencia que presentan depresión.

	Media	N	Sd	T	gl	p
PRE	29,83	12	12,655	3,403	11	,006
POST	23,17	12	10,564			

En el análisis comparativo de pre y post a la intervención grupal en mujeres víctimas de violencia se obtiene un valor $p = ,006$ lo cual indica que existe una relación estadísticamente significativa.

3.1.4. Análisis comparativo entre resultados pre y post intervención de la terapia de grupo en la depresión de mujeres víctimas de violencia:

La comparación entre los resultados del Pre test y Post test en la tabla 3 confirma el propósito de la investigación: demostrar la efectividad de la terapia de grupo en mujeres víctimas de violencia con depresión. Los datos revelan un descenso significativo en el porcentaje de depresión grave y un aumento correspondiente en la depresión moderada después de la intervención. Este cambio sugiere una reducción en los síntomas depresivos asociados con la depresión grave entre las participantes tras recibir la terapia de grupo. Además, es notable que una de las participantes no presenta síntomas depresivos después del proceso terapéutico grupal.

Estos hallazgos respaldan la eficacia de la terapia de grupo como una intervención para mitigar los síntomas depresivos en mujeres víctimas de violencia. La disminución en la gravedad de los síntomas depresivos y la mejora en el bienestar emocional de las participantes sugieren que esta modalidad terapéutica puede ser una herramienta valiosa en el tratamiento de la depresión en este grupo específico de mujeres.

Capítulo IV

4.1. Discusión

La presente investigación se orientó en proponer un plan de intervención grupal para mujeres que sufrieron violencia de pareja, utilizando un enfoque cognitivo-conductual, en la Comunidad Protectora de la parroquia Sayausi de las Aldeas S.O.S. Este estudio surgió de la detección de casos específicos y se respaldó con investigaciones previas. Se justificó y elaboró un programa adaptado de terapia cognitivo-conductual para reducir la depresión en estas mujeres, basado en resultados similares obtenidos por Granda y Hernández (2021).

El objetivo general de este estudio fue evaluar la efectividad de la terapia de grupo en la reducción de síntomas depresivos en mujeres que han sido víctimas de violencia, los hallazgos presentados en este estudio indican la eficacia de la terapia de grupo.

Los resultados del estudio indican que la terapia grupal puede ser efectiva para reducir los síntomas depresivos en mujeres que sufren de depresión grave. Específicamente, se observó mejoría en la autoestima, tristeza, apatía, pérdida del interés, la desvalorización, los síntomas somáticos y la desconfianza. Estos hallazgos respaldan la eficacia de la psicoterapia de grupo con un enfoque cognitivo-conductual como intervención para abordar los síntomas depresivos en este grupo específico de mujeres. Además, la aplicación de esta terapia no solo puede ayudar a aliviar la carga emocional de las víctimas, sino también contribuir a su recuperación emocional y su capacidad para enfrentar las secuelas de la violencia experimentada.

Los resultados de este estudio están respaldados por investigaciones anteriores, como la llevada a cabo por Granda y Hernández (2021), que demostró la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en casos de violencia sexual. Este estudio destacó la utilidad de la TCC como uno de los enfoques más recomendados y utilizados debido a su brevedad y su

capacidad para abordar los traumas y problemas psicológicos de las víctimas. Asimismo, respalda el uso de la TCC al resaltar el papel del terapeuta en la intervención con mujeres víctimas de violencia sexual y otras formas de violencia, lo que ha demostrado tener un impacto significativo en su salud mental.

Otro estudio relevante sobre la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en mujeres víctimas de violencia fue realizado por Matud, Fortes y Medina (2014), también está el realizado por Ramírez-Cruz, Santana-Cárdenas y Javier-Juárez (2022). Ambos estudios respaldan la eficacia de las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC) en la mejora de los síntomas depresivos en mujeres víctimas de violencia, corroborando los hallazgos de la investigación actual. Se enfatiza la importancia de adaptar culturalmente la terapia a las necesidades de cada paciente.

El primer objetivo específico fue identificar los factores de la terapia grupal que contribuyen a mejorar los síntomas depresivos en mujeres víctimas de violencia. Los resultados coincidieron con una investigación previa de Matud, Fortes y Medina (2014), que demostró la efectividad de un programa individual de intervención psicológica para mujeres víctimas de violencia de pareja. Este programa, basado en técnicas cognitivo-conductuales, consideraba también los roles de género y el contexto social en la violencia y la recuperación. Se aplicó a mujeres de diferentes niveles socioeducativos y en diversas situaciones con el agresor, mostrando una reducción significativa en síntomas de depresión, ansiedad y trastorno postraumático, además de aumentar la seguridad, la confianza en sí mismas y el apoyo social. Estos efectos se mantuvieron a lo largo del tiempo, incluso con una leve mejoría en el seguimiento.

En relación con el segundo objetivo específico, que consistió en analizar los datos recopilados para determinar si hay una mejora significativa en los síntomas depresivos

después de la terapia grupal con el modelo cognitivo-conductual para reducir la depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja, se observó que las aplicaciones más habituales mostraron una mayor eficacia, como señala el estudio de Habigzang, Petersen y Maciel (2019). Esta intervención contribuyó a mejorar la autoimagen de las participantes y a elaborar un plan de vida que rompiera con el ciclo de violencia. Los resultados revelaron una mejora significativa en los niveles de depresión, ansiedad y estrés, así como un aumento en la seguridad y la confianza en sí mismas después del tratamiento, evidenciando una notable mejoría en las participantes. Además, la intervención facilitó la identificación de experiencias de violencia previamente no reconocidas a través de la psicoeducación. Estos efectos se observaron tanto inmediatamente después de finalizar el programa como en el seguimiento.

El tercer objetivo específico consistió en evaluar la satisfacción de las participantes con la terapia grupal y su percepción sobre cómo esta intervención ha afectado su bienestar emocional y mental. Según los datos recopilados por Habigzang, Ferreira y Zamagna (2019), se puede interpretar que la propuesta de intervención resulta efectiva debido a la reducción de la sintomatología depresiva en mujeres víctimas de violencia conyugal. Uno de los objetivos de las intervenciones cognitivo-conductuales es capacitar al paciente para que se convierta en su propio terapeuta después del proceso psicoterapéutico. Se pudo verificar que, a lo largo del proceso terapéutico, las participantes aprendieron a utilizar técnicas para reconocer pensamientos disfuncionales y cuestionar creencias irracionales. La técnica de resolución de problemas fue bien aprovechada y las participantes comenzaron a usarla para crear alternativas para resolver problemas cotidianos. Además, se identificó que la intervención contribuyó a mejorar la percepción de sí mismas y a construir un proyecto de vida que rompiera con el papel de sumisión a la violencia. El impacto de la intervención fue positivo para los participantes con niveles clínicos de ansiedad. En cuanto a la depresión, algunas

participantes que tenían un nivel grave en la evaluación inicial mostraron una reducción significativa en estos síntomas después de la intervención.

Los resultados de los estudios revisados muestran una clara mejoría en la salud mental de las mujeres, evidenciada por una significativa disminución de los síntomas depresivos después de participar en la intervención grupal con enfoque cognitivo-conductual. Esta discusión ofrece un análisis detallado de los hallazgos, situándolos en el marco teórico y proporcionando recomendaciones para futuras investigaciones y aplicaciones prácticas. En conclusión, estas intervenciones terapéuticas, junto con redes de apoyo, juegan un papel crucial en mejorar la calidad de vida de las víctimas y en reducir las posibilidades de repetición del maltrato tanto a corto como a largo plazo.

CONCLUSIONES

Basándonos en los objetivos establecidos y los resultados obtenidos en esta investigación, se puede concluir que la psicoterapia de grupo con enfoque cognitivo-conductual es efectiva para mejorar o reducir los síntomas depresivos en mujeres que han sido víctimas de violencia por parte de su pareja.

La comparación entre los resultados del pretest y post test confirma el propósito de la investigación: demostrar la efectividad de la terapia de grupo en mujeres víctimas de violencia con depresión. Los datos revelan una disminución significativa en el porcentaje de depresión grave y un aumento correspondiente en la depresión moderada después de la intervención. Este cambio indica una reducción en los síntomas depresivos asociados con la depresión grave entre las participantes tras recibir la terapia de grupo. Además, es relevante destacar que una de las participantes ya no presenta síntomas depresivos después del proceso terapéutico grupal.

Estos resultados apoyan la eficacia de la terapia de grupo como una intervención para mitigar los síntomas depresivos en mujeres víctimas de violencia. La disminución en la gravedad de los síntomas depresivos y la mejora en el bienestar emocional de las participantes sugieren que esta modalidad terapéutica puede ser una herramienta valiosa en el tratamiento de la depresión en este grupo específico de mujeres.

Los hallazgos de este estudio, respaldados por investigaciones similares, indican que la terapia de grupo es una intervención eficaz para mitigar los síntomas depresivos en mujeres víctimas de violencia. La reducción en la intensidad de los síntomas depresivos y la mejora en el bienestar emocional de las participantes sugieren que esta forma de terapia puede ser una herramienta valiosa en el tratamiento de la depresión en este grupo específico de mujeres.

La terapia de grupo se muestra como una intervención efectiva para mujeres víctimas de violencia que también sufren de depresión. Ofrece un entorno seguro y de apoyo donde las mujeres pueden compartir sus experiencias, sentirse comprendidas y trabajar en su recuperación.

Se pudo determinar que la participación en terapia de grupo puede ayudar a reducir los síntomas de depresión en mujeres que han sido víctimas de violencia, ofreciendo un espacio para procesar emociones, aprender estrategias de afrontamiento y desarrollar habilidades para mejorar su bienestar emocional.

En resumen, este estudio sugiere que la terapia de grupo no solo es efectiva para reducir los síntomas de depresión en mujeres víctimas de violencia, sino que también ofrece beneficios adicionales significativos. Estos hallazgos resaltan la importancia y el impacto integral de la terapia de grupo como una herramienta terapéutica para abordar no solo la salud mental, sino también el bienestar emocional y la capacidad de recuperación de las mujeres que han experimentado violencia.

En síntesis, la psicoterapia de grupo con enfoque cognitivo-conductual representa una herramienta valiosa en el tratamiento de los síntomas depresivos en mujeres que han experimentado violencia de pareja, ofreciendo esperanza, apoyo y la posibilidad de recuperación emocional.

RECOMENDACIONES

Se recomienda integrar la terapia de grupo con otras formas de apoyo, como el asesoramiento individual, la educación sobre la violencia doméstica y el acceso a recursos comunitarios. Esta combinación de intervenciones puede abordar las necesidades holísticas de las mujeres y promover un proceso de recuperación integral.

Es crucial ofrecer terapia de grupo de manera culturalmente sensible y adaptable a las necesidades específicas de las mujeres, reconociendo la diversidad de experiencias y contextos culturales entre las participantes. Esto puede mejorar la efectividad y la accesibilidad de la terapia de grupo para mujeres víctimas de violencia con depresión.

También se recomienda replicar este enfoque terapéutico en diferentes contextos donde se encuentre presente la violencia contra la mujer. El objetivo es proporcionar un apoyo efectivo y una vía hacia la recuperación emocional para las mujeres afectadas.

Se insta a realizar más investigación para comprender completamente los efectos a largo plazo de la terapia de grupo en mujeres víctimas de violencia con depresión. Además, es necesario identificar los factores que contribuyen a su eficacia y desarrollar mejores prácticas para su implementación.

ANEXOS**Anexo 1****Consentimiento Informado****PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE GRUPO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
CON DEPRESIÓN**

Yo _____, con CI: _____,

luego de haber sido informado sobre la naturaleza del programa de intervención, y reconociendo que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria, que la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Asimismo, se me informó sobre las sesiones que implican, tiempos, así como las normas de convivencia que consiste en el respeto mutuo, y la asistencia a las sesiones programadas, doy mi CONSENTIMIENTO para iniciar con el programa de intervención.

Fecha: ____/____/____

Firma: _____

Anexo 2

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION

Nombre: Edad:

Instrucción: Fecha:

N° Item	ITEM	Puntaje
1	ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO (Tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0-4
2	SENTIMIENTO DE CULPA (Ideas de culpabilidad, meditación sobre errores pasados o malas acciones)	0-4
3	IMPULSIVIDAD SUICIDA (le parece que la vida no merece ser vivida, desearía estar muerto)	0-4
4	INSOMNIO PRECOZ (Dificultad en conciliar el sueño)	0-2
5	INSOMNIO INTERMEDIO (Despertarse durante la noche)	0-2
6	INSOMNIO TARDIO (Se despierta a primeras horas de la madrugada)	0-2
7	TRABAJO Y ACTIVIDADES (Sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad en el trabajo)	0-4
8	INHIBICION PSICOMOTORA (Lentitud de pensamiento), actividad motora disminuida)	0-4
9	AGITACION ((Se retuerce las manos, se muerde los labios, uñas, etc.)	0-4
10	ANSIEDAD PSIQUICA (Tensión subjetiva e irritabilidad, preocupación por pequeñas cosas)	0-4
11	ANSIEDAD SOMATICA (Boca seca, flatulencia, diarrea; palpitaciones, cefalalgia, pesadez, pérdida de la energía)	0-4
12	SINTOMAS SOMATICOS GASTROINTESTINALES (Pérdida del apetito, no come si no se le insiste)	0-2
13	SINTOMAS SOMATICOS GENERALES (Dolores musculares, cefaleas, pérdida de energía y/o vitalidad)	0-2
14	SINTOMAS GENITALES, (Pérdida de libido, trastornos menstruales)	0-2
15	HIPOCONDRIA (Preocupación por su salud, quejas constantes de enfermedades, ideas hipocondriacas)	0-4
16	PERDIDA DE PESO (Asociado con su estado de ánimo, más de 500gs en una semana)	0-2
17	INTROSPECCION/INSIGHT (Conciencia de si mismo, se da cuenta que está deprimido, niega la enfermedad)	0-2
18	VARIACIÓN DIURNA (Los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde)	0-2
19	DESPERSONALIZACION O DESREALIZACION (Sensación de irrealidad, ideas nihilistas)	0-4
20	SINTOMAS PARANOIDES (Sospecha, ideas de referencia, persecución)	0-4
21	SINTOMAS OBSESIVOS COMPULSIVOS	0-2
22	OTROS SINTOMAS-ESPECIFICAR	0-2
	TOTAL	

PUNTUACION:

0-4 / 0 = Ausente 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Severo 4 = Muy severo

0-2/ 0 = Ausente 1 = Leve o dudoso 2 = Claramente presente

Observaciones:

Anexo 3

ESCALA DE SATISFACCIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO

1. En general, ¿cómo calificaría su satisfacción con el proceso terapéutico que ha recibido para abordar su experiencia de violencia?
 - Muy insatisfecha
 - Insatisfecha
 - Neutral
 - Satisfecha
2. ¿En qué medida siente que las sesiones terapéuticas le han ayudado a comprender y manejar sus emociones relacionadas con la violencia que ha experimentado?
 - No ha ayudado en absoluto
 - Ha ayudado poco
 - Ha ayudado algo
 - Ha ayudado mucho
 - Ha ayudado completamente
3. ¿Cómo calificaría la calidad de la atención y el apoyo recibido por parte del equipo terapéutico durante el proceso?
 - Muy baja calidad
 - Baja calidad
 - Calidad aceptable
 - Buena calidad
 - Excelente calidad
4. ¿En qué medida cree que el proceso terapéutico ha contribuido a mejorar su bienestar emocional y calidad de vida después de haber experimentado violencia?
 - No ha contribuido en absoluto
 - Ha contribuido poco
 - Ha contribuido algo
 - Ha contribuido mucho
 - Ha contribuido completamente
5. ¿Recomendaría este proceso terapéutico a otras mujeres que hayan experimentado violencia en sus vidas?
 - Definitivamente no lo recomendaría
 - Probablemente no lo recomendaría

- No estoy seguro/a
- Probablemente lo recomendaría
- Definitivamente lo recomendaría

Estas preguntas pueden adaptarse según las necesidades específicas del contexto y los objetivos del proceso terapéutico. Es importante asegurarse de que las respuestas sean anónimas y confidenciales para fomentar la honestidad y la sinceridad de los participantes.

REFERENCIAS

- AIDOS. (2019). *Violencia sexual y de género/ Guía de recursos para formadoras y formadores*. AIDOS.
- Álvarez, M., Sánchez, A., Bojó, P., Zelaiaran, K., Aseguinolaza, A., Azanza, M., y Caballero, S. (2016). *Manual de atención psicológica a víctimas de maltrato machista*. Colegio oficial de la Psicología de Gipuzkoa.
- APA. (2014). *MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. DSM-5*. Editorial Médica Panamericana. [https://doi.org/ISBN: 978-84-9835-810-0](https://doi.org/ISBN:978-84-9835-810-0)
- Arinero, M. (2006). Análisis de la Eficacia de un Programa de Intervención Psicológica para Mujeres Víctimas de violencia doméstica. Madrid, España: 978-84-669-2961-5.
- Asociación de mujeres vecinales de Elche. (2020). *Violencia contra la mujer: Guía rápida de apoyo a profesionales*. Casa de la Nona.
- Cáceres. (2015). *Terapia Cognitiva-Conductual en víctimas de violencia psicológica de pareja atendidas en la Unidad Judicial contra la violencia a la mujer y la familia*. Otavalo, Ecuador.
- Cáceres, E., y Labrador, F. (2011). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 5(2), 13-31. <https://doi.org/1900-2386>
- Defensoría del Pueblo de Ecuador/Universidad UTE. (2020). *Violencia contra las mujeres en Ecuador*. Editorial Universitaria UTE. <https://doi.org/978-9942-8745-3-5/978-9978-389-84-3>
- Fariña, F., Arce, R., y Buela-Casal, G. (2013). *Violencia de Género*. Biblioteca Nueva. <https://doi.org/978-84-9940-829-3>
- Felix, L., y Gavilan, R. (2020). Tratamiento Psicológico en mujeres víctimas de violencia conyugal. 23(2). Huancayo, Perú: Repositorio Universidad Continental.
- Flores, J. (2023). Programa Cognitivo Conductual para el bienestar psicológico en mujeres víctimas de violencia en Demuna Cutervo. Pimentel, Perú: Repositorio Universidad Señor de Sipán.
- González, M. (2019). Intervención Cognitivo Conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión de CINAMU-Los Santos. Panamá.
- Granda, M., y Hernández, Y. (2021). Eficacia de la terapia cognitiva conductual en las mujeres víctimas de violencia sexual. *PRO SCIENCES*, Vol 5(No 41), 91-102. <https://doi.org/https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss41.2021pp91-102>
- Habigzang, L., Gomes, M., y Samagna, L. (2019). Terapia Cognitiva Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima. *Ciencias Psicológicas Pontificia*

Universidad Católica do Rio Grande do Sul. Brasil, 13(2), 249-264.
<https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>

- Iborra, I. (Junio de 2020). PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES CON HIJOS/AS. Valencia, España: Universidad Católica de Valencia.
- Isaza, M., y Muslaco, K. (Septiembre de 2020). Programas de Intervención Cognitivo Conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja. Barranquilla, Colombia: Universidad de la Costa.
- Leiva, H. (2020). Aplicación de la Terapia Cognitiva en mujeres violentadas. Cayalá, Guatemala: Universidad Panamericana de Guatemala.
- Matud, P., Padilla, V., Medina, L., y Fortes, D. (2016). Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. *Terapia Psicológica, 34(3)*, 199-208. <https://doi.org/0718-4808>
- Morales, R., Valdés, K., y Cazares, I. (2019). Análisis desde el Enfoque Cognitivo - Conductual de la violencia de género en mujeres de Saltillo, Coahuila. *Políticas Sociales Sectoriales, Año 5(No 5)*.
- Moreira, S., Osorio, D., Maya, G., y Viteri, E. (2020). ANÁLISIS DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y SU PERSPECTIVA EN EL ECUADOR. *Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Psicológicas, 24(99)*, 41-52. <https://doi.org/ISSN 2542-3401/ 1316-4821>
- Pandea, A., Grzemny, D., & Keen, E. (2019). *EL GÉNERO SI IMPORTA*. Ministerio de Igualdad-Madrid. <https://doi.org/978-84-937545-7-0>
- Parra, J. (2021). Abordaje psicoterapéutico de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar .Un estudio de revisión. *Revista Científica Universitaria, 10(2)*. <https://doi.org/2304-604X>
- Ramírez, J., Santana, S., y Javier, S. (2022). Intervenciones psicológicas para mujeres en situaciones de violencia de género: una revisión paraguas. *Uaricha.Revista de Psicología, 19*, 29-40. <https://doi.org/ISSN 2007-7343>
- Ramírez., J. C. (2023). Eficacia de la activación conductual en línea y las terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de la depresión en mujeres mexicanas víctimas de violencia. *Terapias Psicológicas, 41(1)*.
- Rodríguez, J. (2021). Diseño de un programa para reducir la depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja,Lima 2021. Lima, Perú: Universidad Privada del Norte.
- Rodriguez, P. (2017). Terapias Cognitivo Conductuales de Tercera Generación para el Trastorno Depresivo. Uruguay.
- Romero Sabater, I., Álvarez, R., Czalbowski, S., Soria, T., y Villota, M. (2015). *Guía de Intervención en Casos de Violencia de Género*. SINTESIS. <https://doi.org/ISBN 978-84-907777-9-4>

- Sangiago, I., y Martínez, R. (2021). Contenidos de trabajo en violencia de género. Una intervención desde contextos sanitarios. *Revista Clínica Contemporánea*, 12(27), 1-12. <https://doi.org/1989-9912>
- Universidad de Loja. (27 de Septiembre de 2018). *Publicación de artículos, casos clínicos, etc. de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud*. Revista Electrónica de portales médicos.com: ISSN 1886-8924
- Vaca, R., Ferro, R., y Valero, L. (2020). Eficacia de un programa de intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género. *Anales de Psicología*, 36(2), 189-199. <https://doi.org/0212-9728>.

