



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN:
“PSICOLOGÍA CLÍNICA” – VI Versión

**NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA, ENTRE
LOS 18 A 35 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL INSTITUTO
TÉCNICO SUPERIOR DE EDUCACIÓN COMERCIAL DE LA
CIUDAD DE SUCRE, GESTIÓN 2022**

Tesis presentada para optar al Grado
Académico de Magister en “Psicología
Clínica”

MAESTRANTE: MERY ORIHUELA ZACARI

Sucre – Bolivia

2023



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN:
“PSICOLOGÍA CLÍNICA” – VI Versión

**NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA, ENTRE
LOS 18 A 35 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL INSTITUTO
TÉCNICO SUPERIOR DE EDUCACIÓN COMERCIAL DE LA
CIUDAD DE SUCRE, GESTIÓN 2022**

Tesis presentada para optar al Grado
Académico de Magister en “Psicología
Clínica”

MAESTRANTE: MERY ORIHUELA ZACARI
TUTORA: NORMA ORIETA SANCHEZ ECHEVARRIA

Sucre – Bolivia

2023

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de continuar mi formación profesional, por darme la fuerza que me impulsa a superar cualquier obstáculo y perseguir mis sueños.

A mi amado hijo, eres mi mayor inspiración de seguir adelante y nunca rendirme, por enseñarme el amor puro, quiero que sepas que mi esfuerzo es por ti.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme permitido consolidar este sueño.

A mis padres por apoyarme y darme la oportunidad de seguir formándome profesionalmente, por alentarme a seguir adelante.

A mi tutora por brindarme su tiempo, apoyo y paciencia durante todo el desarrollo de mi trabajo.

A todos los Docentes de la Maestría de la Universidad Andina “Simón Bolívar” por los conocimientos impartidos.

RESUMEN

Es un tema preocupante y de gran importancia la violencia relacionada con la depresión y la ansiedad en mujeres latinoamericanas, especialmente en mujeres bolivianas. Bolivia ocupa el primer lugar en Sudamérica en términos de violencia y feminicidios, la violencia de género está por encima del promedio latinoamericano. Algunos datos alarmantes (Barriga, 2019) indican que Bolivia ha registrado más de 4.300 casos de violencia sexual desde el inicio del año hasta junio de 2022, con un promedio de 28 casos por día y más de uno por hora; Más de mil de estos casos incluyen violaciones a menores de edad.

En el contexto de Bolivia, estas cuestiones son aún más pronunciadas debido a la compleja intersección de factores socioculturales y económicos. La discriminación étnica, la pobreza y la falta de acceso a servicios de salud mental adecuados pueden agravar aún más la situación para las mujeres bolivianas que enfrentan depresión y ansiedad, y que también están expuestas a la violencia de género.

El objetivo general es la relación entre índices de ansiedad y depresión en mujeres que han sido o son víctimas de violencia física o psicológica que asisten al Instituto Técnico Superior de Educación Comercial ITSEC de la ciudad de Sucre, para ello se aplicó una escala para medir la ansiedad y depresión a mujeres identificadas que sufrieron o sufren violencia dentro de su ámbito familiar.

Se trabajó con una población de 31 mujeres entre los 18 y 35 años de edad de las diferentes carreras de ITSEC SUCRE, la información recogida se analizó mediante el SPSS (software estadístico) y dentro de los resultados se pudo observar una relación entre los índices de depresión y ansiedad sobre todo en mujeres de menor edad y aquellas que tienen pareja.

Se planea elaborar una propuesta de intervención con base en la relación existente entre los índices de ansiedad y depresión en casos de violencia en la población de estudiantes del ITSEC SUCRE.

Finalmente se presenta la discusión y conclusiones de acuerdo a los objetivos específicos trazados en el presente estudio.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Violencia Física, Violencia Psicológica.

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I.....	1
1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Antecedentes del tema de investigación.....	1
1.2 Situación problemática.....	3
1.3 Formulación del problema.....	6
1.4 Justificación.....	6
1.5 Objetivos de la investigación.....	8
1.5.1 Objetivo General	8
1.5.2 Objetivos específicos.....	8
CAPÍTULO II.....	10
2 MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Violencia.....	10
2.2 Violencia de género.....	10
2.3 Situación de violencia.....	10
2.4 Tipos de violencia.....	11
2.5 Ley para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia N° 348.....	13
2.6 Teorías de la violencia de género	14
2.7 Ciclos de la violencia.....	15
2.8 Elementos que favorecen la violencia de género	17
2.8.1 La indefensión aprendida	18
2.8.2 Sintomatología en relación a la violencia.....	19
2.9 Resiliencia	20
2.9.1 Factores en la resiliencia	21
2.10 Salud Mental.....	21
2.10.1 Salud Mental y violencia.....	22

2.11	Ansiedad.....	22
2.12	La ansiedad según Beck	23
2.13	Depresión.....	25
2.13.1	Tipos de depresión.....	26
2.13.2	La clasificación de la depresión según Beck.....	27
2.14	Caracterización de las mujeres que sufren de violencia.....	28
2.14.1	Dependencia y pérdida de identidad.....	28
2.14.2	Baja autoestima	28
2.14.3	Miedo.....	28
2.14.4	Distorsión de la realidad.....	28
2.15	Desarrollo moral y violencia	29
2.15.1	Orientación hacia el castigo y la obediencia	30
2.15.2	Orientación hacia el individualismo o hedonismo	30
2.15.3	Orientación hacia las relaciones interpersonales.....	31
2.15.4	Orientación hacia el orden social	31
2.15.5	Orientación hacia el contrato social	32
2.15.6	Orientación al principio ético universal	32
2.16	Logro de la identidad.....	32
2.16.1	Teoría del desarrollo de la identidad	33
2.17	Terapia cognitivo conductual	35
2.17.1	Aplicación en mujeres víctimas de violencia de genero	35
2.17.2	Técnicas específicas	36
2.18	Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis	37
2.18.1	Aplicación del TREC en mujeres víctimas de violencia.....	38
	CAPÍTULO III.....	40
3	MARCO METODOLÓGICO.....	40

3.1	Enfoque de investigación	40
3.2	Tipo de investigación	40
3.3	Diseño de Investigación	41
3.4	Métodos de Investigación.....	41
3.4.1	Métodos Teóricos	41
3.4.2	Métodos Empíricos.....	42
3.5	Técnicas.....	42
3.5.1	Entrevista semiestructurada.....	42
3.5.2	Triangulación de la información	42
3.6	Instrumentos	42
3.6.1	Guía de entrevista semiestructurada.....	42
3.6.2	La Escala de Ansiedad de Beck (BAI).....	43
3.6.3	Inventario de Depresión de Beck –II.....	43
3.7	Procesamiento de datos	43
3.8	Participantes de la investigación	44
3.8.1	Criterios de inclusión y exclusión	44
3.9	Consentimiento Informado.....	45
3.10	Población y Muestra.....	45
3.11	Resultados.....	46
3.11.1	Valoración de ansiedad y depresión en la muestra.....	46
3.11.2	Comparaciones entre grupos	47
3.11.3	Síntesis de resultados.....	51
	CAPÍTULO IV	52
4	PROPUESTA.....	52
4.1	Orientaciones a tomar en cuenta.....	52
4.2	Aplicación terapéutica desde un modelo cognitivo conductual	52

4.3	Objetivo	54
4.4	Estructura de la propuesta	55
4.5	Planificación de sesiones	57
4.6	Evaluación	71
CAPÍTULO V.....		72
5	DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	72
5.1	Discusión	72
5.2	Conclusiones.....	73
5.3	Recomendaciones	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		78
ANEXOS.....		85
Anexo 1: Guía de entrevista semiestructurada.....		86
Anexo 2: La Escala de Ansiedad de Beck (BAI).....		88
Anexo 3: Inventario de Depresión de Beck –II.....		89
Anexo 4: Consentimiento informado		91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Estadios o Niveles de Desarrollo	30
Gráfico 2 : Desarrollo de la Terapia Racional Emotiva, (TREC) de Ellis.....	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Efectos de los distintos tipos de violencia hacia la mujer.....	7
Tabla 2: Estado de identidad.....	34

CAPÍTULO I

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes del tema de investigación

En los últimos años se pudo evidenciar las altas cifras de violencia hacia la mujer, las cuales no reciben ningún tipo de apoyo psicológico y se evidencian las brechas patriarcalizadas con el miedo a denunciar, el estigma social y otras situaciones que no permiten la efectiva intervención integral.

Según la investigación realizada sobre la “*intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas*”, en la que se establece preocupación ya que la violencia doméstica, incluida la violencia dentro de la pareja, sigue siendo la forma más extendida y menos visible de violencia contra las mujeres de todas las clases sociales de todo el mundo, y poniendo en relieve que esa violencia es una vulneración, un abuso o un menoscabo del disfrute de sus derechos humanos y libertades fundamentales y como tal, es inaceptable (ONU Asamblea General, 2019). En Bolivia, los casos de violencia se suman cada día, tanto así que se han normalizado situaciones de este tipo, por el común de la sociedad, hecho que vulnera los derechos de la mujer, para tener una vida tranquila, libre de cualquier tipo de violencia.

Otro estudio, enfocado al “*Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*” (ONU Asamblea General, 2019), establece que la violencia contra la mujer no está limitada a una cultura, una región o un país determinado, o a determinados grupos de mujeres dentro de una sociedad, reconociendo que la situación de violencia es generada por diferentes factores, entre los más comunes en la sociedad boliviana están la condición socioeconómica, la raza u origen étnico, si la persona tiene algún tipo de discapacidad o pertenece a un grupo minoritario, así como la religión o cultura de la cual proviene, por lo que dicho estudio considera que es necesario realizar una investigación con mayor profundidad y analizar sus posibles consecuencias donde sobre todo se puede visibilizar la subordinación o sumisión de las mujeres en áreas como la económica, cultural o también política, no sólo en Bolivia, sino a nivel mundial.

Dentro de la convivencia familiar, los datos que se publican a nivel anual son preocupantes en el tema de los feminicidios. Los últimos datos conocidos a nivel mundial,

de 2017, dicen que 3 de cada 5 mujeres asesinadas lo fueron a manos de su pareja, expareja o algún miembro de su familia.(Cabezas, 2020)

Ante ello, se ha hecho recurrente en Bolivia que muchas de las personas que sufren violencia (sean hombres o mujeres), no reportan dichos casos de violencia, ya sea por la inacción de las instituciones o autoridades, el poco apoyo de las familias o simplemente el hecho de ser juzgados moral o socialmente por personas de su alrededor.

Bolivia es el cuarto país de América Latina con el índice más alto (24,6%) de violencia de pareja en jóvenes (ONU Asamblea General, 2019), asimismo, el 51,9% de las mujeres solteras de 15 años o más edad vivieron algún episodio de violencia en el transcurso de su relación con su enamorado o novio. (Barriga, 2019)

Según (Mendoza et al., 2019) en su investigación “*Causas y consecuencias de la violencia en el noviazgo: una mirada de los jóvenes universitarios de la ciudad de Tarija, Bolivia*”, es importante evaluar la presencia de la violencia de pareja durante el noviazgo, como es el caso de universitarios, puesto que es durante esta etapa en la que se establecen relaciones de cortejo más estables que aquellas que se dan durante la secundaria y suelen preceder a la convivencia y matrimonio, además de ser el grupo de edad en el que se presenta más violencia en el noviazgo, en dicho estudio, se establece que las principales causas de la violencia en el noviazgo son: los celos, la falta de comunicación, el no saber que están siendo violentos y el haber crecido en un ambiente violento. Con respecto a las consecuencias, las identificadas son principalmente, una afectación directa a los procesos de autoestima y resiliencia, la presencia de depresión oculta a los demás, los embarazos prematuros o no planificados, el aislamiento de la sociedad y el cambio de los planes de vida para priorizar la vida conyugal.

De ahí la necesidad de conocer la dinámica de la violencia, en su diversidad de estados, como son la física, sexual y la psicológica, ya que su estudio podrá, promover bases para la construcción de diferentes programas y acciones para la atención a mujeres víctimas de violencia, buscando reducir sus niveles de ansiedad y depresión. El tema es inherente a la sociedad actual, son casos que se presentan a diario, se manifiestan en mujeres con signos de ansiedad y depresión que requieren de una intervención inmediata.

Las mujeres que están saliendo de la etapa de la adolescencia y/o promedian una edad menor a los 29 años y mayores de 55 años, presentan mayor vulnerabilidad de evidenciar

síntomas de depresión y ansiedad en situaciones de violencia más que en cualquier otra etapa de la vida (Parramón, 2022), por lo que muchas investigaciones han planteado protocolos de intervención para la atención temprana y su prevención profundizando en los estados de salud mental de las mujeres.

La violencia intrafamiliar en Bolivia ha aumentado durante la pandemia. Según la directora de la Fiscalía Especializada en Delitos en Razón de Género y Juvenil, Daniela Cáceres, en Bolivia se reportan a diario 129 casos de violencia intrafamiliar, lo que suma en el periodo del 1 de enero al 9 de mayo de 2022 un total de 13.416 denuncias de delitos contra la mujer. Además, la violencia intrafamiliar o doméstica representa el 80,6% de los 16.646 delitos relacionados a la Ley 348 Integral para Garantizar a la Mujeres una Vida Libre de Violencia.(Corz, 2022)

Del total de hechos en lo que va de la gestión 2022, según el reporte del periódico la razón (Barriga, 2019) el mayor número se dió en el departamento de Santa Cruz con 6.325 casos, seguido de La Paz con 3.266, luego está Cochabamba con 2.568, Tarija 1.342, Potosí 1.061, Chuquisaca 886, Oruro 509, Beni 531 y Pando 158. Esto demuestra que a pesar de los esfuerzos que se van realizando, la violencia contra la mujer continua y va en aumento, por ello es necesario el intervenir aún con mayor ahínco sobre esta situación.

1.2 Situación problemática

Actualmente en Bolivia, existen factores que dificultan la protección a las mujeres de manera general, como “la impunidad, la dificultad en el acceso a la justicia, la exposición pública, una sociedad patriarcal y la vigencia de discursos de poder masculinizados”, análisis realizado por la Fundación Construir, y publicado por La Razón (Barriga, 2019)

Los factores que inciden en situaciones de violencia hacia las mujeres, que muchas veces se ven agravadas por la normalización e inoperancia de las instituciones llamadas a defender a la mujer ante hechos de violencia y asesinato contra las mujeres bolivianas es un tema preocupante, no existen los recursos necesarios, tampoco personal y mucho menos políticas eficientes para el cuidado y una vida digna de las mujeres, por ello, Bolivia tiene aún un largo camino por recorrer en temas de prevención y atención a las víctimas de violencia.

Son muchos los casos que se presentan, actualmente en Bolivia se han registrado hasta la fecha, 48 feminicidios, como resultado de situaciones violentas hacia la mujer, en el

primer semestre de esta gestión (Baena, 2023), trasgresiones que por lo general se producen en el ámbito familiar, de pareja o de una relación de intimidad, con el agresor, que muchas veces no es denunciado, o que en otras es omitido por funcionarios de defensorías, policía u otros y quedan libres e impunes ante el delito o generalmente las mujeres son direccionadas a una conciliación para no llegar a estratos judiciales.

Como resultado de la violencia de género, en todas sus diversidades, se identifican familias destruidas, niños en la orfandad, madres fallecidas y padres recluidos en cárceles del país, o que huyeron a otros países, viviendo en la clandestinidad, para evitar ser juzgados.

Aquellas mujeres que sobreviven a situaciones de violencia, quedan con secuelas, tanto físicas como psicológicas, que no les permite desenvolverse de manera adecuada en la sociedad en la que viven, y que arrastran en sus miedos, ansiedades, depresión, ataques de pánico, abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, entre otros, a su familia directa, en especial a sus hijos, quienes inevitablemente se ven afectados.

Chuquisaca se encuentra en el quinto lugar a nivel Bolivia, de las 1054 denuncias por la Ley N° 348 registradas en este departamento, 350 fueron delitos sexuales (violación, abuso sexual, acoso sexual, actos sexuales abusivos, estupro, violación de niño, niña y adolescente). La tasa de violencia es de 18,6 casos por cada 10.000 personas en el país. (Correo del Sur, 2023)

En el artículo titulado; *“Violencia hacia mujeres preocupa en Chuquisaca”* (2022), establece que solo en el municipio de Sucre, un total de 340 casos fueron atendidos en las 14 Casas de Acogida y Refugio Temporal dependientes de la administración departamental, identificando al municipio de San Lucas, el lugar donde se presentó la mayor cantidad de casos de violencia contra la mujer entre enero y mayo de este año (Correo del Sur Digital, 2022).

La autoridad de la Gobernación de Chuquisaca, Paola Torres, Directora de Gestión Social entrevistada para dicho artículo, refiere entre los principales tipos de violencia que se presentan están la física y la violencia psicológica en la mayoría de los reportes. Muchas veces, ya sea por presión social o familiar, las mujeres llegan a abandonar el proceso o levantar la denuncia, puesto que un mínimo porcentaje, llega a estratos judiciales, las

otras desisten o prescriben, quedando simplemente como datos para los informes sin encontrar una solución.

Estos datos alarmantes fundamentan la presente investigación, estableciendo la necesidad de una pronta intervención, en especial, para aquellas mujeres víctimas de violencia, que cursan con cuadros de ansiedad y depresión, en diferentes grados y dimensiones.

La violencia física y psicológica que afecta a las mujeres, puede ser causante de problemas de salud mental y física somatizadas a largo plazo, debiendo reconocer que la violencia y el abuso no solo afectan a las mujeres involucradas, sino también a sus hijos, familiares y a todo su entorno, identificándose daños a la salud física y psicológica, posibles daños a largo plazo en los hijos, familia directa y su entorno social, como bajo rendimiento en la fuente laboral o en los estudios, cuadros de ansiedad en diferentes grados, depresión que puede llevar a la mujer a la toma de decisiones erróneas, pérdida de trabajo, descuido total de su ser como mujer, de sus hijos y de su familia.

La ansiedad puede afectar de manera negativa la calidad de vida de las mujeres, provocando hechos de estrés, preocupaciones y volverse sumisas o personas solitarias. Los factores psicosociales inherentes al género aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a la depresión y sobre todo en sociedades como la Sucrense en la cual los roles de género aún están bastante marcados, es difícil que pueda intervenir en diferentes casos de violencia contra la mujer, donde se identifican factores sociales y culturales mediante los cuales las personas han sido criadas.

Según el estudio de (Giraldo Pimentel, 2009) titulado "*La Autoestima y el juicio moral en los alumnos de secundaria de las instituciones educativas públicas de San Juan de Lurigancho*" existe correlación significativa entre la ansiedad y el juicio moral en el nivel preconventional. Las actitudes machistas pueden afectar la salud mental de las mujeres, generando efectos emocionales como miedo y baja autoestima. Este hecho aún se vuelve más grave cuando el agresor es la pareja, concubino, esposo o familiar como muchas veces ocurre en la ciudad de Sucre.

El Instituto Técnico Superior de Educación Comercial ITSEC Sucre actualmente cuenta con más de mil estudiantes en la gestión 2022, siendo estos más del 50% mujeres jóvenes entre los 18 a 45 años, que buscan la formación técnica. Sus características en la mayoría

de los casos son madres de familia o mujeres que trabajan durante el día y estudian por la noche.

1.3 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia física y psicológica entre los 18 a 35 años de edad, que asisten al Instituto Técnico Superior de Educación Comercial de la Ciudad de Sucre, Gestión 2022?

1.4 Justificación

La violencia hacia la mujer según últimos estudios, denotan que 75 de cada 100 mujeres han recibido violencia en algún momento de su vida y que muchas de ellas no hicieron la denuncia correspondiente ni recibieron ningún tipo de terapia o intervención correspondiente a su salud mental. (Lechón, 2022), ocasionando normalizar la violencia y que se continúe con este tipo de prácticas.

La situación que preocupa es la salud mental de aquellas mujeres víctimas de violencia con signos de ansiedad, depresión u otros que asisten a diferentes instituciones como ser: el Centro Juana Azurduy, SLIMS o la FELCV. Además de la importancia de los tratamientos en los trastornos de la salud mental, en este caso con un enfoque cognitivo conductual con el propósito de obtener diagnósticos y tratamientos más saludables, adaptables y funcionales. (Londoño Salazar, 2017).

La violencia ejercida contra la mujer por su pareja íntima ha sido asociada a múltiples problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad (Lara Caba et al., 2019). Dicho estudio muestra que las mujeres víctimas de violencia tienen mayor riesgo de presentar síntomas de depresión y ansiedad. Además, la dependencia emocional, depresión y ansiedad se manifiestan en mayor intensidad en mujeres víctimas de violencia de 18 a 29 años.

Es posible que los síntomas de depresión y ansiedad afecten el desempeño laboral o educativo de las mujeres víctimas de violencia, (López & Roldan, 2020) ya que estos trastornos pueden afectar la calidad de vida y el bienestar emocional de las personas puesto que, estos trastornos mentales suelen estar interconectados y pueden potenciarse mutuamente en esta población.

Tabla 1: Efectos de los distintos tipos de violencia hacia la mujer

Efectos de la violencia física	Efectos de la violencia psicológica	Efectos de la violencia sexual
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades ginecológicas: dolor crónico pelviano, flujo vaginal persistente, sangrado genital de origen disfuncional. • Abuso y dependencia de alcohol y sustancias. • Enfermedades de transmisión sexual (ETS) y SIDA. • Daños corporales (lesiones con arma blanca) y daños más permanentes como quemaduras, mordidas o hematomas. • Quejas somáticas poco definidas (cefalea crónica, dolor abdominal, pélvico y muscular, fatiga crónica). • Cambios repentinos de peso. • Durante el embarazo: aumento del tabaquismo, aborto, control prenatal tardío, retardo de crecimiento, hemorragias del feto, muerte fetal y muerte materna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de la salud mental: depresiones severas, trastornos obsesivos-compulsivos, trastornos por conversión, trastornos de pánico, trastornos en la conducta alimentaria, trastornos en el sueño, episodios psicóticos, entre otros. • Síndrome de estrés post-traumático (STPT). • Miedo y ansiedad son otras de las consecuencias psicológicas de la violencia contra la mujer. • Sentimientos de vergüenza. • Conducta extremadamente dependiente. • Enuresis (incontinencia urinaria) y encopresis (incontinencia fecal). • El suicidio también está entre las consecuencias psicológicas de la violencia contra la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazos no deseados. • Disfunciones sexuales. • Obligación ejercida por parte del varón de la práctica de aborto. • Prohibición del uso de anticonceptivos. • Daños físicos y psicológicos en específico en el plano sexual. • Hostigamiento y violaciones. • Fobias sexuales y de la sexualidad en general.

Fuente: Adaptación propia con base en lo expuesto por (Terapi, 2021)

La aplicación de un programa de intervención cognitiva conductual en mujeres víctimas de violencia, permitirá el análisis funcional y va a asegurar el apoyo terapéutico que en

muchos casos solo quedan en denuncia sin ningún tipo de apoyo psicológico posterior, dejando de lado la importancia de la salud mental de estas mujeres.

Un programa con esta orientación podrá mejorar la salud mental de las mujeres víctimas de violencia, permitiendo la resiliencia a la sociedad en la que se desenvuelven diariamente, promoviendo la capacidad de la mujer para superar las situaciones de violencia que ha vivido. El aporte teórico de la investigación está dado por el abordaje psicoterapéutico, que se asume, ya que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), puede ser efectiva en la reducción de los síntomas de trastornos asociados a la exposición a la violencia, como son la ansiedad y la depresión.

La practicidad del programa se refleja en sus características, ya que este es breve, estructurado, focal, cuyo objetivo es modificar pensamientos y conductas disfuncionales resultantes de ansiedad y depresión, en base al principio del interaccionismo de los aspectos biológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de la mujer en situación de violencia, que cursa con síntomas de depresión y ansiedad, considerando la contextualización del mismo, a la realidad de la mujer, resaltando en la construcción del programa, la historia de vida en las condiciones actuales y anteriores en las que se encuentra la mujer en situación de violencia.

Al ser la violencia hacia la mujer una situación que se vive en la vida diaria, se la considera como un tema de actualidad, que precisa atención e intervención oportuna, que promueva en la mujer mejoras cognitivo conductuales en su manera de pensar, que le permitan salir del ciclo de la violencia, y tratar terapéuticamente los síntomas de la ansiedad y depresión, que no les permite desenvolverse con tranquilidad en su vida diaria.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo General

Diseñar un programa de Terapia Cognitivo Conductual enfocada a la atención de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia física o psicológica que asisten al Instituto Técnico Superior de Educación Comercial ITSEC – Sucre.

1.5.2 Objetivos específicos

- ❖ Caracterizar la situación socioeconómica de las mujeres que sufren de algún tipo de violencia.

- ❖ Identificar los niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia a través de la aplicación de test.
- ❖ Describir la relación existente entre los índices de ansiedad y depresión con mujeres que han sido o son víctimas de violencia física o psicológica.
- ❖ Establecer los efectos psicológicos causados en mujeres que se encuentran en situación de violencia física y psicológica

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Violencia

De acuerdo a la Ley para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia N° 348 (Vicepresidencia del Estado Plurinacional, 2013, p. 3) define la violencia como:

“cualquier acción u omisión, abierta o encubierta, que cause la muerte, sufrimiento, o daño físico, sexual o psicológico a una mujer u otra persona, le genere perjuicio en su patrimonio, en su economía, en su fuente laboral o en otro ámbito cualquiera, por el solo hecho de ser mujer”.

2.2 Violencia de género

Según el Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades, (Gobierno de España, s. f.), se define la violencia de género como aquella que se ejerce sobre las mujeres por parte de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones de afectividad (parejas o ex-parejas). Entre los diferentes factores, uno de los principales motivos es el que generar daño, buscar el control de las acciones de su pareja y que generalmente, estas conductas van perdurando en el tiempo y se va volviendo en la rutina de vida de la pareja, convirtiéndose en una estrategia de dominio o control de la pareja.

Una de las manifestaciones más evidentes de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres ha sido y sigue siendo la violencia de género. La diferencia subjetiva entre los sexos es la base de este tipo de violencia. En resumen, las mujeres son víctimas de violencia simplemente por ser mujeres, y las víctimas pueden ser mujeres de cualquier estrato social, nivel educativo, cultural o nivel económico.

2.3 Situación de violencia

Según la Ley 348, se define la situación de violencia como: Conjunto de circunstancias sociales, de aspectos fundamentales que una persona está viviendo dentro de lo que es el ámbito del trabajo, de la sociedad o en un círculo de amigos.

La violencia dentro de la pareja es un problema grave que puede tener efectos negativos en la salud física y mental de las mujeres. La violencia y el abuso no solo afectan a las mujeres involucradas, sino también a sus hijos, familiares y comunidades. La violencia

contra la mujer también puede afectar negativamente su desempeño laboral y educativo, ya que puede generar problemas de salud mental y física que afectan la calidad de vida y el bienestar emocional de las mujeres. Es importante destacar que la violencia dentro de la pareja es un problema público que debe ser combatido con todas las herramientas disponibles, ya que la desigualdad de género y la aceptabilidad normativa por parte de la sociedad son causas profundas de este problema.

2.4 Tipos de violencia

La ley 348 (Vicepresidencia del Estado Plurinacional, 2013), establece diferentes tipos de violencia, destacando las que llevan al análisis de la presente investigación:

- **Violencia Física.** Es toda acción que ocasiona lesiones o daño en el cuerpo, con el uso de la fuerza física, o cualquier tipo de objetos o armas. Ejemplo: Golpear a una mujer por enojo o para que ella “obedezca” al agresor. Pueden ser puñetes, patadas, pellizcos, jalones de cabellos, entre otras.
- **Violencia Psicológica.** Son acciones de desvalorización, intimidación y control del comportamiento, y decisiones de las mujeres, que tienen como consecuencia la disminución de su autoestima y la depresión. Ejemplo: Control de la mujer, de la ropa que usa, de cómo se arregla, de sus conversaciones, de sus amistades.
- **Violencia feminicida.** Es la acción de extrema violencia que viola el derecho fundamental a la vida y causa la muerte de la mujer por el hecho de serlo.
- **Violencia sexual.** Es toda conducta que ponga en riesgo la autodeterminación sexual de la mujer, que amenace, vulnere o restrinja el derecho al ejercicio a una vida sexual libre segura, efectiva y plena, con autonomía y libertad.
- **Violencia mediática.** Es aquella producida por los medios masivos de comunicación a través de publicaciones, difusión de mensajes e imágenes estereotipadas que promueven la sumisión y/o explotación de mujeres, que la injurian, difaman, discriminan, deshonran, humillan o que atentan contra su dignidad, su nombre y su imagen.
- **Violencia contra los derechos reproductivos.** Es la acción u omisión que impide, limita o vulnera el derecho de las mujeres a la información, orientación, atención integral y tratamiento durante el embarazo o pérdida, parto, puerperio y lactancia; a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijas

e hijos; a ejercer su maternidad segura, y a elegir métodos anticonceptivos seguros.

- **Violencia contra los derechos y la libertad sexual.** Es toda acción u omisión, que impida o restrinja el ejercicio de los derechos de las mujeres a disfrutar de una vida sexual libre, segura, afectiva y plena o que vulnere su libertad de elección sexual.
- **Violencia simbólica y/o encubierta.** Son los mensajes, valores, símbolos, íconos, signos e imposiciones sociales, económicas, políticas, culturales y de creencias religiosas que transmiten, reproducen y consolidan relaciones de dominación, exclusión, desigualdad y discriminación, naturalizando la subordinación de las mujeres.
- **Violencia contra la dignidad, la honra y el nombre.** Es toda expresión verbal o escrita de ofensa, insulto, difamación, calumnia, amenaza u otras, tendenciosa o pública, que desacredita, descalifica, desvaloriza, degrada o afecta el nombre, la dignidad, la honra y la reputación de la mujer.
- **Violencia en servicios de salud.** Es toda acción discriminadora, humillante y deshumanizada y que omite, niega o restringe el acceso a la atención eficaz e inmediata y a la información oportuna por parte del personal de salud, poniendo en riesgo la vida y la salud de las mujeres.
- **Violencia patrimonial y económica.** Es toda acción u omisión que al afectar los bienes propios y/o gananciales de la mujer, ocasiona daño o menoscabo de su patrimonio, valores o recursos; controla o limita sus ingresos económicos y la disposición de los mismos, o la priva de los medios indispensables para vivir.
- **Violencia laboral.** Es toda acción que se produce en cualquier ámbito de trabajo por cualquier persona que discrimina, humilla, amenaza o intimida a las mujeres; que obstaculiza o supedita su acceso al empleo, permanencia o ascenso y que vulnera el ejercicio de sus derechos.
- **Violencia en el sistema educativo.** Es todo acto de agresión física, psicológica o sexual cometido contra las mujeres en el sistema educativo regular, alternativo, especial y superior.
- **Violencia política.** Son acciones, conductas o agresiones físicas, psicológicas, sexuales cometidas por una persona o grupo de personas en contra de las mujeres

candidatas, electas, designadas o en ejercicio de la función político – pública, o en contra de su familia, para acortar, suspender, impedir o restringir el ejercicio de su cargo o para inducirla u obligarla a que realice, en contra de su voluntad, una acción o incurra en una omisión, en el cumplimiento de sus funciones o en el ejercicio de sus derechos.

- **Violencia institucional.** Es toda acción u omisión de servidoras o servidores públicos o de personal de instituciones privadas, que implique una acción discriminatoria, prejuiciosa, humillante y deshumanizada que retarde, obstaculice, menoscabe o niegue a las mujeres el acceso y atención al servicio requerido.
- **Violencia en la familia.** Es toda agresión física, psicológica o sexual cometida hacia la mujer por el esposo o ex-esposo, conviviente o ex-conviviente, o su familia, hermanas, hermanos, parientes civiles o afines en línea directa y colateral, tutores o encargados de la custodia o cuidado.

2.5 Ley para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia N° 348

La Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia N° 348 (Gaceta oficial de Bolivia, 2013), se ha promulgado para tratar plenamente los tipos de violencia y cómo erradicarla, el objeto fundamental para establecer mecanismos y políticas integrales, protección y reparación de las mujeres en situación de violencia, así como la persecución y sanción a los agresores con el fin de garantizar a las mujeres una vida integral plenamente. La finalidad se enfoca en brindar una vida digna y el ejercicio pleno de sus derechos fundamentales.

Sobre su aplicación, esta ley se rige en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, debiendo ser aplicada sin discriminación alguna, por las autoridades y servidores públicos de todos los órganos del Estado, instituciones públicas entidades territoriales autónomas y la sociedad civil, todas tienen obligación de cumplir bajo responsabilidad penal civil y administrativa.

Para efectos de la aplicación e interpretación de dicha Ley, se adoptan las siguientes definiciones (Barriga, 2019):

- **Lenguaje no Sexista.** Entendido como el uso y aplicación de diferentes recursos para comunicarse con los demás con el uso de palabras neutrales que no tengan un tinte discriminatorio.

- **Presupuestos Sensibles a Género.** Aquellos que priorizan la distribución y asignación de recursos hacia las políticas públicas y consideran las necesidades e intereses de mujeres y hombres para reducir las brechas y aumentar la inclusión social y económica de las mujeres, especialmente aquellas que se encuentran en situación de violencia y son más discriminadas por razones de procedencia, origen, nación, pueblo, posición social, orientación sexual, condición física o sexual.
- **Identidad Cultural.** Es el conjunto de valores, visiones, tradiciones, usos y costumbres, símbolos, creencias y comportamientos que da a las personas sentido de pertenencia.
- **Agresor o Agresora.** Es la persona y/o individuos que realizan una acción u omisión que implique diferentes tipos de violencia, generalmente contra la mujer.
- **Integridad Sexual.** Entendido como el derecho que la persona a tener una seguridad por parte del estado para poder garantizar la expresión de su sexualidad sin que exista condena social.

2.6 Teorías de la violencia de género

Son muchas las teorías que se pueden considerar en este estudio. Partiendo de (Seligman, 2022), quien desarrollo la Teoría de la Indefensión aprendida, descubrió que, después de someter a un animal a descargas eléctricas sin posibilidad de escapar de ellas, este no emitía ya ninguna respuesta evasiva, aunque, la jaula este abierta. El animalito había aprendido a sentirse indefenso y a no luchar contra ello, este proceso se ha identificado en casos de violencia, en especial la de género, en la que la mujer víctima, se queda dentro del ciclo de la violencia, sin intentar huir de ella.

Seligman (2022) explicó el fenómeno en términos de una percepción de no contingencia entre posibles conductas de evasión y sus nulas consecuencias: haga lo que haga el animal siempre obtendrá el mismo resultado negativo. La consecuencia más directa del proceso es la falta de acción o la falta de afrontamiento. Su Teoría de la Indefensión Aprendida se basa en esto.

Este comportamiento es muy similar al que asume el ser humano, en especial en víctimas de violencia, es tan profundo el temor al agresor, que la mujer, no emite respuesta alguna ante situaciones de violencia, mucho menos intenta salir de ella. Mas al contrario asume

una posición sumisa, de aceptación a lo que le sucede, incluso con ideas irracionales de que solo recibe lo que merece, esta actitud, tiene mucho que ver con la cultura y la sociedad boliviana y que, aun en estos tiempos, se identifica en la mujer la idea de que su posición es la de servir a su pareja, y soportar todo lo que venga de el sin ningún reclamo, asumiendo sumisión para afrontar la vida y sobrevivir en ella, sin la pseudo protección del agresor.

2.7 Ciclos de la violencia

La conducta ligada al ciclo de la Violencia o teoría Walker (Ribes, 2019), que fundamenta el actuar de la mujer ante situaciones de violencia en las que vive, asumiendo que los episodios violentos surgen de manera reiterada, sin embargo, la mujer asume la esperanza de que el agresor cambiara, pensando que este, es el único que irónicamente la puede proteger y mantener, asumiendo la creencia de que por el solo hecho de ser mujer, no puede valerse por sí sola, y por lo tanto tampoco puede hacerlo por sus hijos.

Según Walker (2018), el ciclo consta de tres fases secuenciales; El primero es un aumento en la tensión, la segunda fase es el incidente agudo de agresión y por último, la etapa de conciliación, para ello, el autor va relatando cómo las mujeres atraviesan un proceso para convertirse en víctimas, esto por las conductas manipulativas y sobre todo dominantes por parte de sus parejas y como en la mayoría de casos en Bolivia, no se animan a denunciar dichos maltratos. Las mujeres no se animan a denunciar a su pareja de manera pública, ya sea por miedo, condena pública, las posibles represalias que puede generar su pareja o simplemente por el hecho de que dependen económicamente de dicha persona.

Walker (2018), aportó a la psicología de la violencia de género un instrumento muy útil para entender el sufrimiento de las mujeres maltratadas y el difícil camino que atraviesan para romper definitivamente con su maltratador, a partir de la identificación de las fases de violencia que tienen una duración variada y diferentes manifestaciones.

Las fases de acuerdo se describen a continuación:

- **Fase de acumulación de la tensión:** En esta fase se produce una escalada gradual de tensión que se caracteriza por la frecuencia de pugnas continuas y actos violentos. Es una etapa sin duración determinada, puede ser cuestión de semanas, meses o años. Se dan incidentes de celos, gritos o pequeñas peleas (González & González 2018).

Los insultos o la violencia verbal son interpretados por la víctima como casos aislados que se pueden controlar. El agresor experimenta cambios de ánimo repentinos, se enfada por cosas insignificantes y se muestra tenso e irritado.

La víctima intenta calmar a la pareja actuando de manera que no altere su comportamiento, pensando que así se acabarán los conflictos. Tiende a culparse a sí mismo justificando el comportamiento del agresor. Cada vez que ocurre una agresión menor, hay efectos residuales de un aumento de tensión por parte del agresor que incitado por la aparente pasividad de la víctima no trata de controlarse a sí mismo.

➤ **Fase de agresión**

Es la más breve de las tres fases. Aquí estalla la violencia. Hay una falta de control absoluto y se producen las agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales. La víctima experimenta incredulidad, ansiedad, tiende a aislarse y se siente impotente ante lo que ha ocurrido. Suelen pasar varios días antes de pedir ayuda (Prieto, 2018).

➤ **Fase de conciliación**

En esta fase el agresor suele pedir perdón y promete a la víctima que este comportamiento no volverá a repetirse. Utiliza estrategias de manipulación afectiva para intentar que la relación no termine.

La aceptación de regalos, invitaciones o promesas no hacen más que reforzar la conducta violenta. La tensión acumulada durante la fase de acumulación de la tensión y la fase de agresión han desaparecido.

La posibilidad de que la mujer denuncie la situación por la que está pasando se ve obstaculizada por el cambio de actitud de la pareja, que la lleva a creer que ha sido un hecho único y que no volverá a ocurrir. La víctima desea creer que nunca más sufrirá abusos. Debido a su comportamiento cariñoso durante esta fase, la moderación del agresor apoya la creencia de que puede cambiar. Cuando la calma se desvanece y comienzan de nuevo los pequeños incidentes y las vejaciones, esta etapa de conciliación llega a su fin.

2.8 Elementos que favorecen la violencia de género

Los elementos o factores que favorecen la violencia de género (IO Social, 2021), se distinguen entre a que los que son parte de las víctimas y también la que parte de los agresores, se citan a continuación:

Socioculturales de las víctimas:

- ❖ Carencia de apoyo social
- ❖ Escaso apoyo institucional

Socioculturales de los agresores

- ❖ Existencia de instituciones o ambiente social que justifica el comportamiento violento
- ❖ Visión de violencia real o filmada
- ❖ Autoritarismo

Individuales de las víctimas

- ❖ Antecedentes de violencia de género de su madre
- ❖ Antecedentes de violencia familiar
- ❖ No trabajar o trabajar como ama de casa
- ❖ Dependencia económica
- ❖ Carecer de apoyo familiar
- ❖ Visión distorsionada de las relaciones de pareja
- ❖ Roles femeninos sociales marcado
- ❖ Pertenencia grupo social excluido (por ejemplo, etnia, discapacidad, etc.)

Factores (razones de un agresor)

- ❖ Criado en un modelo de educación rígida centrada en la masculinidad con estereotipos. Interiorización de un modelo de masculinidad rígido y estereotipado.
- ❖ Copia de conductas autoritarias y disciplina recta.
- ❖ Socialización sexista (misoginia)
- ❖ Abuso de sustancias tóxicas

2.8.1 La indefensión aprendida

La indefensión aprendida (Online, 2019) mencionada con anterioridad, también denominada como impotencia aprendida, es un término utilizado en psicología para hacer referencia a aquellos seres humanos que han "aprendido" a comportarse de forma pasiva ante todo tipo de problemas. En varias ocasiones en la vida diaria, las personas sienten una incapacidad para desarrollar su trabajo de manera provechosa y creen que no podrá existir un cambio de su situación, por ello, muchas veces se centran en una conducta evitativa, para no poder confrontar este tipo de situaciones.

Este problema psicológico generalmente surge cuando una persona se ha enfrentado a situaciones específicas en repetidas ocasiones sin que sus acciones hayan tenido el resultado deseado. Esto finalmente conduce a una sensación de impotencia y la creencia de que lo que los rodea es incontrolable, por lo que es mejor no hacer nada. De hecho, hasta cuando el resultado es el deseado, el sujeto tiende a creer que no se ha producido por las acciones llevadas a cabo, sino por puro azar o porque debería haber sido así.

Las personas que sufren indefensión aprendida frente a situaciones de violencia de género, acaban desarrollando una serie de problemas adicionales (Online, 2019):

- ❖ Paralización ante problemas que requieren rápida respuesta.
- ❖ Bloqueo mental frente a situaciones a corto, medio o largo plazo.
- ❖ Necesidad de huir de los problemas.
- ❖ Evitar situaciones que puedan resultar incómodas.
- ❖ Negar el enfrentamiento con las causas de los problemas.
- ❖ Incapacidad de ayudarse a sí misma

Como resultado de todo esto, la persona que sufre de indefensión aprendida acaba teniendo un problema significativo de autoestima, y esta falta de motivación se ve aumentada. En consecuencia, la voluntad del individuo está siempre sometida a cualquier influencia externa. Incluso en situaciones extremas, pueden aparecer síntomas de ansiedad y depresión.

2.8.2 Sintomatología en relación a la violencia

Las mujeres víctimas de violencia pueden experimentar una serie de síntomas específicos de ansiedad y depresión como resultado de las experiencias traumáticas que han enfrentado algunos de estos síntomas son:

Síntomas de Ansiedad:

- Preocupación constante: Las mujeres víctimas de violencia pueden experimentar una preocupación excesiva y constante acerca de su seguridad y la de sus seres queridos. Pueden sentir temor de que el agresor regrese o de que se repitan las situaciones de violencia.
- Hipervigilancia: La hipervigilancia es un síntoma común en personas que han sufrido traumas. Pueden estar constantemente alerta, esperando peligros potenciales y sobresaltarse fácilmente ante estímulos inofensivos.
- Ataques de pánico: Los ataques de pánico pueden ser una respuesta a las experiencias traumáticas. Estas situaciones, son momentos repetidos donde se presenta una sensación de miedo intenso, además, puede estar acompañado de sudoración excesiva, hiperventilación, mayor ritmo cardíaco, dificultad para respirar o una pérdida de control de los impulsos.
- Pesadillas: Las mujeres víctimas de violencia pueden experimentar pesadillas recurrentes relacionadas con los eventos traumáticos que han vivido, lo que interfiere en su calidad de sueño.

Síntomas de Depresión:

- Sentimientos de tristeza profunda: La tristeza abrumadora es uno de los síntomas centrales de la depresión. Las mujeres víctimas de violencia pueden sentir una profunda melancolía y desesperanza debido a las experiencias traumáticas y la sensación de impotencia.
- Fatiga y pérdida de energía: La depresión a menudo se asocia con una pérdida de energía y fatiga constante. Las víctimas pueden sentir que no tienen la fuerza para llevar a cabo las actividades cotidianas.
- Pérdida de interés en actividades previamente disfrutadas: La depresión puede hacer que las mujeres pierdan interés en las actividades que antes les

proporcionaban placer, lo que puede incluir actividades sociales, hobbies y pasatiempos.

- Cambios en el apetito y el peso: La depresión puede manifestarse en cambios en el apetito y el peso, que pueden incluir la pérdida o el aumento de peso significativo.
- Problemas de concentración: Las dificultades para concentrarse y tomar decisiones son comunes en la depresión y pueden interferir con el desempeño laboral y educativo.
- Ideación suicida: En casos graves, la depresión puede llevar a pensamientos o deseos suicidas. Es esencial prestar atención a cualquier señal de ideación suicida y buscar ayuda de inmediato.

Es importante destacar que los síntomas de ansiedad y depresión pueden variar en intensidad y duración en cada persona. Si una mujer ha sido víctima de violencia y está experimentando estos síntomas, es fundamental buscar apoyo y tratamiento psicológico adecuado siempre teniendo el cuidado en la reserva de la identidad.

En la actualidad la violencia forma parte de la vida cotidiana, se identifican situaciones de violencia cada momento y a muchos les parece algo normal, Cada día se registran casos de racismo, discriminación, acoso, feminicidio, infanticidio, homicidios, violencia intrafamiliar, violencia psicológica, sexual, física y verbal, menores desaparecidos, ataques a mano armada, mutilaciones y actos inhumanos contra personas inocentes, violaciones y amenazas y secuestros, todo ello relacionado a la violencia, pero que muy pocas veces el gobierno actúa o busca una solución, por ello la población misma muchas veces toma cartas en el asunto (como por ejemplo la justicia comunitaria).

Muchas personas ven estas situaciones y se quedan paradas para solamente observar y no accionar, solo dicen “mejor no te metas” en lugar de decir “Vamos”.

2.9 Resiliencia

Existen diferentes circunstancias que pueden llevar al límite y hacer que las personas se cuestionen, si tienen la fuerza y la voluntad necesaria para continuar adelante. En este punto se tienen dos opciones:

- ❖ Dejarse vencer y sentir que se ha fracasado o
- ❖ Sobreponerse y salir fortalecidos, apostar por la resiliencia.

La resiliencia no es una cualidad innata, sino que puede desarrollarse a lo largo de la vida. La resiliencia es el proceso de adaptarse bien a situaciones adversas, traumas, tragedias, amenazas o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas graves de salud o circunstancias estresantes en el trabajo o en el ámbito financiero. "Rebotar" de una experiencia difícil, como si fuera una bola o un resorte, es lo que significa.

El hecho de que una persona sea resiliente no implica que no experimente dificultades o angustias. La tristeza y el dolor emocional son comunes en las personas que han experimentado grandes adversidades o traumas en sus vidas. De hecho, es posible que el camino hacia la resiliencia esté lleno de obstáculos que tienen un impacto en nuestro estado emocional. La resiliencia no es solo una característica que una persona posee o no posee; también incluye comportamientos, pensamientos y acciones que pueden aprenderse, mucho dependerá de los estilos de crianza que se tengan.

2.9.1 Factores en la resiliencia

El desarrollo de la resiliencia depende de una serie de factores, pero uno de los más importantes en la resiliencia es tener relaciones de amor y apoyo dentro y fuera de la familia. Algunos de los factores que contribuyen a afirmar la resiliencia de la persona incluyen relaciones que emanan amor y confianza, que brindan modelos a seguir y que brindan estímulos y seguridad algunos de estos factores son:

- ❖ Tener la capacidad de razonar y hacer un plan de vida lo más real posible, con logros que puedan obtenerse a corto y mediano plazo.
- ❖ Tener una mirada positiva de sí mismo, teniendo siempre una perspectiva positiva y resaltando los logros alcanzados.
- ❖ Conocer a profundidad las habilidades que tiene una persona para la resolución de conflictos.
- ❖ Ser consciente de saber cómo manejar las emociones.

2.10 Salud Mental

Según la UNICEF (Peredo, 2021), la salud mental es un componente indisoluble de la salud definida como “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus actividades, es capaz de hacer frente a las adversidades de la vida cotidiana, de trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad”; por lo tanto, concibe al ser humano como un

ser global integrado por componentes biológicos y psicológicos en constante interacción con el entorno ambiental, familiar, social, cultural, político y económico; esta relación de dependencia e influencia mutua entre el individuo y el entorno debe llamar a la reflexión sobre la importancia de los aspectos psicosociales en el funcionamiento y desarrollo global de la persona como un ser individual y social ya que pueden favorecer un adecuado desarrollo de la salud o la pueden vulnerar.

2.10.1 Salud Mental y violencia

Según la ONU Mujeres en su espacio de hechos y cifras: *“Acabar con la violencia contra mujeres y niñas reporta que en el mundo aproximadamente el 35% de las mujeres ha sido víctima de algún tipo de violencia física y/o sexual en algún momento de su vida”*.(Clínica San Pablo S.A., 2019)

En la mayoría de los casos, el estado emocional de las personas que han sufrido algún tipo de maltrato o abuso, ya sea mental, físico o sexual, se ve afectado a tal punto que la víctima puede desarrollar un trastorno o una enfermedad mental.

La víctima suele sentirse afligida, vulnerada y con baja autoestima, por lo que se les dificulta hablar abiertamente de su situación. La persona puede experimentar sentimientos de vergüenza o culpa por su situación como resultado del trauma psicológico.

Los trastornos más comunes en las víctimas de violencia son la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático, los ataques de pánico, el abuso de alcohol y drogas, además de esto, debe contar las situaciones de presión que viven en su contexto.

2.11 Ansiedad

El trastorno de ansiedad generalizada se define según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1998) como una ansiedad y preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses y que al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. Además, el centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno específico, como la ansiedad o preocupación por presentar una crisis de angustia, pasarlo mal en público, contraer una enfermedad, estar

lejos de casa o de los seres queridos, engordar, tener quejas de múltiples síntomas físicos, entre otros (López & Roldan, 2020).

Los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1998) son:

- a. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- b. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- c. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:
 - Inquietud o impaciencia.
 - Fatigabilidad fácil.
 - Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
 - Irritabilidad.
 - Tensión muscular.
 - Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño insuficiente o no reparador).
- d. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia o condición médica.

Las manifestaciones conductuales en casos de ansiedad, implican la evitación de situaciones inductoras de ansiedad, mientras que los cambios somáticos incluyen la respiración entrecortada, sequedad de boca, manos y pies fríos, micción frecuente, mareos, palpitaciones cardíacas, elevación de la presión sanguínea, aumento de transpiración, entre otras.

La ansiedad puede diferenciarse en diferentes tipos, como, por ejemplo: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social (fobia social), fobias específicas y trastorno de ansiedad por separación.

2.12 La ansiedad según Beck

Aaron T. Beck (Citado en Garrido, 2014) en la década de los 80, con base en diferentes estudios crea un inventario de ansiedad, que de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes.

Dicho inventario ha tenido una gran aceptación para poder ser aplicado en diferentes contextos, además que ha sido aceptado en instituciones públicas y privadas para su administración como un avance en la evaluación clínica, así como también para la investigación de la ansiedad en general. Para ello, Beck (Padrós Blázquez et al., 2020) clasifica la ansiedad en tres grandes niveles:

Ansiedad muy baja; Cuando una persona obtiene una puntuación de 0 a 21 en el Inventario de Ansiedad de Beck, se considera que tiene una ansiedad muy baja. Esto significa que la persona no presenta síntomas significativos de ansiedad y que su nivel de ansiedad se encuentra dentro de los límites normales. Es importante destacar que la ansiedad es una emoción normal y necesaria en la vida cotidiana, y que solo se considera un trastorno cuando los síntomas son excesivos, persistentes y afectan la calidad de vida de la persona.

Ansiedad moderada; Cuando una persona obtiene una puntuación de 22 a 35 en el Inventario de Ansiedad de Beck, se considera que tiene una ansiedad moderada. Algunas de las características de una ansiedad moderada pueden incluir:

- Preocupación excesiva y constante.
- Dificultad para relajarse.
- Tensión muscular.
- Sudoración excesiva.
- Palpitaciones.
- Temblores.
- Dificultad para concentrarse.
- Irritabilidad.
- Fatiga.
- Problemas para conciliar el sueño o mantenerlo.

Ansiedad severa; Cuando una persona obtiene una puntuación de más de 36 en el Inventario de Ansiedad de Beck, se considera que tiene una ansiedad severa. Algunas de las características de una ansiedad severa pueden incluir:

- Nerviosismo representado en tener una tensión corporal.
- Sensación de pánico.

- Aumento significativo del ritmo cardíaco.
- Respiración rápida o dificultad para respirar.
- Sudoración excesiva.
- Temblores o sacudidas intensas.
- Sensación de debilidad o cansancio extremo.
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
- Irritabilidad intensa.
- Problemas para conciliar el sueño o mantenerlo.

2.13 Depresión

Según el DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), la depresión se caracteriza por:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
 - I. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
 - II. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 - III. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 - IV. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - V. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de entecimiento).

- VI. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - VII. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 - VIII. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
 - D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
 - E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Se puede describir la depresión como sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. El trastorno del estado anímico en el que los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo se conoce como depresión clínica que puede durar un período relativamente significativo entre semanas y meses.

2.13.1 Tipos de depresión

Según (Lescano & Salazar, 2020), los tipos principales de depresión incluyen:

- ❖ Depresión mayor. Sucede cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria por 2 semanas, o períodos más largos de tiempo.
- ❖ Trastorno depresivo persistente. Se trata de un estado de ánimo depresivo que dura 2 años. A lo largo de ese período de tiempo, puede tener momentos de depresión mayor junto con épocas en las que los síntomas son menos graves.

2.13.2 La clasificación de la depresión según Beck

Beck también desarrolló un inventario para medir la depresión, que transformó diferentes síntomas en un cuestionario que puede ser autoadministrado, el test corto consta de 21 ítems o preguntas que tienen respuestas múltiples, además que está relacionado con diferentes síntomas de la depresión como la pérdida de la esperanza, pensamientos irritables, culpa, sentimientos negativos de la vida, reacciones físicas que tienen que ver con la depresión, por ejemplo, erupciones cutáneas, pérdida del apetito y de peso, por ello va calificando depresión según la siguiente escala:

Depresión mínima: Se refiere a una puntuación de 0 a 13. Esto indica que la persona no presenta síntomas significativos de depresión y que su nivel de depresión se encuentra dentro de los límites normales. Es importante destacar que la depresión es una enfermedad mental que puede afectar a cualquier persona, y que solo se considera un trastorno cuando los síntomas son persistentes, excesivos y afectan la calidad de vida de la persona.

Depresión Leve: Se refiere a una puntuación de 14 a 19. Esto indica que la persona presenta síntomas leves de depresión, como tristeza, pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban, cambios en el apetito y el sueño, fatiga, sentimientos de inutilidad y pensamientos de muerte o suicidio, entre otros (mayormente quedan en pensamientos e ideas).

Depresión moderada: Se refiere a una puntuación de 20 a 28. Esto indica que la persona presenta síntomas moderados de depresión, como tristeza, pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban, cambios en el apetito y el sueño, fatiga, sentimientos de inutilidad y pensamientos de muerte o suicidio, entre otros

Depresión grave: Se refiere a una puntuación de 29 a 63. Esto indica que la persona presenta síntomas graves de depresión, como tristeza profunda, pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban, cambios en el apetito y el sueño, fatiga extrema, sentimientos de inutilidad y pensamientos de muerte o suicidio, entre otros, con la diferencia (de la depresión moderada que sólo queda en pensamientos y acciones pequeñas) que éstos están más marcados y son más visibles en las personas y su actuar.

2.14 Caracterización de las mujeres que sufren de violencia

Las “características” que se encuentran en mujeres maltratadas víctimas de la Violencia de Género, son variables, destacando entre ellas:

2.14.1 Dependencia y pérdida de identidad

Las mujeres que han sido maltratadas suelen perder su autonomía y libertad, dejando de lado las actividades que las caracterizaban y siguiendo siempre las órdenes de su pareja, pidiéndole permiso para hacer cualquier cosa. Pierden su identidad para vivir prácticamente a la sombra de los demás, sintiéndose indefensas y creyendo que no pueden hacer nada sin su pareja. Dado que siempre prefieren estar con su pareja y evitan cualquier actividad social, rara vez se dejan ver por reuniones familiares o de amigos.

2.14.2 Baja autoestima

Una mujer que ha sido maltratada carece de autoestima. Será difícil para ella pensar en sí misma y siempre estará influenciada por su pareja. Es muy común que crean que todo lo que hacen está mal y se culpan a sí mismos por casi todo. No valoran ni piensan en los logros que han logrado como persona y no desarrollarán sus potenciales en otras áreas, prefiriendo quedarse aislados en casa, cuidando de ella y preparando todo para que su pareja llegue y todo esté listo y perfecto. En ocasiones, estas mujeres pueden haber vivido en círculos familiares donde no se les ha brindado la atención adecuada, lo que resulta en la falta de afecto o vínculos emocionales relacionados a la atención y amor brindado.

2.14.3 Miedo

Cualquier persona que esté en una posición de combatir por su propia supervivencia tiene miedo a cualquier estímulo. Por un lado, la mujer maltratada puede sentirse indefensa sin su pareja y, por lo tanto, temerla. Siente miedo a cualquier reacción que pueda tener, a que las cosas que haga no sean de su agrado o simplemente porque cree que no hace lo suficiente por su pareja. Se pueden experimentar temblores, hipervigilancia, palpitaciones, sobresaltos o ataques de pánico en conjunto con este miedo.

2.14.4 Distorsión de la realidad

Generalmente una persona que está sufriendo violencia, no socializa muy a menudo con su contexto, tienen muy pocas amistades y generalmente se niegan a conversar y tratar hechos de su vida y detalles personales, muchas veces, cuando sucede un hecho

desagradable para estas personas, tratan de justificar dicho proceso o simplemente se culpabilizan por lo sucedido. A pesar de esto, se puede leer muy bien entre líneas el sufrimiento y tristeza de la mujer que está siendo víctima de la Violencia de Género ya que, lo que en realidad está buscando es comprensión y consuelo por parte de los demás, ya que, en muchas ocasiones, lo que en realidad está lanzando es una llamada de atención para salir de la situación en la que está viviendo.(Lopez, 2019)

2.15 Desarrollo moral y violencia

Todos desarrollan una moral propia e intransferible: unos valores que no solo separan al “mal” del “bien” en el mundo abstracto, sino que también tienen influencia sobre las conductas, percepciones y pensamientos. Incluso puede estar tan interiorizada como para influir sobre las emociones. Uno de los modelos más importantes e influyentes que intentan explicar el desarrollo de la moral es la teoría del desarrollo moral de Kohlberg.(Sanfeliciano, 2023)

Lawrence Kohlberg (Sanfeliciano, 2023), un psicólogo, quería alejarse del contenido de la moral y estudiar cómo se desarrolla en las personas. No le importaba qué estaba bien o mal, sino cómo se alcanzaba esa idea de bien o mal. Según numerosas entrevistas y estudios, observó que la construcción moral de los niños aumenta a medida que crecen. Igual que otras habilidades, como el lenguaje o el razonamiento.

La teoría llega a la conclusión de que hay tres niveles de desarrollo moral: pre convencional, convencional y pos convencional. Cada uno de ellos está dividido en dos partes. Es crucial comprender que no todos alcanzan todos los estándares ni alcanzan el nivel de desarrollo más alto.

Gráfico 1: Estadios o Niveles de Desarrollo



Fuente: <http://ceril.net/index.php/2-articulos/267-la-teoria-del-desarrollo-moral-de-kohlberg>

2.15.1 Orientación hacia el castigo y la obediencia

Este estadio de la teoría del desarrollo moral de Kohlberg pertenece al nivel preconvencional. En este caso, el individuo delega toda la responsabilidad moral a una autoridad. Las recompensas o castigos que otorga la autoridad establecen los estándares de lo que está bien o está mal. Debido a que sus padres lo castigan por no hacer sus deberes, un niño puede creer que no hacerlos está mal.

Este pensamiento dificulta la capacidad de aceptar la posibilidad de dilemas morales, que son declaraciones que no tienen una respuesta moralmente clara.

Esto se debe a que todo se plantea desde el punto de vista de la persona legítima, que es la autoridad. En este nivel de desarrollo moral, no se tienen en cuenta las diferencias de intereses ni las intenciones de comportamiento. En este punto, lo único que importa son las consecuencias, ya sea un premio o un castigo.

2.15.2 Orientación hacia el individualismo o hedonismo

En este estadio de teoría del desarrollo moral de Kohlberg ya aparece la idea de que los intereses varían de un individuo al otro y aunque los criterios para decidir lo que está mal

o bien siguen siendo las consecuencias de los actos, ya no los marcan otros. Ahora el individuo pensará que todo aquello que le reporte algún beneficio estará bien, y mal lo que le suponga una pérdida o malestar (Sanfeliciano, 2023).

Ocasionalmente, una persona puede pensar que es bueno satisfacer las necesidades de otros, a pesar de la visión egoísta de este estadio de la teoría del desarrollo moral de Kohlberg. Sin embargo, solo en el caso de que exista una reciprocidad práctica o una garantía de ella. En otras palabras, la idea de que, si hago algo por otra persona, esta persona también tendrá que hacer algo por mí. Este estadio es un poco más complejo que el anterior porque la persona ya no depende de otra persona para construir su moral, aunque las razones siguen siendo simples y egoístas.

2.15.3 Orientación hacia las relaciones interpersonales

En este estadio se inicia la etapa convencional del desarrollo moral. Debido a que el individuo empieza a tener relaciones cada vez más complejas, tiene que abandonar ese egoísmo de la anterior etapa. Lo importante ahora es ser aceptado por el grupo, por lo tanto, la moral va a girar en torno a ello.

Para la persona que se encuentre en este estadio, lo correcto será aquello que agrada o ayuda a los otros. Aquí lo que empieza a importar son las buenas intenciones de las conductas y en qué medida están aprobadas por los demás. La definición de moral en esta etapa se basa en ser una “buena persona”, leal, respetable, colaboradora y agradable.

2.15.4 Orientación hacia el orden social

El individuo adopta una visión centrada en la sociedad en lugar de una visión centrada en grupos. Ya no importa lo que les agrade a las personas del entorno o a los grupos. Si la conducta mantiene el orden social o lo entorpece determina lo que es bueno o malo. La seguridad y la estabilidad de la sociedad son cruciales.

Encontramos un gran respeto por las leyes y la autoridad en este caso. Como estas limitan la libertad individual en beneficio del orden social. Para mantener un orden social, la moralidad sobrepasa los lazos personales y se relaciona con la legalidad vigente, que no debe desobedecerse.

2.15.5 Orientación hacia el contrato social

Aquí llegamos al nivel más alto del desarrollo moral, el cual es muy difícil de alcanzar a lo largo de su vida. En este punto, la moral comienza a ser percibida como algo adaptable y cambiante. Debido a que una sociedad ha establecido un contrato que establece los criterios morales, para estos individuos existe el bien o el mal.

En este estadio, las personas critican o defienden las leyes en función de sus razones. Además, estas leyes no son permanentes y pueden modificarse. Dado que la creación de un contrato social es mejor para uno mismo, la moral supone la participación voluntaria en un sistema social aceptado para las personas o niños en este estadio y todas las demás personas.

2.15.6 Orientación al principio ético universal

Este estadio de la teoría del desarrollo moral de Kohlberg (Sanfeliciano, 2023) es el más complejo del desarrollo moral, donde el individuo es el que crea sus propios principios éticos que son comprensivos, racionales y universalmente aplicables. Aquí entramos en el último nivel del desarrollo moral, el cual es alcanzado por muy pocas personas a lo largo de su vida. En este punto, la moral se comprende como algo cambiante y cambiante. Debido a que una sociedad ha establecido un contrato que establece los criterios morales, para estos individuos existen el bien o el mal.

En esta etapa, las personas critican o defienden las leyes basándose en su comprensión de sus razones. Además, estas leyes no son permanentes y podrían cambiar. Dado que la creación de un contrato social es mejor para uno mismo, la moral supone que las personas o niños en este estadio participen voluntariamente en un sistema social aceptado.

2.16 Logro de la identidad

La identidad tiene diferentes dimensiones, al igual que la autoestima, por lo que es poco frecuente que un adolescente se encuentre en el mismo estatus de identidad en cada una de estas dimensiones. Por lo tanto, una joven puede tener claras sus preferencias académicas, vocacionales o de relaciones interpersonales (logro de identidad), pero seguir su propia ideología (moratoria) e incluso estar en una identidad difusa en este aspecto debido a que no se consideran las alternativas ideológicas disponibles.

Al ser la identidad un constructor multidimensional, es razonable que la adopción de compromisos en las diferentes dimensiones se lleve a cabo gradualmente durante la adolescencia, al igual que la autoestima, todo ello relacionado con el pensamiento de la persona.

2.16.1 Teoría del desarrollo de la identidad

James Marcia (Paris, 2020), propuso un enfoque para evaluar el desarrollo de la identidad. En su enfoque, los adolescentes hacen preguntas sobre su exploración y compromiso con los temas relacionados con la ocupación, la política, la religión y el comportamiento sexual. Los estudios que evalúan cómo los adolescentes pasan por las etapas de Marcia muestran que, aunque la mayoría de los adolescentes finalmente logran desarrollar una identidad estable, el camino no siempre es fácil y hay muchas rutas que se pueden tomar. Algunos adolescentes simplemente pueden adoptar las creencias de sus padres o el primer papel que se les ofrece, tal vez a expensas de buscar otras posibilidades más prometedoras (estado de ejecución hipotecaria). Otros adolescentes pueden pasar años intentando diferentes identidades posibles (estado de moratoria) antes de finalmente elegir una. Dicho autor identificó cuatro estados de identidad que representan las cuatro combinaciones posibles de la dimensión de compromiso y exploración.

Tabla 2: Estado de identidad

Estado de identidad	Descripción
<p>El estado de difusión de identidad es un estado que caracteriza a aquellos que no han explorado las opciones ni se han comprometido con una identidad.</p>	<p>El individuo no tiene compromisos firmes con respecto a los temas en cuestión y no está avanzando hacia ellos.</p> <p>Aquellos que persisten en esta identidad pueden ir a la deriva sin rumbo con poca conexión con quienes los rodean o tener poco sentido de propósito en la vida.</p>
<p>El estado de identidad hipotecaria es el estado para aquellos que se han comprometido con una identidad sin haber explorado las opciones.</p>	<p>El individuo no se ha involucrado en ningún experimento de identidad y ha establecido una identidad basada en las elecciones o valores de los demás. Algunos padres pueden tomar estas decisiones por sus hijos y no otorgan al adolescente la oportunidad de tomar sus propias decisiones. En otros casos, los adolescentes pueden identificarse fuertemente con los padres y otras personas en su vida y desean seguir sus pasos.</p>
<p>El estado de identidad moratoria es un estado que describe a aquellos que están explorando en un intento de establecer una identidad, pero aún no se han comprometido.</p>	<p>El individuo está explorando varias opciones, pero aún no se ha comprometido claramente con ninguna de ellas. Este puede ser un período de ansiedad y tensión emocional, ya que el adolescente experimenta con diferentes roles y explora varias creencias. Nada es seguro y hay muchas preguntas, pero pocas respuestas.</p>
<p>El estado de logro de identidad se refiere al estado de aquellos que, después de la exploración, se han comprometido.</p>	<p>El individuo ha alcanzado una identidad coherente y comprometida basada en decisiones personales. Este es un proceso largo y a menudo no se logra al final de la adolescencia.</p>

Fuente: [https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Educacion_de_la_Primer_a_Infancia/Libro%3A_Desarrollo_y_crecimiento_en_la_ninez_\(Paris_Ricardo_Rymond_y_Johnson\)/15%3A_Adolescen- cia_-_Desarrollo_social_y_emocional/15.02%3A_James_Marcia_%E2%80%93_Theory_of_Identity_Development](https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Educacion_de_la_Primer_a_Infancia/Libro%3A_Desarrollo_y_crecimiento_en_la_ninez_(Paris_Ricardo_Rymond_y_Johnson)/15%3A_Adolescen- cia_-_Desarrollo_social_y_emocional/15.02%3A_James_Marcia_%E2%80%93_Theory_of_Identity_Development)

2.17 Terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual (Morales, 2021) es un tipo frecuente de terapia del habla (psicoterapia). Se trabaja con un asesor de salud mental (psicoterapeuta o terapeuta) de forma estructurada, asistiendo a una cantidad limitada de sesiones. La terapia cognitiva conductual coadyuba a tomar conciencia de pensamientos imprecisos o negativos, influyendo en la visualización de situaciones exigentes con claridad y así responder a ellas de forma más efectiva. La terapia cognitivo conductual es un tipo de terapia psicológica muy utilizada, que permite a la persona tomar conciencia de sus pensamientos y conductas negativas presentes, para modificarlas por otros patrones más saludables.

La Terapia Conductista y otras terapias derivadas de la Psicología Cognitiva se fusionaron para crear la Terapia Cognitivo Conductual. El conductismo se centra en evaluar objetivamente cómo cambiamos nuestro comportamiento. La psicología cognitiva se concentra en los procesos mentales que no se pueden observar directamente. Por lo tanto, la TCC combina ambas perspectivas, centrándose y ayudando a cambiar los pensamientos, las emociones y el comportamiento.

Actualmente se utiliza la TCC. Poniendo especial atención a los comportamientos y pensamientos que no nos ayudan en este momento. Por lo tanto, esta terapia se enfoca en cambiar esto para que podamos vivir la vida que queremos o necesitamos.

Se basa en la idea de que el comportamiento humano se aprende. Por lo tanto, el significado que le damos a las cosas o acontecimientos da lugar a estos aprendizajes. A su vez, los esquemas cognitivos que hemos desarrollado en base a nuestro aprendizaje dan lugar a los significados. Las emociones, los pensamientos y el comportamiento están conectados. Por lo tanto, un cambio en uno de estos factores puede tener un impacto en el resto. De esta manera, esta terapia busca alterar nuestros esquemas cognitivos, para influir en la conducta y las emociones.

2.17.1 Aplicación en mujeres víctimas de violencia de género

La terapia cognitivo conductual parece funcionar para las mujeres víctimas de violencia de género, reduciendo los síntomas depresivos, ansiedad y estrés postraumático, especialmente aquellos causados por la violencia física y psicológica. Parece mejorar las relaciones sociales y familiares de forma indirecta y disminuir la probabilidad de que las

mujeres se conviertan en víctimas en el futuro. Además, parece ser útil para intervenir con mujeres que viven en casas de acogida y podría ser más satisfactorio empleando una perspectiva empoderadora.

Actualmente, se cree que la terapia cognitivo conductual es la única que produce resultados científicamente validados. La eficacia de las terapias depende de la enfermedad tratada. Por todo ello, se puede decir que la terapia CC presenta resultados observables y verificables para la atención de las personas, para la planificación e intervención se toman en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ Situación actual de la persona y los síntomas que presenta.
- ✓ Visibilidad de los síntomas (nivel de gravedad).
- ✓ Duración del síntoma y situaciones en las cuales se presenta durante su diario vivir y a quiénes afecta de su entorno.
- ✓ Niveles de estrés y pensamientos negativos.
- ✓ Grado de apoyo que recibe de diferentes individuos de su entorno que la ayudan a continuar en la vida. Es decir, sus redes de apoyo.

2.17.2 Técnicas específicas

Esta terapia cuenta con diferentes técnicas (Morales, 2021), dependiendo de lo que se quiera modificar. Así, dentro de las más frecuentes se encuentran:

- ✓ Reestructuración cognitiva.
- ✓ Exposición.
- ✓ Afrontamiento del estrés/ Inoculación de estrés.
- ✓ Relajación y respiración.
- ✓ Autocontrol.
- ✓ Modificación de conductas.
- ✓ Resolución de problemas.
- ✓ Entrenamiento en auto instrucciones.
- ✓ Desensibilización sistemática.
- ✓ Modelado de la conducta deseada

2.18 Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis

La Terapia Racional Emotiva de Ellis (Regader, 2015), consideraba que su teoría se podía resumir en la frase del famoso filósofo griego estoico Epíteto, el cual afirmaba que “Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos”. Como se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico 2 : Desarrollo de la Terapia Racional Emotiva, (TREC) de Ellis



Fuente: <https://psicologiyamente.com/clinica/albert-ellis-terapia-racional-emotiva-conductual>

Albert Ellis consideraba que los problemas conductuales y emocionales podían tener su génesis a partir de sus tres fuentes: la del pensamiento, la emocional y la conductual. Enfatizó en cómo los pensamientos inciden en las alteraciones psicológicas.

Este autor, afirmó que las personas son en gran parte responsables de sus sentimientos perturbados, que son generados tanto consciente o inconscientemente. Por ende, esas mismas personas disponen de todos los recursos para poder modificar sus pensamientos y traer a sus vidas estados duraderos y estables.

Según Ellis, esto demuestra cómo se relacionan el pensamiento y la emoción, afirmaba que lo que causa la alteración o dificultad emocional no es lo que sucede en el punto A, sino que las personas crean una estructura de creencias en el punto B y refuerzan estas

creencias en una forma negativa y muchas veces perjudicial, lo cual se manifiesta en las reacciones conductuales o emocionales: el punto C.

La TREC, desde que fue creada por Albert Ellis hasta la actualidad se encuentra en la vanguardia de las psicoterapias.

La Terapia Racional Emotiva Conductual tiene un cometido claro, tal como afirma (Sarason & Sarason, 2005) en su libro *Psicopatología anormal*, el problema de la conducta inadaptada, donde hace referencia a Ellis y Dryden (1977): las personas han de cuestionar sus creencias fundamentales (en la mayoría de casos, irracionales), para después sustituirlas por otras más constructivas (racionales).

La TREC no solamente se ha aplicado en el campo clínico, sino que existen varios escritos sobre la intervención en los ámbitos laboral y educativo. Una psicoterapia que brinda muchas oportunidades en el estudio sobre el ser humano, las emociones, el pensamiento y la salud mental.

2.18.1 Aplicación del TREC en mujeres víctimas de violencia

La terapia racional emotiva-conductual (TREC) es una forma de terapia cognitivo-conductual que se enfoca en identificar y cambiar los pensamientos y creencias irracionales que pueden estar causando problemas emocionales y conductuales (Iraizoz Ciarra, 2012). En el caso de la violencia contra la mujer, la TREC se ha utilizado como una herramienta para ayudar a las mujeres víctimas de violencia a identificar y cambiar sus pensamientos y creencias negativas acerca de sí mismas y de su situación, y para desarrollar habilidades para afrontar y resolver problemas de manera efectiva.

La TREC se ha utilizado en el tratamiento de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar entre cónyuges, y se ha encontrado que es efectiva para reducir los síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático (León Rodríguez, 2017). La terapia se enfoca en ayudar a las mujeres a identificar y cambiar sus pensamientos y creencias negativas acerca de sí mismas y de su situación, y en desarrollar habilidades para afrontar y resolver problemas de manera efectiva.

La TREC también puede ayudar a las mujeres a desarrollar una mayor autoestima y autoconfianza, y a establecer límites saludables en sus relaciones (Félix-Montes et al., 2020). En general, la TREC puede ser una herramienta útil para ayudar a las mujeres

víctimas de violencia a recuperar su bienestar emocional y físico, y a tomar el control de sus vidas.

CAPÍTULO III

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque de investigación

La investigación Cualicuantitativa, implica seguir modelos cualitativos con apoyo del método estadístico, significa incrementar la validez de los datos, pero no ingresar en un eclecticismo. (Ramírez, 2010)

Enfoque que se asume en la presente investigación, ya que se servirá de datos numéricos, estadísticos, para respaldar los datos cualitativos obtenidos de las mujeres que son víctimas de violencia física y psicológica, dentro del contexto en el que se lleva la investigación.

3.2 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo mixta; la investigación mixta según Ortega, (2021) en ciencias sociales se refiere a una metodología de investigación que combina tanto métodos cuantitativos como cualitativos en un mismo estudio. Esta metodología es utilizada cuando se requiere comprender integralmente cuali y cuantitativamente, comprendiendo los resultados desde un enfoque único, siempre mejor que se lo analizaría de manera separada. Los métodos de investigación mixta enriquecen la investigación desde la triangulación con una mayor amplitud, profundidad, diversidad, riqueza interpretativa y sentido de comprensión.

Los diseños transeccionales descriptivos, recolectan datos sobre cada una de las categorías, conceptos, variables, contextos y reportan los datos que obtienen de una población o muestra (Campbell & Stanley, 2002).

La presente investigación también se caracteriza por ser de tipo descriptivo-exploratorio porque describe las características de la población a evaluar y analiza las dimensiones de las variables relacionadas a la depresión, además es transversal ya que se examina la relación entre diferentes variables en una población definida en un momento de tiempo determinado.

3.3 Diseño de Investigación

- ❖ *Según la finalidad:* Corresponde a una investigación aplicada, ya que está orientada a la búsqueda de nuevos conocimientos y campos de investigación.
- ❖ *Según el alcance temporal:* Corresponde a un estudio transversal (sincrónico), ya que estudia aspectos de desarrollo del sujeto en un momento dado.
- ❖ *Según la concepción del fenómeno:* Corresponde a la Ideográfica, ya que enfatiza lo particular e individual. Se basa en la singularidad de los fenómenos.
- ❖ *Según la dimensión temporal:* Es contextual, ya que estudia los fenómenos tal y como aparecen en el presente, en el momento de realizar la investigación.
- ❖ *Relacional,* ya que busca relación o vínculo entre dos variables y no busca causalidad, ambas variables tienen igual jerarquía y ambas son analíticas.
- ❖ *Explicativo,* ya que busca indagar de manera puntual la relación entre dos variables como ansiedad y depresión, entro de una determinada población.

3.4 Métodos de Investigación

3.4.1 Métodos Teóricos

- *Análisis documental o Bibliográfico:* Es un proceso que implica elegir referentes teóricos relevantes de un documento para expresar su contenido sin ambigüedades y recuperar la información en él. Empleado en la construcción de la tesis, en especial en los antecedentes, marco teórico, conceptual y contextual.
- *Histórico – Lógico:* analiza la evolución de los procesos, fenómenos y acontecimientos a lo largo del tiempo. Por otro lado, el método lógico examina las leyes generales del funcionamiento y desarrollo de los fenómenos.. Empleado en el análisis de la violencia física y psicológica, hacia la mujer, en el transcurrir de la historia, contextualizada en la mujer boliviana y en especial chuquisaqueña y las Leyes bolivianas que la protegen.
- *Sistémico:* Que orienta la forma de ver la realidad integral, formada por componentes que cumplen determinadas funciones y mantienen formas estables de interacción entre ellas. Método empleado en la construcción de la tesis en su integridad.

- *Deductivo*: Este enfoque pasa de lo general (como leyes o principios) a lo particular (la realidad de un caso específico), por lo que la validez de la conclusión obtenida dependerá de la validez de las premisas tomadas como base o referencia.
- *Inductivo*: Permite obtener conocimientos generalizables a partir de conocimientos específicos. Así, va de la observación de fenómenos particulares a la formulación de conclusiones generales.

3.4.2 Métodos Empíricos

- *Medición*: que tiene como objetivo obtener información numérica acerca de una propiedad o cualidad del objeto, donde se comparan magnitudes medibles y conocidas. Empleada en la obtención de la población y muestra, tabulación de datos, análisis e interpretación de los mismos.
- *Observación*: permite observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis.

3.5 Técnicas

3.5.1 Entrevista semiestructurada

Técnica de recopilación de datos cualitativos en la que el investigador hace a los informantes una serie de preguntas predeterminadas pero abiertas, por lo que no hay un rango fijo de respuestas a cada pregunta. A ser aplicada a los directivos y docentes del Instituto Técnico Superior de Educación Comercial, de la ciudad de Sucre.

3.5.2 Triangulación de la información

Técnica que hace referencia a la utilización de diferentes estrategias y fuentes de información sobre una recogida de datos permite contrastar la información recabada, en este caso de las mujeres víctimas de violencia física y psicológica que asiste a dicho Centro.

3.6 Instrumentos

3.6.1 Guía de entrevista semiestructurada

Estructurada con una serie de preguntas predeterminadas pero abiertas, que permiten amplitud en las respuestas a cada pregunta, permitiendo establecer información de calidad, importante para la investigación. (Anexo N° 1)

3.6.2 La Escala de Ansiedad de Beck (BAI)

El cuestionario (Padrós Blázquez et al., 2020) consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- 00–21 - Ansiedad muy baja
- 22–35 - Ansiedad moderada
- más de 36 - Ansiedad severa

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. (Anexo N° 2)

3.6.3 Inventario de Depresión de Beck –II

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones., Su llenado se lo debe realizar en un ambiente tranquilo, el participante debe elegir uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día en el que se toma la prueba. Se le pide que marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecieran igualmente apropiados, se le pide que marque el número más alto. (Anexo N° 3)

3.7 Procesamiento de datos

Previamente al análisis de resultados se realiza el procesamiento y análisis de datos y esa fase se desarrolla cuando el estudio ha concluido y los registros del proceso de seguimiento están disponibles (Ramírez, 2010). Para el procesamiento de datos se tomará los siguientes criterios:

- ❖ Organizar los instrumentos
- ❖ Clasificar los datos
- ❖ Vaciar los datos
- ❖ Procesar datos
- ❖ Aplicar pruebas estadísticas y representar

El análisis de datos se lo realizó en función de los datos, con el apoyo del programa SPSS V. 26 para Windows 10, puesto que es un programa estadístico con muchas facilidades para analizar información, comparar, y describir resultados en muchas diversas formas desde la estadística.

Se compararon los resultados de las pruebas, dentro de este programa estadístico, se analizaron los resultados mediante la t de Student, Anova y Chi cuadrado, que tiene por objetivo ver que las diferencias entre los grupos evaluados no sean atribuibles al azar, por lo tanto, que las diferencias entre variables sean estadísticamente significativas, los puntajes brutos de la prueba se convertirán en percentiles para analizar si existen diferencias estadísticamente significativas.

3.8 Participantes de la investigación

Estudiantes inscritas que asisten al Instituto Técnico Superior de Educación Comercial, de la ciudad de Sucre que muestren algún síntoma de ansiedad, depresión o hayan solicitado los servicios del gabinete de psicología por temas de haber sufrido (o se tengan sospechas) de alguna forma de violencia.

3.8.1 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- ❖ Ser mujeres comprendidas entre las edades de 18 a 35 años, puesto que, a las estudiantes menores de 18 años, por Ley corresponde la atención mediante la Defensoría de la Niñez y Adolescencia. En el caso de las estudiantes mujeres mayores de 35 años, aunque su número es mínimo, se pudo observar por la experiencia en la atención, que priorizan más otros aspectos de la vida que la atención en psicología.
- ❖ Mujeres que están inscritas en el periodo regular de formación en el Instituto Técnico Superior de Educación Comercial.
- ❖ Mujeres en las cuales se identificó que atraviesan o atravesaron algún tipo de violencia relacionado a la ansiedad o depresión.
- ❖ Mujeres víctimas de violencia familiar que han solicitado el servicio del gabinete de psicología.

Criterios de exclusión

- ❖ Estudiantes varones que estén inscritos en el periodo regular del Instituto Técnico Superior de Educación Comercial. Se prioriza a las mujeres puesto que, según los datos, es un grupo más vulnerable donde se presenta una mayor incidencia de casos de violencia.

3.9 Consentimiento Informado

Se firmó un consentimiento informado por parte de las mujeres participantes para la investigación. (Anexo N° 4)

3.10 Población y Muestra

La definición de la muestra se realizó según los postulados y categorización de León y Montero (2003) para la definición de la muestra; en el caso de las participantes, el tipo de muestreo será no probabilístico e intencionado, por conglomerado, puesto que se está eligiendo un grupo con características específicas según la necesidad de la investigación y según los requerimientos para la aplicación de los objetivos específicos.

Se decidió trabajar con total de la población con dichas características mencionadas en los criterios de inclusión. La cantidad de participantes suman un total de 30 mujeres comprendidas en las edades de 18 a 35 años.

3.11 Resultados

3.11.1 Valoración de ansiedad y depresión en la muestra

Una vez obtenidos los valores brutos, se pudo asignar valoraciones cualitativas al nivel de ansiedad y de depresión según los puntos de corte establecidos.

Nivel de Ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Ansiedad muy baja	9	29,0	29,0
Ansiedad moderada	14	45,2	74,2
Ansiedad severa	8	25,8	100,0
Total	31	100,0	

La tabla muestra que casi la mitad de la muestra presenta un nivel de ansiedad moderado mientras que la otra mitad se encuentra repartida entre el nivel muy bajo y severo prácticamente en partes iguales.

Nivel de Depresión

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Mínima	10	32,3	32,3
Leve	5	16,1	48,4
Moderada	9	29,0	77,4
Grave	7	22,6	100,0
Total	31	100,0	

Con relación a la depresión se evidencia que un tercio presenta un nivel mínimo de depresión, mientras que los demás tiene depresión en niveles leve, moderado e incluso grave.

3.11.2 Comparaciones entre grupos

Para desarrollar comparaciones entre grupos de trabajo con la prueba t de Student que permite comparar si existe diferencias estadísticamente significativas entre las medias de dos grupos.

- **Comparaciones por grupo etario**

Estadísticas de grupo

	Grupo etario	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Ansiedad	18 a 21 años	15	29,33	7,853	2,028
	22 a 32 años	15	26,67	13,782	3,559
Depresión	18 a 21 años	15	24,73	8,207	2,119
	22 a 32 años	15	17,27	12,475	3,221

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias				
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar
Ansiedad Se asumen varianzas iguales	5,605	,025	651	28	520	,667	,096
			,651	22,223	,522	2,667	4,096
Depresión Se asumen varianzas iguales	2,878	,101	1,937	28	,063	7,467	3,856
			1,937	24,206	,065	7,467	3,856

No se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre grupos etarios puesto que los valores de p son superiores a 0,05, es decir, no se rechaza la hipótesis nula que plantea que ambos grupos tienen la misma media.

- **Comparaciones por situación de pareja**

Estadísticas de grupo

Situación de pareja		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Ansiedad	Soltera	19	27,95	9,028	2,071
	Concubina	8	27,25	12,948	4,578
Depresión	Soltera	19	21,16	9,833	2,256
	Concubina	8	12,63	5,680	2,008

Se trabaja solo con 27 personas puesto que 2 personas no respondieron a esta pregunta y las otras dos son una casada y una separada, por lo tanto, no es posible compararlas.

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas	prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar
Ansiedad Se asumen varianzas iguales	1,233	,277	,161	25	,873	,697	4,331	
Ansiedad No se asumen varianzas iguales			,139	9,996	,892	,697	5,024	
Depresión Se asumen varianzas iguales	3,339	,080	2,283	25	,031	8,533	3,738	
Depresión No se asumen varianzas iguales			2,825	22,116	,010	8,533	3,020	

Se evidencia que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de solteras y concubinas en la variable depresión puesto que el $p < 0,010$, es decir, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que el grupo de solteras ($x = 21,16$) presentan un nivel de depresión mayor que el de concubinas ($x = 12,63$); no se evidencian diferencias significativas en la variable ansiedad.

- **Comparaciones por la existencia de hijos**

Estadísticas de grupo

¿ Tiene hijos?	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Ansiedad No	13	27,23	8,890	2,466
Sí	16	29,31	12,836	3,209
Depresión No	13	22,62	9,042	2,508
Sí	16	17,75	11,857	2,964

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas	prueba t para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Ansiedad Se asumen varianzas iguales	1,739	,198	-,495	27	,624	-2,082	4,202
			No se asumen varianzas iguales	-,514	26,426	,611	-2,082
Depresión Se asumen varianzas iguales	1,551	,224	1,218	27	,234	4,865	3,995
			No se asumen varianzas iguales	1,253	26,919	,221	4,865

No se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres que tienen hijos y las que no puesto que los valores de p son superiores a 0,05, es decir, no se rechaza la hipótesis nula que plantea que ambos grupos tienen la misma media.

- **Comparaciones por formación académica**

Estadísticas de grupo

Formación académica		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Ansiedad	Bachiller	21	27,81	9,086	1,983
	Técnica	6	29,17	15,394	6,284
Depresión	Bachiller	21	18,95	9,102	1,986
	Técnica	6	28,17	11,990	4,895

Se trabaja con 27 mujeres puesto que dos no respondieron a esta consulta y solo dos son licenciadas, siendo un grupo muy pequeño como para ser comparado.

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias				
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar
Ansiedad	Se asumen varianzas iguales	,765	,390	-,275	25	,785	-1,357	4,930
	No se asumen varianzas iguales			-,206	6,030	,844	-1,357	6,590
Depresión	Se asumen varianzas iguales	,035	,852	2,042	25	,052	-9,214	4,513
	No se asumen varianzas iguales			1,744	6,736	,126	-9,214	5,283

No se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres que son bachilleres y con formación técnica puesto que los valores de p son superiores a 0,05, es decir, no se rechaza la hipótesis nula que plantea que ambos grupos tienen la misma media.

3.11.3 Síntesis de resultados

Con base en el análisis de los datos obtenidos en los cuadros que anteceden, podemos decir que:

Las estudiantes que asisten al ISTECSucre, provienen de diferentes estratos sociales, económicos y de origen, muchas de ellas toman los estudios técnicos como una segunda actividad, puesto que se dedican a las responsabilidades del hogar y/o un trabajo para la generación de recursos económicos.

Existe una mayor proporción de la muestra de estudiantes que presentan un cuadro de ansiedad moderada.

Existe una presencia de participantes que presentan una depresión mínima (32%) y moderada (29 %), pero también existe una presencia interesante de casos de depresión grave (22,6 %) que deben ser intervenidos de manera inmediata.

Dentro de las comparaciones por grupo etario en ansiedad y depresión, se puede observar que NO existen diferencias estadísticamente significativas, eso quiere decir, que los cuadros de ansiedad y depresión se dan en la misma cantidad en los diferentes grupos de edades de la muestra.

Dentro de los resultados obtenidos, no pudo obtenerse una comparación entre grupos de personas solteras y concubinadas, puesto que existieron dos personas que no completaron el cuestionario, además de que existieron dos casos específicos; 1 persona casada y 1 persona separada. Por ello dentro del análisis estadístico, no puede realizarse una comparación al no existir la misma cantidad de individuos y respuestas.

En la comparación por la existencia de hijos, NO existen diferencias estadísticamente significativas, eso quiere decir, que los cuadros de ansiedad y depresión se dan en la misma cantidad en personas que tienen hijos y en aquellas que no tienen.

En el cotejo sobre formación académica, NO existen diferencias estadísticamente significativas, eso quiere decir que los cuadros de ansiedad y depresión se dan en la misma cantidad en mujeres que tienen diferentes grados de preparación académica.

CAPÍTULO IV

4 PROPUESTA

4.1 Orientaciones a tomar en cuenta

La intervención temprana en casos de violencia contra la mujer desde un enfoque clínico en psicología reviste una importancia significativa en varios niveles. Esta intervención no solo tiene el potencial de ayudar a las víctimas a superar los efectos negativos de la violencia, sino que también puede contribuir a prevenir el ciclo de abuso, reconstruir la identidad y promover la salud mental y emocional a largo plazo.

Una intervención temprana garantizará que la persona pueda reestablecerse y/o mantener una estabilidad emocional acorde a las situaciones y contexto en el que vive, para ello, la intervención desde el área de psicología es clave puesto que actúa en acciones como:

- a) **Mitigación del trauma:** La exposición a la violencia puede generar un trauma psicológico profundo. La intervención temprana permite abordar y reducir los efectos del trauma, lo que a su vez disminuye el riesgo de problemas de salud mental a largo plazo.
- b) **Prevención de patrones de comportamiento nocivos:** Intervenir de manera temprana puede ayudar a las víctimas a reconocer patrones de abuso y a romper el ciclo de violencia en sus relaciones. También puede prevenir que las víctimas se conviertan en perpetradoras de violencia en el futuro.
- c) **Promoción de la autorecuperación:** La intervención clínica proporciona a las víctimas las herramientas necesarias para recuperarse y reconstruir su sentido de autoestima y autoeficacia. Esto les permite recuperar el control sobre sus vidas y tomar decisiones informadas y saludables.
- d) **Apoyo emocional:** La terapia temprana brinda un espacio seguro donde las víctimas pueden expresar sus emociones, miedos y angustias sin temor a ser juzgadas. Este apoyo emocional puede ser crucial para su proceso de sanación.

4.2 Aplicación terapéutica desde un modelo cognitivo conductual

La implementación de un Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para Mujeres Víctimas de Violencia Familiar requiere considerar varias características clave para garantizar su efectividad y beneficios para las participantes.

En el presente caso, la terapeuta que intervenga en estos casos debe tomar aspectos generales como origen, situación socioeconómica, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación, N° de hijos y otros aspectos que la terapeuta crea que influyen en la situación que la persona está viviendo. Además, desde el plano clínico deben tomarse en cuenta características como:

- a) **Individualización:** Cada mujer tendrá experiencias y necesidades únicas. El programa debe ser flexible para adaptarse a las circunstancias y niveles de comodidad de cada participante.
- b) **Evaluación Inicial:** Antes de comenzar el programa, se debe realizar una evaluación inicial exhaustiva de cada participante. Esto ayudará a comprender sus necesidades, objetivos y niveles de angustia emocional.
- c) **Objetivos Claros:** Definir objetivos claros y realistas para cada sesión y para el programa en su conjunto. Los objetivos deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y limitados en el tiempo (Terapia a corto plazo), debido a que las experiencias en el contexto demuestran que las personas en muy raras oportunidades completan un ciclo de terapia completo.
- d) **Enfoque Psicoeducativo:** Proporcionar información clara sobre los principios del enfoque cognitivo-conductual y cómo se aplicarán en el programa. Esto ayuda a las participantes a entender el proceso y a participar de manera activa.
- e) **Enseñanza de Habilidades:** El programa debe centrarse en la enseñanza de habilidades prácticas basadas en técnicas cognitivo-conductuales, como reestructuración cognitiva, resolución de problemas y manejo del estrés.
- f) **Actividades Prácticas:** Incluir ejercicios y actividades prácticas en cada sesión para que las participantes puedan aplicar las habilidades aprendidas a situaciones de la vida real.
- g) **Retroalimentación y Reforzamiento:** Proporcionar retroalimentación constante y reforzar los logros de las participantes. Esto puede aumentar su motivación y autoconfianza.
- h) **Role-Playing y Práctica Guiada:** Utilizar role-playing y práctica guiada para ayudar a las mujeres a enfrentar situaciones desafiantes en un entorno controlado.
- i) **Seguimiento y Evaluación:** Realizar evaluaciones periódicas para evaluar el progreso de cada participante y ajustar el programa según sea necesario.

- j) ***Apoyo entre Sesiones:*** Fomentar la práctica de las habilidades aprendidas fuera de las sesiones y proporcionar recursos adicionales, como hojas de trabajo o ejercicios para el hogar.
- k) ***Grupo de Apoyo:*** Considerar la posibilidad de incluir sesiones de grupo en el programa. Esto puede permitir que las participantes se conecten entre sí, compartan experiencias y se brinden apoyo mutuo.
- l) ***Terapeuta Capacitado:*** Asegurarse de que el terapeuta que guía el programa esté capacitado en enfoques cognitivo-conductuales y tenga experiencia en el tratamiento de víctimas de violencia familiar.
- m) ***Énfasis en la Responsabilidad Personal:*** Promover la toma de responsabilidad personal en el proceso de recuperación y empoderamiento.
- n) ***Énfasis en el Cambio de Comportamiento:*** El enfoque cognitivo-conductual se centra en cambiar patrones de pensamiento y comportamiento. Es importante que el programa aborde tanto los aspectos cognitivos como los conductuales.
- o) ***Evaluación Final y Planificación para el Futuro:*** Al final del programa, realizar una evaluación final y ayudar a las participantes a planificar cómo continuar aplicando las habilidades en sus vidas después del programa.

Implementar un programa de intervención cognitivo-conductual con estas características puede ayudar a las mujeres víctimas de violencia familiar a adquirir habilidades para manejar sus experiencias y promover su bienestar emocional y psicológico.

La intervención temprana desde una perspectiva clínica en psicología es esencial para abordar los efectos devastadores de la violencia contra la mujer. Al proporcionar apoyo, empoderamiento y estrategias de afrontamiento, se puede contribuir significativamente a la recuperación de las víctimas y a la prevención de futuros episodios de abuso.

4.3 Objetivo

Facilitar la recuperación psicológica y emocional de las mujeres que han experimentado violencia familiar, promoviendo su empoderamiento, autoestima y habilidades de afrontamiento de estudiantes del Instituto Técnico Superior de Educación Comercial ITSEC de la ciudad de Sucre.

4.4 Estructura de la propuesta

CONTENIDOS				
PROGRAMA DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN EL INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR DE EDUCACIÓN COMERCIAL ITSEC DE LA CIUDAD DE SUCRE				
SESIÓN	OBJETIVO	CONTENIDO	MATERIAL	TIEMPO
Sesión 1: Entendiendo la Violencia Familiar desde un Enfoque Cognitivo- Conductual	Comprender cómo el enfoque cognitivo-conductual aborda la violencia familiar.	Presentación de conceptos clave, discusión de pensamientos y comportamientos.	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones
Sesión 2: Identificación de Pensamientos Disfuncionales	Reconocer los pensamientos negativos y distorsionados relacionados con la experiencia de violencia.	Ejercicio de registro de pensamientos automáticos, identificación de distorsiones cognitivas.	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones
Sesión 3: Refutación de Pensamientos Disfuncionales	Aprender a cuestionar y refutar los pensamientos negativos.	Técnica Socrática de cuestionamiento, generación de pensamientos alternativos.	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones
Sesión 4: Manejo de la Ansiedad y el Estrés	Desarrollar habilidades para manejar la ansiedad y el estrés.	Técnicas de relajación muscular, entrenamiento en respiración, enfrentamiento gradual.	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones
Sesión 5: Reestructuración Cognitiva	Reemplazar los pensamientos negativos por pensamientos más realistas y adaptativos.	Ejercicio de reestructuración cognitiva, creación de declaraciones positivas.	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones
Sesión 6: Habilidades de Comunicación Asertiva	Aprender a comunicarse de manera asertiva en situaciones difíciles.	Role-playing de escenarios de comunicación, retroalimentación del grupo.	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones

Sesión 7: Establecimiento de Metas y Planificación	Definir metas personales y planificar pasos concretos para alcanzarlas.	Establecimiento de metas SMART, creación de un plan de acción.	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones
Sesión 8: Exposición Gradual a disparadores emocionales	Gradualmente enfrentar situaciones que generan ansiedad.	Creación de una jerarquía de exposición, práctica de exposición en imaginación.	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones
Sesión 9: Reforzamiento Positivo y Automotivación	Fomentar el reforzamiento positivo interno y externo.	Ejercicio de identificación de recompensas, desarrollo de un sistema de recompensas.	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones
Sesión 10: Resolución de Problemas y proyecto de vida	Aprender a resolver problemas de manera efectiva.	Identificación de problemas cotidianos, paso a paso de la resolución de problemas.	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones
Sesión 11: Prevención de Recaídas	Identificar factores de riesgo y desarrollar estrategias para prevenir recaídas.	Identificación de desencadenantes, creación de un plan de prevención de recaídas.	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones
Sesión 12: Celebración de Logros y Cierre	Reconocer los avances y logros obtenidos durante el programa.	Compartir experiencias positivas, reflexiones finales, planificación para el futuro.	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones

4.5 Planificación de sesiones

Sesión 1: Entendiendo la Violencia Familiar desde un Enfoque Cognitivo-Conductual			Participante(s):	
Facilitador:			Fecha:	
Objetivo: Comprender cómo el enfoque cognitivo-conductual aborda la violencia familiar.				
Contenido	Actividad del terapeuta	Materiales	Tiempo	Observaciones
Presentación de conceptos clave, discusión de pensamientos y comportamientos.	<p>Lo que se busca en esta primera sesión es poder colaborar con las participantes a analizar y describir sus condiciones actuales, que ellas mismas sepan identificar situaciones, momentos y comportamientos que perjudican al desarrollo pleno de su persona.</p> <p>Para ello, el desarrollo desde la psicoeducación es bastante importante. Para que ellas conozcan la intervención psicológica desde el modelo cognitivo y qué características tiene. Además de poder describir ejemplos de posibles soluciones que se aplican a diferentes situaciones.</p> <p>Es muy importante que, dentro de la intervención, la terapeuta aborde ya conceptos relacionados a la violencia de la mujer sobre todo en el contexto boliviano y en su dinámica diaria, sobre todo en su desempeño educativo dentro del Centro.</p>	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones de 45 a 60 minutos	

Sesión 2: Identificación de Pensamientos Disfuncionales			Participante(s):	
Facilitador:			Fecha:	
Objetivo: Reconocer los pensamientos negativos y distorsionados relacionados con la experiencia de violencia.				
Contenido	Actividad del terapeuta	Materiales	Tiempo	Observaciones
Ejercicio de registro de pensamientos automáticos, identificación de distorsiones cognitivas.	<p>En la segunda sesión, el terapeuta debe ayudar a cada participante a construir su línea de vida identificando los eventos más importantes y mapeando posibles situaciones de violencia a lo largo de la vida.</p> <p>Cada participante está motivado a considerar su trayectoria de vida, desde la infancia hasta la edad adulta. La técnica de construcción de imágenes mentales se utiliza para crear esta línea. El paciente puede conectar sus emociones provocadas por circunstancias de la vida, en este caso, la violencia, mediante el uso de técnicas de imágenes mentales.</p> <p>Esta conexión emocional puede ayudar a la persona a recordar detalles de situaciones pasadas y recordar cómo se sintió en ese momento.</p>	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones de 45 a 60 minutos	

	Se discute que si cada participante considera que ha empeorado su situación cuando es expuesta a hechos de violencia y su influencia en su persona.			
Sesión 3: Refutación de Pensamientos Disfuncionales			Participante(s):	
Facilitador:			Fecha:	
Objetivo: Aprender a cuestionar y refutar los pensamientos negativos.				
Contenido	Actividad del terapeuta	Materiales	Tiempo	Observaciones
Técnica de cuestionamiento, generación de pensamientos alternativos.	<p>En la tercera sesión, se trata de iniciar la comprensión del Modelo ABC (Evento- Interpretación- Consecuencias).</p> <p>Cada circunstancia (A) que experimenta una persona (B) tiene creencias individuales activas (C) y consecuencias (C) emocionales, conductuales o fisiológicas.</p> <p>Los participantes pueden identificar sus creencias y evaluar su utilidad en el contexto en el que están insertos utilizando el Modelo ABC .</p> <p>Las creencias disfuncionales deben ser cuestionadas y a través de la investigación guiada, pueden ser</p>	<p>Material de escritorio</p> <p>Tarjetas</p> <p>diapositivas</p>	<p>2</p> <p>sesiones</p> <p>de 45 a</p> <p>60</p> <p>minutos</p>	

	flexibilizadas y modificadas.			
Sesión 4: Manejo de la Ansiedad y el Estrés			Participante(s):	
Facilitador:			Fecha:	
Objetivo: Desarrollar habilidades para manejar la ansiedad y el estrés.				
Contenido	Actividad del terapeuta	Materiales	Tiempo	Observaciones
Técnicas de relajación muscular, entrenamiento en respiración, enfrentamiento gradual.	<p>En esta sesión, con base en los relatos de las anteriores sesiones, la terapeuta debe tener en cuenta las repercusiones y posibles psicopatologías de la exposición a la violencia.</p> <p>Antes de la psicoterapia, se deben abordar los síntomas de ansiedad, depresión y estrés.</p> <p>Cuando se identifican pensamientos distorsionados, como percepciones y atribuciones de culpa, deben reestructurarse a través de técnicas como el "Descubrimiento guiado", y la interpretación dada a las situaciones relacionadas debe ser abordada.</p> <p>La sesión debe finalizar con un relajamiento, a través de la respiración controlada o cualquier otra técnica.</p>	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones de 45 a 60 minutos	

Sesión 5: Reestructuración Cognitiva			Participante(s):	
Facilitador:			Fecha:	
Objetivo: Reemplazar los pensamientos negativos por pensamientos más realistas y adaptativos.				
Contenido	Actividad del terapeuta	Materiales	Tiempo	Observaciones
Ejercicio de reestructuración cognitiva, creación de declaraciones positivas.	<p>En esta sesión, la participante inicia con la descripción de la persona o personas que provocan los hechos de violencia.</p> <p>Desde esta sesión, se debe aplicar el trabajo con memorias traumáticas mediante la exposición gradual y la sustitución de imágenes negativas por imágenes positivas.</p> <p>Los participantes describen detalladamente un evento de violencia después de crear una imagen mental. El terapeuta luego ayuda a los participantes a crear recuerdos positivos.</p> <p>El terapeuta cambia sistemáticamente la imagen mental negativa por la positiva.</p> <p>Las técnicas de imágenes mentales ayudan a aprender conductas funcionales para lidiar con los recuerdos negativos.</p> <p>La sesión debe terminar con un ejercicio de relajación utilizando respiración controlada para controlar la ansiedad.</p>	<p>Material de escritorio</p> <p>Tarjetas diapositivas</p>	<p>2 sesiones de 45 a 60 minutos</p>	

Sesión 6: Habilidades de Comunicación Asertiva			Participante(s):	
Facilitador:			Fecha:	
Objetivo: Aprender a comunicarse de manera asertiva en situaciones difíciles.				
Contenido	Actividad del terapeuta	Materiales	Tiempo	Observaciones
Role-playing de escenarios de comunicación, retroalimentación del grupo.	<p>Se emplean técnicas de entrenamiento de habilidades sociales (THS) como medidas preventivas.</p> <p>El THS tiene como objetivo enseñar a los pacientes estrategias y habilidades interpersonales para mejorar su competencia interpersonal e individual. Por lo tanto, el paciente desarrolla recursos para alcanzar sus objetivos y mantener su confianza en sí mismo, lo que ayuda a desarrollar la autonomía y la capacidad de tomar decisiones.</p> <p>El objetivo es que los participantes desarrollen conductas protectoras, comuniquen de manera clara y precisa y sean más asertivos en situaciones de conflicto.</p>	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones de 45 a 60 minutos	

Sesión 7: Establecimiento de Metas y Planificación			Participante(s):	
Facilitador:			Fecha:	
Objetivo: Definir metas personales y planificar pasos concretos para alcanzarlas.				
Contenido	Actividad del terapeuta	Materiales	Tiempo	Observaciones
Establecimiento de metas SMART, creación de un plan de acción.	<p>La terapeuta debe implementar la siguiente técnica: <i>Meta SMART:</i> Aprender a manejar el estrés a través de técnicas de respiración y relajación en un período de seis semanas. <i>Específica:</i> Quiero aprender y practicar técnicas específicas de respiración y relajación para manejar mi estrés de manera efectiva. <i>Medible:</i> Mediré mi progreso llevando un registro de cuántas veces al día utilizo estas técnicas y cómo influyen en mi nivel de estrés. <i>Alcanzable:</i> Durante las próximas seis semanas, dedicaré tiempo diario para practicar las técnicas que me enseñen. <i>Relevante:</i> Manejar el estrés es fundamental para mi bienestar mental y emocional, y para evitar reacciones excesivas en situaciones estresantes. <i>Limitada en el tiempo:</i> Establezco</p>	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones de 45 a 60 minutos	

	un plazo de seis semanas para dominar estas técnicas y sentir una disminución significativa en mi nivel de estrés.			
Sesión 8: Exposición Gradual a disparadores emocionales			Participante(s):	
Facilitador:			Fecha:	
Objetivo: Gradualmente enfrentar situaciones que generan ansiedad.				
Contenido	Actividad del terapeuta	Materiales	Tiempo	Observaciones
Creación de una jerarquía de exposición, práctica de exposición en imaginación.	<p>Con base en la técnica de resolución de problemas (RP) se trabajan los cinco pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La orientación para el problema 2. La definición y la formulación del problema 3. La generación de soluciones alternativas 4. La toma de decisiones 5. La implementación de soluciones y la verificación. <p>Con esta técnica, el paciente puede anticipar los resultados de una acción evaluando y comparando cada solución que se ha presentado.</p> <p>Aún así, la RP permite que la persona evalúe su capacidad para resolver situaciones conflictivas y</p>	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones de 45 a 60 minutos	

	<p>debe reanudar el proceso si cree que la alternativa elegida no fue adecuada.</p> <p>Los participantes crearon una lista de tres temas para discutir en la terapia.</p>			
Sesión 9: Reforzamiento Positivo y Automotivación			Participante(s):	
Facilitador:			Fecha:	
Objetivo: Fomentar el reforzamiento positivo interno y externo.				
Contenido	Actividad del terapeuta	Materiales	Tiempo	Observaciones
<p>Ejercicio de identificación de recompensas, desarrollo de un sistema de recompensas.</p>	<p>El terapeuta debe fomentar según lo siguiente:</p> <p>Reforzamiento Positivo Interno:</p> <p><i>Autoafirmaciones:</i> Ayuda a los individuos a desarrollar afirmaciones positivas sobre sí mismos y a repetirlas regularmente para cambiar patrones de pensamiento negativos.</p> <p><i>Registro de Logros:</i> Pide a la persona que mantenga un registro de sus logros, incluso los pequeños. Esto puede ayudarles a apreciar sus propias fortalezas y avances.</p> <p><i>Autoevaluación Constructiva:</i> Anima a la persona a reflexionar sobre sus acciones y decisiones de manera objetiva y compasiva, centrándose en lo que hicieron bien en lugar de en los errores cometidos.</p>	<p>Material de escritorio</p> <p>Tarjetas diapositivas</p>	<p>2 sesiones de 45 a 60 minutos</p>	

	<p>Reforzamiento Positivo Externo:</p> <p><i>Elogios y Reconocimiento:</i> Valorar y elogiar los logros y avances de los clientes durante las sesiones, reforzando su autoestima y confianza en sí mismas.</p> <p><i>Feedback Constructivo:</i> Proporciona retroalimentación constructiva y específica sobre los esfuerzos y progresos de la persona, resaltando los aspectos positivos de su trabajo.</p> <p><i>Tareas de Éxito:</i> Asigna tareas que sean desafiantes pero alcanzables, para que la persona experimente el éxito y se sientan reforzadas positivamente al completarlas.</p> <p><i>Modelado de Roles:</i> Comparte historias de éxito de otras personas relevantes para inspirar y motivar a otras personas.</p>			
--	--	--	--	--

Sesión 10: Resolución de Problemas y proyecto de vida		Participante(s):		
Facilitador:		Fecha:		
Objetivo: Aprender a resolver problemas de manera efectiva.				
Contenido	Actividad del terapeuta	Materiales	Tiempo	Observaciones
Identificación de problemas cotidianos, paso a paso de la resolución de problemas.	Como tareas para otros momentos libres se sugiere que la persona elija uno de sus problemas identificados para buscar la resolución siguiendo los pasos ya aprendidos de la RP.	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones de 45 a 60 minutos	

	<p>Se discute la aplicación de la técnica y los resultados obtenidos después de revisar la tarea de casa. Todo con el objetivo de reducir la ansiedad y la capacidad de reflexión.</p> <p>Se inspira a la persona a desarrollar un proyecto que se enfoca en el futuro, con objetivos a corto, medio y largo plazo. Deben detallar sus demandas en un mes, un semestre y un año, y esto debe agregarse a su cronograma, que se desarrolló al comienzo del tratamiento.</p> <p>Se discuten los problemas y obstáculos potenciales que podrían surgir durante el desarrollo del proyecto y se analizan soluciones.</p> <p>Todas las técnicas desarrolladas en la propuesta para manejar los recuerdos de eventos violentos se reutilizan.</p>			
--	---	--	--	--

Sesión 11: Prevención de Recaídas		Participante(s):		
Facilitador:		Fecha:		
Objetivo: Identificar factores de riesgo y desarrollar estrategias para prevenir recaídas.				
Contenido	Actividad del terapeuta	Materiales	Tiempo	Observaciones
Identificar factores de riesgo y		Material de escritorio	2 sesiones	

<p>desarrollar estrategias para prevenir recaídas.</p>	<p>Esta sesión marca el comienzo de la prevención de caídas. El objetivo es evitar re victimizaciones, aumentar el conocimiento de la legislación, mejorar las redes de protección existentes para casos de violencia y su funcionamiento.</p> <p><i>Autoconciencia:</i> Ayuda a los individuos a identificar situaciones, personas o eventos que tienden a desencadenar pensamientos negativos. Esto permite una preparación para enfrentarlos de manera efectiva.</p> <p><i>Registro de Desencadenantes:</i> Anima a las personas a llevar un registro de los eventos que desencadenan pensamientos negativos, lo que puede proporcionar información útil para desarrollar estrategias específicas.</p> <p><i>Planificación Anticipada:</i> Ayuda a las personas a desarrollar estrategias de afrontamiento específicas para situaciones predecibles en las que puedan surgir pensamientos negativos.</p> <p><i>Desarrollo de Resiliencia:</i> Trabaja en el desarrollo de habilidades de resiliencia para que las personas estén mejor preparadas para enfrentar desafíos emocionales.</p>	<p>Tarjetas diapositivas</p>	<p>de 45 a 60 minutos</p>	
--	---	------------------------------	---------------------------	--

Sesión 12: Celebración de Logros y Cierre			Participante(s):	
Facilitador:			Fecha:	
Objetivo: Reconocer los avances y logros obtenidos durante el programa.				
Contenido	Actividad del terapeuta	Materiales	Tiempo	Observaciones
Compartir experiencias positivas, reflexiones finales, planificación para el futuro.	<p>En la última sesión, la terapeuta debe indicar a la persona que ha concluido un ciclo de atención, destacando los aspectos más positivos de la persona durante este proceso.</p> <p>Debe aclarar que no será el fin de las atenciones en el área de psicología y que dicha área siempre estará para la atención de sus necesidades.</p> <p>Se motiva con algunas estrategias como las tarjetas positivas resaltando los logros obtenidos y su planificación para el futuro.</p> <p>Se motiva una autoevaluación que debe ser orientada a los aspectos positivos, tratando de minimizar los aspectos negativos o los aspectos que debe fortalecer a futuro.</p>	Material de escritorio Tarjetas diapositivas	2 sesiones de 45 a 60 minutos	

4.6 Evaluación

Es importante recordar que cada participante tendrá diferentes necesidades y ritmos de progreso, por lo que el programa debe ser flexible para adaptarse a estas diferencias. Además, se recomienda contar con un profesional de la psicología con experiencia en terapia de trauma y violencia familiar para guiar y facilitar estas sesiones. La evaluación del progreso de una mujer en una intervención cognitivo-conductual para la prevención de la violencia contra la mujer puede realizarse a través de diferentes métodos y medidas, como:

- ❖ *Evaluación de síntomas y funcionamiento:* Se evalúa el nivel de ansiedad, depresión, estrés postraumático u otros síntomas relacionados con la violencia. También se evalúa el funcionamiento diario de la mujer en diferentes áreas de su vida, como el trabajo, las relaciones y la salud mental
- ❖ *Seguimiento de cambios en los patrones de pensamiento y comportamiento:* Se monitorean los cambios en los patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales identificados durante la terapia. Se busca reducir los pensamientos negativos y distorsionados, así como los comportamientos violentos o agresivos.
- ❖ *Autoinformes y cuestionarios:* Se utilizan cuestionarios estandarizados y autoinformes para que la mujer evalúe su propio progreso y bienestar. Estos instrumentos pueden medir la autoestima, la satisfacción con la vida, la resiliencia y otras variables relevantes
- ❖ *Observación y retroalimentación del terapeuta:* El terapeuta observa y proporciona retroalimentación sobre los cambios observados en la mujer durante la terapia. Se pueden utilizar técnicas de role-playing o simulaciones para evaluar las habilidades de afrontamiento y la comunicación efectiva.

Es importante destacar que la evaluación del progreso debe ser continua y adaptada a las necesidades individuales de cada mujer. La terapia cognitivo-conductual en casos de violencia contra la mujer busca mejorar la calidad de vida, reducir la violencia y promover el bienestar emocional y social de las mujeres involucradas.

CAPÍTULO V

5 DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Discusión

- La identificación de casos de violencia contra la mujer aún es un aspecto que debe trabajarse con mayor fuerza en el contexto de los Centros Técnicos de formación, puesto que (como pudo observarse) la violencia puede darse en cualquier estrato social sin importar origen, condición socioeconómica, estado civil, edad y nivel de formación.
- En los resultados pudo observarse que las participantes de la presente investigación presentan mayores índices de ansiedad que de depresión.
- Algunas estrategias específicas que se pueden utilizar para intervenir tempranamente en casos de violencia contra la mujer incluyen intervenciones de apoyo psicosocial, intervenciones psicológicas, programas de educación, mejora de la gestión policial de los casos y recopilación de datos sobre la prevalencia y los factores de riesgo, la gran mayoría de las mujeres que sufren de violencia, provienen de estratos sociales económicos bajos, mujeres migrantes, mujeres que deben combinar el rol de madre, esposa con el trabajo y la responsabilidad con sus estudios.
- La detección de casos de violencia lo antes posible es crucial para poder ayudar a las víctimas y prevenir daños mayores. Mientras más temprano se identifique la violencia, se pueden activar redes de apoyo y recursos para proteger a la mujer, puesto que se pudo evidenciar que la mayoría suele ocultar dicha situación por temor a las represalias de sus parejas o victimarios, la inoperabilidad de instituciones públicas como el Defensor del pueblo, las Defensorías (que simplemente se limitan a registrar la denuncia y/o enviar una citación) sin resultados, lo cual frustra a la mujer y decide abandonar dicho proceso.
- La intervención temprana permite interrumpir ciclos de violencia que tienden a escalar si no son detenidos. Se pueden establecer planes de seguridad, involucrar a familiares, amigos y profesionales para contener la violencia, muchas veces el único apoyo que pueden sentir es la atención en gabinete que tienen dentro del Instituto.

- Desde el enfoque clínico, se puede evaluar el impacto psicológico de la violencia en etapas iniciales. Esto permite diseñar tratamientos psicoterapéuticos oportunos para disminuir consecuencias traumáticas.
- La intervención temprana beneficia la recuperación de la autoestima y empoderamiento de las mujeres violentadas. Mientras más pronto se trabaje este aspecto, se reducen los riesgos de cronificación del daño psicológico.
- Estrategias útiles incluyen entrenamiento en habilidades para detectar y responder ante señales de alarma de violencia, planificación de seguridad ante episodios violentos, reestructuración cognitiva, manejo de estrés y ansiedad, entre otros.
- La pronta intervención maximiza las probabilidades de proteger a la mujer y evitar impactos psicológicos duraderos como el estrés, ansiedad, depresión, mismos que se analizaron en los resultados obtenidos y que algunas personas ya están acostumbradas a un estado de presentación de dichos síntomas. El enfoque clínico aporta herramientas valiosas para el abordaje oportuno y la recuperación ante situaciones de violencia.
- Las intervenciones psicológicas mediante programas de atención, buscan ayudar a las mujeres a recuperar su autoestima, mejorar su salud mental y emocional, y desarrollar habilidades para manejar la violencia y prevenir futuros episodios. Es importante destacar que la intervención psicológica debe ser parte de un enfoque integral que incluya también medidas de protección y apoyo social, y que tenga en cuenta el contexto social y cultural en el que se produce la violencia contra la mujer.

5.2 Conclusiones

En relación con la investigación realizada en el presente trabajo, se puede concluir que:

- De acuerdo con el primer objetivo se ha caracterizado los factores que influyen en las mujeres que sufren de algún tipo de violencia, siendo los tres más relevantes:
 - a. **Tipo de violencia:** se ha encontrado que la violencia psicológica es uno de los factores que más se asocia con la ansiedad y la depresión en mujeres víctimas de violencia.

- b. **Autoestima:** la autoestima puede ser un factor implicado en las manifestaciones de situaciones violentas y por lo tanto, en los niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia
 - c. **Situación económica y estado civil:** En el presente estudio, según los resultados, no se pueden analizar si los factores de tener hijos, convivir con una pareja o situación económica, puedan estar conexos directamente con los estados de depresión y ansiedad relacionados a la violencia.
- Entre los niveles característicos de ansiedad y depresión que experimentan las mujeres que han sufrido violencia son:
- a. **Niveles Leves:** Pueden sentirse un poco más ansiosas o tristes de lo habitual, pero aún pueden funcionar en su vida diaria.
 - b. **Niveles Moderados:** La ansiedad y la depresión pueden comenzar a afectar su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas, ya sean a nivel laboral, familiar o social. Pueden experimentar dificultades para concentrarse, cambios en el apetito, en el ritmo de sueño, incremento en los sentimientos de tristeza, melancolía, desesperanza y preocupación.
 - c. **Nivel Severo:** En este nivel, los síntomas de ansiedad y depresión son más intensos y pueden interferir significativamente en su calidad de vida, haciendo que las mismas se aíslen. Cognitivamente pueden tener pensamientos recurrentes de ideación suicida, llegando a intentos suicidas, incidir en autolesiones para canalizar la ansiedad, crisis de angustia y pánico. Las mujeres en este nivel pueden requerir intervención profesional urgente.

De acuerdo con la revisión bibliográfica previa, se observa que la exposición continua o intensa a la violencia puede llevar al desarrollo de trastornos de ansiedad o depresión clínica, como trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno de ansiedad generalizada (TAG) o trastorno depresivo mayor. Si bien en la presente muestra, no se pudieron identificar dichas situaciones por la naturaleza transversal del mismo, se debe realizar un seguimiento constante, interviniendo a nivel de prevención secundaria puesto que Bolivia es uno de los países donde más se ejerce violencia hacia la mujer.

Los niveles de ansiedad y depresión en mujeres que han sufrido violencia varían según los estudios, pero en general se ha encontrado que estas mujeres presentan

niveles más altos de ansiedad y depresión que las mujeres que no han sufrido violencia, Lara Caba et al., (2019), encontró que las mujeres víctimas de violencia presentan mayores niveles de ansiedad y depresión que las mujeres no víctimas, siendo el tipo de violencia psicológica la que más se asocia con la ansiedad y la depresión.

De igual forma se determinó que la dependencia emocional, la depresión y la ansiedad se manifiestan en mayor intensidad en mujeres víctimas de violencia de 18 a 29 años (Lescano & Salazar, 2020) lo cual se relaciona con la muestra obtenida en la presente investigación.

Es importante destacar que la violencia puede dejar cicatrices emocionales profundas y duraderas. La atención y el apoyo adecuados, que pueden incluir terapia psicológica, grupos de apoyo y redes de seguridad, son fundamentales para ayudar a las mujeres a sanar y recuperarse de los efectos psicológicos de la violencia. Motivo por el cual se realizó la propuesta de intervención desde el enfoque cognitivo conductual.

- Con respecto al objetivo de describir la relación existente entre los índices de ansiedad y depresión con mujeres que han sido o son víctimas de violencia física o psicológica, se observa que las mujeres que han sufrido violencia pueden experimentar una amplia gama de niveles de ansiedad y depresión, ya que las respuestas emocionales y psicológicas varían según las circunstancias y la naturaleza de la violencia experimentada. No obstante, es importante tener en cuenta que cada persona es única y puede reaccionar de manera diferente según las experiencias vividas.
- A lo largo de la investigación, se ha evidenciado la relación existente entre la depresión y la ansiedad en las mujeres víctimas de violencia, ya que se presenta un nivel de ansiedad de moderado a grave del 71% de la población, mientras que en el caso de la depresión se observa que el 51% de la población varía entre los niveles de moderado a grave. Si bien existen otras variables que inciden que son parte del análisis de este estudio, se considera que existe una incidencia de depresión y ansiedad en los casos de violencia contra las mujeres.

- Se han establecido como efectos psicológicos causados en mujeres que se encuentran en situación de violencia física y psicológica, los siguientes:
Constante estado de preocupación, distorsión del sí mismo, expectativa aprensiva frente al futuro, inquietud y tensión muscular, fatigabilidad y cansancio, irritabilidad con los hijos, alteraciones del sueño y apetito, evitación de situaciones y asilamiento, respiración entrecortada y palpitaciones, tristeza y desesperanza, ira y frustración, entre otras. Las mismas varían en su presentación de acuerdo con cada persona, pero son las más frecuentes.
- En los resultados obtenidos, se pudo observar que la relación entre grupo etareo, estado civil, cantidad de hijos y nivel de formación académica con la ansiedad y depresión no es significativa al no existir diferencias significativas en los resultados, por ello, la ansiedad y depresión se da de igual forma sin importar las características antes mencionadas.
- Finalmente cumpliendo con el objetivo general se ha diseñado un programa de terapia cognitivo conductual, que se enfoca en la atención de síntomas de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia, fortaleciendo la independencia, la moral y también la identidad personal.
Desde este enfoque se abordan diversas temáticas como reestructuración cognitiva, exposición, afrontamiento del estrés e inoculación de estrés, relajación y respiración profunda, autocontrol, modificación conductual, resolución de problemas, entrenamiento en auto instrucciones, desensibilización sistemática y modelado, mismas que aportaran para la que las participantes puedan aplicar las mismas en situaciones cotidiana de sus actividades, sintiendo que han retomado el control de sus vidas y permitiéndoles tener una visión más positiva del futuro.

En general, la intervención con mujeres víctimas de violencia que han sufrido ansiedad y depresión debe ser individualizada y adaptada a las necesidades y características de cada mujer. Es importante trabajar en colaboración con la mujer y fomentar su participación activa en el proceso de intervención, los signos más comunes son los síntomas relacionados a la ansiedad y depresión.

5.3 Recomendaciones

- Trabajar con mujeres víctimas de violencia requiere sensibilidad, empatía y un enfoque cuidadoso, por lo tanto, se debe tener cuidado con la persona que pueda llevar a cabo esta labor de manera efectiva y respetuosa.
- Cada mujer es única y puede tener necesidades y reacciones diferentes. Adaptar tu enfoque a cada situación individual es esencial para proporcionar un apoyo significativo y útil.
- Considerar el trabajar el tema de la prevención y atención en casos de emergencia (primeros auxilios psicológicos) debido a que aún la gente se resiste a poder hablar y trabajar en el tema de la violencia de manera abierta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (Ed.). (1998). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV ; includes ICD-9-CM codes effective 1. Oct. 96* (4. ed., 7. print).
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5TM* (Burg Translations, Inc., Chicago (EEUU)). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Baena, M. (2023, julio 27). Bolivia reporta 48 feminicidios en el primer semestre de 2023. *EFEMINISTA*. <https://efeminista.com/bolivia-femicidios-primer-semestre-2023/>
- Barriga, D. (2019, mayo 29). Bolivia ocupa el primer lugar en violencia en Latinoamérica y el primer lugar en feminicidios en Sudamérica. *La Razón*. <https://www.la-razon.com/sociedad/2019/05/29/bolivia-ocupa-el-primer-lugar-en-violencia-en-latinoamerica-y-el-primer-lugar-en-femicidios-en-sudamerica/>
- Cabezas, N. G. (2020, octubre 26). Cifras y datos de violencia de género en el mundo (2020). *Ayuda en Acción*. <https://ayudaenaccion.org/blog/mujer/violencia-genero-cifras/>
- Clínica San Pablo S.A. (2019, noviembre 25). *Violencia De Género Desde La Salud Mental*. Clínica San Pablo S.A. <https://www.clinicasanpablo.co/educando/hablemos-de-salud-mental/violencia-de-genero-desde-la-salud-mental>
- Correo del Sur. (2023, julio 17). *Tarija tiene mayor nivel de violencia y Chuquisaca ocupa un quinto lugar*. Correo del Sur.

https://correodelsur.com/seguridad/20230717_tarija-tiene-mayor-nivel-de-violencia-y-chuquisaca-ocupa-un-quinto-lugar.html

Correo del Sur Digital. (2022, junio 20). *Violencia hacia mujeres preocupa en Chuquisaca*. Correo del Sur. https://correodelsur.com/sociedad/20220620_violencia-hacia-mujeres-preocupa-en-chuquisaca.html

Corz, C. (2022, mayo 10). En Bolivia se reportan a diario 129 casos de violencia intrafamiliar. *La Razón*. <https://www.la-razon.com/sociedad/2022/05/10/en-bolivia-se-reportan-a-diario-129-casos-de-violencia-intrafamiliar/>

Félix-Montes, L. C., Gavilán-Centeno, R., & Ríos-Cataño, C. (2020). Tratamiento psicológico en mujeres víctimas de violencia conyugal. *Persona*, 023(2), 41-55. [https://doi.org/10.26439/persona2020.n023\(2\).4829](https://doi.org/10.26439/persona2020.n023(2).4829)

Gaceta oficial de Bolivia. (2013). *LEY No 348 del 09 de Marzo de 2013 | Gaceta Oficial de Bolivia | Derechoteca*. <https://www.derechoteca.com/gacetabolivia/ley-348-del-09-marzo-2013>

Garrido, J. M. (2014, julio 4). *Medir la ansiedad con el Inventario de Beck*. Psicopedia - Psicología, Psicoterapias y Autoayuda. <https://psicopedia.org/1806/medir-la-ansiedad-con-el-inventario-de-beck/>

Giraldo Pimentel, P. (2009, diciembre 31). *La Autoestima y el juicio moral en los alumnos de secundaria de las instituciones educativas públicas de San Juan de Lurigancho—CORE*. https://core.ac.uk/display/323350846?utm_source=pdf&utm_medium=banner&utm_campaign=pdf-decoration-v1

- Gobierno de España. (s. f.). *Violencia de género*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
https://www.inmujeres.gob.es/servRecursos/formacion/Pymes/docs/Introduccion/02_Definicion_de_violencia_de_genero.pdf
- IO Social. (2021, enero 11). Factores que favorecen la violencia de género. *io-social*.
<https://www.io-social.es/factores-que-favorecen-la-violencia-de-genero/>
- Iraizoz Ciarra, A. (2012). Violencia de género: Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada = Gender violence: treatment of a case study of generalized anxiety disorder. *Acción Psicológica*, 9(1), 115-122.
<https://doi.org/10.5944/ap.9.1.441>
- Lara Caba, E. Z., Aranda Torres, C., Zapata Boluda, R., Bretones Callejas, C., & Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(1), 1.
<https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>
- Lechón, A. B. (2022, junio 30). *Ser mujer como factor de riesgo en Bolivia*. El País.
<https://elpais.com/planeta-futuro/red-de-expertos/2022-06-30/ser-mujer-como-factor-de-riesgo-en-bolivia.html>
- León Rodríguez, N. A. (2017, julio 24). *Artículo de Psicoterpia Oh Si | PDF | Terapia racional de comportamiento emotivo | Violencia doméstica*. Scribd.
<https://es.scribd.com/document/366505212/Articulo-de-Psicoterpia-Oh-Si>
- Lescano, G., & Salazar, Ve. del R. (2020). *Dependencia emocional, depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia*. Delectus.
<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/390/3901680001/index.html>

- Londoño Salazar, M. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Poiésis*, 1(33), 139. <https://doi.org/10.21501/16920945.2504>
- López, G. S. L., & Roldan, V. D. R. S. (2020). Dependencia emocional, depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia. *Delectus*, 3(Esp.3), 1-13.
- Lopez, R. (2019). Características de la Mujer Maltratada. *AFAVIR*. <http://afavir.org/caracteristicas-de-la-mujer-maltratada>
- Mendoza, L., Gallardo, R., Castillo, D., Castrillo, T., Zamora, A., & Montes, F. (2019). *CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO: UNA MIRADA DE LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE TARIJA, BOLIVIA*. https://app.lpz.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/v17n2/v17n2_a04.pdf
- Morales, M. (2021, septiembre 22). Terapia Cognitivo Conductual ▷ ¿Qué es y cómo funciona? *Alcea Psicología*. <https://alceapsicologia.com/terapia-cognitivo-conductual/>
- Online, P. (2019, febrero 6). *La indefensión aprendida*. Psiquion - Plataforma de psicología online. <https://www.psiquion.com/blog/indefension-aprendida>
- ONU Asamblea General. (2019). *Intensificación de los esfuerzos para prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas: La violencia doméstica: Resolución / adoptada por la Asamblea General*. ONU. <https://www.refworld.org/es/docid/58a309364.html>
- Ortega, C. (2021, abril 14). Investigación mixta. Qué es y tipos que existen. *QuestionPro*. <https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-mixta/>

- Padrós Blázquez, F., Montoya Pérez, K. S., Bravo Calderón, M. A., & Martínez Medina, M. P. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*, 26(2-3), 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>
- Paris, R. (2020, junio 1). *James Marcia—Teoría del desarrollo de la identidad*. LibreTexts Español. [https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Educacion_de_la_Primeria_Infancia/Libro%3A_Desarrollo_y_crecimiento_en_la_ninez__\(Paris_Ricardo_Rymond_y_Johnson\)/15%3A_Adolescencia_-_Desarrollo_social_y_emocional/15.02%3A_James_Marcia_%E2%80%93_The_ory_of_Identity_Development](https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Educacion_de_la_Primeria_Infancia/Libro%3A_Desarrollo_y_crecimiento_en_la_ninez__(Paris_Ricardo_Rymond_y_Johnson)/15%3A_Adolescencia_-_Desarrollo_social_y_emocional/15.02%3A_James_Marcia_%E2%80%93_The_ory_of_Identity_Development)
- Parramón, G. (2022, julio 4). *¿Por qué las mujeres tienen más trastornos depresivos que los hombres?* | SOM Salud Mental 360. <https://depression.som360.org/es/monografico/mujer-salud-mental/articulo/mujeres-tienen-mas-trastornos-depresivos-hombres>
- Peredo, M. (2021, mayo 20). *La violencia y sus efectos en la salud mental* | UNICEF. <https://www.unicef.org/bolivia/historias/la-violencia-y-sus-efectos-en-la-salud-mental>
- Prieto, M. (2018, abril 5). *El círculo de la violencia de Leonor Walker*. La Mente es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/el-circulo-de-la-violencia-de-leonor-walker/>
- Ramírez, I. F. (2010). *APUNTES DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: UN ENFOQUE CRÍTICO* (2da ed.). Tupac Katari.

- Regader, B. (2015, mayo 29). *La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Ellis*.
<https://psicologiaymente.com/clinica/albert-ellis-terapia-racional-emotiva-conductual>
- Ribes, L. (2019, julio 31). El ciclo de la violencia de género, según Lenore Walker. *Blog de ILERNA Online*. <https://www.ilerma.es/blog/tecnico-superior-en-integracion-social/el-ciclo-de-la-violencia-de-genero-segun-lenore-walker/>
- Sanfeliciano, A. (2023). *La teoría del desarrollo moral de Kohlberg*.
<http://ceril.net/index.php/2-articulos/267-la-teoria-del-desarrollo-moral-de-kohlberg>
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2005). *Abnormal psychology: The problem of maladaptive behavior* (11th ed). Pearson/Prentice Hall.
- Seligman, M. (2022). Teoría de la indefensión aprendida. *Psicología Ambiental, Elementos básicos*. http://www.ub.edu/psicologia_ambiental/unidad-4-tema-8-4-2#:~:text=Seligman%20descubri%C3%B3%20que%2C%20tras%20someter,y%20a%20no%20luchar%20contra%20ello
- Terapi, E. de. (2021, mayo 31). Consecuencias psicológicas de la violencia contra la mujer. *Terapi Blog*. <https://terapi-app.com/blog/consecuencias-psicologicas-de-la-violencia-contra-la-mujer/>
- Vicepresidencia del Estado Plurinacional. (2013). *Ley N° 348; LEY INTEGRAL PARA GARANTIZAR A LAS MUJERES UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA*. SILEP.
http://www.silep.gob.bo/norma/12781/ley_actualizada

Walker, L. (2018). *Circulo o Espiral de la Violencia*. Inmujeres.
<https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/terminos/circulo-o-esprial-de-la-violencia>

ANEXOS

Anexo 1: Guía de entrevista semiestructurada

Estructurada con una serie de preguntas predeterminadas pero abiertas, que permiten amplitud en las respuestas a cada pregunta, permitiendo establecer información de calidad, importante para la investigación. (Anexo N° 1)

Entrevista a participantes sobre la temática de la violencia

Estimada participante:

Los hechos relacionados a la violencia es un tema que preocupa en nuestro Instituto y que muchas veces pasa desapercibida. A través de esta entrevista, queremos conocer su opinión sobre situaciones que puedan generar violencia y cuan presente están en nuestras vidas. Como este proceso es parte de la asistencia al servicio de psicología, sus datos e información recabada se manejarán en la más absoluta discreción y reserva.

Edad..... 25 Estado civil..... Soltera

Especialidad: Estudiante N° de Hijos..... 1

1. ¿Conoce usted el concepto de violencia?, ¿Puede decirnos un concepto?
Violencia es toda forma de agresión que puede sufrir una persona sea física, verbal, psicológica y sexual. También la violencia de género.
2. ¿Ha presenciado algún hecho de violencia hacia usted en los últimos tres meses?, ¿Puede decirnos cuál o cuáles?
Sí, fue un hecho de violencia por parte del papá de mis hijos por venir al Instituto a buscarme y tratarme mal delante de mis hijos y mis compañeros.
3. ¿Alguna vez sintió haber recibido violencia (agresiones, insultos, amenazas) de personas a su alrededor?
Sí por parte del papá de mis hijos.
4. ¿Cree usted que las personas utilizan la violencia de manera justificada?
Sí, en un caso el papá de mis hijos usó la violencia para hacerme sentir mal me dice que soy una mala madre para mis hijos y que no sirvo como mujer.
5. ¿Cree que la violencia está relacionada al consumo del alcohol o drogas?
Sí tiene relación el consumo de alcohol con la violencia me he podido equivocar por que cuando estoy borracho él cuando se pone más violento.

6. ¿Alguna vez trató de eliminar los tratos de violencia hacia usted por parte de los demás?, ¿cómo lo hizo o cuál fue la respuesta?

Si traté de poder hablar con el papá de mi hijo, pero solo se arrestó un día y después volvió a la misma sala con...

7. Cuál cree que son las acciones más inmediatas que puede realizar el centro para combatir la violencia.

Dar charlas de concientización y difusión de sus funciones en los programas académicos en el caso de sufrir violencia, más que de ayuda psicológica.

8. ¿Conoce usted algunos programas desarrollados por instituciones para la prevención de la violencia?

Solo algunos que pude ver por televisión o por facebook.

9. ¿Quisiera agregar algo más a la entrevista?

Sólomente que no me siento bien, no tranquilizo con esta situación. Que tenga que estar viendo todos los días si valere o sufrir algún tipo de violencia.

Muchas gracias por su participación

Anexo 2: La Escala de Ansiedad de Beck (BAI)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, frios o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 3: Inventario de Depresión de Beck –II

BDI-II

Nombre: Sonia Vega Estado Civil: Conviviente Edad: 26 Sexo: Femenino
Ocupación: Estudiante Educación: Técnica Fecha: 04-12-2023

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar</p> <p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento un fracasado</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo que lo que solía estarlo</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamiento o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo</p> <p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>
--	--

BDI-II

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

16 Subtotal Página 1

17 Subtotal Página 2

33 Puntaje Total

Anexo 4: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Mery Orihuela Zacari, perteneciente al posgrado de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Andina Simón Bolívar, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema "*Niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia física y psicológica, entre los 18 a 35 años de edad que asisten al instituto técnico superior de educación comercial de la ciudad de Sucre, gestión 2022*", como requisito para obtener el título de magíster.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a la persona una clara explicación sobre el objetivo del trabajo de investigación, así como de su participación en el mismo.

El objetivo del trabajo es describir la relación existente entre los índices de ansiedad y depresión con mujeres que han sido o son víctimas de violencia física o psicológica que asisten al Instituto Técnico Superior de Educación Comercial "ITSEC SUCRE".

Si usted accede a participar en este estudio de investigación, se le pedirá su colaboración a través de la cumplimentación de dos pruebas: La Escala de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck -II. También se le informa que su participación en este estudio no entraña ningún riesgo para usted y toda la información que facilite será tratada en la más estricta confidencialidad (Artículo 21 de la Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia) y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de este trabajo de investigación.

Muchas gracias por su colaboración.

Yo Sonia Vega Gutierrez estoy de acuerdo en participar en la investigación *Niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia física y psicológica, entre los 18 a 35 años de edad que asisten al instituto técnico superior de educación comercial de la ciudad de Sucre, gestión 2022*", habiendo sido informada (o) sobre la importancia de esta investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

Firmo la presente el día 30 del mes Noviembre del año 2022

Firma 

Lic. Mery Orihuela Zacari
PSICÓLOGA-PEDAGOGA
M.P. 0-34