

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA  
SEDE QUITO**

**CARRERA:  
PSICOLOGÍA**

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

**TEMA:  
PROCESO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEÚTICA DESDE LA  
PERSPECTIVA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA REDUCCIÓN DE  
LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS  
DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE LA ZONA RURAL DE CALDERÓN  
ABRIL-AGOSTO 2016**

**AUTOR:  
MARCELA ESTEFANÍA CASTILLO PÁSTOR**

**TUTOR:  
CARLOS MARCELO REYES VALENZUELA**

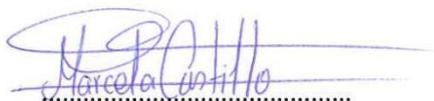
**Quito, julio de 2017**

## Cesión de derechos de autor

Yo Marcela Estefanía Castillo Pastor, con documento de identificación N° 1721545976, 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: “Proceso de Intervención Psicoterapéutica desde la perspectiva Cognitivo Conductual para reducción de los niveles de ansiedad y depresión en mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar de la zona rural Calderón Abril- Agosto 2016”, 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 aplicación a lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, en mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia, suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

Atentamente



Nombre: Marcela Castillo

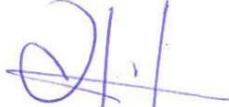
Cédula: 1721545976

Fecha: 14/07/2017

DECLARATORIA DE COAUTORÍA DEL DOCENTE TUTOR/A

Yo declaro que bajo mi dirección y asesoría fue desarrollado del trabajo de titulación con nombre: Proceso de Intervención Psicoterapéutica desde la Perspectiva Cognitivo Conductual para la reducción de los niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de la zona rural de Calderón Abril-Agosto 2016, realizado por Marcela Estefanía Castillo Pastor, con CI: 172154597-6, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana, para ser considerados como trabajo final de titulación.

Quito, julio de 2017



Carlos Marcelo Reyes Valenzuela  
CI: 175800079-6

## Índice

Introducción .....	1
1. Planteamiento del problema.....	2
2. Justificación y relevancia .....	5
2.1. Justificación .....	5
2.2. Relevancia.....	6
3. Objetivos .....	9
3.1. Objetivo General.....	9
3.2. Objetivos específicos .....	9
4. Marco referencial .....	10
4.1. Descripción del contexto de Ecuador .....	10
5. Marco conceptual.....	14
5.1. Violencia basada en género (VBG) .....	14
5.1.1. Definición de violencia basada en género.....	16
5.2. Ansiedad .....	18
5.2.1. Definición de Ansiedad.....	18
5.2.2. Perspectiva cognitiva de la ansiedad .....	20
5.2.3. Diagnóstico diferencial en los trastornos de ansiedad.....	22
5.2.4. Diagnóstico de ansiedad desde DSM-5.....	23
5.3. Depresión.....	25
5.3.1. Definición de depresión .....	25
5.3.2. Diagnóstico de depresión de acuerdo al DSM-5 .....	26
5.3.3. Perspectiva cognitiva de la depresión .....	27
5.4. Esquemas Cognitivos .....	28

5.4.1. El "A-B-C" de la Teoría .....	28
5.5. Terapias cognitivas .....	32
5.5.1. Albert Ellis Terapia Racional Emotiva Conductual (T.R.E.C) .....	33
5.5.2. Terapia Cognitiva de Beck .....	35
5.5.3. Esquema básico .....	36
6. Variables .....	39
7. Hipótesis .....	40
8. Marco metodológico .....	41
8.1. Enfoque metodológico.....	41
8.2. Diseño de investigación.....	41
8.3. Tipo de investigación.....	42
8.4. Instrumentos y técnicas de producción de datos.....	42
8.4.1. Test ISRA .....	42
8.4.2. Test BECK II.....	45
9. Plan de análisis.....	50
9.1. Programa de Intervención Terapéutica.....	52
9.1.1. Primera Sesión: Presentación del Taller Terapéutico.....	52
9.1.2. Segunda sesión: Rapport, Expectativas, Temores y Compromisos sobre el taller Terapéutico.....	53
9.1.3. Tercera Sesión: Auto-refuerzo .....	53
9.1.4. Cuarta Sesión: Entrenamiento en Autorreforzamiento positivo .....	54
9.1.5. Quinta sesión: Autorreforzamiento como Método Antidepresivo .....	55
9.1.6. Sexta Sesión Técnica ABC de Albert Ellis .....	55
9.1.7. Séptima Sesión: Reestructuración Cognitiva .....	56

9.1.8. Octava Sesión: Técnica de Reestructuración Cognitiva ‘Detectar’ y “Denunciar” .....	56
9.1.9. Novena Sesión: Distorsiones Cognitivas .....	57
9.1.10. Decima Sesión: Distorsiones Cognitivas .....	58
9.1.11. Undécima Sesión: Técnica de Solución de Problemas .....	58
9.1.12. Duodécima Sesión: Mantenimiento de Ganancias .....	59
9.1.13. Décimo Tercera Sesión: Factores de Riesgo .....	59
9.1.14. Décimo Cuarta Sesión: Proceso de Cierre .....	60
9.1.15. Décimo quinta sesión: Rendimiento de los Test ISRA y BECK Post – Tratamiento .....	61
10. Población y muestra .....	62
10.1. Criterios de Inclusión.....	62
10.2. Criterios de Exclusión.....	63
11. Presentación de los resultados.....	64
11.1. Comparaciones pre y post.....	64
11.2. Resultados ISRA.....	66
11.3. Resultados BECK II .....	74
Conclusiones .....	82
Recomendaciones.....	84
Referencias .....	86

## Índice de figuras

Figura 1. Dinámica de naturalización de la violencia .....	13
Figura 2. Criterios DSM-5 de Trastorno Depresivo Mayor .....	26
Figura 3. Esquema básico de paradigma.....	36
Figura 4. Esquema Básico de la Terapia Cognitivo Conductual .....	37
Figura 5. Fórmula t de Student.....	50
Figura 6. Resultados ISRA escala Cognitiva .....	67
Figura 7. Resultados ISRA escala Fisiológica .....	68
Figura 8. Resultados ISRA Subescala Motora.....	69
Figura 9. Resultados ISRA Subescala F1 Ansiedad .....	70
Figura 10. Resultados ISRA escala F2 Ansiedad Interpersonal .....	71
Figura 11. Resultados ISRA escala F3 Ansiedad Fóbica.....	72
Figura 12. Resultados ISRA / Subescala F4 Ansiedad a la Vida Cotidiana .....	73
Figura 13. Resultados Pre tratamiento vs. Post-tratamiento BECK .....	75

## Índice de Tablas

Tabla 1. Resultados Pre- tratamiento ISRA .....	65
Tabla 2. Post- tratamiento ISRA .....	65
Tabla 3. Resultados de la Desviación Estándar .....	75
Tabla 4. Valor de t de Student de la variable Cognitiva .....	76
Tabla 5. Valores t de Student de Variable Fisiológica.....	77
Tabla 6. Valores t de Student de variable Motora.....	78
Tabla 7. Valores t de Student para F1 Ansiedad de Evaluación .....	78
Tabla 8. Valores t de Student para F2 Ansiedad Fóbica .....	79
Tabla 9. Valores t de Student para F3 Ansiedad Interpersonal o de la Vida Cotidiana .....	80
Tabla 10. Valores t de Student para F4 Ansiedad General .....	80
Tabla 11. Valores t de Student para Beck II .....	81

## **Resumen**

En el siguiente trabajo se postula un tratamiento terapéutico que se ha desarrollado en la comunidad de Calderón, conformado por mujeres víctimas de violencia basada en género. Fueron evaluadas con Test de Isra para valorar el nivel de Ansiedad y Test de Beck para depresión y, posteriormente, ingresan seis participantes a un taller terapéutico, con el fin de mejorar la sintomatología ansiosa y la depresión.

El trabajo contiene capítulos que describen el contexto en que se desarrolla la investigación, aporta un marco conceptual de cómo ha sido conceptualizada tanto la violencia basada en género, como teorías cognitivas de la ansiedad y depresión. En este mismo sentido, este trabajo apunta a modificar las creencias irracionales que servirán de base para el proceso terapéutico, el cual sigue un enfoque conductual basado en la teoría de Albert Ellis y Aaron T. Beck.

En la parte final, se presentan los resultados pre y post tratamiento, con la descripción y análisis mediante el estadístico t de Student, los que confirman, mediante diferencias significativas, la validez del taller al comparar medidas pre y post tratamiento. Por último, se proponen recomendaciones en el abordaje de la violencia basada en género a través de esta metodología terapéutica.

**Palabras clave:** violencia basada en género, ansiedad, depresión, ideas irracionales, intervención

## **Abstract**

The following work postulates a therapeutic treatment that has been developed in the community of Calderón, made up of women victims of violence based on gender. They were evaluated with Test de ISRA to assess the level of anxiety and Beck Test for depression and, later, six participants entered a workshop to improve anxiety and depression symptoms.

The paper contains chapters describing the context in which the research is developed, providing a conceptual framework of how gender-based violence has been conceptualized, as well as the cognitive theories of anxiety and depression. In this sense, this work aims to modify the irrational beliefs that will serve as a basis for the therapeutic process, which follows a behavioral approach based on the theory of Albert Ellis and Aaron T. Beck.

In the final part, the results are presented pre- and post-treatment, with the description and analysis using Student's t-statistic, which confirm, through significant differences, the validity of the workshop when comparing pre and post treatment measures. Finally, recommendations are proposed in the approach to gender-based violence through this therapeutic methodology.

**Keywords:** gender-based violence, anxiety, depression, irrational ideas, intervention.

## **Introducción**

El presente trabajo llevado a cabo en Calderón al norte de la ciudad de Quito, basado en el análisis de síntomas de ansiedad y depresión en mujeres afectadas por violencia de género (VBG). De este modo, se pretende dar respuestas a las necesidades presentadas por las pacientes para interrumpir estas dinámicas de violencia.

Para tal objetivo, se propone una intervención terapéutica basada en un modelo cognitivo-conductual en modalidad de taller, de tal modo que personas con sintomatología de depresión y ansiedad presenten una modificación de ideas irracionales que están a la base de estos trastornos. Se espera que los resultados de este estudio oriente el planteamiento de medidas profesionales como las que se promueven en la investigación.

Como parte del análisis realizado, se destaca la utilización del ordenamiento constitucional y artículos relacionados al Código Civil en Ecuador, que permiten tener una visión más amplia de las normativas que amparan y se encuentran al servicio de mujeres y hombres que se ven agredidos por su pareja.

Complementario a lo anterior, se presentan conceptos sobre la depresión y ansiedad y, en específico, a través de la modificación de creencias irracionales, que redundará en una mejora en la calidad de vida en mujeres que presentan violencia basada en género.

## **1. Planteamiento del problema**

En el sector de Calderón, al norte de Quito, de acuerdo a datos estadísticos, encuestas y entrevistas con las personas encargadas del área de violencia intrafamiliar de una Entidad Municipal se ha determinado que uno de los problemas de importancia y alta frecuencia en la población se asocia a la violencia basada en género. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) destaca que en el Ecuador seis de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género y el 76% de las mujeres han vivido algún tipo de violencia por parte de su pareja o ex-pareja, lo que confirma el alto índice de demandas con respecto al género femenino la Entidad Municipal (INEC, 2012).

De acuerdo a la información obtenida en las encuestas en el proceso de diagnóstico y el periodo de observación que se ha tenido en la Entidad Municipal, la violencia no constituye un fenómeno que se manifiesta de una manera individual, sino que corresponde al resultado de un proceso de comunicación particular entre dos o más personas.

Todos los usuarios que acuden a la Entidad Municipal van en busca de ayuda por violencia basada en género, forman parte de un proceso de interacción en cual se hallan implicados todos los componentes del sistema familiar y son, por lo tanto, responsables de la dinámica. En este sentido, la ley impone sanciones a aquel que ejecuta la violencia y los procesos de atención e intervención, la atención a los impactos de la violencia recaen exclusivamente en la víctima. Esto pone en evidencia

las limitaciones que se presentan en los sistemas de justicia y de apoyo en la temática de la violencia.

De acuerdo a la información obtenida con el psicólogo encargado de la Entidad Municipal y con información adquirida de algunos estudios realizados, se concluye que el origen de la VBG, se asocia a la falta de control de impulsos, carencia afectiva y la incapacidad para resolver problemas adecuadamente. Complementariamente, en algunas personas se observan aspectos asociados a consumo o trastorno de alcohol y drogas.

La complejidad de esta problemática permite darnos cuenta de los altos niveles de vulnerabilidad que se presentan. Por un lado, se entiende que el rol tradicional asignado a la mujer ha presentado evidentes transformaciones, ya sea en el rol materno, al configurarse en la persona encargada de la crianza del niño, su educación y de las labores del ámbito doméstico. Por otro lado, en la actualidad la mujer ha asumido un rol de trabajo asalariado, que promueve su autonomía y provisión económica. En este contexto, es que puede entenderse la VBG, ya que genera, a su vez, una interrupción de dinámicas patriarcales de obediencia y sumisión al hombre, situación que evidencia las dinámicas de violencia contra la mujer.

Esta violencia genera repercusiones en las mujeres y en las familias que configuran un aspecto perjudicial para la salud mental de las mujeres. Al respecto, dicha violencia se expresa en amenazas, insultos, chantaje, excesivo control, silenciamiento, desprecio al cuerpo, indiferencia, sobreprotección o burlas, entre otros. Esto ha traído como consecuencia inseguridad en la víctima de maltrato, baja

autoestima, dificultades de aprendizaje, percepción de la realidad distorsionada, fugas del hogar, cuadros depresivos, crisis de angustia, intentos de autoeliminación, enfermedades psicosomáticas, dificultades en el rendimiento escolar o laboral, vínculos distorsionados con pares y figuras de autoridad, según el criterio profesional de cada uno de los encargados de la Entidad Municipal responsable.

El psicólogo encargado de recibir las demandas de violencia en la zona de Calderón mencionó que la mayoría de usuarios durante la vivencia de una crisis, la persona pierde de forma transitoria o definitiva una serie de aportes con los que ha contado; encontrando comprometida su estabilidad. Estos aportes pueden tener diferentes dimensiones, pudiendo ser tanto físicos (alojamiento, economía, alimentación, salud, autonomía, etc.) como psicosociales (de relación con los otros, seguridad, pertenencia o confianza), así como de otra índole, que pueden afectar su salud mental.

## **2. Justificación y relevancia**

### **2.1. Justificación**

La violencia contra las mujeres constituye una ofensa a la dignidad humana, lo cual empeora y amplía la brecha de desigualdad que se lleva a cabo como una expresión de poder sobre otra persona, determina el caos de la sociedad y, por ende, incrementa los casos de femicidio.

La VBG ocurre no solo en el ámbito privado o familiar, sino que también se evidencia en el ámbito público y responde a patrones socioculturales fuertemente anclados en la sociedad. De allí que resulta imprescindible una respuesta contundente por parte del Estado ecuatoriano para garantizar una vida libre de violencia en razón del género como condición indispensable para proteger los derechos de las mujeres y alcanzar la igualdad entre hombres y mujeres (Anteproyecto Ley Orgánica Integral por el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias, 2016).

En la Constitución ecuatoriana se destaca como uno de sus principales artículos que las formas de discriminación que se produzcan en contra de la mujer serán sancionadas por ser consideradas como actos de violencia hacia los derechos humanos. (Art. 157 COIP)

De esta manera, resulta imprescindible llevar a cabo estudios que no solo diagnostiquen el problema de salud mental de mujeres que presentan violencia, sino también es de alto interés la creación de dispositivos de tratamiento que puedan

abordar el impacto que provoca la VBG. La propuesta en este trabajo es plantear un taller que aborda la sintomatología ansiosa y depresiva que se ha encontrado en mujeres víctimas de violencia: para esto, dicho taller asume una perspectiva cognitivo – conductual para intentar modificar ideas irracionales que se observan en sintomatología como ansiedad y depresión que son bastante comunes.

De acuerdo a un diagnóstico inicial que se inició en el año 2014, basados en Entidades Municipales responsables, se informa que los casos con mayor frecuencia corresponden al área legal y psicológica, los cuales se orientan a la atención de la violencia intrafamiliar y sus derivados: violencia conyugal, paterno-filial (maltrato infantil) e hijos inmersos en círculos de violencia. En específico, se refiere que en el área de psicología se da mayor prioridad a los casos de abuso sexual y maltrato infantil, mientras que en el área legal a las víctimas de maltrato intrafamiliar. Esto sugiere que hay menor atención psicológica a las mujeres víctimas de violencia.

En complemento de lo anterior, la violencia es mayoritariamente por mujeres, frente a un bajo índice correspondiente a hombres, como resultados remitidos por Instituciones Públicas y Municipales.

## **2.2. Relevancia**

De acuerdo a las directrices de León y Montero (2003) respecto a la relevancia de los estudios, se observa los siguientes en el presente estudio.

**Una relevancia social:** El tema de la VBG corresponde a un fenómeno que requiere asumir una protección e intervención inmediata, ya que muchas mujeres en Ecuador están sufriendo estas dinámicas (INEC, 2014). En concreto, respecto a las mujeres que son atendidas por VBG en las Entidades Municipales corresponden a adultas, amas de casa, que provienen fundamentalmente del sector de Llano Grande, aunque también acuden de otros sectores tales como Llano Chico, Pomasqui, Carapungo, Morán, Barrio Ecuador, así como moradores del sector de Calderón.

La relevancia social está configurada porque la VBG es un problema social que requiere de múltiples y coordinadas estrategias de atención e intervención, aspecto que el presente trabajo intenta aportar.

**Un aporte práctico:** El trabajo aquí planteado favorece el desarrollo de un taller de intervención basado en un enfoque cognitivo-conductual que representa un dispositivo terapéutico indispensable para abordar los impactos de la violencia en las mujeres.

Para el logro de esta propuesta se utilizan aportes y metodologías propuestas por la teoría ABC, enfocándose en la detección de las ideas irracionales y, posteriormente, el análisis y discusión de cada creencia irracional, de tal modo que las mujeres participantes logren acceder a una nueva re-significación e información sobre los aspectos a modificar en el corto, mediano y largo plazo. La Terapia Racional Emotiva, por otro lado, es utilizada como un método terapéutico para tratar las dificultades

emocionales, con la finalidad de alterar el sistema de creencias de las participantes y ayudarles a generar una filosofía de vida libre de violencias.

### **3. Objetivos**

#### **3.1. Objetivo General**

Examinar y modificar la sintomatología depresiva, ansiosa y los esquemas irracionales presentes en mujeres adultas víctimas de violencia basada en género que asistieron a Entidades Municipales en el periodo Julio-Septiembre 2016, a través de un Programa de Intervención Terapéutica Cognitivo Conductual en Quito, Calderón.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Identificar la sintomatología de ansiedad y depresión desde una perspectiva cognitiva y fisiológica y motora.
- Describir los esquemas irracionales que presentan mujeres víctimas de VBG en los ámbitos de demandas sobre uno mismo, sobre los otros y el mundo.
- Explorar los efectos que se presentan en las mujeres víctimas de VBG, a partir de las modificaciones en los niveles de ansiedad, depresión y esquemas irracionales.

## **4. Marco referencial**

### **4.1. Descripción del contexto de Ecuador**

La violencia contra las mujeres constituye un atentado contra la dignidad humana y una violación de los derechos humanos, de tal manera que se considera un acto patriarcal y de discriminación. La violencia contra las mujeres ocurre no sólo en el ámbito privado intrafamiliar, sino que se evidencia también en el ámbito público y responde a patrones socioculturales estructurales y fuertemente anclados en la sociedad.

En 1981, en Ecuador se genera procesos de lucha contra la discriminación a las mujeres, planteamiento que se ratifica en el año de 1995, planteamiento que se forja con el fin de erradicar la violencia hacia las féminas. Adicionalmente, la declaración sobre la Erradicación de la Violencia contra la Mujer adoptada por la Vigésimoquinta Asamblea de Delegadas de la Comisión Interamericana de Mujeres (1990) y la (Naciones Unidas , 1993), evidenciaron la voluntad del estado ecuatoriano por abordar la violencia contra las mujeres.

En 1992, el Comité de la CEDAW aprobó su Recomendación General No. 19 “La violencia contra la mujer” (CEDAW , 1992) y en 1994, emitió la Recomendación General N° 21, “La Igualdad en el Matrimonio y en las Relaciones Familiares”, en donde se incluyen recomendaciones para abordar la violencia.

En 1993 la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena, a través de la Declaración de Viena (Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 1993), elevó a la categoría de derecho humano el derecho de las mujeres a vivir sin violencia y declaró por primera vez que los derechos de la mujer y de la niña forman parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales.

En 1994, la Comisión de Derechos Humanos adoptó la resolución 1994/45, en la que decidió nombrar un Relator Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, cuyo mandato ha sido extendido hasta la fecha. (Naciones Unidas , 1994). En 1995 se aprobó la Declaración y Plataforma de Acción para la Igualdad y Desarrollo.

En Ecuador, en 1994 se crearon las Comisarías de la Mujer y la Familia, dependientes del Ministerio de Interior y en 1995 se aprobó la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia, denominada también Ley 103 de la Ley contra la violencia a las féminas. El decreto Ejecutivo N° 620 de septiembre de 2007, declaró como política de estado la erradicación de la violencia basada en género contra niños, niñas, adolescentes y mujeres para lo cual, en septiembre de 2007, se promulgó el Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género hacia niñez adolescencia y mujeres (Plan Nacional de Erradicación de a Violencia de Género Hacia Niñez, Adolescencia y Mujeres , 2007). Por su parte, la Constitución de 2008 reconoce el derecho a vivir una vida libre de violencia, así como la necesidad de prevenir y sancionar la violencia en los ámbitos públicos y privados, además de la restitución de derechos de las víctimas. La Constitución garantiza la igualdad formal y material y la no discriminación, entre otros, por razón del sexo y de identidad de género. La

Constitución también establece que las víctimas de violencia doméstica y sexual recibirán por parte del Estado atención prioritaria y reconoce la obligatoriedad de contar en la ley con procedimientos especiales y expeditos para el juzgamiento y sanción de delitos de violencia intrafamiliar, sexual, crímenes de odio y los que se cometan contra niñas, niños y adolescentes, jóvenes, personas con discapacidad, adultas mayores y personas que, por sus particularidades, requieren una mayor protección.

Volviendo al contexto de la comunidad de Calderón, la violencia llega a constituirse en parte de la manera de convivir a diario, dentro del proceso, se ha observado en las demandas de la comunidad los vínculos mediante los cuales se desarrolla la convivencia del ser humano y la violencia llega a ser parte de su vida, tanto física como psicológica, y los seres humanos se acostumbran a convivir con violencia. Desde esta perspectiva el Ecuador atraviesa un proceso patriarcal, en el cual se observan expresiones vinculadas y asociadas con fenicios, mismo que a pesar de ser combatidos por medio de políticas públicas y la participación de autoridades y organizaciones feministas se sigue ampliando y dejando con ello más daño social como el aspecto de la orfandad.

Figura 1. Dinámica de naturalización de la violencia

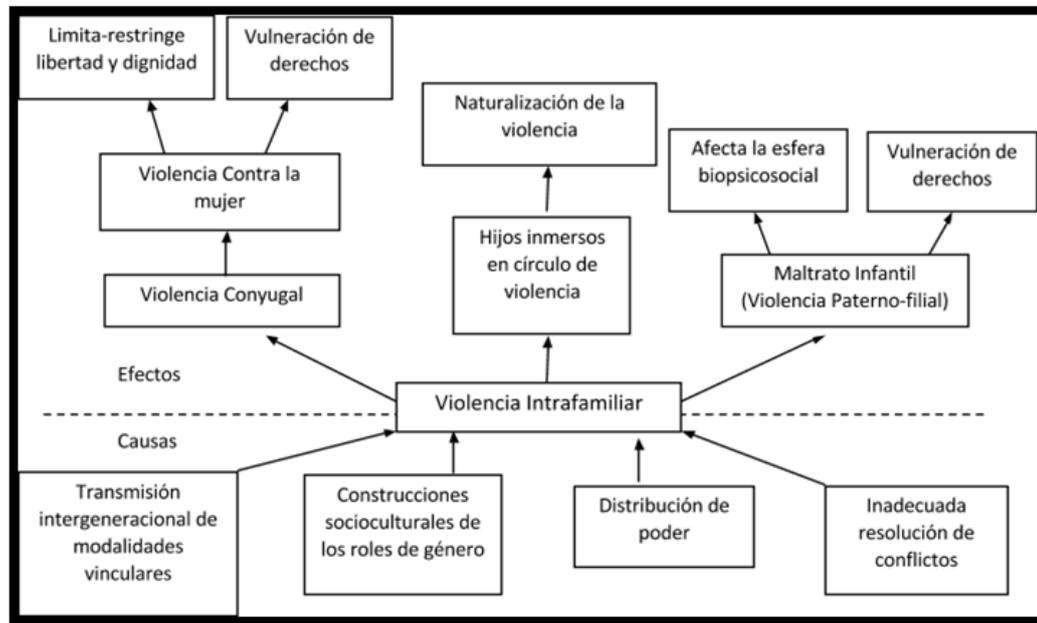


Figura 1. Dinámica de naturalización de la violencia

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Como muestra la Figura 1, la población con la que se va a trabajar son víctimas de VBG presenta una naturalización de la violencia, en términos que se ve como algo “normal o esperable”. De este modo, se trabajará con mujeres violentadas, que desde niñas o adolescentes han estado inmersas en el círculo de violencia o que ya son víctimas de maltrato.

Históricamente se ha mantenido un alto índice de machismo especialmente en las zonas de Calderón, zonas rurales en las cuales es importante recalcar el alto índice de alcoholismo y violencia contra la mujer.

## **5. Marco conceptual**

### **5.1. Violencia basada en género (VBG)**

La violencia de género constituye una suma de acciones en contra del bienestar familiar, acontecimiento que se encuentra tipificado dentro de las leyes ecuatorianas, a su vez, la mujer experimenta varios tipos de violencia, los cuales si bien ya se lo ha mencionado en el presente trabajo, es pertinente retomarlos desde un sentido más profundo, para lo cual se cita al Consejo Nacional para la Igualdad de Género, desde el cual se enuncia las siguientes violencias:

Violencia física: Todo acto de fuerza que cause, daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiera para su recuperación (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2014. ) (Consejo Nacional para la Igualdad de Género , 2014, p. 5).

Por ende, la violencia puede producirse de varias formas, siendo la violencia verbal el medio por excelencia, en tanto que se ha empleado para atacar a la mujer y todo lo que de ella ha devenido. Esto se ha configurado históricamente, como por ejemplo, el caso de la inquisición, donde se condenaba a las mujeres que llevaban sus ideas a lo público o en Juana de Arco, quien murió incinerada por el hecho de expresarse dentro de un contexto de opresión. En apoyo de esta idea, se incluyen los planteamientos de Hipatia, una astrónoma de Alejandría, que fue asesinada por el hecho de poner en práctica su pensamiento.

La problemática central a su vez genera problemas secundarios como violencia conyugal, hijos inmersos en círculo de violencia y maltrato infantil o paterno-filial, entre las consecuencias de los problemas secundarios podemos encontrar respectivamente la violencia contra la mujer, vulneración de derechos, limitación - restricción de libertad y dignidad, naturalización de actos violentos y afectación de la esfera biopsicosocial.

La violencia basada en género se la ha definido como una situación de abuso de poder o maltrato tanto físico o psicológico, de un sistema familiar proveniente de un miembro de la familia. Se puede manifestar desde golpes e incidentes graves, como también insultos, amenazas, chantajes, controlar las actividades, abuso sexual, aislamiento de familiares, aislamiento de amistades, prohibición a trabajar fuera de la casa, abandono afectivo, humillaciones y no respetar las opiniones.

Estas son algunas de las situaciones en las que se dan los círculos de violencia doméstica o violencia intrafamiliar actualmente en nuestro país se destaca especialmente por el alto índice de “machismo” que se vive principalmente en zonas rurales y de escasos recursos económicos, no es la generalidad pero en si es su mayoría.

El machismo, expresión derivada de la palabra "macho", se define en el Diccionario de la lengua española como la "actitud de prepotencia de los varones respecto de las mujeres (2011, El machismo es Violencia IAEN).

Los adultos varones, al ser los beneficiarios de una sociedad sexista, no sólo reproducen mediante la violencia sus mecanismos de poder, sino que encuentran los elementos necesarios para justificarla. En este punto, a nivel simbólico e ideológico la figura del varón como protector, conquistador, proveedor y castigador, tiene enorme importancia en la conformación del contenido de las conciencias personales. Su función social y su jerarquía en la familia parecen estar aseguradas por el sólo hecho de nacer con determinados genitales. La biología y los discursos ideológicos que sobre ella se construyen, son elementos importantes que los científicos sociales no deben ignorar. No obstante, describir la violencia y discriminación que cotidianamente sufren las mujeres a manos de los hombres, o las agresiones de que son víctimas las niñas y los niños por sus familiares, no es lo mismo que conocer sus causas y ayudar a prevenirlas (Sánchez, 2001).

### **5.1.1. Definición de violencia basada en género**

En el presente estudio se identifica la violencia a la mujer desde un punto de vista crítico, bajo el cual se evidencia cómo las tradiciones, costumbres y prácticas histórico-patriarcales han actuado en función del patriarcado. Esto se ha caracterizado a partir de los procesos de dominación que han sido causa de la falta de igualdad, sumado al hecho de la búsqueda, recuperación y práctica de los derechos de las mujeres. Esto permite concluir que la VBG se trata de un problema histórico, social y cultural que se encuentra vigente en el siglo XXI.

La violencia a la mujer es un fenómeno social ocasionado por la presencia de estructuras patriarcales que persisten en los sistemas sociales. En este sentido, y desde

los planteamientos emanados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Organización Mundial de la Salud, 2016), se destaca que la violencia a las mujeres puede manifestarse de varias formas, entre las cuales se identifican: “violencia física, sexual y emocional, matrimonios forzados y precoces, mutilación genital femenina, femicidio” (Organización Mundial de la Salud, 2016, p. 3). Siguiendo con la OMS (2016) la VBG es una problemática presente en todos los países del mundo identificándose entre un 15% y 71% en mujeres de 15 a 45 años han sufrido algún tipo de violencia. En particular, para el caso de Ecuador, el Consejo Nacional para la Igualdad de Género se enuncia que:

Si bien la situación de las mujeres en el Ecuador se ha modificado de forma sustancial en muchos aspectos, en tanto sus derechos individuales han sido reconocidos y cada vez más mujeres han accedido a la educación formal, al trabajo remunerado y a espacios públicos antes vedados para ellas; la violencia de los esposos o de la pareja continúa siendo una práctica arraigada en nuestro país, siguiendo los patrones históricos reseñados (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2014).

Esto se debe a que a pesar de que se han establecido cambios sustanciales y significativos en el área estructural y administrativa del sistema público, el tema de la cultura es un punto de debate que tarda mucho en transformarse, ello gracias a que las costumbres y tradiciones y, sobre todo, el sentido de superioridad se encuentra observado en las dinámicas del hombre. Desde este contexto, el planteamiento de derechos que normen la situación de la mujer dentro de la sociedad se ha abordado de

modo insuficiente, para lo cual se requiere un nuevo modelo teórico-práctico que permita la erradicación de la violencia y la germinación de procesos de igualdad.

## **5.2. Ansiedad**

La ansiedad configura una sintomatología muy antigua, en la cual, considerando sus orígenes filogenéticos se remontan a los del reino animal, los filósofos y pensadores han escrito largo y tendido sobre la importancia capital de la ansiedad para la vida y la experiencia humana. La experiencia de la ansiedad es ubicua y universal y trasciende épocas y culturas (Stein, 2002).

Una de las concepciones más importantes en la actualidad sobre la ansiedad es la concepción de la teoría cognitiva de A.T. Beck. Fundamenta que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Así, en la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgadas en la dirección de una sobreestimación del grado de peligro asociado a las situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento (Sanz, 2000).

### **5.2.1. Definición de Ansiedad**

La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas o de resultado incierto, en las que anticipamos un posible resultado negativo o amenaza para nuestros intereses, preparándonos para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones

cognitivas, fisiológicas y conductuales (Cano-Vindel, 2002). Esta reacción natural de preparación, nos ayuda a movilizar recursos para afrontar mejor dicha amenaza percibida. De esta forma, si la situación que provoca ansiedad es muy importante para nosotros (por ejemplo, un examen decisivo) es posible que provoque una fuerte reacción a nivel cognitivo, que nos ayude a pensar más deprisa, centrar la atención en el problema, o anticipar posibles escenarios; además puede movilizar recursos energéticos mediante una gran activación fisiológica (aumento de la tensión en los músculos, bombeo de más sangre, más oxígeno, etc.) o tal vez una conducta más inquieta, ágil y rápida (Cano-Vindel, 2002). Dicha reacción de ansiedad, por lo general nos ayudará a responder mejor ante las demandas de la situación, cumpliendo por tanto una función de adaptación al medio.

Sin embargo, la ansiedad suele empeorar el problema. Esto puede provocar niveles excesivamente altos de ansiedad (malestar psicológico, alta activación fisiológica, inquietud motora, entre otros) que pueden llevar a problemas de rendimiento (bloqueos) o problemas de salud mental (trastorno de ansiedad) o física (trastorno psico-fisiológico por exceso de activación) (Cano-Vindel, 2002).

Algunas personas cuando llevan tiempo sometidas a un fuerte estrés pueden presentar diferentes modos de desregularización emocional, de acuerdo a (Cano-Vindel, 2002). Estos pueden expresarse en: miedo irracional; evitaciones a situaciones emocionales; experimentar una elevada activación fisiológica (rubor, sudor, temblor muscular de extremidades o voz temblorosa) por el temor a que su respuesta sea observada negativamente y ser rechazados o despedidos del trabajo. (Cano-Vindel, 2002).

### **5.2.2. Perspectiva cognitiva de la ansiedad**

El estudio científico de la ansiedad normal ha estado muy relacionado con el estudio de la personalidad, en particular desde la perspectiva de los rasgos. Una parte importante sobre los estudios de personalidad se ha centrado en el concepto de ansiedad como característica estable de los individuos.

El origen de estos estudios se remonta a los trabajos de Iván Pavlov durante los primeros años, del siglo pasado sobre las neurosis experimentales en perros. Para Pavlov, la neurosis experimental era un tipo de trastorno de ansiedad provocado experimentalmente en los animales, como consecuencia de la interacción entre unas situaciones ambientales conflictivas y unas características individuales de tipo constitucional relacionadas con el temperamento.

Según Pavlov, dichas características temperamentales, predisponen biológicamente a los animales a adquirir o no las conductas neuróticas cuando son expuestas, cuando son expuestos a las condiciones apropiadas, aunque no las determinan.

Este autor distinguió cuatro tipos temperamentales basado en supuestas diferencias individuales en el funcionamiento del sistema nervioso, en particular, en la fuerza o debilidad de los procesos de excitación e inhibición cortical; extremadamente excitable (colérico), moderadamente excitable (sanguíneo). De esta forma, para Pavlov los temperamentos externos son los más vulnerables a adquirir las conductas

neuróticas (Viedma, 2003). Esta perspectiva de la ansiedad como rasgo de personalidad también surgió en el contexto de las teorías generales del impulso y la activación. En este contexto, se supuso que las diferencias individuales en emocionalidad, reflejan diferencias estables en el nivel general de impulso o en el nivel general de activación fisiológica.

Los estudios sobre ansiedad en cuanto a rasgo de personalidad tienen su punto de partida en estos trabajos (Viedma, 2003).

Autores como Eysenck (1997), Gray (1982) y Estrela (1983) han defendido la existencia de dimensiones de personalidad relacionadas con mayor o menor tendencia a reaccionar emocionalmente con respuestas de ansiedad. Estas dimensiones de personalidad, denominadas indistintamente neuroticismo, estabilidad- inestabilidad emocional, ansiedad manifiesta, o ansiedad- rasgo, tendrían una base psicofisiológica en el sentido de que estarían relacionadas con los procesos de activación e inhibición del sistema nervioso. En cualquier caso, hay que considerar que tales dimensiones son normales y que incluso puntuaciones altas en neuroticismo o inestabilidad emocional simplemente indica que existe una fuerte tendencia o predisposición a reaccionar con ansiedad ante situaciones de peligro o amenaza.

La personalidad por tanto favorece el trastorno de ansiedad, pero no lo determina su desarrollo requiere además de la personalidad de procesos específicos de aprendizaje. Asimismo, los modelos cognitivos de procesamiento de la información asumen que en la base de los trastornos de ansiedad existen procesos de aprendizaje. Sin embargo, dichos modelos entienden que lo que se aprende no son asociaciones

simples entre los estímulos sino representaciones simbólicas de los estímulos y las respuestas que con el tiempo dan lugar a estructuras complejas de información almacenadas en la memoria (Viedma, 2003).

### **5.2.3. Diagnóstico diferencial en los trastornos de ansiedad**

Gracias a la propuesta de este modelo tridimensional, las evaluaciones clínicas no se centran solo en los informes verbales de las entrevistas. Este modelo exige, para una mejor comprensión del diagnóstico del trastorno el triple sistema de respuesta. Para obtener los resultados de estas tres respuestas, motora/conductual, cognitiva/mental y psicofisiológica, Peter Lang en el año de 1992 utiliza estímulos como fotografías, palabras y sonidos con un componente positivo, negativo y neutro. Este triple sistema, en el que se obtienen datos de las tres respuestas de forma independiente, se consiguen objetivar empíricamente las respuestas emocionales (Vila, 2008), llegando así a una mejor comprensión acerca de los trastornos de ansiedad. Por tanto, puede realizarse un diagnóstico diferencial adecuado, puesto que las diferentes estructuras de estas dimensiones ayudan a comprender mejor cómo se desarrolla y en qué consiste cada trastorno de ansiedad.

Como se ha señalado Lang (1992) propone un sistema de triple respuesta, bajo los cuales la predominancia de la respuesta puede ser:

- Conductual: el tratamiento consistirá en una práctica reforzada o un entrenamiento en habilidades sociales.

- Fisiológica: el tratamiento se centrará más en una desensibilización sistemática, biofeedback y en el entrenamiento de técnicas de relajación.
- Cognitiva: se enfocará el tratamiento en reestructuración cognitiva y auto instrucciones.

#### 5.2.4. Diagnóstico de ansiedad desde DSM-5

De acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su última edición (Tortella-Feliu, 2013) se pueden identificar distintos tipos de ansiedad, los cuales se describen a continuación:

- a) **Mutismo:** Incapacidad persistente de hablar o Duración mínima de 1 mes selectivo responder a otros en una situación (no aplicable al primer mes social específico en que se espera que en que se va a escuela). Debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).
- b) **Fobia:** Aparición de miedo o ansiedad intenso persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o estímulo fóbico: Animal, situación específica, que se evitan o Entorno natural, Sangre soportan a costa de intenso miedo- heridas-inyecciones, ansiedad. Situacional, Otras. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.
- c) **Trastorno de Ansiedad Social:** Corresponde al miedo o ansiedad intensos que aparecen en situaciones sociales que involucra un intercambio con grupos o masas de personas.

- d) **Trastorno de Presencia de crisis de angustia:** se refiere a angustia inesperada y recurrente. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.
- e) **Agorafobia:** Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre evitación deben estar respecto a dos o más situaciones presentes un mínimo de seis meses (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa). Se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza (Tortella-Feliu, 2013).

Por lo tanto, visto lo anterior, la ansiedad se convierte en una sintomatología clave para identificar signos en mujeres víctimas de VBG, para identificar distorsiones y esquemas irracionales como para plantear una modificación a través de un programa.

A continuación, se prosigue con la descripción de la Depresión, que igualmente mantendrá una perspectiva de presentación similar a la ansiedad.

### **5.3. Depresión**

La depresión puede ser entendida como un síntoma que interfiere diariamente con el desarrollo de las actividades de la persona que padece esta enfermedad, desde esta perspectiva se han identificado varios tipos de depresiones, siendo el trastorno depresivo grave y el trastorno sistémico los dos más comunes (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013).

Cabe mencionar que la depresión configura un trastorno que requiere ser diagnosticado e intervenido clínicamente. Esto sugiere que, necesariamente, este cuadro que aparece como impacto de la VBG, debe ser tratado en alguna modalidad o dispositivo de intervención.

#### **5.3.1. Definición de depresión**

Según la OMS la depresión puede ser definida como: “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2017, p.12). La conceptualización, aunque intenta dar una explicación general del trastorno, puede variar dependiendo de los contextos y de cómo ha sido considerada en algunos instrumentos y manuales diagnósticos.

### 5.3.2. Diagnóstico de depresión de acuerdo al DSM-5

El diagnóstico de depresión corresponde a una alteración emocional configurado en los trastornos relacionados con el estado del ánimo. En breve, corresponde a un estado en la cual una persona afectada pierde todo el interés de sus actividades, ligada a una permanente tristeza, por lo cual se puede observar como características asociadas a la desesperanza (Dahab, 2010). Este trastorno ha presentado escasas variaciones como ha ocurrido con otros trastornos en las distintas versiones del DSM-5, lo que confirma la presencia de signos clínicamente significativos que posibilitan la mantención de instrumentos en relación a su diagnóstico y la vigencia de modelos conceptuales que son de larga data. En la Tabla 1 se describe el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor. Luego, se tratará uno de estos modelos.

Figura 2. Criterios DSM-5 de Trastorno Depresivo Mayor

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS  
DSM-V DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

➤ *Cinco o más de los síntomas siguientes deben estar presentes la mayor parte del día durante al menos dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo*

- Ánimo depresivo.
- Pérdida del interés o de la capacidad para el placer.
- Pérdida o aumento de peso.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, planes o tentativas de suicidio.

USMP Centro de Investigación en Psicopatología y Salud Mental  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARCO  
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA

Figura 2. Criterios DSM-5 de Trastorno Depresivo Mayor  
Fuente: (Araya, 2011)

### **5.3.3. Perspectiva cognitiva de la depresión**

Siguiendo a Aaron T. Beck, se observa en la depresión un esquema cognitivo que se caracteriza por una visión negativa de la propia persona (sí mismo), del entorno y del futuro, esquema denominado triada cognitiva (Beck, 1967). Es decir, la persona depresiva se observa incompetente, interpreta el entorno en relación a pérdidas y presenta una visión desesperanzada del futuro. Esto supone que las personas con depresión presentan menores habilidades para modificar dicha triada cognitiva, aspecto que forma parte del objetivo de intervenciones cognitivas. En este contexto, el tratamiento cognitivo se orienta a reestructurar la base de este esquema que mantiene los pensamientos distorsionados de pacientes depresivos. Por tanto, la intervención establece como objetivo el reemplazo de tales esquemas por otros más realistas y positivos.

Como bien se ha señalado, la terapia cognitiva de Beck propone la modificación de tales esquemas, que asumen la noción de pensamientos automáticos que están interfiriendo en el procesamiento que personas con depresión realizan de la información. Esto es, evaluar y modificar estos patrones cognitivos.

Por lo tanto, de acuerdo a lo que se ha visto hasta aquí, la ansiedad y la depresión, siendo dos trastornos muy distintos, pueden conceptualizarse desde una perspectiva cognitiva, en el cual se reconoce ciertos parámetros comunes. Uno de ellos es lo que configura los esquemas cognitivos, bajo la cual la sintomatología presente en ambos desórdenes puede mantenerse en la adopción de ciertos esquemas en las personas que viven violencia. Este punto es lo que se tratará en lo sucesivo.

## **5.4. Esquemas Cognitivos**

Siguiendo el modelo de Terapia Cognitiva (Beck, 1976) se identifica que los esquemas cognitivos pueden presentarse a modo de distorsiones cognitivas y errores de pensamiento los cuales corresponde a esquemas cognitivos más enraizados en las personas. Los esquemas corresponden a elementos organizados a partir de conductas y experiencias del pasado, que conforman un corpus de conocimiento y regulan la forma de percibir e interpretarnos a sí mismos y al mundo (Segal, 1988). Bajo esta consideración, las distorsiones cognitivas que mantienen las personas que presentan signos de ansiedad y/o depresión, estarían determinadas por dichas cogniciones.

Para continuar la explicación de los esquemas, se requiere hacer mención a aspectos específicos del desarrollo de las terapias cognitivas. Las terapias cognitivas se inician hace casi 50 años con la propuesta de una nueva corriente llamada "Rational Therapy" en el año de 1956, posteriormente adquiere el nombre de "Rational-Emotive Therapy" (RET) o Terapia Racional Emotiva (TRE) y, en el año de 1994, se la denomina "Rational Emotive Behavior Therapy" (REBT) o Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). La corriente es reconocida por varias escuelas y por presentar amplia gama de recursos. A continuación se describe el fundamento conceptual de la teoría.

### **5.4.1. El "A-B-C" de la Teoría**

Ellis considera que la base fundamental de su teoría que está basada en un filósofo griego llamado Epicteto, que se refiere a que las personas se alteran por lo

que piensan sobre un acontecimiento que les sucede, es decir adquiere el malestar por lo que piensan acerca de un hecho.

La teoría que Albert Ellis sintetizó la llamó el ABC manifestando siempre que entre A y C siempre está B. La letra "A" como evento activador, es lo que representa el acontecimiento, o la situación; esta puede ser una demanda interna (emociones, sensaciones, fantasías, pensamientos) o externa. Posteriormente manifiesta que B el cual lo denomina como sistema de creencias, es a quien incluye toda la información cognitiva. Como normas, valores esquemas, pensamientos, imágenes, supuestos, recuerdos. Finalmente la C a la que denominó consecuencia o reacción .La C puede ser mostrada de diferentes maneras ya sea en el ámbito emocional (emotivo), pensamientos, (cognitivo) o de acciones (conductuales).

Actualmente, este modelo permite ver un sistema terapéutico de una manera más interactiva para relacionar los elementos del esquema ABC ya que fuera más complejo de entender el proceso terapéutico sin este sistema, el cual basa su teoría en que la manera de relacionarse no llevan un orden unidireccional, o un sistema lineal y explicando la teoría ABC es una de las maneras más didácticas para poder explicar de dónde se originan los trastornos y como tratarlos.

Las consecuencias ("c"):

Las conductas y emociones son las que se denominan Consecuencias, la Terapia Racional Emotiva hace una identificación de las que sean disfuncionales, perturbadas y son conocidas como inapropiadas y las apropiadas que se las conoce como

funcionales. A continuación, se muestra algunas conductas y/o emociones disfuncionales:

- a) Provocar un malestar que no sea proporcional a la situación, es decir un daño innecesario o desmedido con respecto a un evento.
- b) Actuar en sentido contrario o inequívoco a los intereses, y metas propios que hagan auto sabotaje a sus ideales.
- c) Realizar impedimentos, o hacer más difícil las reacciones de las conductas con el fin de lograr un propio objetivo.
- d) Generalmente se asocian por situaciones a las que las personas han estado asociadas toda su vida y también de otras distorsiones cognitivas.

Las cogniciones ("B"):

Para poder explicar B y comprender mejor sus conceptos (Ellis & Dryden, 1987) se realizan algunos ejemplos de cogniciones.

- a) Las observaciones se limitan exclusivamente a la observación de un evento o situación. Se limitan a lo observado un ejemplo: "La mujer está caminando".
- b) Posteriormente tenemos las que crean hipótesis o supuestos ya sean acertados o erróneos conocidas como Inferencias un ejemplo es el siguiente: "La mujer que está caminando intenta llegar a la oficina, tiene prisa, está atrasada etc."
- c) Luego las que evalúan a una situación como su preferida y es aprobatoria un ejemplo: "Me gusta trabajar todos los días". "Deseo aprobar el colegio".

- d) Finalmente las demandas perturbadoras, son las que generan esquemas cognitivos distorsionados con la frase Debo, Necesito ejemplo: "Necesito a como de lugar ser amado por mi novia". "Debo ser el alumno perfecto".

A lo que se ha denominado creencias y se las ha recalado como Irracionales tienen una alta demanda, a diferencia de las racionales que tienen preferencias. Las creencias irracionales se distinguen por ser rígidas y no tolerar la frustración. Presentan una serie de demandas que tienen un régimen estricto ya sea hacia uno mismo, con familia, o el mundo en general.

Un ejemplo de estas demandas es: "Yo debo ser Profesional", "El amor debe dolerme " o "la vida debe ser dolorosa"). Podemos ver demandas, emociones negativas y auto saboteadoras como en los ejemplos anteriores que son muy claras en los pacientes que las manifiestan e intentan desaparecerla. Hay que recalcar que la denominación de Racional o Irracional basa su clasificación en la consecuencia si va con el objetivo propio de la persona o en sentido contrario es decir auto saboteador excluyendo el termino "Racional" que varias personas los atribuyen erróneamente.

Para complementar lo mencionado anteriormente lo que se mencionaría como Racional en la teoría de la Terapia Racional Emotiva (RET) es que; Un grupo de estudiantes van a graduarse en su maestría; en la teoría de la RET lo Racional sería lo que les impulsó a graduarse y lo Irracional lo que les provocó un impedimento para llegar a su objetivo. De esta manera es que la Racionalidad no se la define de manera absoluta; ya que es relativa por naturaleza.

Para culminar con la teoría se simplifica el enfoque de las demandas absolutistas clasificando en tres clases:

- 1) Las demandas que la persona tiene de sí misma como el yo debo, yo necesito, yo tengo que.
- 2) Las demandas que se ponen en las personas externas como: él debe, él tiene, él necesita.
- 3) Las Demandas que ponen con respecto al mundo: El mundo debe, la vida tiene, el mundo tiene.

La metodología filosófica que se plantea es disminuir la idea demandante y reemplazarla por una idea preferencial que sea motivacional en sus objetivos, metas y deseos. A continuación, se abordará la forma en que la terapia cognitiva ha desarrollado para abordar los esquemas cognitivos.

## **5.5. Terapias cognitivas**

La Terapia Cognitiva Albert Ellis y Aaron T. Beck, se fundamenta en el reconocimiento de la dificultad de la intervención con los pacientes desde un modelo psicoanalítico. De tal modo, instauran un tipo de psicoterapia que busca ser más eficaz y de menor duración. A partir de este origen, se han propuesto tres clases principales de terapias cognitivo conductuales hasta la fecha:

Los métodos de reestructuración cognitiva (RC), que suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y, por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamientos más adaptativos.

- 1) Las terapias de habilidades de afrontamiento (HA), que tratan de desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al paciente a afrontar una serie de situaciones estresantes.
- 2) Las terapias de solución de problemas (SP), que constituyen una combinación de los dos tipos anteriores y que se centran en el desarrollo de estrategias generales para tratar y solucionar un amplio rango de problemas personales, insistiendo en la importancia de la activa colaboración entre el paciente y el terapeuta.

La primera terapia cognitiva conductual fue propuesta por Ellis y posteriormente, con una línea de fundamentos muy similar, se conoció la terapia de Beck. Ambos representan las psicoterapias más extendidas y utilizadas hoy en día.

#### **5.5.1. Albert Ellis Terapia Racional Emotiva Conductual (T.R.E.C)**

La teoría denominada A-B-C se la muestra gráficamente de la siguiente manera:

$$A \rightarrow B \rightarrow C.$$

Ha sido sistematizada en 3 fundamentos teóricos principales: en primer lugar tenemos A, el evento activante quien representa el acontecimiento desencadenante este

puede ser un suceso interno como pensamientos, imágenes, conductas, sensaciones, emociones. Posteriormente tenemos B que es el sistema de creencias conocido como Belief System, es a quien se le atribuye todo el contenido del sistema cognitivo como los supuestos, las inferencias, recuerdos, imágenes, actitudes, normas, valores, atribuciones, etc.

Continuamos con C que es la consecuencia, o la acción, actitud, reacción ante el efecto activador A. Las consecuencias o C pueden tener diferentes tipos de respuestas ya sea de tipo emocional, con pensamientos o actitudes, acciones.

La terapia racional emotiva se maneja a través de seis principios fundamentales (Obst, 2008) los cuales se describen a continuación:

- 1) El principal factor que determina las emociones humanas es el pensamiento.
- 2) El malestar emocional tiene como causa principal una disfunción en el pensamiento.
- 3) De acuerdo al pensamiento que se manifiesta en la gente, es como se va a sentir y para acabar con una demanda emocional, se debe empezar analizando nuestros pensamientos latentes.
- 4) Existe una variedad de factores, de origen ya sea genéticos, influencias ambientales, que son los de donde erradica la psicopatología del pensamiento Irracional.
- 5) La terapia Racional Emotiva hace énfasis en el presente ya que éste es el responsable de que el malestar se modifique y si la persona insiste en el

pasado, el malestar estará permanentemente porque no ha dejado de existir y es en el presente donde hay que cambiar.

- 6) A pesar de que el objetivo principal de la teoría es que las creencias se puedan cambiar, esto no se produce con facilidad.

### **5.5.2. Terapia Cognitiva de Beck**

A principios de los años 1960 cuando era psiquiatra en la Universidad de Pensilvania, desarrolló la Terapia Cognitiva. Debido a su instinto científico e investigador, trató de poner a prueba algunas hipótesis acerca de los conceptos psicoanalíticos implicados en la depresión, diseñando y llevando a cabo diferentes experimentos. A pesar de que esperaba validar gran parte de los preceptos fundamentales del psicoanálisis, se sorprendió al encontrar justo lo contrario.

Estas investigaciones le llevaron a buscar otras formas de conceptualizar y explicar la depresión. Trabajando con sus pacientes, se dio cuenta que se caracterizaban por experimentar pensamientos negativos que invadían sus mentes de una forma espontánea, denominó a estas cogniciones pensamientos negativos, y descubrió que por su contenido se podían clasificar en tres categorías: aquellas que hacían referencia a sí mismos, las que hacían referencia al mundo y finalmente las referidas al futuro. Así, comenzó a ayudar a sus pacientes a identificar y evaluar estos pensamientos y encontró que haciendo esto, los pacientes eran capaces de verlos de forma más realista, lo que conducía a que se sintieran mejor y se comportaran de un modo más funcional.

Desde entonces, Beck y sus colaboradores han investigado la eficacia de la terapia cognitiva para tratar un amplio abanico de trastornos. A través de una cuidadosa investigación e innovadores métodos terapéuticos, fue pionero en una terapia que ha sido extensamente probada en más de 400 ensayos clínicos y ha demostrado ser eficaz para una amplia variedad de trastornos como la depresión, ansiedad, pánico, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad (Obst, 2008).

### 5.5.3. Esquema básico

La terapia cognitiva basa su modelo teórico en que las conductas, reacciones, emociones de las personas tienen influencia de su percepción de los sucesos. Es por eso que no determina lo que una persona siente la situación, sino más bien se refiere a la interpretación que se tiene del suceso. Por ende si la persona siente un malestar está asociado a lo que interpreta y lo que piensa respecto al acontecimiento.

A continuación se muestra un esquema básico, gráfico referente a la teoría mencionada.

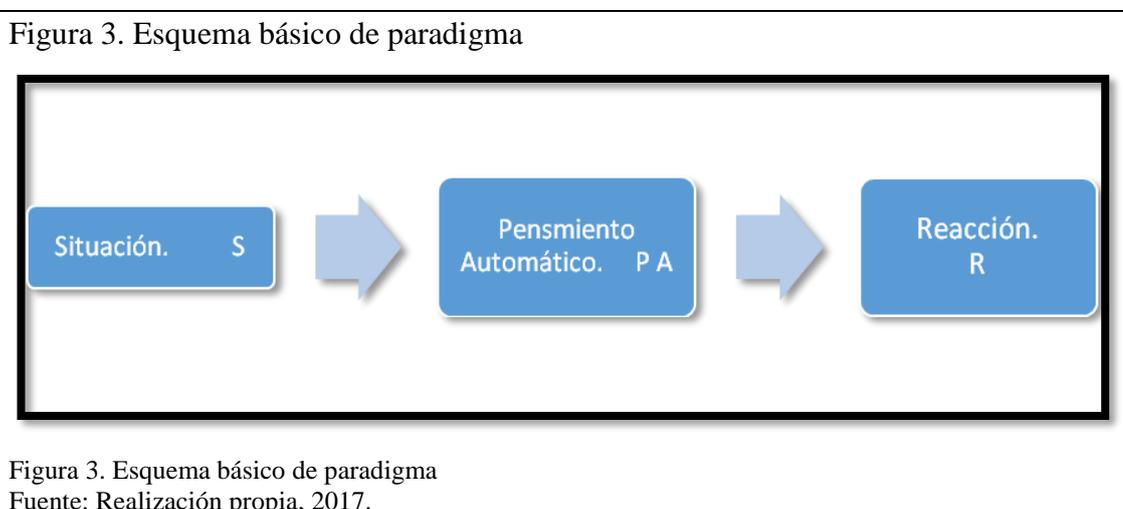


Figura 4. Esquema Básico de la Terapia Cognitivo Conductual

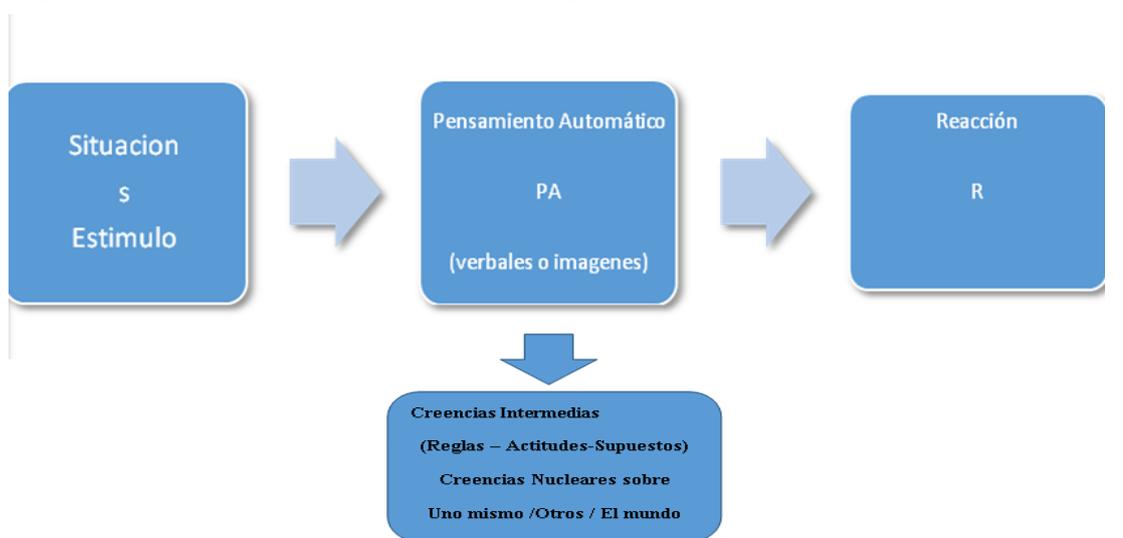


Figura 4. Esquema Básico de la Terapia Cognitivo Conductual  
Fuente: Realización propia, 2017

Las situaciones o estímulos pueden ser externos o internos. Los internos pueden ser fantasías, sensaciones, síntomas recuerdos o imágenes. Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos, que no suelen ser el resultado de razonamientos sino más bien nacen espontáneamente. Los pensamientos automáticos surgen de creencias, son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cognición. Estas son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas.

Las creencias más centrales o nucleares, representan cogniciones que las personas frecuentemente no expresa ni aún para sí mismas y no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones fundamentales y profundas que las personas hacen sobre sí mismas, de las otras personas y de su mundo. Representan el nivel más profundo, global y rígido de interpretación, que influye en otros niveles.

Una vez que se ha revisado el marco conceptual que fundamenta las nociones de ansiedad, depresión y esquemas cognitivos desde una perspectiva cognitiva, se presentará el marco metodológico en el que se desarrollará la investigación.

## 6. Variables

Para el presente estudio que sigue un enfoque cuantitativo, se identificaron las siguientes variables:

1. **Violencia Basada en Género:** Consiste en todos aquellos signos que presentan las mujeres que revelan impactos de violencia, ya sea a nivel físico o psicológico.
2. **Ansiedad:** Describe un sistema de respuesta conductual, fisiológica, cognitiva y afectiva que se activa al anticipar sucesos, eventos o acontecimientos de amenaza que se produce en las mujeres, en relación a la vivencia de temor o miedo asociado a la dinámica de violencia basada en género.
3. **Depresión:** Representa toda aquella sintomatología que puede configurar la violencia en mujeres que se caracteriza por alteraciones en la percepción de sí mismo, de su entorno y del futuro.
4. **Esquemas Irracionales:** Identifica todas aquellas creencias cognitivas que presenta una mujer que está viviendo violencia que puede justificar, avalar, culpar o reprimir la violencia que está experimentando.

## **7. Hipótesis**

1. Las mujeres que presentan violencia identificarán los tipos, síntomas y emociones asociadas a la violencia basada en género.
2. Los niveles de ansiedad de mujeres víctimas de VBG disminuirán posterior a su participación en un taller de intervención ya que presentarán herramientas para identificar su complejo sistema de respuesta.
3. Los niveles de depresión de mujeres víctimas de VBG disminuirán posterior a su participación en un taller de intervención, ya que identificarán y transformarán la percepción de sí mismas, de su entorno y del futuro por una más optimista y empoderada.
4. Los esquemas irracionales en mujeres víctimas de violencia asociados al deber y tener presentarán una disminución significativa posterior a su participación en un taller de intervención.

## **8. Marco metodológico**

Por los objetivos planteados, la investigación es de tipo aplicada, puesto que se utilizan los conocimientos del investigador para aplicarlos en el grupo, resolviendo problemas de manera práctica. Además, se trata de una investigación de campo, ya que se obtiene información apoyada en cuestionarios y/u observaciones para comprender y resolver el problema en un contexto determinado. En este caso, el investigador trabaja en el lugar en donde se producen los sucesos y obtiene datos relevantes para ser analizados en la realidad.

### **8.1. Enfoque metodológico**

El enfoque de la presente investigación es cuantitativo, ello debido a que el trabajo se centra en los cambios cuantitativos de mujeres víctimas de VBG, tanto en la sintomatología de ansiedad, depresión y esquemas irracionales.

### **8.2. Diseño de investigación**

El diseño de investigación es cuantitativo, puesto que se trabajarán variables de tipo numérico, que permitirán evidenciar los cambios en la sintomatología de ansiedad, depresión y esquemas cognitivos en mujeres víctimas de VBG.

### **8.3. Tipo de investigación**

La presente investigación se caracteriza por ser de tipo exploratorio, descriptivo y cuasi-experimental (León y Montero, 2003) todo un proceso de estudio que tiene como fin el dar ayuda a los pacientes que pueden ver en este trabajo académico una oportunidad para la solución a su ansiedad y depresión que está a la base de la VBG.

Además, es una investigación exploratoria, porque se trata de una indagación al tema de VBG a través de una metodología de intervención que es inédita. Es cuantitativa, porque incluye la evaluación de tests cuantitativos, a través de los cuales se podrán evaluar los avances en dos periodos de tiempo.

Es una investigación cuasi-experimental puesto que incluye un grupo con medida pre-post. En este caso, el grupo pasa por una intervención que, en el presente trabajo, consiste en un taller de intervención terapéutico. Además, no se consideró necesario incluir un grupo de cuasi-control, porque podrían producirse dificultades en la medición y porque este grupo podría presentar cambios no controlables por la investigación (León y Montero, 2003).

### **8.4. Instrumentos y técnicas de producción de datos**

#### **8.4.1. Test ISRA**

El test ISRA se basa en dos modelos teóricos: el modelo interactivo y multidimensional de la ansiedad (Endler & Magnuson, Modlos teóricos de ISRA) y el

modelo tridimensional o de los tres sistemas de (Lang, 1992) distribuidas de la siguiente manera: siete cognitivas, 10 fisiológicas y 10 motoras.

El objetivo principal del Test ISRA es evaluar por separado la frecuencia de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras frente a diferentes situaciones presentadas al sujeto; de esta forma se puede obtener un perfil del paciente para el tratamiento, consta de las siguientes escalas:

### **Sistemas de respuesta**

C: Reactividad cognitiva (respuestas o manifestaciones Cognitivas de la ansiedad).

F: Reactividad fisiológica (respuestas o manifestaciones Fisiológicas de la ansiedad).

M: Reactividad motora (respuestas o manifestaciones Motoras de la ansiedad).

### **Áreas Situacionales o Rasgos Específicos**

FI: Ansiedad ante la evaluación

F II: Ansiedad Interpersonal.

FIII: Ansiedad Fóbica.

FIV: Ansiedad en la vida cotidiana.

Tabla 1.  
Corrección Test ISRA

<b>Test ISRA - Ficha Psicológica</b>
<b>Nombre:</b> Test ISRA Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.
<b>Autor:</b> J. J Miguel Tobar y A.R Cano Vindel
<b>Duración de la Prueba:</b> Aproximadamente en minutos
<b>Edad de Aplicación:</b> 16 años en adelante
<b>Forma de Aplicación:</b> Individual
<b>Área que Evalúa:</b> Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad, ante situaciones de la vida cotidiana

Nota: Fuente. Ulises EL PSICOASESOR.

### **Evaluación**

La participante debe responder a los ítems según una escala de frecuencia de 5 puntos, en la que **0**= Casi Nunca, **1**=Pocas Veces, **2**=unas veces si otras no, **3**=muchas veces, **4**= casi siempre. De esta manera el participante indica la frecuencia con la que aparece, cada una de las respuestas ante cada situación. La corrección se la realiza de la siguiente forma:

**Sistemas de Respuestas:** Se suman las puntuaciones dadas por la participante a cada ítem de cada escala (C, F Y M). La puntuación de la escala F se divide entre dos, ya que posee el doble de ítems que C o M.

**Áreas Situacionales o Rasgos Específicos:** Se suman las puntuaciones correspondientes a las situaciones propias, de cada área en las tres escalas (C, F Y M).

-Puntuación Total: se suman  $C + F/2 + M$ .

Las puntuaciones directas obtenidas en cada escala y en el total pueden ser transformadas en puntuaciones centiles, según el baremo correspondiente, para de esa manera conocer el nivel del individuo en relación a la población de referencia (Labrador et al., 1997).

El test ISRA utiliza una fórmula de comparación de puntajes Pre vs Post – Tratamiento con la prueba *t* de Student. La Fórmula utilizada fue la siguiente: se representarán los valores *t* de Student de las palabras utilizadas: ISRA (Subescalas C, F, M, F1, F2, F3, F4) en la siguiente tabla está representada el valor *t* de Student de las distintas variables que la conforman.

#### **8.4.2. Test BECK II**

##### **Caracterización de la prueba**

**Descripción:** El Inventario de Beck se lo conoce como un Test de Depresión, creado por Aaron T. Beck y algunos colaboradores, en el año de 1961 teniendo como finalidad obtener una evaluación objetiva de cómo se manifiesta la depresión. Tiene como objetivo evaluar la intensidad con que se manifiesta la depresión.

La base fundamental de la teoría de la depresión se basa en su enfoque cognitivo, de acuerdo a este es que el pensamiento desencadenará en manifestaciones de conductas, en el ámbito afectivo, cognitivo y somático por manifestaciones de ideas irracionales. Basándonos en este fundamento teórico, el afecto y la conducta se desarrollan en base a que la cognición tiene un origen depresivo de donde origina las

ideas Irracionales; que serán los resultados que se obtienen en el inventario. El inventario de Beck ha sido muy utilizado como una herramienta para evaluar la depresión ya que ha sido comprobada su validez y fiabilidad.

El Inventario de Beck está clasificado en 21 síntomas y actitudes, cada una cuenta con cinco afirmaciones, la cual mostrará la profundidad de la depresión. La persona selecciona la opción que más se adapte a su situación actual, de las 21 categorías 14 responden a sintomatología que tiene origen cognitivo y afectivo y los 7 restantes refiere a sintomatología somática y conductual.

**Aplicación:** Se utiliza en adultos, preferentemente de forma auto-administrada, como tiempo disponible para presentar el inventario se da 20 minutos. Tiene algunas formas de aplicación como en entrevista y se puede dar un incremento de personas para ser evaluadas. De acuerdo a esta metodología evaluativa la herramienta resulta de utilidad en pacientes con problemas cognitivos leves, personas que tengan enfermedades crónicas, o sean pacientes quirúrgicos, etc. Las personas especialistas en evaluar con el Inventario de Beck, han manifestado reportes que a manera de entrevista entre Paciente-Terapeuta, se desarrollan emociones más intensas de llanto y dolor. Las personas que son evaluadas, así no tengan una depresión clínica, pueden estar enfrentando acontecimientos estresantes o pérdidas.

**Corrección e Interpretación:** de los 21 ítems que postula el inventario hay algunas alternativas para responder y que la persona seleccione solamente una. Dependiendo las respuestas seleccionadas, dará como resultado un porcentaje que va desde 0 a 3. Finalmente se realiza una suma, de los 21 ítems, para conseguir el

resultado total lo que nos permite concretar el grado de depresión si es Depresión Leve, Depresión Moderada o Depresión Severa.

Debido a que solo puedes elegir una sola alternativa de entre cuatro, hay que juzgar las emociones, sentimientos o conducta de la manera más precisa posible, posteriormente se procede a calificar las preguntas, en la que se suman todos los puntos para obtener la calificación. La puntuación final se concentra en un rango entre 0 a 63 y una vez que se haya calculado la puntuación total, se compara con las siguientes categorías:

Una calificación de 0 a 13: sin depresión

Una calificación de 14 a 19: depresión leve

Una calificación de 20 a 28: depresión moderada

Una calificación de 29 a 63: depresión severa

La manera en la que se clasifica el grado de Depresión con el porcentaje adquirido de los 21 ítems corresponde:

- Con una puntuación de 10.9 se denomina Depresión ausente o mínima.
- Con una puntuación de 18.7 se denomina Depresión Media Leve.
- Con una puntuación de 25,4 se denomina Depresión moderada.
- Con una puntuación de 30 puntos se denomina Depresión grave.

Los resultados que se obtienen de los ítems muestra las áreas más afectadas de la persona. Pese a la fiabilidad y validez del inventario, sería muy útil tomar

precauciones con pacientes que tienen enfermedades crónicas ya que se ha cuestionado su utilidad. El rango de puntaje que debe darse en estos pacientes está, entre 9 a 13 puntos.

De acuerdo al puntaje que se obtenga corresponde a un diagnóstico de Depresión Moderada Y Grave recalcando la importancia Clínica, a diferencia de los resultados en Depresión Leve. En 1977 Radloff identifica que existe un porcentaje del 70% que representa a pacientes psiquiátricos, obtenían esta denominación del BDI y el 20 % podría caracterizarse como sana. En 1996 Lugo y cols realizan una investigación en un grupo de personas de origen Cubano aparentemente sin depresión y los resultados de las estadísticas muestran una desviación significativa. A continuación se menciona la utilidad del Diagnóstico que se obtiene del Inventario de Beck.

- a) El inventario permite detectar el origen de la sintomatología depresiva, con más importancia que presenta el paciente.
- b) Si dado el caso que el inventario presente un grado alto de depresión, que se encuentre entre media y moderada puede mostrar la manifestación de la Depresión Clínica, la cual requiere ser verificada con otras herramientas que permita tener la certeza del grado de la depresión del paciente.
- c) El inventario ofrece la utilidad de evaluación de los efectos en los tratamientos porque el inventario puede ser tomado por la misma persona varias veces. Es esta una de las razones por las que Beck utiliza casos que ha estudiado donde utiliza y aplica los inventarios BDI para analizar

los resultados de su terapia cognitiva (BDI-II Inventario de Depresión de Beck, 2006).

## 9. Plan de análisis

Los procedimientos estadísticos a realizar contemplan la prueba t-Student, la cual se fundamenta en dos premisas: la primera: en la distribución de normalidad, y la segunda: en que las muestras sean independientes. Permite comparar muestras,  $N \leq 30$  y/o establece la diferencia entre las medias de las muestras. El análisis matemático y estadístico de la prueba con frecuencia se minimiza para  $N > 30$ , utilizando pruebas no paramétricas, cuando la prueba tiene suficiente poder estadístico. (Turcios, 2015).

La prueba T de Student que se va a realizar es de muestras apareadas mediante la siguiente Fórmula:

Figura 5. Fórmula t de Student

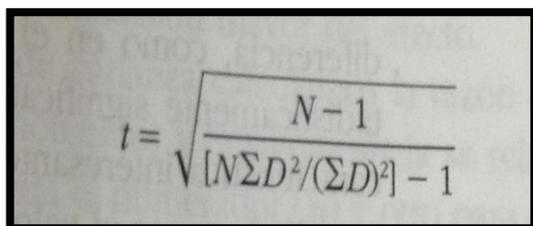

$$t = \sqrt{\frac{N-1}{[N\sum D^2/(\sum D)^2] - 1}}$$

Figura 5. Fórmula t de Student  
Fuente: psicología experimental, (Kantowitz, 2011)

En el grafico observamos que en la fórmula hay la letra D elevada al cuadrado, la D la obtenemos de la resta de los resultados de puntuaciones directas obtenidas en los resultados Pre vs Pos Tratamiento y se eleva al cuadrado para obtener el dato de la fórmula y se procede a resolver la ecuación con cada puntaje directo adquirido.

Con el seudónimo de estudiante (Student), (Gosset, 1899) William Sealy Gosset desarrolló la prueba t y la distribución t. Esta prueba se usa con frecuencia en las

publicaciones médicas indexadas nacionales e internacionales y se han observado errores consistentes. En segundo lugar, el objetivo de esta comunicación es plantear correctamente la prueba y distribución t. La distribución t es un conjunto de curvas estructurada por un grupo de datos de unas muestras en particular. La contribución de esta prueba, específicamente, es para comparar dos muestras de tamaño  $\leq 30$ . La primera presunción es formular la hipótesis nula y la hipótesis alterna, que establece que no hay diferencias en la media de las dos muestras independientes y que de existir esta diferencia, sólo se debe al azar. En tercer lugar, si la t calculada que se origina de las dos muestras es desmesurada (valor de p que se encuentra en las tablas respectivas), entonces se rechazaría la hipótesis nula (error tipo I). Es importante mencionar que este valor depende del valor de significancia establecido con anterioridad de lo que se quiere probar. Finalmente, para la diferencia entre las medias de las dos muestras. Este valor de significancia es la probabilidad de rechazar erróneamente la hipótesis nula (Algarra, 2006).

La recolección de datos se basó principalmente en la evaluación pre- tratamiento y post- tratamiento, a través del análisis del estadístico t-Student, el cual informa si los avances que se producen en una medida temporal 1 (respecto a la sintomatología y esquemas básicos de las mujeres víctimas de VBG), pueden identificarse como significativos en una medida temporal 2. Dado que es una investigación cuantitativa, el criterio de análisis es el uso de criterios estadísticos, en la cual el valor del nivel crítico sea menor a .05. Por otro lado, se describirán a continuación las 16 sesiones grupales de terapia Cognitivo- Conductual. En lo que viene, se detallará sobre estas sesiones de trabajo de intervención.

## **9.1. Programa de Intervención Terapéutica**

Se inicia este proceso seleccionando las participantes del taller, siendo evaluadas previamente por el Test de Isra y Beck, al dar un resultado de 75 a 90 puntos y contando con criterios de Inclusión/Exclusión para formar parte del taller. La modalidad que se efectúa considera el taller en 13 sesiones, con un tiempo de 2 horas, dos veces a la semana, en el que se clasifica el tiempo para una dinámica de ingreso previa al taller, revisión de tareas diarias como aporte al taller terapéutico, se inicia con el Tema principal a abordar, participación de un foro de aprendizaje, actividad en el pizarrón, trabajo con material didáctico para abordar sus propias experiencias, se finaliza enviando tarea y con una dinámica de salida. Al finalizar el taller terapéutico las participantes rinden los test ISRA Y BECK de salida para ser evaluados estadísticamente, y verificar la mejoría sintomática mediante la comparación de resultados PRE VS POST Tratamiento. Es importante tener un periodo de contacto con las participantes posteriormente que finaliza el taller, para tener un mantenimiento de la mejoría, cada 3 meses, 6 y finalmente un año.

### **9.1.1. Primera Sesión: Presentación del Taller Terapéutico**

Al inicio de la sesión se da la presentación de las participantes y el Terapeuta, de manera general se les explica las actividades y temas que se realizarán a lo largo del curso. Posteriormente se plantean reglamentos a cumplir durante todo el proceso recalcando Reglas tales como: Respeto, No burlarse de las otras personas, Respetar el turno de la palabra, Puntualidad, Apagar el Celular, Confidencialidad, Compromiso, Mecánica del taller, 2 veces a la semana, 2 horas, en las cuales habrá tareas

(innegociables), Las tareas nos importan más como personas, Reuniones individuales (las guardan para cuando más las necesiten).

### **9.1.2. Segunda sesión: Rapport, Expectativas, Temores y Compromisos sobre el taller Terapéutico**

En la segunda sesión se quiere establecer un ambiente de confianza y seguridad entre las participantes por lo cual se realizó la dinámica de Expectativas, Temores y Compromisos. Se repartió cartulinas de tres colores: BLANCAS: se escribe todos los temores sobre el taller, AMARILLAS: se escribe los compromisos, Azul: se escribe lo que esperan.

Se realiza un foro con respecto a los resultados de las cartulinas de cada participante para aclarar sus expectativas, temores y compromisos respecto al taller. Finalmente se realiza una dinámica de salida que se llama ¿Quién Eres? Que permite conocerse mejor entre los participantes del taller y generar un ambiente de confianza para la próxima sesión.

### **9.1.3. Tercera Sesión: Auto-refuerzo**

Se inicia con la Dinámica "Conociéndonos" para que las participantes del taller se puedan identificar mejor y generen más confianza en el grupo, el terapeuta inicia con una Técnica de Auto refuerzo , que se basa en que las participantes escriban , una lista de cosas lindas, bellas, hermosas, sabrosas que sean de su mayor agrado; cada una debe tener un puntaje dentro de un rango del 1 -10 todos los días de la semana y al

final una observación, donde van encasillar la secuencia con la que realizan estas actividades. Es una técnica antidepresiva. Finalmente se cierra el taller con la dinámica "foto de la figura humana".

#### **9.1.4. Cuarta Sesión: Entrenamiento en Autorreforzamiento positivo**

Se plantean 10 min de espera como tiempo máximo para llegar al taller, posteriormente se realiza la Dinámica llamada "el rey de los elementos" para que las participantes ingresen en un ambiente de confianza; posteriormente se sigue con "Entrenamiento en Autorreforzamiento Positivo, se explica que para esta tarea van a realizar una lista de cosas positivas, buenas bonitas, en la vida que cada uno tiene las cuales van a funcionar como premios, mientras más larga la lista mejor, se les ayuda a realizar la lista de reforzadores con ejemplos en el pizarrón, como darse un ramo de flores, hacer ejercicio, sentir olores agradables, escuchar sonido, el terapeuta ayuda estimular a que la lista de las participantes sea más larga de la siguiente manera, de lo general a lo específico, de 1 elemento saca 15, Identificar los órganos que están más desatendidos, Usar la imaginación para estimular los auto reforzadores, Hay que eliminar las ideas insalubres, todo lo que les hace daño no va en lista, Les enseña a puntuar en cada ítem, cada participante debe Darse mínimo 30 puntos, se les explica que no pueden acabar su día sin haberse dado su dosis de autorreforzamiento, si están muy deprimidas su lista será muy baja la cual es necesario estimularla, se da un límite mínimo. Se finaliza con la Dinámica de salida, escritura con el cuerpo.

### **9.1.5. Quinta sesión: Autorreforzamiento como Método Antidepresivo**

Se inicia con la Dinámica de ingreso al taller terapéutico ¿Imita Quién soy?, se prosigue a revisar las tareas enviadas sobre la técnica de autorreforzamiento positivo. Se refuerza la técnica de autorreforzamiento positivo con ejemplos en clase, se estimula participar a cada integrante. Se trabaja en sus propias listas y las aumentan al doble en su mayoría. Se refuerza el entrenamiento en autorreforzamiento como un método antidepresivo y se envía de tarea continuar con los reforzadores diariamente, finalmente se realiza la Dinámica de Salida "Bailando sobre papel".

### **9.1.6. Sexta Sesión Técnica ABC de Albert Ellis**

Se inicia con la Dinámica de ingreso al taller terapéutico bajo una dinámica de entrelazados. El terapeuta revisa la tarea enviada sobre auto reforzamiento, para iniciar con la Técnica A B C sobre la ansiedad, manifestando a las participantes que la terapia basa su teoría, lo que sentimos en relación con lo que pensamos. Se plantea un ejemplo "Sentir miedo y desesperación porque su esposo no respondía las llamadas telefónicas".

El terapeuta ayuda a estimular una lluvia de ideas para que cada participante se acerque al pizarrón a escribir diferentes ejemplos y registrar sus pensamientos. El Terapeuta les guía como identificar los pensamientos. Se finaliza con la Dinámica de Salida "Encuentra a alguien vestido de"

### 9.1.7. Séptima Sesión: Reestructuración Cognitiva

Se inicia con la Dinámica de ingreso al taller terapéutico Semáforo, posteriormente el Terapeuta revisa la tarea enviada y continúa con la Técnica de reestructuración Cognitiva, se procura que las participantes diferencian entre A (acontecimiento), B (pensamiento), C (Emoción-conducta). Se plantea un ejemplo en el pizarrón para poder explicar mejor la teoría, ejemplo el jefe de la empresa me llama a una reunión de trabajo para ser expuestos los informes en público este sería el acontecimiento **A**, me pongo nervioso se registraría como la emoción **C** y finalmente se reconoce **B** voy a equivocarme y me va a mandar del trabajo mi jefe si tengo errores (pensamiento), las participantes desarrollan sus propios ejemplos en el pizarrón, los mismos que posteriormente son explicados por el terapeuta en el pizarrón y finalmente se realiza un foro de preguntas que ayude a reforzar el aprendizaje y la tarea de su auto registro **ABC**, cerrando con la Dinámica de Salida ¿Qué ha cambiado? .

### 9.1.8. Octava Sesión: Técnica de Reestructuración Cognitiva “Detectar” y

#### “Denunciar”

Se inicia con la Dinámica La lucha de la cuerda, el terapeuta refuerza la Técnica de reestructuración Cognitiva con los ejemplos de sus tareas enviadas y se practica mediante la participación de cada integrante en el pizarrón para ubicar en la casilla correcta el sentimiento, lo que se conoce como “Detectar” y “Denunciar”. Una participante manifiesta un ejemplo en clase; mi esposo me llamo al celular porque le vi con otra mujer tomando una cerveza este sería **A (Acontecimiento)** debe estar pensando que ya no quiero continuar con nuestra relación este sería **B (Pensamiento)**,

siento dolor, miedo, ansiedad **C (Emoción- Conducta)**, en este punto el terapeuta enseña a detectar distorsiones Cognitivas, la cual se denomina Lectura del pensamiento **D (Detectar)**. Se refuerza con foro y su respectiva Dinámica de salida llamada Parejas a ciegas.

#### **9.1.9. Novena Sesión: Distorsiones Cognitivas**

Se inicia con la Dinámica, Orden Numérico Ciego para que las integrantes puedan continuar estableciendo el rapport en el grupo y puedan manifestar sus tareas (la que desee) y realizar ejemplos en la pizarra sobre las distorsiones cognitivas a detectar, El terapeuta toma los ejemplos de los auto registros y explica las distorsiones cognitivas, el terapeuta aplica distintos métodos para abordar las ideas irracionales que salen de los ejemplos de cada participante. Se enseña la lista de Pensamientos Irracionales más comunes son el filtro Mental, Pensamiento Dicotómico, Sobre generalización, Lectura del Pensamiento, Visión Catastrófica, Personalización, Falacia de Control, Falacia de Cambio, Falacia de Justicia.

El Terapeuta guía una serie de ejemplos plasmados en el pizarrón, y se muestra uno de la participante #1 Ejemplo: **C** "dolor"; **A** "Mi esposo está cogido del brazo de una chica"; **B** "De ley es su amante" **D** Lectura del pensamiento. Se realiza un foro en el que cada participante describe sus ejemplos y los encasilla en el lugar que corresponde; finalmente se realiza la Dinámica de Salida "Nudos De pie." para hacer el cierre de taller.

#### **9.1.10. Decima Sesión: Distorsiones Cognitivas**

Se inicia con la Dinámica Dirigiendo y guiando, con el fin de que todos los participantes mantengan la confianza, para poder exponer y compartir sus ejemplos en el foro. Se revisa tarea y se continúa explicando la lista de Pensamientos Irracionales: Etiquetado, Culpabilizarían, Razonamiento Emocional, Falacia de Razón, Falacia de Recompensa, Pensamiento Contrafactico, Falacia de la Audiencia Imaginaria, Fusión Pensamiento- Objeto, Fusión Pensamiento Evento, Fusión Pensamiento Acción, Distorsión Paratáxica.

El Terapeuta continúa con la técnica de reestructuración Cognitiva ya que finaliza con el grupo principal de Ideas Irracionales muestra uno de la participante #1 Ejemplo: **C** "dolor"; **A** "Mi esposo está cogido del brazo de una chica"; **B** "De ley es su amante" **D** Lectura del pensamiento; **E** (Efecto) posiblemente es una amiga; **F** (Nuevo Sentimiento) tranquilidad. Se realiza un foro en el que cada participante describe los ejemplos de sus tareas y los encasilla en el lugar que corresponde desde A – F; se realiza un foro de todo lo aprendido, se finaliza con la Dinámica de Salida Como te veo; con el fin de evaluar e identificar la percepción que cada una tiene de sí mismas y de sus compañeras. El terapeuta envía tarea para reforzar el taller.

#### **9.1.11. Undécima Sesión: Técnica de Solución de Problemas**

Se inicia con la Dinámica "Reflexión del día " con el fin de encontrar siempre algo positivo; así sea lo más malo que les haya sucedido; posteriormente se da inicio a la Técnica para Solución de Problemas, se basa en;

**Paso 1** Realizar una lista de Problemas en forma de pregunta con puntaje,

**Paso 2** Escribir las soluciones;

**Paso 3** Clasificar las Soluciones de acuerdo a su situación (deben ser soluciones saludables)

**Paso 4** Clasificar en Ventajas y Desventajas con puntuación Finalmente se realiza una resta; ventajas – Desventajas el puntaje es el valor de la respuesta. V-D

**Paso 5:** Se concluye con una Dinámica de Salida; Cambio de Expresión en la Cara, con el fin de identificar nuestras emociones con la imagen corporal y que las participantes se sientan más aliviadas al finalizar el proceso.

#### **9.1.12. Duodécima Sesión: Mantenimiento de Ganancias**

El terapeuta inicia con la dinámica “El juego de la sombra”, para ir cerrando el proceso terapéutico, y se continúa con Mantenimiento de Ganancias, donde se explica Atribución de las ganancias, Atribución del logro Terapéutico donde consta Motivos, Baja de Reforzamiento, Triada Cognitiva, Técnica de Solución de Problemas, Promover el Sobre aprender.

#### **9.1.13. Décimo Tercera Sesión: Factores de Riesgo**

El terapeuta realiza la Dinámica de ingreso “Escribiendo en la espalda”, como una actividad de cierre, donde exponen cada una de las integrantes las perspectivas que tienen de cada una durante todo el taller, se finaliza con el taller de mantenimiento de ganancias, Factores de Riesgo; que cada participante tiene y finalmente la

evaluación para la despedida. Se realiza una actividad que corresponde poner en una caja; como llegan a la depresión y en otra, Cómo llegan a la ansiedad. Finalmente se realiza una Dinámica de Salida, "Grupo de Estatuas".

#### **9.1.14. Décimo Cuarta Sesión: Proceso de Cierre**

- I. Brindis Simbólico. La Facilitadora le recuerda a los participantes que pronto dejarán al grupo y añade que cada individuo se llevará algo de la esencia de los demás.
- II. La Facilitadora le da a cada participante una copa de papel vacía. Les explica que llenarán simbólicamente la copa con algo de la esencia de los demás.
- III. Pide un voluntario sobre el cual se enfocará la primera "etapa". Luego la Facilitadora modela el desarrollo diciendo (por ejemplo): "Juan, quisiera capturar algo de tus sentimientos para los demás".
- IV. Los otros participantes continúan el desarrollo, enfocándose en el primer voluntario diciéndole a ese individuo lo que les gustaría tomar de él. La Facilitadora los anima a mantener un contacto visual mientras están en comunicación. Así se continúa hasta que cada uno de los participantes ha pasado como voluntario. Se dan instrucciones a los participantes para que tomen un momento para revisar el ejercicio y enfocarse en lo que dieron o recibieron de los demás. El Facilitador invita a los miembros del grupo a brindar con otros y "beber" la esencia de cada uno de los miembros del grupo.
- V. La Facilitadora guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

### **9.1.15. Décimo quinta sesión: Rendimiento de los Test ISRA y BECK Post –**

#### **Tratamiento**

Se rinde los test de Beck e Isra, de salida del taller Terapéutico en aproximadamente 45 minutos y se da el Alta.

El alta se da mediante la dinámica llamada "Diploma Afectivo" en el cual se basan:

**Paso 1:** Se entrega cartulinas tamaño A4 con marcadores.

**Paso 2:** Se escribe el nombre de cada una.

**Paso 3:** Se va a dejar un mensaje bonito, solo debe ser positivo, un mensaje que le recuerde las ganancias terapéuticos.

**Paso 4:** Si firman y vuelve a pasar un puesto a la derecha hasta que regresa al dueño.

## **10. Población y muestra**

La población corresponde al total de mujeres que asistían a las Entidades Municipales, eventos de información sobre violencia basada en Género durante el periodo de diagnóstico. La muestra corresponde a las personas que participan en el taller de intervención y que son representativas de la población. En este caso, la muestra presenta las siguientes características: corresponde a seis mujeres, cuyas edades comprenden entre los 19 a 62 años, viven en la zona rural de Llano Grande y Calderón, de las seis participantes una es soltera y las cinco son casadas y todas las participantes han sido víctimas alguna vez en su vida de algún tipo de violencia.

Al respecto, para la selección de esta muestra, se siguió los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

### **10.1. Criterios de Inclusión**

- a) Mujeres que presenten signos y síntomas de ansiedad en el área cognitiva, fisiológica o motora.
- b) Mujeres que obtienen puntuaciones entre 75 a 95 puntos percentiles en el Test ISRA ubicándose en el perfil de ansiedad interpersonal.
- c) Mujeres que obtienen 70 puntos en la escala de Depresión de Beck II.
- d) Mujeres mayores de 16 años, que presenten o hayan tenido una pareja.
- e) Mujeres que han sido víctimas de violencia basada en género.
- f) Mujeres que disponen del tiempo y motivación para su participación en el taller de intervención.

## 10.2. Criterios de Exclusión

- a) Mujeres que presentan algún tipo de trastorno mental, como esquizofrenia u otro trastorno psiquiátrico.
- b) Mujeres que presentan signos clínicos de deficiencia intelectual, de acuerdo a diagnóstico previo en esta área.
- c) Mujeres que no han presentado una relación de pareja.
- d) Mujeres que no han presentado violencia basada en género.
- e) Mujeres que no disponen del tiempo y motivación para su participación en el taller de intervención.

A partir de estos criterios, se seleccionó la muestra por medio de una técnica de muestreo aleatoria simple (León y Montero, 2003). De este modo, se obtuvieron seis participantes, las cuales participaron durante todo el proceso de intervención.

## **11. Presentación de los resultados**

### **11.1. Comparaciones pre y post**

A continuación, se detallará los resultados obtenidos en los test aplicados y las puntuaciones directas de resultados del Pre y Post – Tratamiento del Test ISRA y El Inventario de Depresión de Beck II.

En las siguientes tablas se va observar el orden en que se van ir adquiriendo los resultados del proceso terapéutico, se inicia mostrando los resultados pre- Tratamiento, post-Tratamiento y se detalla mediante los gráficos la diferencia que existe entre el resultado de la primera evaluación con la segunda. Posteriormente confirmaremos si los valores pre y post tratamiento de las variables del Test de Isra y Beck II, han alcanzado niveles estadísticamente significativos, mediante la prueba T de Student de comparación de medias aritméticas para medidas repetidas.

A continuación, se muestra la tabla general que representa los puntajes obtenidos al rendir las participantes el Test de ISRA al inicio del taller.

Tabla 2.  
Resultados Pre- tratamiento ISRA

Participantes	C	F	M	F1	F2	F3	F4
1	65	50	70	10	65	65	70
2	50	55	20	5	15	99	40
3	70	65	70	65	60	65	90
4	70	70	80	30	60	80	35
5	60	60	20	5	25	25	5
6	75	85	35	45	95	80	30

Fuente: Realización propia, 2017

Se describen los resultados Post-Tratamiento obtenidos en el Test ISRA en puntuaciones directas.

En la siguiente tabla, se muestra los resultados de los puntajes obtenidos al rendir las participantes el Test de ISRA al ser dadas el alta del taller.

Tabla 3.  
Post- tratamiento ISRA

Participantes	C	F	M	F1	F2	F3	F4
1	0	20	15	10	15	25	15
2	15	15	10	0	0	52	0
3	0	25	10	5	25	10	15
4	40	40	50	5	25	30	5
5	20	25	5	0	5	0	0
6	25	40	5	10	15	30	10

Fuente: Realización propia, 2017

## 11.2. Resultados ISRA

En el siguiente grafico están representados los resultados pre y pos Tratamiento obtenidos en el Test ISRA, específicamente en el factor cognitivo. Las barras de color morado muestran los resultados Pre - Tratamiento el taller y las barras de color naranja muestran los resultados del Pos tratamiento.

Identificando el grafico que nos muestra los resultados podemos observar: En la primera participante el Test pre Tratamiento, presenta un puntaje de 65 puntuación directa de su sintomatología ansiosa desencadenada del ámbito cognitivo y post-Tratamiento desaparece a 0, en la segunda participante observamos de la misma manera que sus resultados bajan notoriamente y así sucesivamente con todas las participantes.

La Teoría A-B-C de la RET en Hipótesis 1: El pensamiento crea la emoción. El pensamiento y la emoción no constituyen dos procesos separados o diferentes, sino que se hallan muy relacionados, El conocimiento representa una operación intermediaria entre los estímulos y respuestas (Ellis, 2003, p. 48). En los resultados podemos observar que las participantes disminuyeron su ansiedad cognitiva modificando pensamientos negativos, preocupaciones que se daban fácilmente, inseguridades de si mismas, miedo, concentración, reforzándolos con pensamientos positivos.

Figura 6. Resultados ISRA escala Cognitiva

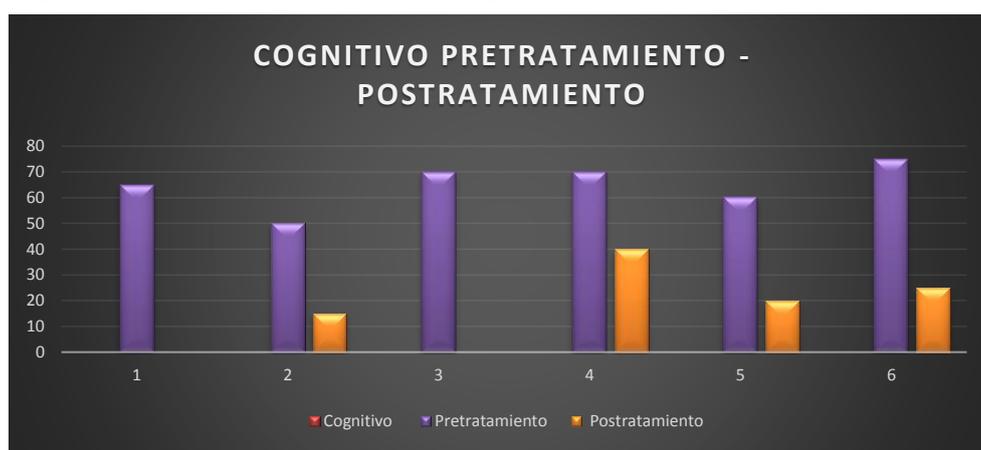


Figura 6. Resultados ISRA escala Cognitiva  
Fuente: Realización propia, 2017

En el siguiente grafico están representados los resultados pre y pos Tratamiento obtenidos en el Test ISRA, específicamente en el factor Fisiológico. Las barras de color azul muestran los resultados Pre - Tratamiento al taller y las barras de color verde muestran los resultados del Pos tratamiento. En la siguiente figura están representados los resultados obtenidos en el Test ISRA, específicamente en el factor Fisiológico.

Identificando el grafico que nos muestra los resultados podemos observar: Como se observa en la Fig. 5 en la primera participante el Test pre Tratamiento, presenta un puntaje de 50 como puntuación directa de su sintomatología ansiosa desencadenada del ámbito cognitivo y post- Tratamiento disminuye a 20, en la segunda participante observamos de la misma manera que sus resultados bajan notoriamente y sucede lo mismo con todas las participantes.

La cognición puede afectar al biofeedback y al control de los procesos fisiológicos. Cuando las personas perciben sus propios procesos cognitivos emotivos y fisiológicos, piensan en esos procesos (y a veces sienten horror ante ellos); por eso influyen de modo significativo en su conducta posterior de forma buena (ayudándose)

o mala (perjudicándose). Al percibir, fijarse y conocer sus reacciones fisiológicas, pueden cambiar frecuentemente estas reacciones dramáticamente, bien sea consciente o inconsciente. Las participantes presentaron una disminución de síntomas fisiológicos como molestias en el estómago, sudoración, dolor de cabeza, tensión corporal, el ritmo de las pulsaciones, náuseas, mareos, dificultad para tragar, escalofríos y varias funciones más referentes al sistema nervioso Central y Autónomo.

Figura 7. Resultados ISRA escala Fisiológica

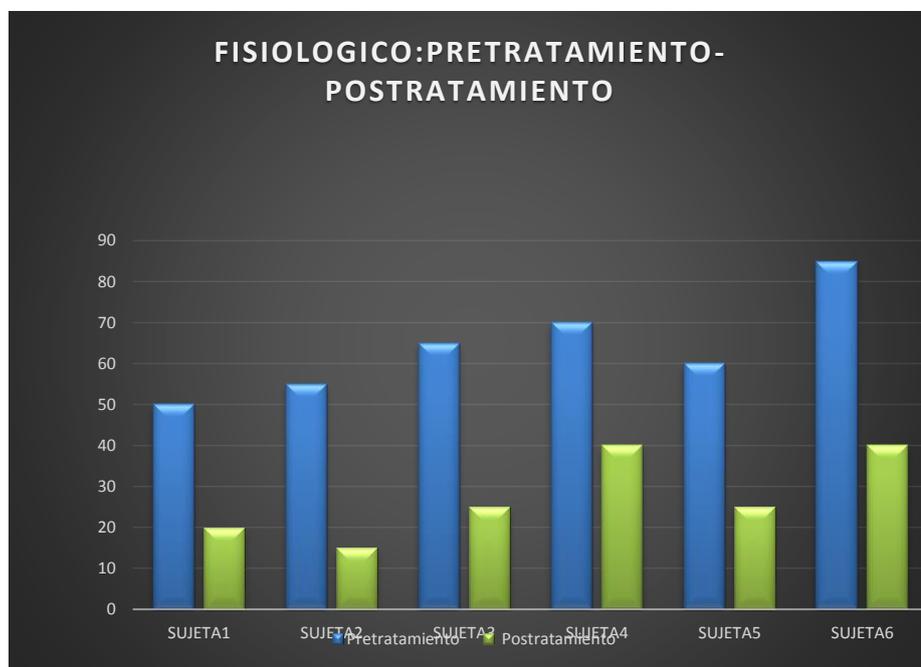
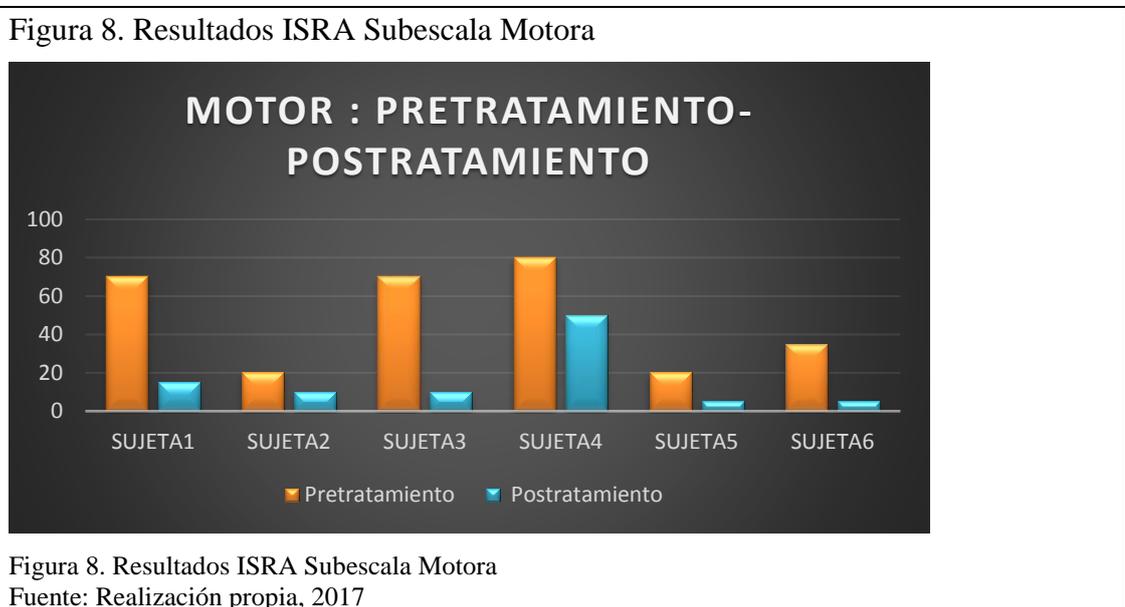


Figura 7. Resultados ISRA escala Fisiológica  
Fuente: Realización propia, 2017

En el siguiente gráfico están representados los resultados pre y pos Tratamiento obtenidos en el Test ISRA, específicamente en el factor Motor. Las barras de color tomate muestran los resultados Pre - Tratamiento al taller y las barras de color verde muestran los resultados del Pos tratamiento. En la siguiente figura están representados los resultados obtenidos en el Test ISRA, específicamente en el factor Fisiológico.

Identificando el grafico que nos muestra los resultados podemos observar: Como se observa en la Fig. 6, en la primera participante el Test pre Tratamiento, presenta un puntaje de 70 como puntuación directa de su sintomatología ansiosa desencadenada del ámbito cognitivo y post- Tratamiento disminuye a 15, en la segunda participante observamos de la misma manera que sus resultados reducen, no tan significativamente ya que en el pre tratamiento no muestra un puntaje alto referente al sistema Motor y con las siguientes participantes se reduce significativamente.



En el siguiente grafico están representados los resultados obtenidos en el Test ISRA, específicamente *FI* Ansiedad de Evaluación. La anticipación de la amenaza afecta a la perturbación emocional. Las personas no solamente reaccionan ante una amenaza real y manifiestan temor o ansiedad cuando tal peligro existe, sino que también anticipan o imaginan condiciones de amenaza y reaccionan a menudo con tanta perturbación a tal anticipación o imaginación como a una amenaza real.

Muchos investigadores han comprobado la idea de que varias formas de anticipación de la amenaza o tensión lleva a una perturbación emocional y que otras clases de anticipación minimizan o alivian la perturbación (Ellis, 2003, p. 64).

Identificando la Fig. 7, muestra los resultados que podemos describir: la primera participante el Test pre Tratamiento, presenta un puntaje que se mantiene desde el inicio hasta el fin del proceso, sin embargo en las otras escalas se da el cambio. En las otras participantes el cambio es significativo.

Figura 9. Resultados ISRA Subescala F1 Ansiedad

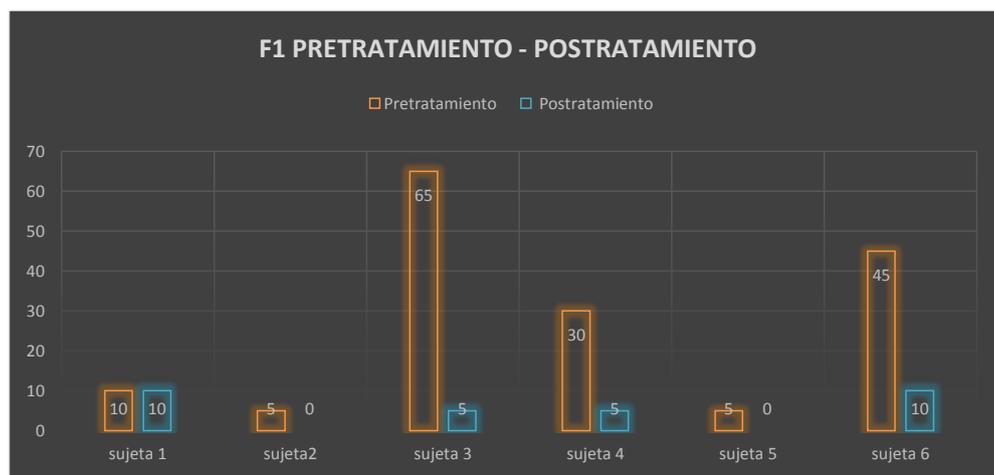


Figura 9. Resultados ISRA Subescala F1 Ansiedad

Fuente: Realización propia, 2017

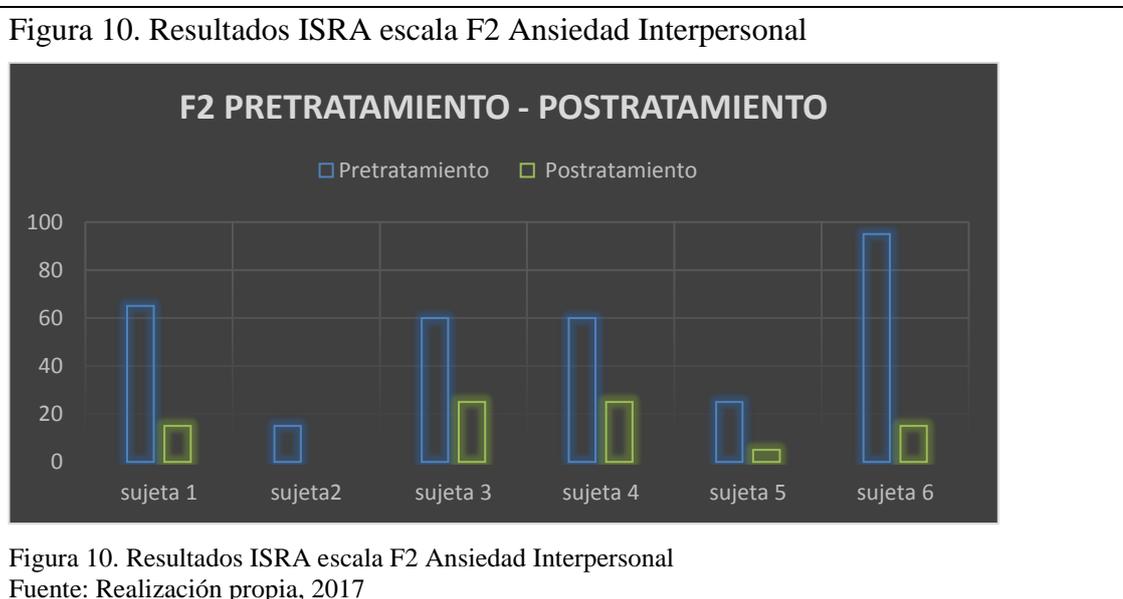
En el siguiente gráfico están representados los resultados obtenidos en el Test ISRA, en Ansiedad Interpersonal comparando los resultados pre y pos Tratamiento.

En el taller se trabajó con Entrenamiento Asertivo (Ellis & Dryden, 1987) se menciona que la investigación ha demostrado que las creencias Irracionales de un individuo acerca de una situación Interpersonal pueden llevar a una conducta no

asertiva a mayor parte de los terapeutas que utilizan el Entrenamiento Asertivo reconocen ahora que es importante proporcionar un componente cognoscitivo y conductual para suscitar una conducta asertiva.

Las barras de color azul muestran los resultados Pre - Tratamiento al taller y las barras de color verde muestran los resultados del Pos tratamiento.

Identificando la Fig. 8 que nos muestra los resultados podemos observar: La primera participante el Test pre Tratamiento, presenta un puntaje de 65 como puntuación directa de Ansiedad Interpersonal, desencadenada del ámbito cognitivo y post- Tratamiento disminuye a 15, en la segunda participante se reduce significativamente y con las siguientes participantes se reduce de la misma manera.



En el siguiente grafico están representados los resultados obtenidos en el Test ISRA, específicamente en Ansiedad Fóbica. Las barras de color rojo muestran los resultados Pre - Tratamiento al taller y las barras de color morado muestran los

resultados del Pos tratamiento. La educación y la información juegan un papel importante en la terapia. Las personas se enseñan o se condicionan a sí mismas a emocionarse y comportarse de varias formas, además de aceptar las enseñanzas de los demás. Su auto-condicionamiento y aceptación de las enseñanzas de los demás influye mucho en sus perturbaciones emocionales.

Identificando la Fig. 9, nos muestra los resultados donde: La primera participante en el Test pre Tratamiento, presenta un puntaje de 65 como puntuación directa de su sintomatología ansiosa desencadenada del ámbito cognitivo y post- Tratamiento disminuye a 25, en la quinta participante se reduce significativamente y con las restantes se reducen de la misma manera.

Para la Ansiedad Fóbica es importante recalcar el planteamiento de Ellis (2003) ya que educar a las participantes en el taller sobre las ideas irracionales que han tenido con respecto a sus más grandes miedos; de donde se originan; y llegar al proceso de encontrar la solución, se obtuvieron resultados óptimos.

Figura 11. Resultados ISRA escala F3 Ansiedad Fóbica

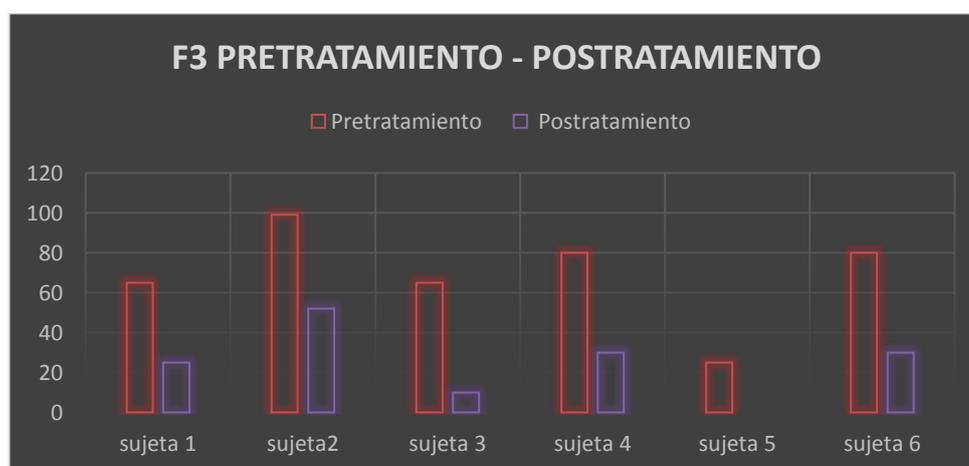
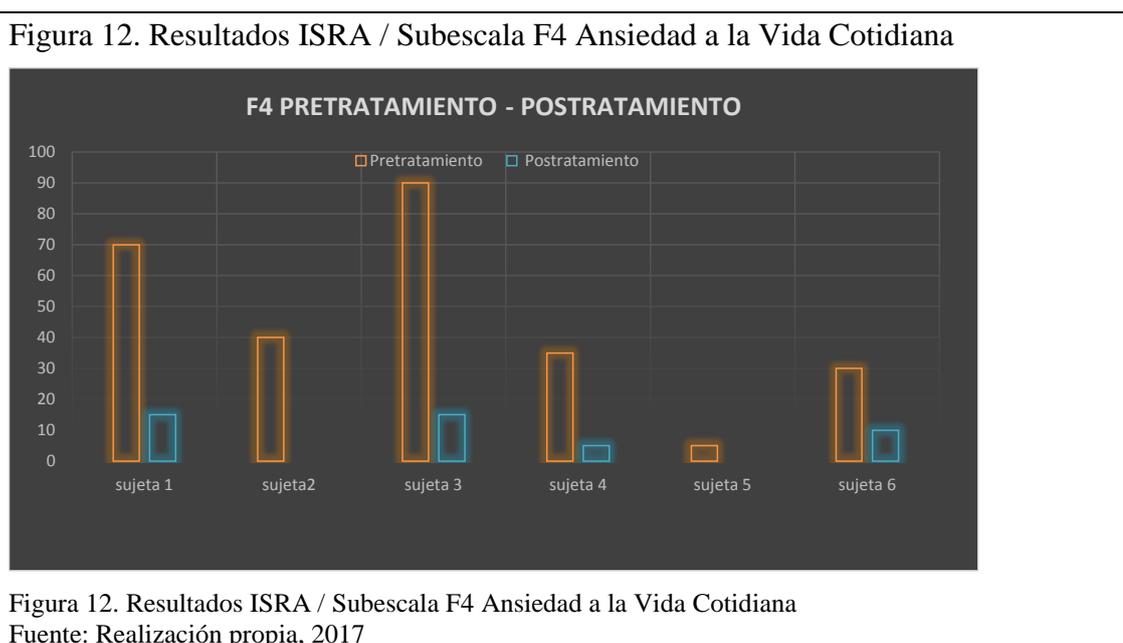


Figura 11. Resultados ISRA escala F3 Ansiedad Fóbica  
Fuente: Realización propia, 2017

En el siguiente grafico están representados los resultados obtenidos en el Test ISRA, referentes a Ansiedad en la vida Cotidiana. La terapia de grupo es no solamente muy útil para atacar las premisas irracionales de los individuos trastornados y sus deducciones ilógicas y en ayudarles a reconsiderar y a erradicar sus filosofías básicas auto- destructivas, sino que es mucho más eficaz que la terapia individual (Ellis, 2003). El compartir las experiencias y pensamientos que causan malestar entre las participantes, produce una percepción más amplia de sus nuevas ideas para adaptarlas al medio en el que se encuentran y puedan tener una vida llevadera.

Identificando la Fig. 10 nos muestra los resultados donde: La primera participante en el Test pre Tratamiento, presenta un puntaje de 70 como puntuación directa de su sintomatología ansiosa desencadenada del ámbito cognitivo y post- Tratamiento disminuye a 15, en la segunda participante se reduce significativamente y con las restantes se reducen de la misma manera.



### **11.3. Resultados BECK II**

El fundamento lógico de la terapia cognitiva se deriva de la teoría cognitiva de la depresión. Si la causa del trastorno de la depresión son los conceptos negativos personales, entonces si se corrigen estas creencias predominantes es posible esperar que se mitiguen los síntomas de la depresión. Al identificar las cogniciones distorsionadas que se derivan de las creencias perturbadas y someterlas a un análisis lógico y a una verificación empírica, el terapeuta y el cliente trabajan juntos para hacer que el pensamiento del cliente se acomode plenamente a la realidad. Así la terapia cognitiva está constituida por las técnicas que capacitan al cliente a considerarse más de forma realística que como inadecuado, indeseable, e inútil y para convencerse que él es el dueño auténtico de su conducta. La terapia también tiene la finalidad de proporcionarle un punto de vista objetivo sobre su futuro y de erradicar su pesimismo y desesperación.

En la Fig. 11 están representados los resultados pre y pos Tratamiento obtenidos en el Test BEC II, Las barras de color azul muestran los resultados Pre - Tratamiento al taller y las barras de color rojo muestran los resultados del Pos tratamiento.

De acuerdo a la teoría los resultados fueron óptimos ya que podemos observar la diferencia de la mejoría sintomática pre vs post en la participante uno tiene en el pre – Tratamiento un puntaje de 18 y en pos Tratamiento desciende a 8, y de la misma manera con las demás participantes.

Figura 13. Resultados Pre tratamiento vs. Post-tratamiento BECK



Figura 13. Resultados Pre tratamiento vs. Post-tratamiento BECK  
Fuente: Realización propia, 2017

*Desviación Estándares* una medida de dispersión que nos permite evaluar la incertidumbre de los datos obtenidos por la muestra; es decir, analiza todos aquellos datos que se alejan de nuestro promedio para determinar si nuestra predicción o teoría está alejada del modelo que se construyó con la muestra.

Tabla 4.  
Resultados de la Desviación Estándar

	<b>Pretratamiento</b>	<b>Postratamiento</b>
<b>Desviación estándar-Cognitivo</b>	16,73	34,05
<b>Desviación estándar Fisiológica</b>	12,41	10,36
<b>Desviación estándar Motor</b>	22,53	17,15
<b>F1</b>	24,71	4,47
<b>F2</b>	29,048,569	18,57
<b>F3</b>	48,56	14,33
<b>F4</b>	13,99	6,85
<b>BECK</b>	06,15	36,6

Nota: Fuente: Realización propia, 2017

En la siguiente tabla está representando el valor de t de Student de la variable cognitiva. El test ISRA utiliza una fórmula de comparación de puntajes Pre vs Post –

Tratamiento con la prueba t de Student. La Fórmula utilizada fue la siguiente: El test Beck II, utiliza la misma fórmula para la comparación de puntajes Pre vs Post – Tratamiento con la prueba t de Student. Se representarán los valores t de Student de las escalas utilizadas: ISRA (Subescalas Cognitivo, Fisiológica, Motora, F1 (ansiedad de evaluación), F2 (ansiedad fóbica), F3 (ansiedad interpersonal o de la vida cotidiana), F4 (ansiedad general).

En la siguiente tabla está representado el valor t de Student de las distintas variables que la conforman. En este caso, se inicia con la variable Cognitiva, presentando seis grados de libertad y un nivel alfa de  $p < 0.05$ , el valor crítico de  $t_{\alpha}$  superar es de 2.447. Como en el estudio de esta variable se encontró el valor de  $t$  es de 7.25, concluimos que existe diferencia estadísticamente significativa en los resultados del tratamiento, es decir, que la aplicación del tratamiento fue efectiva.

Tabla 5.  
Valor de t de Student de la variable Cognitiva

Cognitivo	Pre -tratamiento	Post- tratamiento	D	D2
Participante 1	65	0	65	4225
Participante 2	50	15	35	1225
Participante 3	70	0	70	4900
Participante 4	70	40	30	900
Participante 5	60	20	40	1600
Participante 6	75	25	50	2500
TOTAL	390	100	290	15350

Nota: N= 6; D=290; D2= 15350;  $t=7.25$ . Fuente: Realización propia, 2017

En la siguiente tabla está representando el valor de t de Student de la variable Fisiológica, 6 grados de libertad y un nivel alfa de  $p < 0,05$ , el valor crítico de  $t_{\alpha}$  superar

es de 2.447. Como en el estudio de esta variable se encontró el valor de t de 15 ,07 concluimos que existe diferencia estadísticamente significativa en los resultados del tratamiento, es decir, que la aplicación del tratamiento fue efectiva.

Tabla 6.  
Valores t de Student de Variable Fisiológica

<b>Fisiológica</b>	<b>Pre tratamiento</b>	<b>Post-tratamiento</b>	<b>D</b>	<b>D2</b>
Participante 1	50	20	30	900
Participante 2	55	15	40	1600
Participante 3	65	25	40	1600
Participante 4	70	40	30	900
Participante 5	60	25	35	1225
Participante 6	85	40	45	2025
<b>Total</b>	<b>385</b>	<b>165</b>	<b>220</b>	<b>8250</b>

Nota: N=6; D= 220; D2= 8250; (D)2 = 48400; t= 15.07. Fuente: Realización propia, 2017

En la siguiente tabla está representada el valor t de Student de la variable Motora, con 6 grados de libertad y un nivel alfa de  $p < 0.05$ , el valor crítico de  $t_{\alpha}$  superar es de 2.447. Como en el estudio de esta variable se encontró el valor de t de 4, concluimos que existe diferencia estadísticamente significativa en los resultados del tratamiento, es decir, que la aplicación del tratamiento fue efectiva.

Tabla 7.  
Valores t de Student de variable Motora

MOTOR	Pretratamiento	Post tratamiento	D	D2
Participante 1	70	15	55	3025
Participante 2	20	10	10	100
Participante 3	70	10	60	3600
Participante 4	80	50	30	900
Participante 5	20	5	15	225
Participante 6	35	5	30	900
total	295	95	200	8750

Nota: N=6; D= 200; D2= 8750; (D)= 40000, t = 4. Fuente: Realización propia, 2017

En la siguiente tabla está representado el valor t de Student de la variable F1 *Ansiedad de Evaluación*, con 6 grados de libertad y un nivel alfa de  $p < 0.05$ , el valor crítico de t a superar es de 2.447. Como en el estudio de esta variable se encontró el valor de t de 2.49 concluimos que existe diferencia estadísticamente significativa en los resultados del tratamiento, es decir, que la aplicación del tratamiento fue efectiva.

Tabla 8.  
Valores t de Student para F1 Ansiedad de Evaluación

F1	Pre tratamiento D2	Post tratamiento	D
Participante 1	10 0	10	0
Participante 2	5 25	0	5
Participante 3	65 3600	5	60
Participante 4	30 625	5	25
Participante 5	5 25	0	5
Participante 6	45 1225	10	35
Total	5500		130

Nota: N= 6; t= 2.49. Fuente: Realización propia, 2017

En la siguiente tabla está representando el valor de t de Student de la variable F2 *Ansiedad Fóbica*, con 6 grados de libertad y un nivel alfa de p 0,05, el valor crítico de t a superar es de 2.447. Como en el estudio de esta variable se encontró el valor de t de 4 concluimos que existe diferencia estadísticamente significativa en los resultados del tratamiento, es decir, que la aplicación del tratamiento fue efectiva.

Tabla 9.  
Valores t de Student para F2 Ansiedad Fóbica

F2	pre tratamiento d2	post- tratamiento	d
Participante 1	65 2500	15	50
Participante 2	15 225	0	15
Participante 3	60 1225	25	35
Participante 4	60 1225	25	35
Participante 5	25 400	5	20
Participante 6	95 6400	15	80
Total			235
	11975		

Nota: N= 6, t = 4. Fuente: Realización propia, 2017

En la siguiente tabla está representando el valor de t de Student de la variable F3 *Ansiedad Interpersonal o de la Vida Cotidiana*, con 6 grados de libertad y un nivel alfa de p < 0,05, el valor crítico de t a superar es de 2.447. Como en el estudio de esta variable se encontró el valor de t de 3.22 concluimos que existe diferencia estadísticamente significativa en los resultados del tratamiento, es decir, que la aplicación del tratamiento fue efectiva.

Tabla 10.  
Valores t de Student para F3 Ansiedad Interpersonal o de la Vida Cotidiana

F3	Pre tratamiento D2	Post tratamiento	D
Participante 1	65 1600	25	40
Participante 2	99 2209	52	47
Participante 3	65 3025	10	55
Participante 4	80 2500	30	50
Participante 5	25 625	0	25
Participante 6	80 2500	30	50
Total	12459		267

Nota: N= 6, t = 3.22. Fuente: Realización propia, 2017

En la siguiente tabla está representando el valor de t de Student de la variable F4 *Ansiedad General* con 6 grados de libertad y un nivel alfa de p 0,05, el valor crítico de t a superar es de 2.447. Como en el estudio de esta variable se encontró el valor de t de 3.67 concluimos que existe diferencia estadísticamente significativa en los resultados del tratamiento, es decir, que la aplicación del tratamiento fue efectiva.

Tabla 11.  
Valores t de Student para F4 Ansiedad General

F4	Pre tratamiento	Post tratamiento	D	D2
Participante 1	70	15	55	3025
Participante 2	40	0	40	1600
Participante 3	90	15	75	5625
Participante 4	35	5	30	900
Participante 5	5	0	5	25
Participante 6	30	10	20	400
Total			225	11575

Nota: N= 6, t = 3.67. Fuente: Realización propia, 2017

En la siguiente tabla está representando el valor de  $t$  de Student de BECK, con 6 grados de libertad y un nivel alfa de  $p < 0.05$ , el valor crítico de  $t$  a superar es de 2.447. Como en el estudio de esta variable se encontró el valor de  $t$  de 11.18 concluimos que existe diferencia estadísticamente significativa en los resultados del tratamiento, es decir, que la aplicación del tratamiento fue efectiva.

Tabla 12.  
Valores  $t$  de Student para Beck II

	Pre tratamiento	Post tratamiento	D	D2
Participante 1	18 100	8	10	
Participante 2	8	2	6	36
Participante 3	15	6	9	81
Participante 4	18 121	7	11	
Participante 5	16	8	8	64
Participante 6	16	9	7	49
Total	91 451	40	51	

Nota:  $N = 6$ ,  $D = 51$ ,  $D2 = 451$ ,  $(D) = 2601$ ,  $t = 11.18$ . Fuente: Realización propia, 2017

## Conclusiones

La investigación promovió un modelo de intervención terapéutica que dio como resultado la reducción de sintomatología ansiosa y depresiva a través de la modificación de Ideas irracionales en mujeres víctimas de VBG en Calderón. Las participantes identificaron la manifestación de su sintomatología ansiosa y de la depresión, conocieron sus características clínicas. Las participantes identificaron la manifestación de su sintomatología ansiosa y de la depresión, conociendo sus características clínicas desde una perspectiva cognitiva y fisiológica y motora. Por lo tanto, se logró describir y enseñar los esquemas irracionales más comunes que presentan las personas en general y al compartirlas en el grupo, se pudieron identificar y así promoverse el cambio. Se pudo Explorar los efectos que se presentan en las mujeres víctimas de VBG, a partir de la modificación de Ideas irracionales con la Terapia Racional Emotiva en los niveles de ansiedad, depresión y esquemas irracionales.

Los resultados presentados aquí sugieren que la modificación de esquemas cognitivos promueve una reducción significativa de ansiedad y depresión. En este sentido, es posible concluir que las modificaciones de estas creencias posibilitan que las mujeres víctimas de violencia de Género puedan adquirir más herramientas para afrontar ideas que les causan malestar. Las participantes llegaron a conocer e identificar de acuerdo a sus propias experiencias las ideas irracionales más comunes en cada una, permitiendo que el terapeuta pueda reeducar con ideas positivas. Se logró informar y educar sobre la sintomatología clínica de la depresión, para poderla

identificar, dando un resultado óptimo mediante la aplicación de la Terapia Racional Emotiva como pudimos observar en los resultados.

## Recomendaciones

- Se establecen las siguientes recomendaciones a la luz de los resultados descritos en el presente trabajo. Al respecto:
- Que se generen procesos terapéuticos en las entidades encargadas de recibir demandas de violencia, específicamente en el abordaje y tratamiento.
- Que en los dispositivos de intervención se trabajen los siguientes contenidos: esquemas irracionales presentes en ansiedad y depresión.
- Que se incluya en las normativas, disposiciones legales para que se incluya no solo la detección y denuncia de la violencia basada en género, sino que se exija que las instituciones que trabajan con esta población realice una intervención.
- Que las instituciones que trabajan violencia basada en género adopten protocolos comunes para el diagnóstico y que, en caso de intervención, no se realicen nuevos diagnósticos que promueven una re-traumatización y re-victimización de las mujeres.
- Que las distintas instituciones , puedan promover un trabajo integrado frente a las necesidades de intervención, identificando para ello algunos de los criterios de detección trabajados aquí. Esto es; la presencia de creencias irracionales que están a la base de sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres víctimas de VBG.
- Que se considere el enfoque cognitivo-conductual como una herramienta alternativa para intervenir con mujeres víctimas de VBG.
- A nivel preventivo, es indispensable trabajar tanto con mujeres afectadas como no afectadas por la VBG respecto a los esquemas irracionales que pueden desarrollarse al interior de una dinámica de pareja, que tiendan a justificar o

avalar conductas de violencia. En este sentido, también se hace extensivo trabajar con alumnos de establecimientos educativos y universitarios para detectar creencias cognitivas sobre las relaciones de pareja y cómo éstas pueden configurar, a futuro, dinámicas de violencia.

## Referencias

- Algarra, P. S. (2006). *Métodos estadísticos aplicados*. Universitat Barcelona
- Anteproyecto Ley Orgánica Integral por el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias. (2016). *Coalición Nacional de mujeres del Ecuador*. Quito.
- Araya, D. (2011). *Criterios Diagnósticos DSM-V de trastorno depresivo mayor*. Revista *Chilena de Neuropsiquiatría*, Editorial Maria Cristina LLanes Chile.
- AT, B., CH, W., M, M., J, M., & J., E. (1988). *An inventory for measuring depression*.
- BECK, A. (1967). *La depresión*. Editorial Paidós Ibérica, S. A.
- Cano-Vindel, A. (2002). *La ansiedad. Claves para vencerla*. Málaga: Editorial. Arguval
- Carrión, F. (2010). *La violencia en Ecuador*. Quito Editorial Fernando Carrión
- Ceceña, A. E. (pág 1, 2014). *De saberes y emancipaciones*. Buenos Aires: Editorial, Ana Esther Ceceña Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- CEDAW . (1992). *recom. general 19*. Whashington, d.c.
- CEDAW. (2015). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. Estados Unidos . Nueva York.
- Código Orgánico Integral Penal . (2014). Quito. República del Ecuador.
- Comisión de Transición al Consejo de Igualdad . (2011). *Procesos de incidencia para fortalecer el rol del Estado en la eliminación de la discriminación de género en el Ecuador*. Quito.
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos. (1993). *Declaración de Viena*. Austria . Viena.

- Consejo Nacional para la Igualdad de Género . (2014). *La violencia de Género contra las mujeres en el Ecuador* . Quito: Editorial El Telégrafo.
- Consejo Nacional para la Igualdad de Género. (2014). *Violencia contra la mujer* . Ecuador-Quito.
- Consejo Nacional para la Igualdad de Género. (2015). *Herramientas metodológicas para transversalizar el principio de igualdad y no discriminación en razón de género en los proyectos de inversión pública*. Quito.
- Convencion Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer. (1995). *CONVENCION DE BELEM DO PARA*. Whashintong. D.C.
- convencion interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, (convencion de belem do para). . (1995). *mision permanente de el salvador ante la organizacion de los estados americanos 1010 16th street, n. w., 4th floor* . Whashintong, District of Columbia.
- Enseñanza e Investigación en Psicología (2012). *La Desesperanza aprendida y sus predictores , analisis desde el odelo de Beck*. Mexico , Escuela de Psicología.
- Dahab, J. (2014). *La depresión desde la perspectiva cognitivo conductual*. Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento.
- Diario El Universo. (24 de Enero de 2017). Casos de femicidio en Ecuador se han duplicado en 2017, según Dinased. *Seguridad*.
- Dryden. (1984). *Personalidad y pcioterapia* . (Ed) *Rational Emotive Behaviour Theraphy* , Estados Unido s- Oak .
- Ellis, A., & Dryden, W. (1987). *Práctica de la teoría racional emotiva* . (Ed) *Rational Emotive Behaviour Theraphy* , Estados Unido s- Oak .

- Endler, & Magnuson. (Modlos teóricos de ISRA). 1974. (Eds.): *Interaccional Psychology and Personality*. Washington D.C
- Eysenck, M. y. (1997). *Un marco teórico cognitivo para los trastornos de ansiedad*. *Ansiedad y Estrés*. Argenta Sarlep , Buenos Aires.
- Fiscalía General del Estado. (2013). *Violencia de género contra las mujeres*. Quito.
- Fundación Acción Pro Derechos Humanos . (1948). *declaración universal de derechos humanos*.
- Gray. (1982). *La ansiedad en términos de rasgo y estado*. Oxford – Oxford, University Press.
- IAEN. (2011). *El machismo es violencia* . Quito.
- INEC. (2014). *La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador* . Quito.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos . (2011). *Violencia de género contra la mujer* . Quito.
- Instituto Nacional de Salud Mental . (2013). *Depresión*. México.
- Instituto Nacionl de Salud Mental. (2013). *Transtornos depresivos* .
- Kantowitz. (2011). *Psicología experimental* . CENGAGE LEARNING; México.
- Lang, D. L. (1992). *Organizational culture and commitment*. Jossey Mash Publishers .
- LEY CONTRA LA VIOLENCIA A LA MUJER Y A LA FAMILIA. (1995). *LEY 103*. Ecuador
- Naciones Unidas . (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Geneva , Switzerland

- Naciones Unidas . (1994). *La cuestión de la integración de los derechos de la mujer en los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas y la eliminación de la violencia contra la mujer* . Geneva , Switzerland
- Obst. (2008). *La terapia cognitiva : integrada y actualizada*. Buenos Aires: Ed. C.A.T.R.E.C
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Violencia contra la mujer*. London.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. London.
- Plan Nacional de Erradicación de a Violencia de Género Hacia Niñez, Adolescencia y Mujeres . (2007). *Decretos* . Quito.
- Sánchez, J. A. (2001). *La Violencia Intrafamiliar en México*. México. Ed , Plaza y Valdés, S.A DE C.V.
- Segañ. (1988). *Vulnerability to Depression: Cognitive Reactivity and Parental Bonding in High-Risk Individuals*. Arizona. Estados Unidos , Arizona State University.
- Stein, D. J. (2002). *The American Psychiatric publishing textbook of anxiety disorders (1st ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Viedma, M. G. (2003). *Manual de publicidad administrativa no sexista*. Málaga: Manual de Publicidad Administrativa No Sexista, María Viedma García.
- Vila, J. (2008). *Mecanismos Psicofisiológicos de la Ansiedad. Patológica*. Granada: Universidad de Granada , Facultad de Psicología.