

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

CARRERA: PSICOLOGÍA

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de: PSICÓLOGA

TEMA:

**LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA COMO ESTRATEGIA PARA
REDUCIR NIVELES DE DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE ENTRE 18 Y 50 AÑOS USUARIAS DEL
CENTRO DE EQUIDAD Y JUSTICIA DE TUMBACO EN LOS MESES DE
JUNIO A SEPTIEMBRE DE 2015**

AUTORA:

DIANA VERÓNICA POZO POZO

TUTOR:

MARIO ARTURO MÁRQUEZ TAPIA

Quito, febrero de 2016

Cesión de derechos de autor

Yo, Diana Verónica Pozo Pozo, con documento de identificación No. 1721838306, manifiesto mi voluntad y cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autora del trabajo de titulación intitulado: LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA COMO ESTRATEGIA PARA REDUCIR NIVELES DE DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE ENTRE 18 Y 50 AÑOS USUARIAS DEL CENTRO DE EQUIDAD Y JUSTICIA DE TUMBACO EN LOS MESES DE JUNIO A SEPTIEMBRE DE 2015, mismo que ha sido desarrollado para optar por el título de: PSICÓLOGA, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En la aplicación de lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, en mi condición de autora reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia, suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.



Diana Verónica Pozo Pozo

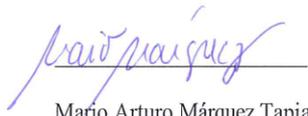
C.I. 1721838306

Quito, febrero de 2016

Declaratoria de coautoría del docente tutor

Yo declaro que bajo mi dirección y asesoría fue desarrollado el proyecto de intervención, LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA COMO ESTRATEGIA PARA REDUCIR NIVELES DE DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE ENTRE 18 Y 50 AÑOS USUARIAS DEL CENTRO DE EQUIDAD Y JUSTICIA DE TUMBACO EN LOS MESES DE JUNIO A SEPTIEMBRE DE 2015 realizado por Diana Verónica Pozo Pozo, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana, para ser considerados como trabajo final de titulación.

Quito, febrero del 2016



Mario Arturo Márquez Tapia

C.I. 1708219306



Quito, noviembre 19 de 2015

Señorita
DIANA VERONICA POZO POZO

Presente.

De mi consideración.

En atención a la solicitud presentada el día 18 de noviembre de 2015, por medio del presente AUTORIZO que la información inherente al proyecto "LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA COMO ESTRATEGIA PARA REDUCIR NIVELES DE DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE ENTRE 18 Y 50 AÑOS, USUARIAS DEL CENTRO DE EQUIDAD Y JUSTICIA DE TUMBACO EN LOS MESES DE JUNIO A SEPTIEMBRE DE 2015" sea utilizada por Usted con fines investigativos.

Atentamente.

Tncl. Marjorie Mera
Directora metropolitana de gestión
de servicios de apoyo a víctimas VIF-MI-VG-VS

Elaborado por	Cristian Goyes Coordinador Área Técnica	
---------------	--	--

Índice

Introducción	1
Primera parte	2
Datos informativos del proyecto	2
Objetivo de la sistematización	2
Eje de la sistematización	3
Objeto de la sistematización	3
Metodología de la sistematización	3
Preguntas Clave	22
Organización y procesamiento de la información.....	23
.....	23
.....	24
Análisis de la información	30
Segunda parte	31
Justificación	31
Caracterización de los beneficiarios	35
Interpretación	41
Principales logros del aprendizaje.....	67
Conclusiones	71
Recomendaciones	73
Referencias	75

Índice de tablas

Tabla 1 Matriz de secuenciación de actividades para la sistematización de la experiencia: “la reestructuración cognitiva como estrategia para reducir niveles de depresión en mujeres de entre 18 y 50 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar”	23
Tabla 2 Resultados del test BDI-II aplicado pre-tratamiento.....	59
Tabla 3 Resultados del test BDI-II aplicado post-tratamiento	60
Tabla 4 Tabla que muestra los puntos de corte en el test BDI-II de Aaron Beck, 1996	61
Tabla 5 Resultados del test de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan aplicado pre-tratamiento	61

Índice de figuras

Figura 1. Valor de la Media de las variables intervenidas en mujeres de entre 18 y 50 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar; pre-tratamiento y post-tratamiento, por Pozo D., 2015	63
Figura 2. Valores totales obtenidos por mujeres de entre 18 y 50 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar tras la aplicación del test BDI-II Pre-tratamiento y Post-tratamiento, por Pozo D., 2015.	64
Figura 3. Valores de la Media total obtenidos de mujeres de entre 18 y 50 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar Pre-tratamiento y Post-tratamiento, por Pozo D., 2015.....	65
Figura 4. Fórmula para obtener la puntuación t en estudios con medidas repetidas o grupos pareados.....	65

Resumen

El presente trabajo previo a la obtención del título de Psicóloga tiene como objetivo principal reducir niveles de depresión identificados en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de entre 18 y 50 años de edad, usuarias del Centro de Equidad y Justicia de Tumbaco. La reestructuración cognitiva es la estrategia elegida para realizar la intervención fundamentada en el enfoque teórico cognitivo conductual de Aaron Beck y la terapia racional emotiva de Albert Ellis. Se modifica bajo esta forma de trabajo los pensamientos también denominados automáticos. La intervención de tipo grupal estuvo dirigida a cuatro pacientes en las cuales se pudo identificar, mediante el test BDI-II de Aaron Beck (1996), niveles de depresión que van desde leve hasta grave, Aplicada la terapia, se ha logrado un mejoramiento significativo. Una de las conclusiones es que mayor tiempo de tratamiento psicoterapéutico probablemente eliminaría completamente dichos cuadros depresivos.

Abstract

In this study, made as a requirement prior to obtaining the title of psychologist, the principal objective which is proposed is to reduce levels of depression identified in women, aged between 18 and 50, who are victims of family violence and who are users of the “*Centro de Equidad y Justicia de Tumbaco*”. Cognitive restructuring is the chosen strategy for intervention, based on the theoretical, cognitive behavioral approach of Aaron Beck and the rational, emotive therapy of Albert Ellis. This form of work also modifies those thoughts known as automatic or dysfunctional thoughts. The intervention was directed to a group of four patients for whom, by using the BDI-II test of Aaron Beck (1996), it was possible to identify levels of depression, ranging from mild to severe. The therapy was applied and there was a significant improvement. One conclusion is that a longer treatment time of psychotherapy could probably completely eliminate these occurrences of depression.

Introducción

Reducción de niveles de depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de entre 18 y 50 años de edad usuarias del Centro de Equidad y Justicia de Tumbaco mediante la Reestructuración Cognitiva. En este trabajo se intentará comprobar la eficacia de dicha técnica cognitivo-conductual desarrollada a nivel grupal que permitirá ayudar a las pacientes a identificar y modificar pensamientos automáticos no saludables causantes de depresión en diferentes niveles, mismos que serán identificados previamente. La principal herramienta utilizada será una técnica cognitivo-conductual la cual permite enseñar a las participantes formas más saludables de pensar. Uno de los aportes fundamentales que se desea probar es la eficacia de esta técnica como estrategia para la reducción de los niveles depresivos en las pacientes con las características antes mencionadas. Su estudio es importante para motivar futuras investigaciones, sobre una problemática que crece considerablemente en nuestra sociedad, por tal razón los profesionales deberán prestar mayor atención en su intervención. Con fines de cumplir con normativas de titulación, se presenta este trabajo en dos partes: parte I: conformada por un Plan de Sistematización de la “Experiencia de utilizar tareas terapéuticas cognitivo-conductuales para reducir niveles de depresión en mujeres de entre 18 y 50 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar” que consta de datos informativos del proyecto, objetivo, eje, objeto y metodología de sistematización; además de organización, procesamiento y análisis de la información. Parte II: formada por la experiencia de sistematización, donde se trata la justificación del proyecto, caracterización de los beneficiarios, interpretación de las tensiones productivas encontradas y se mencionan los principales logros de aprendizaje adquiridos.

Primera parte

Plan de sistematización

Datos informativos del proyecto

Nombre del proyecto

La reestructuración cognitiva como estrategia para reducir niveles de depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de entre 18 y 50 años usuarias del Centro de Equidad y Justicia de Tumbaco en los meses de junio a septiembre de 2015.

Nombre de la institución

Centro de Equidad y Justicia de Tumbaco

Tema que aborda la experiencia

Experiencia de utilizar tareas terapéuticas cognitivo-conductuales para reducir niveles de depresión en mujeres de entre 18 y 50 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar.

Localización

El proyecto antes enunciado se llevó a cabo en el CENTRO DE EQUIDAD Y JUSTICIA ubicado en la parroquia de Tumbaco, al nororiente de Quito. Se encuentra en el edificio Arteson, en la calle Gaspar de Carvajal 21-90 y Av. Interoceánica. Para el desarrollo del trabajo grupal se asignó la sala de terapia individual 2, ubicada en el 2do piso del edificio.

Objetivo de la sistematización

Comprender y aprender profundamente de la experiencia para poder potenciar su ejecución en el futuro.

Procurar cambios específicos en los planes y políticas institucionales partiendo de aprendizajes concretos y experiencias reales.

Eje de la sistematización

El eje de la sistematización se centrará en las acciones deliberadas y no deliberadas, planificadas y no planificadas, que se ejecutaron por parte de la autora para la utilización de tareas terapéuticas por parte de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de entre 18 y 50 años de edad, con el fin de reducir niveles de depresión.

Objeto de la sistematización

Experiencia de utilizar tareas terapéuticas cognitivo-conductuales para reducir niveles de depresión en mujeres de entre 18 y 50 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar.

Metodología de la sistematización

Para el trabajo cualitativo de sistematización de la experiencia se utilizarán las siguientes fuentes documentales:

Registro de material virtual consultado

Registro de material bibliográfico en físico consultado

Historias clínicas

Carta de consentimiento informado pre-intervención terapéutica

Notas manuscritas de sesiones con el tutor

Test aplicados

Beck Depression Inventory, (Aaron Beck, 1996) BDI-II.

Test de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan, (1991).

Autorregistros

De pensamientos automáticos.

De malestar modificado con la técnica de relajación de SHULTZ.

De escala de evaluación subjetiva del estado de Ánimo en la técnica de entrenamiento en autoprovisión de reforzadores.

Portafolio de evidencias

Tareas enviadas a casa

Lista de reforzadores.

Registro diario de pensamientos automáticos.

Registro diario de malestar reducido con la técnica de relajación de SHULTZ.

Registro diario de puntajes y estado de ánimo en la técnica de autoprovisión de reforzadores.

Lista de los “debería” cambiados por “me gustaría” sobre la participante y personas significativas en su vida.

Tabla de visiones catastróficas o expectativas negativas.

Actividades documentadas realizadas en sesión

Tarea de identificar recompensas aún no negociadas y de motivarse a hacerlo buscando la mejor forma.

Lista de los “deberías” de la participante, sobre sí misma, otra persona significativa y la terapeuta y cambio por la expresión “me gustaría”.

Listado de argumentos usando la “técnica del abogado del diablo”.

Lista de visiones de túnel y ruptura del filtro.

Lista de pensamientos donde prime el “yo sé” para cambiarlo por el “yo supongo”.

Lista de opciones que generen felicidad a las participantes y cambio de la expresión “sólo sería feliz si...” por la expresión “también sería feliz si...”.

Casillas de predicciones científicas.

Lista de responsabilidades y reatribución.

Gráfica del pastel de partes de responsabilidad atribuida.

Lista de injusticias percibidas y propuestas para transformarlas en pedidos asertivos.

Lista de diferencias entre culpa y responsabilidad, lista de sus culpas cambiadas por responsabilidades.

Lista de sobre-generalizaciones con pruebas que las desmientan.

Álbum fotográfico

A continuación, se detalla cada una de las fuentes documentales antes enunciadas:

Registro de material virtual consultado

Se trata del documento donde consta la búsqueda de información a través de diferentes dispositivos tecnológicos que cuente con conexiones a internet. La información obtenida se la ha preferido recolectar de artículos científicos o libros online, pues cuentan con mayores niveles de credibilidad. La ventaja de poder acceder a este tipo de información es que se puede acceder a ella los 365 días del año y las 24 horas del día, la información se encuentra respaldada por las normas ISO, normas referentes a derecho de autor, patentes y marcas. Los documentos virtuales

investigados aportaron con el desarrollo del proyecto, y fueron unas de las primeras fuentes investigadas para llegar a concretarlo. Además, contienen las fechas de consulta, en orden secuenciado, lo que facilita la ordenación de los eventos sistematizados.

Registro de material bibliográfico en físico consultado

Se trata de la consulta de libros en bibliotecas de las universidades más cercanas a la autora, fue fundamental para lograr estructurar el proyecto y poder fortalecerle teóricamente. Entre los libros que han servido como principal fuente para la realización del proyecto se tiene: Terapia Cognitiva de la Depresión de Aaron Beck, 2002, Editorial Descleé de Brower; Técnicas de Modificación de Conducta de Francisco Labrador, 1999, Editorial Pirámide y Manual para la evaluación de los trastornos psicológicos de Vicente Caballo, 2010, Editorial Pirámide.

Historias clínicas

Fue una herramienta importante a la hora de recabar información. Posee una estructura ya establecida por la institución y mediante la entrevista inicial se logró obtener los datos requeridos en cuanto a la anamnesis, historia de la enfermedad y antecedentes, mismos que complementándolos con los datos obtenidos de los tests permitieron realizar el diagnóstico. Se cuenta con las fechas y números de historias clínicas ordenadas en forma secuencial.

Carta de consentimiento informado

Es un documento que respalda tanto a las participantes como a la autora, donde se deja por escrito el compromiso que adquieren las dos partes para llevar de forma responsable el trabajo de intervención. En la carta se da a conocer las reglas del trabajo a emprender, los horarios y la condición de estudiante en la que se encuentra la autora al momento de impartir los talleres. Se garantiza además que el trabajo es

respaldado por las dos instituciones involucradas, la Universidad Politécnica Salesiana y el Centro de Equidad y Justicia de Tumbaco. Este documento cuenta con las firmas de todas las participantes en las fechas exactas donde se dio el consentimiento. Lo que facilita reconstruir la experiencia permitiendo a la autora situarse en los eventos sistematizados que han sido ordenados cronológicamente.

Notas manuscritas de sesiones de supervisión con el tutor

A partir de la fecha de aprobación del tema, se asiste una hora semanal a sesiones de tutoría con el docente asignado, Dr. y Msc. Mario Márquez Tapia, el mismo que aclara y aporta con conocimientos teóricos, prácticos y experienciales para la realización del presente proyecto. Semanalmente aportaba con la concretización de cada elemento que conforma el proyecto, desde la elección del tema, objetivos, plan de trabajo, cronograma, presupuesto, estructura y tutoría de la actividad psicoterapéutica sesión a sesión, hasta la realización del informe final.

Test aplicados

Son instrumentos psicométricos que tienen como objetivos medir o evaluar características psicológicas de una persona. Los tests utilizados para la realización del presente trabajo fueron:

BDI-II

El Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición, es un instrumento de auto-aplicación que consta de 21 ítems, con los que se evalúa: 1. Tristeza, 2. Pesimismo, 3. Sentimiento de fracaso, 4. Pérdida de placer, 5. Sentimiento de culpa, 6. Sentimiento de castigo, 7. Insatisfacción con uno mismo, 8. Auto-críticas, 9. Pensamientos de suicidio, 10. Llanto, 11. Agitación, 12. Pérdida de interés, 13. Indecisión, 14. Inutilidad, 15. Pérdida de energía, 16. Cambios en patrón del sueño, 17. Irritabilidad, 18. Cambios en el apetito, 19. Dificultad de concentración, 20. Cansancio o fatiga, 21. Pérdida de interés en el sexo. Fue diseñado para evaluar la

gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. Cada variable está conformada por 4 opciones de respuesta entre las que la persona debe elegir, están ordenadas, de menor a mayor gravedad y valoradas respectivamente de 0-3 puntos. La consigna es

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones describe mejor como se ha sentido durante la última semana, incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una misma afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección (Beck, 2002, pág. 358).

Se califica el inventario sumando la puntuación de cada ítem, la puntuación total oscila entre 0 y 63 y los puntos de corte que marcan cambios de nivel de depresión cualitativos son: Leve perturbación del ánimo (11-16) y Depresión: Leve (17-20), moderada (21-30), grave (31-40) y extrema (>40). El BDI-II es el test que se utilizó para realizar la selección de participantes, cubre todos los criterios diagnósticos sintomáticos de los trastornos depresivos del DSM-IV con altos índices de fiabilidad y validez.

Test de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan

“el modelo cognitivo considera que los signos y síntomas del síndrome depresivo son consecuencia de los patrones cognitivos negativos” (Beck, 2002, pág. 20). Los

errores en el procesamiento de información se dan de forma sistemática en pacientes depresivos quienes mantienen la validez de sus conceptos negativos aun cuando existan pruebas y evidencias de lo contrario. (Beck, 2002) es el autor que inicialmente identifica 6 tipos de errores cognitivos los cuales fueron complementados con los 9 adicionales evaluados por Ruiz y Lujan (1991) quedando un total de 15 pensamientos denominados automáticos distorsionados enumerados a continuación: 1. Filtraje selectivo o visión de túnel, 2. Pensamiento polarizado, 3. Sobre-generalización, 4. Lectura del pensamiento, 5. Visión catastrófica, 6. Personalización, 7. Falacia de Control, 8. Falacia de Justicia, 9. Razonamiento emocional, 10. Falacia de Cambio, 11. Etiquetado Global, 12. Culpabilización, 13. Los deberías, 14. Falacias de razón y 15. Falacia de recompensa. La autora del presente proyecto utilizó este test como instrumento para la identificación de las variables a intervenir psicoterapéuticamente. La consigna para la realización del test es la siguiente:

A continuación, tienes una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que valores la frecuencia con que sueles pensarlos, siguiendo la escala: 0 = Nunca pienso eso; 1 = Algunas veces lo pienso; 2 = Bastantes veces lo pienso; 3 = Con mucha frecuencia lo pienso (Henriquez, 2011, pág. 1)

Autorregistros

Autorregistrar es “el acto de observar y registrar de forma sistemática aspectos del propio comportamiento” (Caballo, 2005, pág. 38) el mismo que se lo puede encontrar de forma encubierta o manifiesta, es decir que puede presentarse como pensamientos, sentimientos o sensaciones propioceptivas o lo encontramos como conducta

observable por el resto. Hoy en día recurrir a este tipo de método de evaluación es frecuentemente común para los psicólogos conductuales; el autorregistro permite la recolección de información real de las participantes para evaluar el progreso de la terapia. La autora recurrió al autorregistro de:

Pensamientos automáticos

(Ver anexo 1, pág. 71) este autorregistro consistió en una tabla de 5 columnas en donde se apuntan como encabezado: FECHA/HORA, ACONTECIMIENTOS, PENSAMIENTOS, CONSECUENCIA EMOCIONAL ___/100% Y CONSECUENCIA CONDUCTUAL. Es un registro diario de, en primer lugar, una emoción, segundo, el acontecimiento que produjo esa emoción, después la conducta que surge ante esto, con el fin de identificar los pensamientos automáticos y poderlos modificar. La base teórica explica cómo los pensamientos influyen sobre las emociones y las conductas, fundamento que es parte del modelo teórico del A-B-C cuyo autor es Albert Ellis. Este registro cuenta con fechas y horas, lo que permite ubicar en el tiempo cuándo ocurrió, permitiendo de esta manera tener una secuencia cronológica de cómo se dieron los hechos y poder sistematizar la experiencia.

Malestar intervenido por la técnica de relajación de SHULTZ

(Ver anexo 2, pág. 71) es una matriz de 4 columnas donde consta como encabezado, FECHA/HORA, MALESTAR ANTES ___/100%, MALESTAR DESPUÉS ___/100% Y OBSERVACIONES. Es un registro diario en el cual las participantes tienen la oportunidad de anotar valores numéricos que representan los niveles de malestar que sienten antes y después de la realización de la técnica de relajación, de esta forma se puede ir evaluando los resultados que cuando son clínicamente favorables obviamente implican reducción de los puntajes. Además, se da la posibilidad de apuntar cualquier novedad o duda que surgiera durante el proceso de relajación en la columna de observaciones para ir las trabajando con ayuda del tutor y son datos que

pueden servirles a ellas para ser tomados en cuenta a futuro. Al contener fechas y horas permite a la autora ordenar esta información de forma cronológica que favorece a la sistematización.

Escala de evaluación subjetiva del estado de ánimo en la técnica de entrenamiento en Autoprovisión de reforzadores

(Ver anexo 3, pág. 72) se trata de una tabla de 3 columnas donde se ubica como encabezado: REFORZADORES, PUNTAJE y FECHA. Al final de la lista de un mínimo 80 reforzadores (número arbitrario) se coloca dos casillas en las cuales registrarán el puntaje diario total y el estado de ánimo en porcentaje ___/100%, siendo 100 el mejor de estado de ánimo sentido por las personas en su vida. Cada reforzador debe ser numerado y valorado con un puntaje de hasta 10 puntos, por ejemplo, para una participante ir al cine puntúa 8, comer pizza puntúa 10, (cada valor asignado es subjetivo de cada participante). El registro que deben realizar las participantes es diario, habiendo cumplido con autoproverse con ítems que representan en total 30 puntos al día como mínimo, evaluando al final del autorreforzamiento diario el estado de ánimo. Esta forma de evaluación nos permite demostrarles a las participantes que mientras más reforzadores tengan diariamente mejor estará su estado de ánimo, es decir, se les demuestra que no autorreforzarse positivamente es un factor de mantenimiento de la depresión.

Portafolio de evidencias

“Es una colección de todos los documentos con ciertas características que permiten evaluar el conocimiento adquirido, sus logros, esfuerzos y transformaciones a lo largo del tiempo”. (Roa Granados, 2014, pág. 4) Gracias al portafolio se pueden reunir todas las evidencias y en conjunto realizar una evaluación más apegada a lo real. Otra ventaja de usar este instrumento es que le permite al propio interesado

auto-evaluarse y contar con material de estudio. El portafolio sirve además como una prueba fiable o fehaciente de las competencias adquiridas por las participantes durante el proceso de intervención, dejando ver de una forma amplia y profunda las capacidades de lo que pueden y saben hacer. El portafolio estuvo conformado por:

Tareas enviadas a casa

Lista de reforzadores

Las participantes debieron realizar una lista de mínimo 80 reforzadores (el número exacto elegido fue arbitrario) positivos y saludables con el fin de que varios de ellos se los auto-provisionen diariamente y elevar así el nivel de sus estados de ánimo. La razón por la cual el número de reforzadores se lo planteó como mínimo 80 es porque se necesita una lista amplia con la opción de elegir y que no generen saciación y luego aversión con el tiempo por mucha repetición del consumo de los mismos refuerzos escasos. Cada reforzador fue valorado con puntaje de hasta 10, dependiendo cuan agradable subjetivamente les resultase. El puntaje diario a cumplir era de 30 puntos como mínimo. Este documento aporta a la sistematización ya que cuenta con el registro diario de la auto-provisión llevada a cabo por cada participante, lo que permite organizar y ordenar los eventos en el tiempo.

Registro diario de pensamientos automáticos

(Ver anexo 1, pág. 71) se pidió a las participantes lleven un registro diario de sus pensamientos para lograr identificar con posterioridad a cuál de las distorsiones antes mencionadas corresponden y poder modificarlos. La instrucción fue: identificar en un primer momento la emoción dolorosa o aversiva que surgía ante cualquier situación del día, para poder identificar qué pensamiento surge asociado a esto. Esta fuente documentada permite sistematizar la experiencia ya que cuenta con fechas en

las cuales se fueron dando los pensamientos a registrarse, permitiéndole a la autora ubicarse en la línea del tiempo.

Registro diario de reducción de malestar con la técnica de relajación de SHULTZ

La realización de la técnica durante el proceso de intervención tenía que ser diaria, en un horario a elección de las participantes, ante lo cual debían llevar un registro del malestar valorado numéricamente en una escala del 0 al 100, en donde 100 correspondía al momento más ansioso, frustrante o triste experimentado en sus vidas y 0 al momento más tranquilo y ubicar un nuevo valor después de realizada la técnica e ir comprobando si el estado emocional cambia, se mantiene o empeora. Lo ideal y lo que se logró conseguir en las participantes fue una progresiva disminución del malestar inicial. Este registro contó con fecha y hora en la cual se llevó a cabo la relajación lo que permite llevar una secuencia y facilita la ordenación de los eventos sistematizados.

Registro diario de puntajes y estado de ánimo en la técnica de reforzadores

Se trata de registrar en esta tabla la variación del estado de ánimo en puntaje tras la realización de la técnica de autorreforzamiento. Diariamente las participantes se auto-proveen eligiendo de la lista realizada la cantidad suficiente de reforzadores para que sume un total de 30 puntos o más. Una vez realizado esto, las participantes evalúan cuál es su estado de ánimo, después de haberse autorreforzado, sobre 100%. A mayor puntaje registrado mejor es su estado anímico. Este registro cuenta con fechas en las cuales se va cumpliendo esta técnica lo que permite ordenar y reconstruir los eventos en el tiempo.

Lista de los “debería” cambiadas por “me gustaría” sobre la participante y personas significativas en su vida

se les pidió a las participantes realicen una lista de las exigencias en las cuales predomina la palabra “DEBERÍA” que mantienen ante ellas mismas, ante un tercero y ante el terapeuta, para en un segundo paso transformarlas a “ME GUSTARÍA” que es más saludable psicológicamente hablando, lo ideal es que aprendan a tolerar niveles aceptables de frustración diarios.

Tabla de visiones catastróficas

(Ver anexo 4, pág. 72) se le pidió a las participantes que identifiquen esa visión catastrófica que las estaba haciendo sufrir, que la desarrollen con detalle en la primera fila que lleva el nombre de visión catastrófica, una vez finalizada esa tarea se les pide que en la fila de visión exagerada se haga una descripción detallada de la visión identificada como catastrófica de forma opuesta es decir si la visión inicial estaba pintada de mucho negativismo, esta debía estar cargada de mucho positivismo, tanto que se debía exagerar, hasta incluso suscitar lo cómico, una vez logrado ese propósito, se les pidió que se ubiquen en la fila central en donde se debía dar un tinte equilibrado a la expectativa, debía ser una visión a futuro cargada de más realismo. Ejemplo de esto es el siguiente: “yo sufro mucho porque pienso que me van a despedir, voy a quedar en la miseria”. “No me van a despedir nunca, voy a ascender de cargo hasta llegar a ser jefe de todos, voy a ganar tanto dinero que voy a ser millonaria” y luego: “No me van a despedir, voy a trabajar ahí el tiempo suficiente para vivir bien y ahorrar para ponerme un negocio”. Después de esto se les pide realicen gráficamente unos escalones en donde ubiquen lo que les concierne hacer para llegar a hacer realidad la expectativa equilibrada. Para la sistematización de esta información cada tabla cuenta con las fechas en las cuales se realizó esta

actividad tanto en sesión como las enviadas a casa; lo que permite reconstruir la secuencia de los eventos.

Actividades documentadas realizadas en sesión

Tarea de identificar recompensas no negociadas y motivar a expresarlas buscando la mejor forma

Se les pide que identifiquen las situaciones en donde experimentan pensamientos de falacia de recompensa, las anoten, resalten el deseo o la recompensa no expresada y luego se buscan formas de expresarlo. Las tareas tienen un registro de las fechas en las cuales se las realizaron lo que permite a la autora llevar un orden de los sucesos.

Lista de los deberías de la participante, otra persona significativa y el terapeuta y cambio por la palabra me gustaría

Se realiza en sesión un listado de los “deberías” que estuvieron presentes durante ese día, en función a la propia participante o un tercero y se extiende en ese momento a las exigencias o deberías que tuviera que cumplir el terapeuta. Cada lista cuenta con la fecha de realización lo que facilita revivir los sucesos pues se puede ubicarlos en la línea del tiempo.

Listado con argumentos “técnica del abogado del diablo”

Con esta técnica se busca dar evidencias o argumentos en contra de las propias creencias sostenidas por quién realiza el presente ejercicio y que provocan sufrimiento. Por ejemplo “soy mala madre” los argumentos en contra ante esta afirmación pedidos a la propia participante y que fueron elaborados o guiados por ella son “yo no soy mala madre, porque los cuidé desde que eran muy pequeños, los alimenté, los llevé al médico cuando enfermaban, los amé y los amo como a nadie”.

Esta actividad se encuentra registrada en la línea del tiempo con fechas y horas en las cuales fueron realizadas permitiendo sistematizar la experiencia.

Lista de visiones de túnel y ruptura del filtro mental

se les pide realicen un listado de situaciones donde predominan los pensamientos con filtro selectivo y que identifiquen como propios para pasar a la ruptura del mismo, es decir que amplíen su visión a lo positivo de las cosas y no solo a lo negativo. Ejemplo de esto es el siguiente: “mi día estuvo horrible, nada me salió bien, no pude arreglar nada en mi vida” este es un pensamiento con filtro mental centrado en lo negativo, una vez intervenida esta distorsión la paciente tuvo la capacidad de ampliar su visión: “mi día no estuvo tan mal, pude hacer muchas cosas productivas, que, si bien no solucionaron mis problemas, ayudaron mucho y tuve la oportunidad de almorzar con mis hijos”. La autora cuenta con las fechas y horas en las cuales se dieron las actividades facilitando la sistematización de la experiencia.

Lista de pensamientos donde prime el “yo sé” para cambiarlo por el “yo supongo”

Se les pidió a las participantes realicen una lista con pensamiento donde crean tener la certeza de algo, la clave es identificar en los pensamientos el predominio del “yo sé”. Luego se evaluará los pensamientos escritos para confirmar si lo que se sabe de eso es cierto o solo son suposiciones, en tal caso se deberá cambiar el “yo sé” por el “yo supongo”. Por ejemplo: “yo sé que él tiene otra mujer” se evaluó si la paciente tiene pruebas objetivas que lo comprueben, caso contrario se cambia la frase anterior por “yo supongo que él tiene otra mujer”. Esta actividad se encuentra ordenada cronológicamente con fechas y horas en las cuales fueron realizadas.

Lista de opciones que generen felicidad a las participantes y cambio de la palabra “solo” por “también”

se pidió a las participantes enlisten opciones que les generen felicidad, la lista se ve reducida cuando las pacientes dependen únicamente de un factor para ser feliz, se debe identificar esto cuando las participantes ubican en la frases escritas la palabra “solo” por ejemplo “yo seré feliz *solo* si mi esposo cambia” esta opción es limitante y se debió guiar a las pacientes a ampliar la lista, por ejemplo “yo seré feliz si mi esposo cambia, pero también soy feliz de tener a mis hijos, me da felicidad también contar con mis padres, mis hermanos y amigos”. Se cuenta con las fechas en las cuales se realizó esta actividad, manteniendo así un orden cronológico que facilita la sistematización de la experiencia.

Casillas de predicciones científicas

Es una tabla donde se ubican dos columnas donde se anota como encabezado en la primera columna la predicción imprecisa semanalmente catastrófica respecto al futuro propio y en la otra se anota la predicción precisa. El objetivo de esta actividad es desmentir predicciones y que aprendan a no creer en las visiones catastróficas. Esta tarea es como parte de las tareas que modifican las visiones catastróficas. Ejemplo de esto es la siguiente afirmación “algo malo me va a pasar” esta frase se debería anotar en la casilla correspondiente a la afirmación imprecisa, en la casilla de predicción precisa se debe anotar en cambio la misma visión catastrófica pero con fecha y hora y esperar a que llegue el día para comprobar si su visión es verdadera o falsa por ejemplo: “yo sé que me van a despedir del trabajo este jueves por la tarde, a las 5pm, en la oficina del jefe de personal, estando presente él, la contadora y yo” esa es una predicción precisa la cual deberá anotarse en la casilla correspondiente, en la casilla de predicciones catastróficas precisas se detalla la misma con fecha, hora y

lugar, después habrá que limitarse a esperar si el hecho ocurrió tal cual como se lo predijo cuando llega el momento profetizado. Lo probable es que casi todas las predicciones precisas resulten siendo falsas, lo cual ayuda a que la paciente pierda credibilidad en ellas. Este documento facilita la sistematización ya que cuenta con fechas y horas que permiten a la autora tener referencia de cuando ocurrieron las tareas y apoyarse en datos documentados para hacer la sistematización.

Lista de responsabilidades y reatribución

Las participantes debieron anotar situaciones que las llenen de mucha tensión, donde ubicaron responsabilidades, tanto las que consideren suyas como las que atribuyeron a los demás y reflexionar sobre si tal repartición es justa o no. En el caso de quienes se quedaron con toda la responsabilidad se las ayudó a compartirla con los demás involucrados y a quienes no se quedaron con nada, debieron hacerse cargo de lo que les corresponde. El objetivo es desculpabilizar a las pacientes que manejan la falacia de control interno; aportar a la disminución de la depresión, y permitir hacer los cambios requeridos a las pacientes que manejan una falacia de control externo ante sus fallas que antes consideraban solo responsabilidad de otros y esto las inmovilizaba. Por ejemplo “es mi culpa que mi matrimonio haya terminado”. Las fechas registradas permiten realizar la sistematización de la experiencia pues se puede organizar cronológicamente los hechos de forma secuencial.

Gráfica del pastel de partes de responsabilidad atribuida

Para repartir responsabilidades se realizó un gráfico que representó a un pastel al mismo que se le hizo trazos representando las tajadas, cada tajada era repartida a los demás involucrados, en cada tajada se ubicó el porcentaje de responsabilidad que cada persona tenía una vez evaluada la situación. Quedando así, yo tengo el 50% de responsabilidad en la ruptura del matrimonio, pero mi ex marido tiene el otro 50%, así, la responsabilidad fue compartida de una forma considerada justa, aliviando a la

paciente de las culpas que antes las consideraba solo de ella. Para facilitar la sistematización se debe recurrir a las fechas anotadas en la matriz de la línea del tiempo, que dan cuenta de cuándo y a qué hora se realizó esta actividad.

Lista de injusticias percibidas y propuestas para transformarlas en pedidos asertivos

Se debe ubicar las situaciones ante las cuales experimenten mucha percepción de injusticias, identificarlas y dar propuestas de cambio para que se transformen en pedidos asertivos, o, al menos, aserciones encubiertas. El objetivo es enseñarles a negociar. Por ejemplo, una participante manifiesta: “es injusto que solo yo deba ocuparme de la casa y los niños, nunca tengo descanso, eso me tiene muy molesta”. Lo ideal es buscar opciones de negociación como la siguiente: “yo considero que cuando llegues a la casa, podrías ayudarme con los niños, eso me dejaría tiempo para un descanso”. Las fechas y horas registradas en la matriz de la línea del tiempo permiten la sistematización de la experiencia.

Diferencias entre culpa y responsabilidad, lista de sus culpas cambiadas por responsabilidades

Una vez que las participantes entiendan las diferencias entre culpa y responsabilidad se les pide a las participantes que hagan una lista de las culpas que las atormentan, en un segundo momento se les pide que cambien la palabra culpa por la palabra responsabilidad en las frases escritas y que auto-observen el cambio emocional subsiguiente. Esta actividad a igual que las otras descritas precedentemente cuentan con fecha y hora facilitando la ordenación de los hechos.

Lista de sobre-generalizaciones con pruebas que las desmientan

Se les pide a las participantes que identifiquen las sobregeneralizaciones por ejemplo “todos los hombres son malos”; ante esta afirmación errónea se les pide que busquen evidencias que desmientan esta creencia, es decir, contra-ejemplos: “mi abuelo fue un buen hombre”, “mi gran amigo es un excelente esposo y padre”. Esta actividad cuenta con fecha y hora, lo que facilita la sistematización de la experiencia.

Álbum fotográfico

La autora utilizó este instrumento para registrar información directa, que dé cuenta de los sucesos y cambios a través del tiempo. Respaldan la información recolectada por otros medios como el portafolio o los autorregistros. Se puede evidenciar el trabajo realizado sesión a sesión de forma mucho más descriptiva y explícita; además, deja ver las formas de relación que se dieron entre las participantes, como las participantes se sitúan y actúan entre ellas. Las fotografías han permitido a la autora reconstruir un relato del proceso de intervención de forma secuencial y con fechas y horas precisas que aportan a la sistematización de la experiencia.

Para completar la metodología de sistematización se debe acotar que todo este material permitirá un análisis cualitativo bajo la forma de sistematización de la experiencia en tres tiempos:

Secuenciación: para lo cual se usará una matriz que resume la información ordenada en una “línea del tiempo”, con tres columnas en las cuales se ubicó: fecha, actividad y fuente documental empleada. Cada fila dará cuenta de las acciones emprendidas y el criterio de ordenación de cada fila será cronológico.

Comparación entre eventos claves que den cuenta de tensiones productivas entre componentes y permitan suscitar reflexión sobre la lógica interna (dando paso al surgimiento o planteamiento de la pregunta ¿Por qué pasó así y no de otro modo?).

Análisis comparativo que conteste la pregunta anterior, al menos tentativamente.

Este análisis cualitativo será complementado por otro: un análisis estadístico tanto descriptivo como inferencial, donde se aportarán tablas de resultados cuantitativos de las variables claves a intervenir e intervenidas mostradas en columnas, donde cada fila sea un caso y cada casilla aporte un puntaje, en los momentos PRE y POST intervención.

Las tablas permitirán obtener valores estadísticos descriptivos de totales ($\sum X$), medias aritméticas ($\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$) y desviación estándar; tanto pre como post intervención que describen matemáticamente las características del grupo, a la fecha de la correspondiente evaluación. Tras esto se procederá al análisis inferencial de la comparación de medias pre vs post de las variables clave intervenidas numeradas a continuación: 1. Tristeza, 2. Pesimismo, 3. Sentimiento de fracaso, 4. Pérdida de placer, 5. Sentimiento de culpa, 6. Sentimiento de castigo, 7. Insatisfacción con uno mismo, 8. Auto-críticas, 9. Pensamientos de suicidio, 10. Llanto, 11. Agitación, 12. Pérdida de interés, 13. Indecisión, 14. Inutilidad, 15. Pérdida de energía, 16. Cambios en patrón del sueño, 17. Irritabilidad, 18. Cambios en el apetito, 19. Dificultad de concentración, 20. Cansancio o fatiga, 21. Pérdida de interés en el sexo, mediante la prueba estadística paramétrica t de student de medidas repetidas; a fin de establecer si el

tamaño de los cambios logrados pre vs post son mayores que los esperados por azar con un nivel de significación de $p \leq 0,05$ y 3 grados de libertad.

Preguntas Clave

Preguntas de inicio

¿Cómo realizar un proceso de inducción para que asistan más participantes a este proceso de intervención?

¿Qué diferencias se pueden encontrar entre las participantes consideradas del grupo de “la comunidad” frente a las del grupo considerado “derivadas de las unidades judiciales” que afecten el desenvolvimiento de los talleres durante el proceso?

Preguntas del desarrollo o parte media de la intervención

¿Qué diferencias hay en trabajar depresión con mujeres que continúan viviendo con el agresor de las que no?

¿Que marca la preferencia en las participantes para un trabajo individual y no grupal?

¿Cómo el nivel de instrucción académico influye en la realización de las tareas terapéuticas de las participantes?

Cierre

¿Cómo influyó la realización de las tareas terapéuticas y la no realización de las mismas sobre el logro de la disminución de los niveles de depresión en las participantes?

¿Cómo enganchar más a las participantes y evitar o disminuir el número de inasistencias a los talleres?

Organización y procesamiento de la información

Tabla 1 Matriz de secuenciación de actividades para la sistematización de la experiencia: “la reestructuración cognitiva como estrategia para reducir niveles de depresión en mujeres de entre 18 y 50 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar”

FECHA Y HORA	ACTIVIDAD	FUENTE
01-06-15	1. Evaluaciones clínicas mediante la entrevista y aplicación de test.	Test aplicados BDI-II (Beck Depression Inventory II)
27-07-15 16:00	2. Charla introductoria del proyecto, firma de carta de consentimiento.	Carta de consentimiento.
16:30	3. Evaluación de pensamientos automáticos.	Test aplicados de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan.
03-08-15 16:05	4. Dinámica grupal de inicio, presentación “la otra mitad”,	Material didáctico (corazones hechos con cartulinas partidos por la mitad)
16:20	5. Revisión de objetivos y estrategias (tareas terapéuticas),	Papelógrafo con resumen de objetivos y estrategias.
16:40	6. Encuadre	Recordatorios escritos de las reglas y horarios.
16:50	7. Evaluación de miedos, expectativas y compromisos,	Hojas de registro de miedos, expectativas y compromisos
17:15	2. Dinámica grupal final “el péndulo”.	Apuntes de lo que sintieron ante la experiencia.
06-08-15 16:05	3. Dinámica grupal de inicio “Conversatorio ¿Qué es ser MUJER?”.	Cartel con ideas principales de lo que las participantes consideran lo que es ser mujer.
16:25	4. Entrenamiento en la técnica de autorreforzamiento.	Fotografías
16:55	5. Tarea terapéutica: realizar la primera lista de reforzadores.	Lista de reforzadores
17:20	6. Envió de tarea a la casa: ampliar la lista de reforzadores.	Lista de reforzadores ampliada

Tabla 1 Matriz de secuenciación de actividades para la sistematización de la experiencia: “la reestructuración cognitiva como estrategia para reducir niveles de depresión en mujeres de entre 18 y 50 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar”

(CONT.)

FECHA Y HORA	ACTIVIDAD	FUENTE
13-08-15 16:00	7. Evaluación e integración de nueva participante al proyecto.	Test aplicado BDI-II Test aplicado de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan.
16:45	8. Revisión del encuadre, objetivos y estrategias.	Papelógrafo con resumen de objetivos y estrategias. Recordatorio escrito de reglas y horarios.
17:15	9. Firma de la carta de consentimiento.	Carta de consentimiento.
17-08-15 16:05	10. Entrenamiento en la técnica de autorreforzamiento.	Material bibliográfico en físico/ notas manuscritas de evolución de sesiones con el tutor.
17:00	11. Utilización de tips para la ampliación de la lista.	Lista de reforzadores
20-08-15 16:05	12. Dinámica grupal de inicio “conversatorio ¿Qué es la VIOLENCIA?”	Carteles con ideas principales de todas las participantes acerca de lo que es violencia.
16:35	13. Entrenamiento en técnica de relajación de Shultz,	Fotografías
17:10	14. Realización del registro subjetivo del malestar.	Registro de malestar “Relajación de Shultz”.
24-08-15 16:05	15. Revisión de registros, autorreforzamiento y relajación de Shultz.	Registro del malestar de la técnica de relajación de Shultz. Registro de la escala de evaluación subjetiva del estado de ánimo en la técnica de entrenamiento en auto provisión de reforzadores.

Tabla 1 Matriz de secuenciación de actividades para la sistematización de la experiencia: “la reestructuración cognitiva como estrategia para reducir niveles de depresión en mujeres de entre 18 y 50 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar”.

(CONT.)

FECHA Y HORA	ACTIVIDAD	FUENTE
16:25:	16. Se profundiza en la técnica de relajación,	Material bibliográfico y notas manuscritas de evolución de sesiones con el tutor.
17:00	17. Se realiza una escala de acontecimientos ansiógenos y se enseña a superarlos mediante la técnica de relajación.	Registro del malestar de la técnica de relajación de Shultz.
27-08-15 16:05	18. Revisión de tareas	Registro del malestar de la técnica de relajación de Shultz. Registro de la escala de evaluación subjetiva del estado de ánimo en la técnica de entrenamiento en auto provisión de reforzadores.
16:25	19. Relajación en sesión.	Fotografías
17:10	20. Reevaluación de miedos, expectativas y compromisos con todas las participantes reunidas	Registro de miedos, expectativas y compromisos.
31-08-15 16:05	21. Revisión de registros	Registro del malestar de la técnica de relajación de Shultz. Registro de la escala de evaluación subjetiva del estado de ánimo en la técnica de entrenamiento en auto provisión de reforzadores.
16:25	22. Enseñanza del modelo teórico A-B-C de Ellis,	Material bibliográfico y Cartel con el gráfico del registro de pensamientos automáticos y ejemplos.

Tabla 1 Matriz de secuenciación de actividades para la sistematización de la experiencia: “la reestructuración cognitiva como estrategia para reducir niveles de depresión en mujeres de entre 18 y 50 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar”. (CONT.)

FECHA Y HORA	ACTIVIDAD	FUENTE
17:00	23. Entrenamiento en la identificación de pensamientos automáticos.	Registro de pensamientos automáticos.
03-09-15 16:00	24. Revisión de tareas.	Registro del malestar de la técnica de relajación de Shultz. Registro de la escala de evaluación subjetiva del estado de ánimo en la técnica de entrenamiento en auto provisión de reforzadores.
16:25	25. Revisión del registro de pensamientos automáticos.	Registro de pensamientos automáticos.
17:00	26. Revisión de la teoría de Ellis.	Material bibliográfico y Cartel con el grafico del registro de pensamientos automáticos y ejemplos.
07-09-15 16:05	27. Revisión de registro de pensamientos automáticos.	Registro de pensamientos automáticos.
16:25	28. Entrenamiento en modificación de pensamientos “LOS DEBERÍA”,	Material bibliográfico y notas manuscritas de evolución de sesiones con el tutor. Lista de los deberías (yo, él y el terapeuta)
17:10	29. Envío de tareas a la casa.	Lista de los deberías cambiados por “me gustaría”
10-09-15 16:05	30. Revisión del registro de Pensamientos Automáticos.	Registro de Pensamientos Automáticos.

Tabla 1 Matriz de secuenciación de actividades para la sistematización de la experiencia: “la reestructuración cognitiva como estrategia para reducir niveles de depresión en mujeres de entre 18 y 50 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar” (CONT.)

FECHA Y HORA	ACTIVIDAD	FUENTE
16:25	31. Revisión de la tarea enviada a casa “los deberías”.	Lista de “los debería”.
17:00	32. Refuerzo en el entrenamiento en modificación de pensamientos “los debería”	Material bibliográfico y notas manuscritas de evolución de sesiones con el tutor.
17-09-15 15:00	33. Revisión de registros.	Registro del malestar de la técnica de relajación de Shultz. Registro de la escala de evaluación subjetiva del estado de ánimo en la técnica de entrenamiento en auto provisión de reforzadores. Registro de Pensamientos Automáticos.
15:20	34. Enseñanza del modelo teórico A-B-C de Ellis, a las participantes que han estado ausentes.	Material bibliográfico y notas manuscritas de evolución de sesiones con el tutor.
16:00	35. Entrenamiento en la identificación de pensamientos automáticos y registro de los mismos, a las participantes que han estado ausentes.	Material bibliográfico y notas manuscritas de evolución de sesiones con el tutor. Registro de Pensamientos Automáticos.
18-09-15 14:30	36. Revisión de Pensamientos Automáticos.	Registro de Pensamientos Automáticos.
14:50	37. Identificación de pensamientos “los debería” y entrenamiento para su modificación a usuarias que han faltado.	Material bibliográfico y notas manuscritas de evolución de sesiones con el tutor.
15:30	38. Realización del listado de “los Deberías” (tu, él, el terapeuta).	Listado de “los deberías”

Tabla 1 Matriz de secuenciación de actividades para la sistematización de la experiencia: “la reestructuración cognitiva como estrategia para reducir niveles de depresión en mujeres de entre 18 y 50 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar” (CONT.)

FECHA Y HORA	ACTIVIDAD	FUENTE
21-09-15 16:30	39. Revisión de registros de Pensamientos Automáticos.	Registro de Pensamientos Automáticos.
16:45	40. Entrenamiento en la modificación de los pensamientos denominados “filtraje”, “visión catastrófica” e “interpretación del pensamiento”.	Material bibliográfico y notas manuscritas de evolución de sesiones con el tutor.
17:15	41. Envío de Tareas terapéuticas: realizar una lista con filtros mentales y ampliación de realidades. Realizar lista de futuros posibles.	Listas de filtros y ampliación de realidades. Listas de futuros posibles (el negativo, el exagerado y el equilibrado). Casillas de predicciones
24-09-15 16:05	42. Revisión de registros de Pensamientos Automáticos.	Registro de Pensamientos Automáticos.
16:25	43. Entrenamiento en modificación de pensamientos denominados “Falacia de Control”, “Falacia de Recompensa Divina” y “Culpabilidad”.	Material bibliográfico y notas manuscritas de evolución de sesiones con el tutor.
17:00	44. Tareas terapéuticas en clase: “la redistribución” y “enseñar a negociar e intervención paradójica, distinguir reforzadores intrínsecos”.	Lista de responsabilidades y redistribución (gráfico el pastel). Material bibliográfico y notas manuscritas de evolución de sesiones con el tutor.
25-09-15 16:05	45. Revisión de registros de Pensamientos Automáticos.	Registro de Pensamientos Automáticos.

Tabla 1 Matriz de secuenciación de actividades para la sistematización de la experiencia: “la reestructuración cognitiva como estrategia para reducir niveles de depresión en mujeres de entre 18 y 50 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar” (CONT.)

FECHA Y HORA	ACTIVIDAD	FUENTE
16:25	46. Entrenamiento en modificación de pensamientos denominados “Falacia de Cambio”, “Personalización” y “Razonamiento Emocional”.	Material bibliográfico y notas manuscritas de evolución de sesiones con el tutor.
17:00	47. Realización de tareas terapéuticas: lista de opciones que generen felicidad y cambiar la palabra “solo” por la palabra “también”.	Lista de opciones que generen felicidad.
28-09-15 16:05	48. Repaso: colocar ejemplos de los pensamientos automáticos enseñados identificados en sus propias vidas en las casillas correspondientes en el resumen entregado por la autora.	Hoja de apuntes con resumen y ejemplo de todos los pensamientos automáticos enseñados.
16:35	49. Aclaración de dudas.	Material bibliográfico y notas manuscritas de evolución de sesiones con el tutor.
16:50	50. Entrenamiento e identificación de pensamientos denominados “Sobregeneralización” y “Etiquetado”.	Registro de Pensamientos Automáticos. Material bibliográfico y notas manuscritas de evolución de sesiones con el tutor.
17:15	51. Tareas terapéuticas: listado de pensamientos sobre-generalizados y de etiquetas.	Lista de pensamientos sobre-generalizados con pruebas que los desmientan.
01-10-15 16:05	52. Aplicación del test BDI-II,	Test aplicados BDI-II.
16:35	53. Revisión de tareas para evitar recaídas,	Material bibliográfico y notas manuscritas de evolución de sesiones con el tutor. Tareas enviadas a casa y realizadas en clase. Registros.

Tabla 1 Matriz de secuenciación de actividades para la sistematización de la experiencia: “la reestructuración cognitiva como estrategia para reducir niveles de depresión en mujeres de entre 18 y 50 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar”

FECHA Y HORA	ACTIVIDAD	FUENTE
17:05	54. Realización de diplomas afectivos y festejo.	Diplomas afectivos Fotografías.

Análisis de la información

El análisis se lo realiza de dos formas:

Cualitativo, con tres momentos:

Secuenciación de actividades

Comparación de eventos para detectar tensiones productivas

Comprensión que procure dar cuenta de las razones de esas tensiones.

Cuantitativo estadístico, con dos momentos:

Descriptivo de resultados pre y post intervención en las variables seleccionadas como objetivo terapéutico y medidas psicométricamente con los tests.

Inferencial para determinar si el tamaño de cambio es estadísticamente significativo.

Segunda parte

Experiencia de la sistematización

Justificación

El proyecto consiste en procurar la disminución de los niveles de depresión en mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar mediante la reestructuración cognitiva. Se seleccionó a un grupo de mujeres de entre 18 y 50 años de edad usuarias del Centro de Equidad y Justicia de Tumbaco, al cual se le aplicó el test BDI-II (Beck Depression Inventory) para comprobar el nivel de depresión, de este grupo salió la muestra clínica y de acuerdo a los datos obtenidos se procedió con la intervención que fue principalmente de tipo grupal. Se aplicó el test de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan para evaluar las distorsiones cognitivas y se procedió a la modificación de éstas. La intervención se la realizó bajo un enfoque cognitivo conductual para tratar la depresión con fundamento en las propuestas de Aaron Beck:

Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos (Beck, 2002, pág. 13).

La literatura científica acerca de la depresión tiene también relación con la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) cuyo autor es Albert Ellis, el mismo que parte del siguiente supuesto:

La causa de las perturbaciones emocionales es la forma de pensar del individuo, es decir la manera cómo interpreta su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre las otras personas y sobre el mundo en general” (Labrador, 1999, pág. 668).

El autor de la TREC ilustra su modelo teórico mediante el esquema A-B-C. Representando las reacciones emocionales y las conductas que presentan los individuos, la teoría central de la cual parte Ellis es la siguiente: “las cosas que ocurren no son las que producen las perturbaciones sino la opinión que las personas tienen sobre ellas. Siguiendo este esquema: A (Acontecimientos activadores) no causa directamente C (consecuencia emocional y conductual), sino que C es causado por B (creencias acerca de A)”. (Labrador, 1999, págs. 668-669).

Es importante para la autora que el lector entienda la gravedad de la problemática trabajada en este proyecto que es el trastorno depresivo asociado a la violencia, la misma que en todas sus manifestaciones es un problema que a lo largo del tiempo ha ido tomando mayor fuerza. Según datos estadísticos tomados del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) y su Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres realizada en el año 2011, en Ecuador 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género y 76% ha sido violentada por su pareja o ex parejas.

Para que se pueda comprender lo que se entiende por violencia intrafamiliar se ha recurrido a la siguiente definición, violencia intrafamiliar es: “toda acción u omisión que consiste en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de otro u otra integrante de la familia” (Aparna Mehrotra, 1995, pág. 1) Las mujeres, niñas, niños, jóvenes y adultos y adultas mayores son las principales víctimas de esta violencia. Según datos del Observatorio Metropolitano de Quito durante el 2009 se receptaron, a través de las Comisarías de las Mujeres y la Familia, 14.712 denuncias de violencia intrafamiliar. (OMSC, 2010)

La OMS destaca que además de las posibles lesiones físicas producidas, la mayor probabilidad de desarrollar enfermedades físicas de tipo crónico y el riesgo de homicidio, la violencia intrafamiliar se asocia a las siguientes consecuencias psicológicas y conductuales: trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad, trastornos psicósomáticos, abuso de alcohol y drogas, trastornos alimentarios, trastorno de sueño, fobia y trastorno de pánico, conducta suicida y autodestructiva, sentimientos de vergüenza, culpa y baja autoestima.

“La depresión junto con el trastorno de estrés postraumático es una de las consecuencias psicológicas más frecuentes encontradas en los estudios que se han realizado con mujeres maltratadas por sus parejas” (Corbalán Berná, Patró Hernández, & Limiñana Gras, 2007, pág. 118).

Las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar usuarias del Centro de Equidad y Justicia de Tumbaco producto de este hecho desarrollan signos y síntomas depresivos en diferentes niveles, afectando su vida en el ámbito: familiar, laboral y social. Por

este motivo, estas mujeres de manera urgente necesitan un tratamiento corto y efectivo que mejore sus signos y síntomas, aumenten los niveles de su estado de ánimo y les permitan vivir de forma “normal”.

Una vez identificados los niveles de depresión en las pacientes se pudo disminuirlos mediante la terapia cognitivo conductual y de esta manera prevenir trastornos asociados a esta problemática como: 1) el alcoholismo o drogadicción a los cuales la literatura especializada reporta que tienen probabilidad ocurrir con el afán de refugiarse y olvidarse de los problemas; 2) a las ideas de suicidio con el objetivo de parar con el dolor o como una búsqueda desesperada de provocar cambios en terceros; 3) el maltrato infantil es otra de las problemáticas que se pueden controlar si se evita que la depresión llegue a niveles crónicos, puesto que las mujeres en estas condiciones cuentan con pocas herramienta físicas y emocionales para dedicarse al cuidado de los niños, llevándolas a comportarse negligentes, situación que muchas veces es empeorada por el historial de maltrato que han vivido las pacientes, no generando empatía con los niños y por las consecuencias inmediatas del castigo físico que (aunque aversivo para los niños que son las víctimas) provoca reforzamiento positivo y negativo de quienes lo emplean por sus efectos inmediatistas y cortoplacistas de obtención de lo que se pide.

El tratamiento oportuno de la depresión, considerada una enfermedad episódica y recurrente con tendencia a la cronicidad y con elevados niveles de morbilidad y mortalidad, impidió que ésta evolucione hacia complicaciones conocidas de ella según la literatura de especialidad, además de un serio deterioro en la calidad de vida. Una vez finalizado el tratamiento las mujeres intervenidas muestran un

aumento en sus niveles del estado de ánimo, reflejado en su interés por retomar sus actividades diarias, optimistas, y “con ganas de triunfar y emprender proyectos nuevos”.

Caracterización de los beneficiarios

Por el proceso de reestructuración cognitiva llevado a cabo con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de entre 18 y 50 años de edad se logró desarrollar en las beneficiarias significativas habilidades, consecuentes a la intervención realizada: habilidades cognitivas y conductuales que se detallan a continuación:

Pensamiento alternativo a los deberías

Las pacientes manejaban un elevado nivel de exigencias, donde el “NO” generaba altos grados de frustración, este tipo de distorsión es considerado como:

Un auto-mandato imperioso que representa requerimientos normativos excesivos (a menudo perfeccionistas), así como actitudes irrealistas sobre el comportamiento humano y/o eventos del diario vivir.
(Luzuriaga, 2010, pág. 17).

Son exigencias a terceros que cuando se frustran generan ira, o auto-exigencias que generan culpa. Las pacientes han logrado después de la intervención aprender a identificar este error cognitivo en su diario vivir, a cuestionarlo, y a ir cambiando de a poco la filosofía de este pensamiento, cambiando en primer momento la palabra “debería” por “me gustaría”, bajando el nivel de exigencias, puesto que nadie está obligado a cumplirlas a cabalidad, el mundo no obedece y ya admiten el “no” y comprenden que hay niveles de frustración normales con los que se tiene que lidiar a diario, pero es un nivel manejable que no produce un excesivo malestar. Ejemplo

de esto es la siguiente frase que era muy común escucharla entre las participantes “él debería ser más amoroso y comprensivo” una vez hecho el ejercicio logran transcribir ese deseo “a mí me gustaría que él sea más amoroso y comprensivo”. Por la situación de maltrato en la que se encuentran las participantes se puso principal énfasis en recalcar que los derechos al buen trato es lo único que si se exige y es inamovible.

Pensamiento alternativo a la falacia de justicia

Es otro de los pensamientos automáticos identificados, que según (Luzuriaga, 2010)

Son códigos personales de justicia que dictan a la persona en cada momento lo que debería y no debería ser; lo decepcionante e irritante es que los demás parecen guiarse por códigos diferentes. La persona realiza cosas con sentimientos de ira, rabia, pero no manifiesta su malestar. (pág. 15)

Al finalizar el entrenamiento las participantes fueron capaces de hablar, proponer sus ideas, fueron más asertivas y mostraron menos miedo a recibir negativas. Se tuvo cuidado al momento de aplicarlo en casa puesto que son mujeres con experiencias de violencia y hubo que evitar confrontaciones ya que esto podría generar adicional maltrato si el agresor se sentía exigido.

Pensamiento alternativo a la falacia de recompensa divina

Tendencia a no buscar solución a los problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará automáticamente en el futuro, o uno tendrá una recompensa si la deja tal cual o la sufre con mucha resignación. El efecto suele ser, el acumular un gran malestar

innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad (Luzuriaga, 2010, pág. 17).

Entonces la persona admite hacer cosas que en el fondo no quiere hacerlas pensando recibir recompensas por ello, recompensas que no han sido negociadas y cuando no llegan se genera cólera. O la persona tiende a esperar la solución de los problemas suponiendo la mejora por componentes mágicos que lo recompensarán sin ella realizar esfuerzos. Por ejemplo “después, todo mejorará gracias a Dios”. Tras la intervención las participantes han comprendido la importancia de aprender a negociar, que pidan lo que consideran justo, que pierdan el miedo a recibir un “no” como respuesta ante sus requerimientos, para esto la autora se apoyó en la intervención paradójica la cual muestra que cuando piden y no reciben, no quedan peor que cuando no piden (dónde tampoco obtienen) y no se daban la posibilidad de recibir un sí.

Pensamiento alternativo al filtraje o visión de túnel

“Consiste en focalizar un detalle del contexto (por lo general un aspecto negativo y lo exageramos), a la vez que se hace a un lado el significado de la situación total”. (Luzuriaga, 2010, pág. 16). Las participantes luego del tratamiento poseen un pensamiento sin filtro, es decir tienen la capacidad de ampliar su visión hacia las cosas positivas también.

Pensamiento alternativo a la interpretación del pensamiento

“Consiste en creer que adivinan exactamente lo que los demás están pensando”. (Luzuriaga, 2010, pág. 16), las participantes dan por hecho que saben lo que piensan terceros. Lo ideal es que comprendan que es imposible leer pensamientos y que cambien el “yo sé” que conlleva seguridad de conocer el mundo privado de otros, por

el “yo supongo”, las pacientes entonces llegaron a tener la habilidad de distinguir entre los supuestos y los datos comprobados. Ejemplo de esto es el siguiente “yo sé que tu llegaste tarde (ese es un dato objetivo pues lo estoy observando), yo supongo que fue porque te quedaste con tus amigos (es el dato supuesto, ya que puede haber otras alternativas)”

Pensamiento alternativo a la falacia de cambio

La persona que maneja este tipo de pensamiento distorsionado cree erradamente que su bienestar o felicidad depende exclusivamente del cambio en los actos de los demás. Frases como “yo sería feliz solo si mi marido cambia” es muy común escucharlas entre las pacientes atendidas durante el proceso. Al final de la intervención se evidenció la capacidad de las participantes de comprender el error cognitivo, identificar la palabra “solo” que conlleva dependencia, por la palabra “también” que abre posibilidades. Gracias a esta intervención las participantes lograron ampliar las listas de opciones que les generan felicidad.

Pensamiento alternativo a la visión catastrófica

La persona suele tener visiones o expectativas de lo que va a ocurrir en el futuro y casi siempre es lo peor. Lo suelen redactar en pasado estratégicamente para que éstas se vean incambiables e inmodificables. Experimentan angustia anticipatoria sin la certeza de que va a pasar como lo piensan. Los pensamientos negativos vienen solos sin esfuerzo, es por esta razón que se debe entrenar al cerebro para que revierta lo negativo por lo positivo. Una vez intervenido este pensamiento las participantes comprenden que el futuro es una idea que está solo en su cabeza, no existe en la realidad física, es una realidad virtual. Tienen la capacidad de construir más ideas y más futuros posibles, disminuyendo la ansiedad que esto generaba y además piensan

en estrategias para construir los escalones que las lleven a conseguir la nueva alternativa.

Pensamiento alternativo a la personalización

“Es tomar los aspectos de una situación a un nivel personal innecesario. La persona se considera el centro del universo y cree que todo lo que la gente hace o dice es una forma de reacción hacia ella” (Luzuriaga, 2010, pág. 16). Beck por su lado lo describe como un sentimiento de culpa que experimenta el sujeto por todo lo que ocurre. Las participantes creían erróneamente que todos están en contra de ellas y que las juzgan sin tener bases. La persona tiene el mal hábito de compararse con el resto como una estrategia de aumentar o apuntalar su autoestima; también tienen creencias erróneas de que se habla de ellas. Ante esto las participantes adquirieron la capacidad de recoger pruebas y evidencias que lo comprueben o desmientan y que no se crean fácilmente esas ideas. Las participantes después desarrollaron la habilidad cognitiva y conductual de no compararse con nadie. A veces sí es necesaria e inevitable, y entonces la comparación la hacen con ellas mismas en el pasado para percibir cuánto y cómo han mejorado y tienen la meta fija de llegar a no compararse con nadie que es lo más sano a lo que se podría llegar.

Pensamiento alternativo a la falacia de control

La persona puede ubicarse en dos extremos, el primero es externo donde considera que todo lo que le ocurre es responsabilidad únicamente de los demás, quitándose sus propias responsabilidades, y el otro es interno, por el contrario, aquí la persona se piensa responsable de todo lo que ocurre, carga con toda la responsabilidad hasta la que corresponde a los demás. Las participantes una vez concientizado este error como parte de ellas lograron analizar en cuál de los dos extremos se ubican y las que tienen falacia de control externo pudieron pensar y atribuirse las responsabilidades

otorgadas solo a otros como tuyas también y las que manejan la falacia de tipo interno lograron mediante el entrenamiento en reatribución, repartir las responsabilidades a otros, quedándose con cargas más livianas.

Pensamiento alternativo al razonamiento emocional

“Consiste en asumir que nuestras emociones, sobre todo las negativas, necesariamente reflejan la forma en que somos realmente o reflejan de modo objetivo el ambiente externo. Tomamos los sentimientos como hechos o verdades” (Luzuriaga, 2010, pág. 16). La persona entonces se basa solo en lo que sintió para sacar conclusiones del mundo, por ejemplo “estoy triste, el día estará triste” o “esa persona me cayó mal, entonces de ley es mala gente”. Las participantes adquirieron la habilidad de no dejarse llevar irracionalmente por los sentimientos, puesto que éstos se pueden equivocar y pueden no reflejar objetivamente como está el ambiente.

Pensamiento alternativo a la culpabilidad

“La actitud de empeñarse en buscar culpables cuando las cosas no van como estaba previsto”. (Luzuriaga, 2010, pág. 18). La persona se centra en buscar los culpables en vez de la solución que sería lo más sano, además con este actuar se pierde tiempo y el problema se agrava. Las participantes adquirieron la habilidad de reconocer la diferencia entre culpable y responsable, y al final lo aplicaron en sus propios casos. La culpa entrega autoría de un hecho a alguien asociado con una identidad negativa, mientras que la responsabilidad únicamente entrega la autoría sin descalificar a la persona.

Pensamiento alternativo a la sobregeneralización

Son juicios abarcadores, extremistas o predicciones basadas en un solo incidente. (Luzuriaga, 2010, pág. 15). Por ejemplo, es común escuchar en este grupo de mujeres “es que nadie me quiere” una vez intervenido este error cognitivo las

participantes tuvieron la capacidad de reconocer a esta forma de pensar como equivocada encontrando pruebas que desmientan la afirmación sobre-generalizada. Nadie me quiere es tan falso como decir que todos los negros son malos. Que yo considere que mi esposo no me quiera no significa que otras personas no me quieran también. Las participantes realizaron una lista amplia de otras personas que las quieren y que está demostrado con hechos, por ejemplo, los hijos, los padres, los hermanos, los amigos.

Pensamiento alternativo a las etiquetas globales

“Consiste en definir de modo simplista y rígido a los demás o a uno mismo a partir de un detalle aislado o por un aspecto parcial de su comportamiento” (Luzuriaga, 2010, pág. 18). Las personas tienden a colocarse etiquetas o definiciones negativas: “¡que bruto que soy!”, son pensamientos aprendidos, la persona se lo cree como verdad o certeza. Las participantes comprendieron que ellas no son las etiquetas negativas que aprendieron que son, no es su esencia, lograron también ampliar la visión que tienen de sí mismas destacando las cosas positivas de sí mismas.

Interpretación

Cualitativa

Detección, Análisis comparativo y Comprensión de las tensiones: Interesa detectar algunas tensiones que se han ido generando durante el proceso ya que hacerlo ayudará a la autora y al lector a responder una a una las preguntas claves antes planteadas y a comprender el desarrollo de la experiencia de una forma más profunda y permitirá además promover cambios específicos en los planes y políticas institucionales.

¿Cómo realizar un proceso de inducción para que asistan más participantes a este proceso de intervención?

El número de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar con signos y síntomas depresivos que asisten remitidas por las diferentes instancias legales o de forma voluntaria al Centro de Equidad y Justicia de Tumbaco, diariamente es elevado, con esta antecedente llama la atención de la autora la cantidad reducida de mujeres que se encuentran en esta situación que aceptaron ser parte del proyecto.

La autora considera necesario desarrollar la comparación entre las formas de inducir que se tuvo que realizar a las pacientes de acuerdo a las circunstancias presentadas en esos momentos, que de cierto modo pudieron influir en la deserción de unas participantes y la continuación de otras.

La paciente desertora tuvo un proceso de inducción más acelerado, la entrevistas, la evaluación, la charla introductoria y la firma de la carta de consentimiento informado se llevó a cabo en un mismo momento, todo esto porque la primera sesión de esta paciente coincidía con la fecha en la que se llevó a cabo la actividad donde se brindaba la charla con el propósito de formar ya el grupo. Es importante recalcar que durante el proceso de evaluación se debía optar por realizar la entrevista y la aplicación de tests en una misma sesión por el alto grado de deserción que existe, ya que la mayoría de mujeres no regresaban a una segunda cita. Además, el acercamiento que se tuvo entre paciente y terapeuta (autora) estuvo mediado por un tercer profesional que hizo el proceso de bienvenida, el encuadre, procesos de rapport y la primera entrevista, ocupando la autora un lugar secundario. La paciente fue inducida principalmente por la psicóloga de la institución colocando principal

énfasis en lo importante y beneficioso que sería para las mujeres que sufren violencia vivenciar un trabajo grupal por el apoyo emocional que pueden recibir de esta experiencia y no en un trabajo más a fondo donde lo que se buscaba principalmente era realizar un cambio en la forma distorsionada de pensar de las pacientes por ser considerado un posible factor originario de la depresión y contribuyente a su mantenimiento. Tanto el apoyo emocional como los procesos identificatorios que pudieran surgir de esas vivencias eran elementos extras que podían quizá enriquecer la experiencia mas no eran el punto central de trabajo o el objetivo principal del proceso. La paciente durante la entrevista reconoció no saber que se hacía en ese lugar ni qué tipo de ayuda se le iban a brindar, manifestando lo siguiente: “tengo esta orden donde dice que debo venir acá por el problema que tuve con mi pareja”. Se encontraba en ese momento en un proceso de separación al cual ella se refirió así: “ahora ya no estoy con él, no me interesa volver a verlo, sí sufro, pero considero no tener ánimo aún para venir a este tipo de grupos” esta expresión deja ver que lo que ella necesitaba no era el tipo de ayuda que la autora le estaba ofreciendo en ese momento. El proceso de separación se estaba llevando a cabo en esos momentos entonces su prioridad o necesidad no era formar parte de un grupo, emocionalmente no estaba preparada para enfrentarse a tal circunstancia.

La participante que finalizó las terapias tuvo también un proceso inducción acelerado en donde tanto las entrevistas, las evaluaciones, la charla introductoria y la firma de la carta de consentimiento informado se tuvieron que llevar a cabo en un mismo momento, puesto que llegó a la institución mientras atravesaba una crisis emocional, mientras las sesiones grupales ya se estaban llevando a cabo, por las circunstancias se debió realizar una intervención en crisis a priori de todos los

anteriores procedimientos. La diferencia encontrada entre estas dos pacientes está en el tipo de acercamiento que se tuvo entre paciente y terapeuta (autora), con esta participante hubo un contacto directo sin intermediarios, es decir no intervinieron terceros profesionales en el proceso de inducción. Con esta paciente hubo las condiciones y el tiempo necesario para explicar el objetivo del proyecto, empleando ejemplos claros de su propia vida, de sus propios pensamientos, por ejemplo uno de ellos y el más frecuente es que ella era una “mala madre, una mala mujer, un fracaso”, eso en realidad es lo que ella aprendió a pensar por circunstancias que había vivido desde muy niña, pero en realidad habían muchas formas de demostrarle lo contrario, “era madre de tres niños, sus hijos la amaban mucho porque ella era amorosa, luchadora, trabajaba para que no les falta nada”. Mientras se llevó a cabo la entrevista la paciente reconoció a la institución como un lugar de ayuda, sabiendo claramente a qué llegaba ahí. Tenía ubicados sus conflictos como urgentes de tratar y la autora ofreció una ayuda rápida, que empezaba en ese momento, sin tener que esperar días o semanas para recibir una cita.

Probablemente para reunir más participantes a este tipo de intervenciones se requiere que se dé un proceso de inducción en donde el acercamiento sea directo, esto quizá haga que en el terapeuta se generen mayores grados de sensibilidad frente al dolor del otro, que se generen mayores niveles de empatía fortaleciendo así la relación paciente-terapeuta desde los primeros momentos, los cuales son cruciales y marcan el desarrollo de la relación a futuro. La autora además en estas condiciones tiene quizá la posibilidad de ubicarse frente al paciente como un sujeto de saber lo cual no es posible si hay otro profesional que jerárquicamente es superior, generando en las pacientes mayor confianza hacia el terapeuta. Se debería tomar en cuenta el motivo

de consulta y las condiciones en la que llega cada paciente, ya que por ejemplo no es lo mismo recibir a una paciente en crisis en donde el terapeuta pueda posicionarse como salvador, que en pacientes que llegan con demandas no bien ubicadas ni urgentes. De ser posible el proceso de inducción debería ser extendido a la comunidad en general, ya que como queda demostrado existen mujeres que no conocen la labor del psicólogo que pueden estar vivenciando depresión como consecuencia de la violencia y que por desconocimiento no acceden a este tipo de ayuda. El proceso de inducción también convendría que sea llevado a cabo en un periodo de tiempo no acelerado, respetando los tiempos de las pacientes para que puedan atravesar y superar las diferentes etapas de sus conflictos ya que no todas las personas están en las mismas condiciones o preparadas para enfrentarse a este tipo de retos, donde se debe compartir con un grupo. Además, el proceso de inducción no conviene realizarse centrando el apoyo emocional, los procesos identificatorios o el compartir con otras mujeres que se encuentren en las mismas condiciones como objetivos centrales porque como ya se reflexionó anteriormente el grupo es percibido como ente amenazante, que genera muchos temores y posiblemente eso cause que las participantes desistan de formar parte de uno o deserten rápidamente.

¿Qué diferencias se pueden encontrar entre las participantes consideradas del grupo de “la comunidad” frente a las del grupo considerado “derivadas de las unidades judiciales” que afecten el desenvolvimiento durante el proceso?

Una de las tensiones encontradas se da entre las participantes con demandas interiorizadas (consideradas del grupo de la comunidad) frente a las participantes con demandas impuestas por terceros (pertenecientes al grupo derivado de las unidades judiciales) las cuales dejan ver diferencias en cuanto a su actitud y participación durante el proceso.

Las usuarias que asisten de forma libre muestran una actitud colaboradora, tienen ideas más claras de sus conflictos, miedos y angustias y los cambios que desean realizar, llegando con demandas puntuales que han surgido producto de su propia reflexión, por ejemplo: “soy muy ansiosa y deseo cambiar eso porque afecta mi vida en el trabajo, con la familia y amigos”, “me siento culpable de todo lo que ha pasado con mi familia”, “me siento muy triste y parece que ya nada tiene sentido ni va a poder mejorar”. En cuanto a los avances terapéuticos, las participantes en este grupo reconocían que se estaba dando un proceso de cambio, sin embargo, eran más reflexivas y sacaban a flote sus debilidades y lo que aun consideraban se debería intervenir, las tareas terapéuticas enviadas a casa fueron cumplidas en un 90%, y el tiempo extra que se debió utilizar durante las terapias fue para dar respuesta a sus inquietudes y reflexiones surgidas de los deberes. Fue evidente que la técnica de relajación fue realizada en casa con la regularidad requerida pues en el taller les resulto fácil relajarse. Además, las constantes inquietudes y dudas hicieron evidente el interés por saber más y entender mejor sus dificultades.

Las participantes con una orden judicial de asistir al proceso por el contrario, mantuvieron una actitud defensiva, con reparos para comportarse y actuar libremente, mostraban miedo de decirlo todo, su participación a veces fue nula, parecía que trataban de defenderse de algo y de quedar bien ante la terapeuta, estas expresiones justifican lo manifestado anteriormente: “necesito un informe de que estoy viniendo acá, de que estoy cumpliendo y los avances que tengo para presentarlo en el juicio”. Las ideas que tenían acerca de sus conflictos, miedos y angustias eran pobres, con poco contenido, manifestaban únicamente lo que el juez o

la jueza habían solicitado se trabaje. Las demandas no eran puntuales y por lo tanto los cambios que deseaban realizar no eran claros, no habían metas propuestas más que solo llevar un buen informe, expresan demandas como las siguientes: “la jueza dice que tengo muchos traumas del pasado que debo superar”, “la jueza dice que debo venir acá cierto número de sesiones porque tengo problemas”. Lleva más tiempo y esfuerzo lograr que ellas encuentren sus propias demandas y que ubiquen sus propios acontecimientos, pensamientos y vivencias en cada ejercicio terapéutico, lo interioricen como suyos e intenten cambiarlos. Durante el proceso se pudo evidenciar el temor que les genera a las participantes estar involucradas en problemas legales expresando frases como: “mi esposo también debe acudir a terapia por orden de la jueza, el problema es que en el trabajo ya no le dan permiso ¿Qué le pasará si deja de asistir?”. Manejaban una marcada fantasía de mejora en comparación a las participantes sin problemas legales: “siento que en comparación a las demás yo estoy mejorando rápidamente”, “desde que vengo acá yo soy otra, he mejorado mucho” siendo necesario recalcar que los cambios se van dando a medida del esfuerzo en las terapias, realizando las tareas, de a poco, puesto que el proceso no es milagroso, además las tareas terapéuticas enviadas a casa no fueron cumplidas más de un 50%, los deberes llegaban incompletos, teniendo que usar tiempo extra de la terapia para completarlos, la técnica de relajación no era practicada en casa con la regularidad que se les pidió, eso fue evidente cuando se les pidió que se relajaran solas en las sesiones, la auto-provisión de reforzadores no era cumplida, los registros llegaban vacíos teniendo que poner mayor énfasis en lograr el cumplimiento de esa tarea. Las tareas realizadas en las sesiones eran cumplidas con ayuda y motivación de la autora.

Posiblemente, que las participantes no estén involucradas en procesos legales durante el proceso terapéutico puede ser un factor influyente en el logro de resultados favorables. Se podría presumir que emocionalmente no se encuentran presionadas por un dictamen, veredicto o sanción posibles. Se encuentran predispuestas para el trabajo ya que no deben asistir a las audiencias o citas con los abogados, situaciones que posiblemente generan altos niveles de estrés y preocupación que empeoran su situación e interrumpen su dedicación a la terapia. Las mujeres libres de problemas legales probablemente llegan con demandas bien ubicadas, cuentan con mayor tiempo e interés para conseguir los cambios afectivos, conductuales y relacionales que desean.

Realizar un trabajo con mujeres envueltas en problemas legales, es aceptar que esta condición trae consigo limitantes de tiempo principalmente. Es aceptar que llegan a consulta con demandas impuestas por el juez o la jueza y conseguir una interiorización de las mismas para el logro de los objetivos, demanda más esfuerzos y tiempo. Es aceptar que mantengan actitudes defensivas durante las sesiones producto de estar involucradas en problemas legales, llevándolas a percibir a la terapia como un ambiente “amenazante” puesto que la ley genera temor y probablemente por asociación se perciba a la terapeuta, a la terapia y a la institución como aliados de esa ley que tanto les atemoriza, entonces se puede presumir que la asistencia por parte de las participantes con órdenes judiciales en la mayor parte de los casos se da por el temor que genera tener problemas con la ley y no necesaria o exclusivamente por un interés propio de cambio. Se deberá también considerar la posibilidad de que se dé un encubrimiento de los problemas, para no dar mala

impresión al terapeuta y que éste emita luego un posible informe desfavorable de cara a las decisiones legales.

¿Qué diferencias hay en trabajar depresión con mujeres que continúan viviendo con el agresor de las que no?

la realización de tareas por parte de la participante que se encontraba unida aún a su agresor, no era cumplida en su totalidad por falta de tiempo, la mujer con la cual se evidenció este inconveniente manifestó lo siguiente: “es que las tareas las puedo hacer solo cuando no está mi marido, porque después a él no le gusta que haga nada, solo que lo atienda” la participante además era madre de 2 niños de 5 y 2 años de edad, niños pequeños que, según manifiesta, le demandan mucho esfuerzo y, entre eso y el marido, el tiempo que tenía para dedicarlo a las tareas enviadas a casa era insuficiente. Todo esto ligado a la concepción que ella y en general todas las participantes tienen sobre lo que es “ser mujer”, tema indagado en una de las actividades descritas en la matriz de la línea del tiempo, en donde se les pide respondan a esta interrogante y lo compartan después, las respuestas frecuentes fueron: “ser mujer es: cuidar a los hijos, lavar, planchar, cocinar, cuidar al marido”. La identificación de recompensas no negociadas fue una actividad que se le dificultó llevar a cabo a la participante, pues reporta que pensaba que todo lo que recibía era lo justo; por esta razón se manejó con mucha precaución esta actividad tratando de sacar más elementos que amplíen la concepción que tenía en base a su propia reflexión, llegando a ideas como: “ser mujer también es tener tiempo para mí, poder comprarme una ropita nueva, poder arreglarme, tener tiempo para descansar”. Estas ideas facilitaron realizar la tarea consistente en identificar recompensas no negociadas, enseñando formas adecuadas para expresarlas sin correr el riesgo de que esto le pueda generar más violencia si se incomoda con estas peticiones al agresor.

La asistencia a los talleres era inestable, ella lo justificaba aduciendo tener que asistir a las audiencias y citas con el abogado, en segundo lugar, su asistencia era en compañía de su hija la más pequeña, todo a pesar de que al inicio del proceso se pidió con singular énfasis la asistencia sin niños a los talleres por obvias razones. Esta participante no obtuvo mejoría, los puntajes iniciales de los finales no difirieron significativamente. Claramente en ella se podía evidenciar grados de malestar que lo hizo saber mediante conversaciones mantenidas con la autora y con las demás participantes, las cuales en signo de solidaridad intentaban ayudar a calmar y entretener a los niños, quitando tiempo a la terapia.

En contrapartida, las participantes que se han separado del agresor cumplieron en su totalidad con la realización de las tareas, organizaban su tiempo de modo que puedan cumplir con sus trabajos, el cuidado de los hijos y la casa, manifestaban lo siguiente: “siempre dedico unos minutos en las noches para realizar las tareas, se me facilita ese horario porque ya no estoy ajetreada con más cosas”. El concepto que ellas tenían sobre lo que es “ser mujer” se lo evidencia en frases expuestas aquí: “ser mujer es: cuidar a los hijos, lavar, planchar, cocinar”, como se evidencia es un concepto cargado de sacrificio y dedicación por parte de ellas hacia los demás. Se facilitó la identificación de recompensas no negociadas, pues fluían con rapidez y claridad de lo que consideraban o percibían como injusto. La transformación de aquello en propuestas de pedidos más asertivos se dio con facilidad. La concepción que tenían acerca de lo que es “ser mujer” fue debatida entre ellas, encontrándose al final elementos que ampliaron y modificaron la concepción inicial, por ejemplo: “ser mujer también es tener tiempo para mí, poder comprarme una ropita nueva, poder arreglarme, tener tiempo para descansar y estudiar si queremos”.

Continuar con el agresor durante el proceso terapéutico, posiblemente fue un factor que generó altos niveles de malestar y frustración en la participante que se encontraba en esta situación, pudiéndose por esta razón obtener como resultado el mantenimiento del nivel de depresión encontrado ya en pre tratamiento, lo que se puede entender como la constante necesidad de apoyo psicológico que esta mujer busca para no empeorar la situación y evitar que el nivel de depresión suba. Sin embargo, convendría buscar nuevas técnicas para abordar la depresión en este tipo de mujeres puesto que se evidencia que las tareas terapéuticas no dejan resultados óptimos por los motivos antes descritos. Con el afán de responder a las preguntas surgidas ante esta tensión sobre ¿Qué pasó con las redes de apoyo de la participante que continúa con el agresor?, ¿Por qué le es tan difícil dejar a sus hijos con alguien, como lo hacían las demás? ¿Acaso no contaba con el apoyo familiar? Su madre vivía relativamente cerca, su hermana también. ¿Estaban peleadas? ¿Sería el esposo la razón? Se puede decir que probablemente en este caso se estaba cumpliendo con la teoría del ciclo de violencia conyugal propuesto por Walker, 1979, que manifiesta que el maltratador en la fase de escalada de tensión, rompe con todo el círculo relacional, rompe sus redes de apoyo de forma sistemática impidiéndole a la víctima lo abandone. La atención psicológica era muy probablemente el único apoyo con el que la participante contaba a la cual de forma obligada debía dejarla acceder por miedo a las sanciones legales. Además, la participante maneja una concepción de lo que es “ser mujer” con tintes machista y que de cierto modo justificaría el maltrato a la mujer.

Al parecer no mantener relación con el agresor durante el proceso de apoyo psicológico fue un factor determinante a la hora de lograr cambios y mejoras una vez llevada a cabo la intervención puesto que las participantes en estas condiciones no se ven limitadas por esta persona, pudiendo organizar y usar su tiempo como mejor les convenga. Probablemente estas mujeres tienen una red de apoyo más amplia lo que les facilita delegar actividades, como el cuidado de los hijos, permitiéndoles desarrollar de mejor manera las tareas, permanecer en las terapias más relajadas favoreciendo así el proceso de cambio y la disminución de los niveles de depresión. Además, es probable de acuerdo a lo expuesto en este punto que las tareas terapéuticas sean buenas herramientas para trabajar con las mujeres separadas del agresor.

¿Qué marca la preferencia en las participantes para un trabajo individual y no grupal?

Las sesiones se llevaron a cabo cierto número de veces de forma individual, lo que permitió vivir la experiencia desde los dos modos. Casualmente o no las sesiones individuales se desarrollaron de forma constante con la participante 4 la misma que dejó notar interés y esfuerzo en todas las tareas asignadas. Las sesiones individuales permitieron que la autora se centrara de forma profunda en las problemáticas de cada participante, principalmente en la paciente 4, con la cual se tuvo más tiempo para trabajar por su constante participación y asistencia, e ir haciendo los cambios identificando claramente los errores cognitivos. Las tareas fueron guiadas de forma personalizada y casi no se dejaba escapar ninguna información ni inquietud surgida en ese momento, por esta razón la autora tuvo que recurrir a realizar actividades extras que cubran las necesidades y expectativas de cada participante, por ejemplo la realización de la escala de acontecimientos ansiógenos para aprender a superarlos

mediante la técnica de relajación de Shultz ubicada en la línea del tiempo, fue realizada exclusivamente para la participante con altos niveles de ansiedad.

Por contraste las participantes trabajando en grupo tuvieron dificultades para expresar sus inquietudes. Fue necesario responder a peticiones de tiempos extras para trabajar temas que no se querían compartir en grupo en casi todas las participantes. Textualmente se escucharon frases como “hay cosas que son solo mías y me gustaría hablarlas solo con usted”, “me reservo esa información para después”, “siento que me va mejor cuando estoy sola con usted”. Las últimas sesiones fueron grupales en su mayoría y principalmente en la penúltima se pudieron abordar temas personales y emotivos de cada participante que en las sesiones iniciales e individuales no se quisieron tocar, dejando ver cierto grado de cohesión grupal, compartiendo vivencias llenas de dolor, que se transformaron en ese momento en ejemplos de superación. Se pudo evidenciar efectos catárticos que beneficiaron el desarrollo de cada sesión. Se crearon vínculos de amistad, nuevas redes de apoyo. Generalmente las mujeres víctimas de violencia con depresión tienen un círculo social muy reducido afectando aún más sus situaciones, el que se hayan conocido fue beneficioso en este sentido. Se las vio en varias ocasiones compartiendo espacios fuera de terapia, entablado conversaciones animadas, organizando la reunión de cierre, acompañándose a tomar el bus, etc.

Ambas modalidades de trabajo, tanto individual como grupal dejaron resultados positivos en el proceso. Probablemente las sesiones individuales generan grados de confianza y confort con la terapeuta aceptable para que las participantes lo digan todo o casi todo y las lleve así al cambio desde una reflexión más profunda, los

resultados obtenidos después de estas sesiones eran más satisfactorios tanto para las pacientes como para la terapeuta, con tareas y reflexiones con mayor contenido. En las sesiones grupales por el contrario las participantes se vieron inmersas en un ambiente percibido como “amenazante”, pero tras romper con los miedos las lleva a generar nuevos vínculos, ampliar sus redes de apoyo que favorecen también al cambio y a la disminución de niveles de depresión. Al final se podría decir que la confianza que genera la terapeuta en la atención personalizada favorece a que ellas prefieran esta modalidad de trabajo.

¿Cómo el nivel de instrucción académico influyó en el cumplimiento de las tareas terapéuticas en las participantes?

Resultó importante también reconocer la tensión productiva que se detecta entre el nivel de instrucción académica de las participantes. La participante 4, a diferencia de las demás tiene un mayor nivel de instrucción, lo que se vio reflejado en su fluidez en la lectura y escritura, favoreciendo la realización de tareas, grupalmente fue participativa, segura y fue un apoyo en los procesos de igualación a las demás usuarias. Su nivel de exigencia ante las explicaciones de los fundamentos teóricos que marcan el desarrollo de los talleres fue alto, difícil de convencer con argumentos simples, teniendo la autora que recurrir a métodos más elaborados, claros y convincentes para impartir la teoría, se utilizó el método socrático y metafórico. Además de explicaciones con ejemplos todo el tiempo. Su capacidad analítica y de captar información está bien desarrollada permitiéndole llegar a hacer insight. El nivel de comprensión y concentración era el esperado.

Las participantes con un nivel de instrucción más bajo tuvieron dificultades a la hora de leer y escribir, se demoraban casi el doble de tiempo en terminar una actividad por

la poca fluidez en la escritura, optaban por no participar pues no estaban seguras sí podrían leer bien, cuando se les pedía y accedían a compartir lo escrito titubeaban y no entendían lo escrito por ellas mismas, generándoles un grado de malestar, se dejaron notar inseguras, nerviosas con miedos a quedar mal en público, esta afirmación se fundamenta en la matriz de la línea del tiempo realizada por la autora donde se evidencia la reiterada evaluación de miedos, expectativas y compromisos que se tuvo que realizar durante todo el proceso con las participantes. El nivel de exigencia era bajo, casi nunca pedían extender las explicaciones, lo que dejó en la autora la duda de si estaban entendiendo todo o no entendían nada, se tuvo que preguntar constantemente ¿está claro? Recibiendo como respuesta un “sí” seco; ante esto se optó por incluir el método socrático, con el objetivo de que ellas tengan la oportunidad de elaborar sus propias reflexiones, busquen sus propias respuestas y se les pidió que compartan sus propios ejemplos, este método permitió a la autora evaluar su capacidad de comprensión, concentración y de captar información, los ejemplos casi siempre se desviaban de lo explicado, lo que da a entender que los aspectos evaluados no eran los esperados, teniendo que volver a explicar la teoría más de dos veces. Además, las participantes con bajo nivel académico se bloqueaban al momento de realizar tareas como la identificación de recompensas no negociadas, llevar a cabo la técnica del abogado del diablo, ruptura del filtro mental, actividades que requieren de mayor reflexión y dificultando la realización de las mismas. Entonces se pudo evidenciar poca capacidad de reflexión y análisis teniendo la autora muchas veces que intervenir con preguntas muy puntuales que les facilite procesar la información que se requería.

Al parecer el nivel de instrucción académico de las participantes fue un factor influyente en el cumplimiento esperado de las tareas terapéuticas. Las habilidades cognitivas y conductuales adquiridas durante la etapa académica son un plus que facilitan la elaboración de las tareas. Esta tensión identificada sin embargo puede ser beneficiosa en el trabajo grupal ya que se puede aprovechar las fortalezas de unas participantes para ayudar al resto.

¿Cómo influyó la realización de las tareas terapéuticas o la no realización de las mismas en el logro de la disminución de los niveles de depresión en las participantes?

Las diferencias encontradas en cuanto a la realización de tareas con regularidad se evidenciaron en la entrega puntual de las mismas, las participantes entregaban tareas mejor presentadas, con mayor contenido llevándolas a realizar análisis más profundos y enriquecedores. Expresiones como las siguientes dejaron constatar lo dicho: “ahora entiendo por qué sufría tanto pensando en eso”, “el dolor solo está en mi cabeza, si cambio esa forma de pensar cambio también mis sentimientos”, “ahora cuestiono todo lo que mi cabeza me dice y le doy argumentos en contra hasta llegar a la tranquilidad”.

Por el contrario en quienes la realización de tareas no fue constante, la entrega de las tareas no fue puntual, llegaban a la sesión manifestando: “si hice los deberes pero los olvide en la casa”, cuando entregaban las tareas con días de retraso eran hojas que estéticamente dejan ver muchísimo descuido, incompletos, con poco contenido y con poca claridad en la escritura, por esta razón la identificación de pensamientos erróneos se dificultó, necesitaban del apoyo de la autora durante las sesiones para

llegar a identificarlos y comprenderlos. No se escuchó durante el proceso reflexiones que denoten avances o cambios en sus pensamientos.

Se podría decir que las participantes que cumplen de forma regular con las tareas tienen la posibilidad de hacer cambios significativos en su forma de pensar lo que les permitió adquirir herramientas nuevas para cambiar el futuro. Se podría decir que estas participantes llegan a entender con claridad donde está el error y por ende saben cómo actuar ante esas situaciones. Realizar las tareas las hace más prácticas, y el análisis o identificación de los errores cognitivos fluyen más rápidamente, hasta llegar a perfeccionar las técnicas impartidas. Otra ventaja según la autora de la realización regular de las tareas, es que hace de las participantes personas más críticas con un nivel de análisis que influye a conseguir cambios más rápidamente. Lo preocupante por el contrario frente a las participantes que no desarrollaron satisfactoriamente las tareas es que al no contar ininterrumpidamente con el apoyo del tutor o notas manuscritas todo el tiempo, el cambio se torna difícil.

¿Cómo enganchar más a las participantes y evitar o disminuir inasistencias?

Durante el proceso se pudo identificar a las participantes que asistieron frecuentemente a los talleres y a las que no. La paciente 4 asistió al 98% de las sesiones, al ser la única participante que asistió a un cierto número de sesiones el trabajo terapéutico fue uno a uno, llegaba sin embargo por motivos de trabajo 20 minutos tarde, pero siempre mostró interés en la terapia. El recibir atención psicológica individual enganchó a la participante a asistir constantemente ya que no debió depender de un tercero en el desarrollo de los talleres y siempre se trabajó a su ritmo, manifestó lo siguiente: “me gusta que me atienda solo a mí, siento que me va mejor cuando estamos solo usted y yo”. Mantenía un nivel de confianza aceptable

con la terapeuta, se hizo un proceso de Rapport adecuado, la paciente en estas circunstancias llegó en búsqueda de ayuda dejando ver altos niveles de malestar, la asistencia de la autora llegó entonces en un momento preciso, cuando ella más lo necesitaba, se le brindó una opción de ayuda rápida. La autora se mostró convincente a la hora de proponer la terapia cognitivo conductual.

Por el contrario la participante con mayor número de ausencias, trabajó bajo la modalidad grupal, inicialmente fue puntual y mostró interés en la terapia pero los constantes retrasos en tiempo de las demás participantes molestaron a la paciente, haciendo que paulatinamente vaya perdiendo el interés, expresándose así: “si las demás van a llegar siempre tarde prefiero que me atienda a mi sola” no poder responder positivamente a su petición marcó un desinterés por continuar. A pesar de que la autora optó por empezar los talleres con quienes estén, tener que recibir tarde a las demás o igualar a las otras generó malestar, primero porque se perdía el hilo de lo que se estaba trabajando con las pacientes puntuales y luego porque debían resignarse a escuchar nuevamente lo que a ellas ya se había enseñado. Por los constantes disgustos e inconformidades por parte de ella por tener que depender de las demás para el desarrollo de las terapias no se pudo afianzar la relación paciente-terapeuta pues ya no se mostraba predispuesta para el trabajo. Sin embargo, el proceso de Rapport fue el adecuado, se sintió escuchada y comprendida desde la sesión inicial lo que la alentó a aceptar el proceso terapéutico grupal.

Probablemente convendría optar cuando sea posible por impartir una terapia individual ya que según lo evaluado es un factor que engancha mejor a las pacientes pues esta modalidad de trabajo permite organizar mejor los horarios y las

participantes no deben depender de otras personas para trabajar sus conflictos, lo que les genera grados de bienestar y motiva a las pacientes a asistir. De ser una intervención grupal se debería mantener firmeza en cuanto al encuadre, donde se ponga principal énfasis en el cumplimiento de las reglas, se le dé al trabajo la importancia y seriedad que merece y que lo contrario a esto no genere desinterés en las participantes que si cumplen. A nivel grupal se podría pensar también en proveer de reforzadores positivos a las participantes asistentes como por ejemplo breaks de 10 o 15 minutos en la mitad de las sesiones donde se comparta bebidas y alimentos ligeros. Se podría además realizar un sistema de canje donde se premie la asistencia, por ejemplo, darles un regalo por cierto número de sesiones asistidas a modo de economía de fichas para aumentar conductualmente la tasa de asistencias puntuales.

Cuantitativa

A continuación, se procederá a mostrar los resultados cuantitativos pre y post intervención y las estadísticas descriptivas que caracterizaron al grupo intervenido con las variables que se indican.

Análisis Estadístico Descriptivo

Tabla 2 Resultados del test BDI-II aplicado pre-tratamiento

VARIABLES	PACIENTES				TOTAL	X	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
	1	2	3	4			
Tristeza	1	2	1	2	6	1,5	0,5
Pesimismo	0	1	3	1	5	1,25	1,09
Sentimientos de Fracaso	0	2	3	3	8	2	1,22
Pérdida de placer	0	1	1	2	4	1	0,71
Sentimiento de culpa	0	1	2	3	6	1,5	1,12
Sentimiento de castigo	0	1	3	3	7	1,75	1,3
Insatisfacción con uno mismo	0	1	1	2	4	1	0,71
Auto-criticas	0	3	3	3	9	2,25	1,3
Pensamientos de suicidio	0	1	2	1	4	1	0,71
Llanto	0	3	1	0	4	1	1,22
Agitación	3	1	1	1	6	1,5	0,87
Pérdida de interés	1	0	1	0	2	0,5	0,5

Indecisión	0	1	2	2	5	1,25	0,83
Inutilidad	2	1	0	2	5	1,25	0,83
Pérdida de energía	0	1	1	1	3	0,75	0,43
Cambios en el patrón del sueño	0	2	3	3	8	2	1,22
Irritabilidad	0	1	1	3	5	1,25	1,09
Cambios en el apetito	0	0	3	1	4	1	1,22
Dificultad de concentración	0	0	3	2	5	1,25	1,3
Cansancio o fatiga	3	1	0	1	5	1,25	1,09
Pérdida de interés por el sexo	3	2	3	2	10	2,5	0,5
TOTAL	13	26	38	38			

Nota: Resultados del test BDI-I aplicado a un grupo de mujeres de entre 18 y 50 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, a las cuales se les aplicó una intervención terapéutica de orientación Cognitivo-Conductual para disminuir niveles de depresión I, por Pozo D., 2015.

En la tabla 2 precedente se muestra los resultados de los tests BDI-II aplicados, y los valores obtenidos en cada variable evaluada, al final de la fila se muestra el valor total, mismo que nos permitió identificar el nivel de depresión de cada participante. La paciente 1 con un puntaje total de 13, se ubica en un nivel de depresión leve, la paciente 2, obtuvo un puntaje total de 26, lo que la ubica en un nivel de depresión moderada y las pacientes 3 y 4 con puntaje 38 se ubican en un nivel de depresión grave. Se muestra además la suma de los valores de cada variable de todas las participantes de forma vertical lo que nos permitió identificar las variables claves a intervenir. Se presenta también los valores de las medias aritméticas y desviación estándar de cada una de las variables evaluadas.

Tabla 3 Resultados del test BDI-II aplicado post-tratamiento

VARIABLES	PACIENTES				TOTAL	X	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
	1	2	3	4			
Tristeza	0	1	0	1	2	0,5	0,5
Pesimismo	0	0	0	0	0	0	0
Sentimientos de Fracaso	0	0	0	0	0	0	0
Pérdida de placer	0	0	0	1	1	0,25	0,43
Sentimiento de culpa	0	1	0	0	1	0,25	0,43
Sentimiento de castigo	0	0	0	0	0	0	0
Insatisfacción con uno mismo	0	0	0	0	0	0	0
Auto-criticas	0	1	0	1	2	0,5	0,5
Pensamientos de suicidio	0	0	1	0	1	0,25	0,43
Llanto	0	0	0	0	0	0	0
Agitación	0	3	3	1	7	1,75	1,3
Pérdida de interés	3	1	0	1	5	1,25	1,09

Indecisión	0	1	0	0	1	0,25	0,43
Inutilidad	2	0	0	1	3	0,75	0,83
Pérdida de energía	1	0	0	1	2	0,5	0,5
Cambios en el patrón del sueño	2	2	0	2	6	1,5	0,87
Irritabilidad	1	0	0	0	1	0,25	0,43
Cambios en el apetito	0	0	1	1	2	0,5	0,43
Dificultad de concentración	1	0	1	1	3	0,75	0,43
Cansancio o fatiga	0	1	0	1	2	0,5	0,5
Pérdida de interés por el sexo	3	1	1	1	6	1,5	0,87
TOTAL	13	12	8	12			

Nota: Resultados del test BDI-II aplicado a un grupo de mujeres de entre 18 y 50 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, a las cuales se les aplicó una intervención terapéutica de orientación Cognitivo-Conductual para disminuir niveles de depresión, por Pozo D., 2015.

Tabla 4 Tabla que muestra los puntos de corte en el test BDI-II de Aaron Beck, 1996

Puntuación	Tipo de depresión
(11-16)	Leve perturbación del ánimo
(17-20)	Depresión leve
(21-30)	Depresión moderada
(31-40)	Depresión grave
(+40)	Depresión extrema

Nota: Puntos de corte en el test BDI-II Fuente: (Beck et al., 1996, p. 11)

La tabla 3 muestra los valores obtenidos de la aplicación del test BDI-II post tratamiento, lo que permite ver la disminución de los valores iniciales a niveles bajos de depresión en las 4 mujeres tratadas.

Tabla 5 Resultados del test de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan aplicado pre-tratamiento

VARIABLES	PACIENTES				TOTAL	X	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
	1	2	3	4			
Filtraje	4	6	5	8	23	5,75	1,71
Pensamiento polarizado	3	3	3	3	12	3,25	0,5
Sobregeneralización	1	3	2	7	13	3,25	2,63
Interpretación del pensamiento	1	7	8	8	24	6	3,37
Visión catastrófica	4	3	5	8	20	5	2,16
Personalización	5	2	3	3	13	3,25	1,26
Falacia de control	1	4	5	6	16	4	2,16
Falacia de justicia	2	2	8	6	18	4,5	3
Razonamiento Emocional	5	1	0	8	14	3,5	3,7
Falacia de cambio	5	2	5	4	16	4	1,42

Etiquetas globales	2	2	1	8	13	3,25	3,2
Culpabilidad	5	3	0	7	15	3,75	2,99
Los Debería	3	3	6	4	16	4	1,41
Falacia de razón	1	3	2	3	9	2,5	1,29
Falacia de recompensa divina	6	5	9	8	28	7	1,83
TOTAL	48	49	62	91			

Nota: Resultados del test de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan aplicado a un grupo de mujeres de entre 18 y 50 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, para identificar los pensamientos distorsionados, los mismos que fueron modificados mediante una intervención terapéutica de orientación Cognitivo-Conductual para disminuir niveles de depresión, por Pozo D., 2015.

En la tabla 5 se muestran los valores de cada variable obtenidos por las 4 participantes una vez realizado el test de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan. Las puntuaciones de 4 o más indican que ese pensamiento automático debe ser trabajado o modificado. Tomando en cuenta estas indicaciones tenemos que los pensamientos distorsionados a trabajar en este grupo de mujeres son 13 de las 15 distorsiones cognitivas evaluadas, con el valor total de (28) se tiene a la Falacia de recompensa divina; (24) Interpretación del Pensamiento; (23) Filtraje; (20) Visión catastrófica; (18) Falacia de justicia; (16) Falacia de control, Falacia de cambio y los Deberías; (15) Culpabilidad; (14) Razonamiento emocional; (13) Sobregeneralización y Etiquetas globales. El pensamiento Polarizado y Falacia de razón no fueron trabajados puesto que como se puede observar en la tabla los valores obtenidos por las 4 participantes son menores a 4.

Análisis Estadístico Inferencial

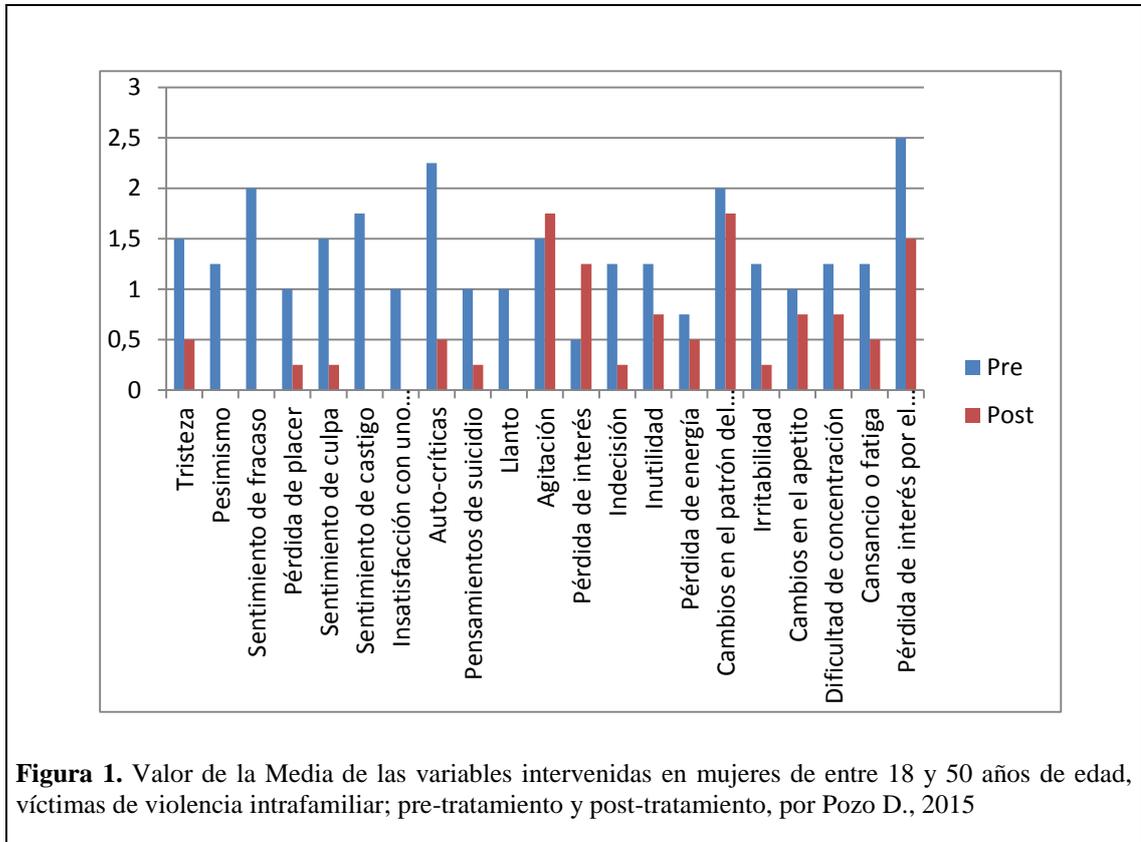
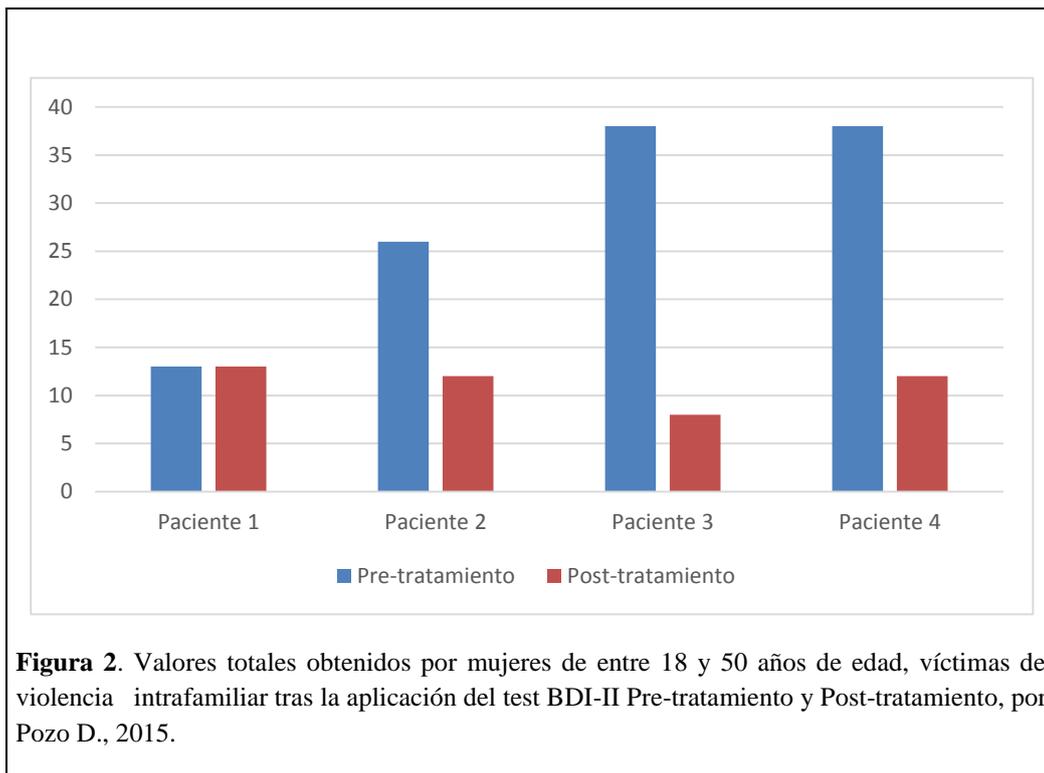
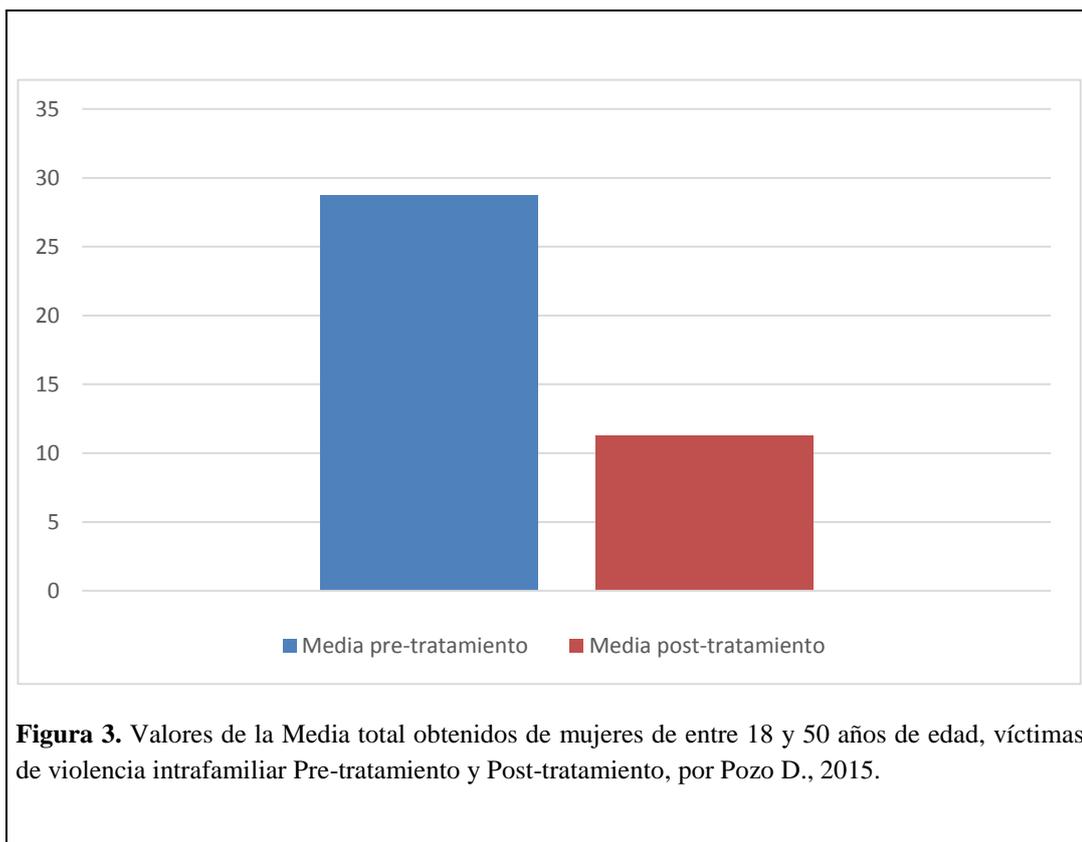


Figura 1. Valor de la Media de las variables intervenidas en mujeres de entre 18 y 50 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar; pre-tratamiento y post-tratamiento, por Pozo D., 2015

La figura 1 deja ver los valores de las medias aritméticas obtenidas de las 21 variables intervenidas.



Una vez realizada la reestructuración cognitiva los resultados obtenidos post-tratamiento fueron los esperados, se logró reducir los niveles de depresión en 3 de las 4 mujeres intervenidas, la única mujer que no mejoró, logró mantener su nivel, tomándose esto como un logro puesto que al encontrarse aún expuesta a situaciones de violencia estaba más vulnerable a que la depresión se agrave. La paciente 1 mantuvo su nivel considerado como una leve perturbación del ánimo. La paciente 2 logró reducir su nivel de depresión de moderada a una leve perturbación de ánimo. La paciente 3 redujo el nivel de depresión grave a una leve perturbación del ánimo y la paciente 4 bajo de depresión grave a leve perturbación del ánimo.



La figura 3, muestra los valores de las medias aritméticas obtenidas PRE y POST tratamiento.

Puntuación t

Figura 4. Fórmula para obtener la puntuación t en estudios con medidas repetidas o grupos pareados.

$$t = \sqrt{\frac{N - 1}{[N \sum D^2 / (\sum D)^2] - 1}}$$

Fuente: (Kantowitz, 2001)

Tabla 5 Puntuaciones pre y post intervención en mujeres de entre 18 y 50 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar. Puntuaciones diferenciales lineales y cuadráticas para el cálculo del valor t

Sujeto	Antes	Después	Diferencia	D2
1	13	13	0	0
2	26	12	+14	196
3	38	8	+30	900
4	38	12	+26	676
	$\bar{X}=28,75$	$\bar{X}=11,25$	$\sum D=70$	$\sum D^2=1772$
			$(\sum D)^2= 4900$	
$\bar{X} =$	Media	$\sum D^2 =$	Sumatoria de diferencias cuadráticas	
$\sum D =$	Sumatoria de puntuaciones diferenciales.	$(\sum D)^2 =$	Sumatoria de puntuaciones diferenciales elevadas al cuadrado.	

Nota: Puntuaciones pre y post intervención en mujeres de entre 18 y 50 años, por Pozo D., 2015.

T= 2,59

El valor t empírico obtenido es de 2,59, rebasando el valor crítico de t teórica = 2,353 para una probabilidad de error de $p \leq 0,05$ y 3 grados de libertad que se indica en la tabla para la prueba de una cola. Concluyendo que la reestructuración cognitiva como estrategia aplicada para reducir niveles de depresión en mujeres influyó realmente en los resultados obtenidos post tratamiento con 95% de confianza y no fue cuestión de azar.

Principales logros del aprendizaje

En este punto presentaremos respuestas a un conjunto de cuestiones que se piensan importantes.

¿Cuáles fueron las lecciones aprendidas?

La reestructuración cognitiva como estrategia para reducir niveles de depresión fue muy acertada, al final los niveles de depresión bajaron y el estado de ánimo de las mujeres subió. Las mujeres intervenidas quedaron satisfechas y agradecidas con el trabajo realizado.

La intervención y las estrategias de trabajo con esta problemática tienen que adecuarse a las condiciones para lograr los cambios requeridos. Esto implica tener que salirse en ciertas ocasiones del plan de trabajo. Por ejemplo, acceder a planificar sesiones extras para igualar a las pacientes que han debido faltar por una u otra situación. Tener que sacar del plan las dinámicas grupales de cohesión o de recreación (pensados como refuerzos, aplicando el Principio de Premack) y planificar de último momento ejercicios terapéuticos para tratar problemáticas personales de cada participante.

Se trata de una intervención en donde las participantes son las protagonistas de su propio cambio y el esfuerzo en su mayoría de veces venga de ellas y se vea reflejado en el cumplimiento de tareas, la participación activa en sesión, predice seguramente el éxito de este tipo de procesos.

Las mujeres que son parte del proceso terapéutico, que aún siguen involucradas en situaciones de violencia necesitan una intervención más larga para lograr los cambios

esperados, que en primera instancia deberían ser el de parar con la violencia, la principal causante de depresión. Pero hay que recalcar que este tipo de intervención es de vital importancia para evitar al menos el agravamiento de los síntomas.

La depresión como consecuencia de la violencia, una de las problemáticas sociales más preocupantes por sus alarmantes cifras estadísticas, debe ser un tema de interés para futuras intervenciones, para esto se debe conocer lo difícil que resulta convocar a estas mujeres las cuales, por diferentes motivos, por ejemplo quizá por indefensión aprendida (Seligman, 1979) se niegan a recibir la ayuda. Para esto se debe evaluar nuevas formas de inducción para que los beneficios de este tratamiento puedan llegar a más víctimas. Tal vez un proceso de promoción más amplio sea una buena alternativa, para que la invitación a formar parte del proceso llegue a más mujeres de la parroquia de Tumbaco y las parroquias aledañas y que el proceso no sea dirigido únicamente a mujeres usuarias del CEJ Tumbaco.

¿Qué productos generó el proyecto de intervención?

Entre los principales productos obtenidos del presente proyecto tenemos las evidencias del trabajo realizado en las sesiones, los deberes escritos, formatos de los registros y el presente informe que, en conjunto todo servirá como guía para futuras intervenciones.

¿Cuáles objetivos de los que se plantearon se lograron?

Todos los objetivos del plan inicial de intervención terapéutica se lograron conseguir, los mismos que se enumeran a continuación:

Identificar niveles de depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. Mediante la aplicación del test BDI-II el cual cuenta con altos grados de validez y fiabilidad.

Modificar pensamientos automáticos, se logró mediante la reestructuración cognitiva.

Aumentar los niveles de estados de ánimo, este objetivo va de la mano al anterior puesto que al cambiar los pensamientos distorsionados ocurre el cambio emocional y también con técnicas conductuales de autoreforzamiento y relajación se mejora los estados emocionales de las pacientes.

¿Qué elementos de riesgo se identificaron en algún momento de la experiencia con el proyecto de intervención?

Las altas probabilidades de deserción de las pacientes hacia la terapia se considera que es un elemento de riesgo, para lo cual conviene seguir analizando estrategias que eviten esta problemática, la autora tuvo que mantener quizá arduos procesos de seguimiento para con las pacientes, los cuales consistían en constantes llamadas telefónicas y mensajes de texto, como recordatorios del compromiso adquirido.

¿Qué elementos innovadores se identifican en la experiencia?

Se abrió un espacio de trabajo grupal bajo un enfoque cognitivo conductual, modalidad en la cual se trabajó por primera vez en la historia del CEJ de Tumbaco, generando expectativas en las autoridades y población a la cual está dirigido.

¿Qué impacto tienen esos elementos innovadores para los grupos poblacionales con cuales se trabajó?

Los impactos generados tanto en la comunidad como en las autoridades fueron: un deseo expresado de que se abran nuevos espacios como el que se dio, se amplíe la cobertura a más beneficiarios, las participantes solicitaron la misma atención y tratamiento a familiares y amigos que atraviesan problemas similares en la comunidad, se recomendó los servicios psicológicos de la autora a conocidas de ellas, que han sido expresados mediante llamadas telefónicas.

¿Qué impacto a nivel de la salud mental se evidenció como consecuencia del proyecto?

El impacto a nivel de salud fue satisfactorio se logró reducir los niveles de depresión, de las 21 variables intervenidas 19 obtuvieron puntajes bajos post-tratamiento. Entre las variables que más se puede destacar el cambio tenemos la tristeza, el llanto, el pesimismo, sentimiento de fracaso, pérdida de placer, las cuales bajaron significativamente. Así mismo las ideas de suicidio, sentimientos de castigo y la tendencia a la auto-critica que generaba mucha culpa fueron intervenidas satisfactoriamente. Cambios que con alta probabilidad (95%) fueron fruto de la reestructuración cognitiva y no de azar, ni del paso solo del tiempo; tal como se constata con las pruebas de significación estadística.

Conclusiones

La Técnica de Reestructuración Cognitiva es aplicable en el tipo de muestra elegida puesto que disminuye los niveles de depresión de las pacientes que han sido víctimas de violencia intrafamiliar. Los cambios más significativos tras la intervención con reestructuración cognitiva se pudieron evidenciar en la modificación de los componentes cognitivos que suponen que los problemas emocionales son resultado de los pensamientos distorsionados y con la intervención se establecieron nuevos patrones de pensamientos más saludables y racionales logrando un aumento considerable en el estado de ánimo.

Probablemente el proceso de inducción realizado por la autora para el presente proyecto requiera ser mejorado en tiempo y recursos para llegar a más mujeres que no sean solamente usuarias de la institución sino a la comunidad en general y así lograr integrar más participantes.

Posiblemente una orden judicial que obliga a las participantes a tomar terapia es un factor en contra para la mejora clínica en este tipo de procesos sino se hace un proceso terapéutico en donde se busquen las propias demandas terapéuticas de las beneficiarias.

Es probable que la terapia impartida sirva para evitar el agravamiento de la depresión en las participantes que siguen inmersas en situaciones de violencia.

Probablemente las sesiones individuales generan grados de confianza y confort aceptables para que las participantes lo digan mucho o quizá todo, pero las sesiones grupales con orientación cognitivo-conductual generan vínculos y redes de apoyo que favorecen también al cambio.

Es posible que tener un nivel alto de instrucción académica favorezca el desarrollo y la realización de las tareas terapéuticas durante el proceso por las habilidades cognitivas y conductuales ya adquiridas durante la vida estudiantil.

Las tareas terapéuticas fueron herramientas que aportaron cambios significativos en el proceso de intervención cuando se las realiza con regularidad y motivadas por el interés de cambio.

Se requirió de mayores reforzadores positivos que estimulen a las participantes a asistir de forma constante a la terapia.

Recomendaciones

Se debe promover una atención psicológica inmediata a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar para evitar el agravamiento de toda posible depresión.

Por los resultados obtenidos se recomienda aplicar la reestructuración cognitiva como estrategia para reducir niveles de depresión en mujeres violentadas.

Se recomienda que el proceso de inducción para este tipo de intervenciones sea más largo en tiempo que lo disponible para esta experiencia (mayor a 2 meses) y con mayor promoción, apoyándose si es el caso en los promotores de las instituciones y en los dirigentes barriales para llegar a una mayor población.

Es conveniente que en las futuras intervenciones los procesos de inducción sean realizados por los autores directos de los procesos, sin intermediarios para evitar la distorsión de la información que pueda influir negativamente en la decisión de las participantes a formar parte del grupo, además se deberá planificar estrategias que enganchen a las pacientes o refuercen positivamente sus conductas de asistir para evitar o disminuir el alto grado de deserción y las inasistencias a las terapias.

Las tareas terapéuticas conviene sigan siendo herramientas en las cuales deben apoyarse los futuros terapeutas para conseguir los objetivos propuestos, por la efectividad demostrada en el presente proyecto.

La institución debe promover nuevas formas de intervenciones con las usuarias, donde se requiere muy posiblemente de más profesionales que puedan brindar alternativas de tratamiento cognitivo-conductuales donde ellas tengan una participación más activa en su proceso de cambio. Entonces se podría promover desde esta realidad una intervención mixta en futuras experiencias en donde se brinde a las participantes un espacio combinado tanto de sesiones individuales como grupales y beneficiarlas de ambas.

Es conveniente alentar a los futuros profesionales o a los ya existentes a buscar cada vez nuevas formas de intervenir sobre las problemáticas aquí trabajadas aprovechando el factor legal que da la oportunidad de tener a este tipo de pacientes en terapia.

Referencias

- Aparna Mehrotra. (29 de noviembre de 1995). *Ley contra la violencia a la mujer y a la familia*. Obtenido de <http://pdba.georgetown.edu/Security/citizenssecurity/ecuador/leyes/leyviolenciaamujer.pdf>
- Beck, A. (2002). *Teoría Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Editorial DESCLÉE DE BROWER, S.A., 2005.
- Caballo, V. (2005). *Manual para la evaluación de los trastornos psicológicos*. Madrid, España: Pirámide.
- Corbalán Berná, F. J., Patró Hernández, R., & Limiñana Gras, R. M. (junio de 2007). *Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia*. Recuperado el 15 de octubre de 2015, de http://www.um.es/analesps/v23/v23_1/15-23_1.pdf
- Henriquez, J. (25 de mayo de 2011). *Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan*. Obtenido de <http://es.slideshare.net/mono4/inventario-de-pensamientos-automaticos>
- Kantowitz, B. (2001). *Psicología Experimental*. México: Thomson Learning.
- Labrador, F. (1999). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Luzuriaga, D. (2010). *Estudio comparativo de las distorsiones cognitivas entre sujetos que ingresan por primera vez al centro de rehabilitación social de*

varones de Cuenca y los sujetos que están internos por el periodo de un año máximo. Recuperado el 23 de septiembre de 2015, de <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/1298>

OMSC. (2010). *Seguridad Ciudadana, durante el 2009 (OMSC (2010) 13 Informe de Seguridad Ciudadana, Quito: MDMQ) en el Distrito Metropolitano de Quito.*

Roa Granados, M. (19 de mayo de 2014). *Como elaborar un portafolio de evidencias.* Obtenido de <http://www.itmina.edu.mx/subaca/Portafolio%20de%20evidencias.pdf>

Anexos

Anexo 1. FORMATO DE REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Fecha/ Hora	Acontecimient o	Pensamiento s	Consecuencia Emocional ____/100%	Consecuencia Conductual

Elaborado por Diana Pozo, 2015.

Anexo 2. FORMATO DE REGISTRO DE RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN DE SHULTZ

Fecha/Hora	Malestar antes ____/100%	Malestar después ____/100%	Observaciones

Elaborado por Diana Pozo, 2015.

Anexo 3. FORMATO DE REGISTRO ESCALA DE EVALUACIÓN SUBJETIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LA TÉCNICA DE ENTRENAMIENTO EN AUTOPROVISIÓN DE REFORZADORES

#	Reforzador	Puntaje	L	M	M	J	V	S	D
Puntaje total									
Estado de ánimo __/100%									

Fuente: Elaborado por Diana Pozo, 2015.

Anexo 4. MATRIZ DE VISIONES CATASTRÓFICAS

Visión catastrófica	Visión equilibrada	Visión exagerada

Fuente: Elaborado por Diana Pozo, 2015.

Anexo 5. Carta de Consentimiento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO

CENTRO DE EQUIDAD Y JUSTICIA DE TUMBACO

Mediante el presente documento certifico que he sido informada con la claridad y veracidad debida acerca del taller *“APRENDE A TOMAR EL CONTROL, NO MÁS VIOLENCIA”*, al cual he sido invitada a participar, proyecto que ha sido aprobado por el Consejo de Carrera de la Facultad de Psicología de la Universidad Politécnica Salesiana, el 26 de mayo del 2015, bajo la RESOLUCIÓN No. 6054-012-2015-05-26. Cuyo tema es *“LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA COMO ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR USUARIAS DEL CENTRO DE EQUIDAD Y JUSTICIA DE TUMBACO”*. Que se llevará a cabo por la estudiante Diana Pozo con Ci. No. 1721838306, con la supervisión del Dr. Mario Márquez, docente de la universidad ya antes mencionada y Jacqueline Herrera, Psicóloga del Centro de Equidad y Justicia de Tumbaco, como un proceso de titulación, durante los meses de Junio y Septiembre del presente año, basado en un *Plan Grupal de Intervención*, con un tiempo tentativo de 12 sesiones, con la posibilidad de extender el proceso de ser necesario. Que actúo libre y voluntariamente como colaboradora, contribuyendo a este proceso de forma activa. Me comprometo a acudir puntualmente, dos veces por semana durante el tiempo ya antes establecido, a la hora acordada y cumpliré con las tareas a mi asignada.

La estudiante por su lado se compromete a cumplir con los horarios fijados y a dar un seguimiento oportuno a las inquietudes de la usuaria.

Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme cuando yo lo desee y se respetará la confidencialidad e intimidad de la información por mi suministrada.

FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	No. CI	EDAD	TELÉFONO	FIRMA

Firma Estudiante_____

Fuente: Elaborado por Diana Pozo, 2015.