

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL GRUPAL PARA LA
DISMINUCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES VÍCTIMA DE VIOLENCIA
DOMÉSTICA”**

**PRESENTADO POR:
AMARILIS GONZÁLEZ RODRÍGUEZ DE CENTELLA
CÉDULA: 9-729-6**

**Tesis de grado presentada como uno de
los requisitos para optar por el
grado de Magíster en Psicología
Clínica**

**ASESOR:

DRA. FRANCISCA DOMÍNGUEZ**

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2024

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme las fuerzas para continuar en este proceso de alcanzar esta meta. A mis padres, gracias por su amor, sus oraciones, consejos y palabras de aliento, los cuales han contribuido a hacer de mí una mejor persona. A mi esposo, quien ha sido un ejemplo de perseverancia, dedicación y esfuerzo. A mi hijo Aleyster, que es mi motor para seguir adelante. A mis hermanos, porque de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien me ha permitido finalizar este trabajo y alcanzar una de mis metas. Agradezco a mi esposo por su apoyo incondicional y por motivarme a concluir esta investigación.

Mi profundo agradecimiento a las autoridades y al personal del Centro de Salud de Panamá Norte por abrirme las puertas y permitirme llevar a cabo todo el proceso investigativo dentro de su establecimiento.

A las participantes de este estudio, les agradezco por su colaboración y compromiso; sin ustedes, esto no hubiera sido posible. Gracias por su disposición.

También, expreso mi agradecimiento a la Profesora Francisca Domínguez por aceptar asesorar mi tesis y guiarme para culminar esta investigación. De igual manera, agradezco al profesor Ricardo López por su apoyo y dedicación al inicio del proyecto de investigación.

A los profesores Regulo Sandoya y Eloy Santos, gracias por su apoyo en la revisión de los análisis estadísticos de la investigación.

Agradezco a cada una de las personas que, de una u otra forma, ha contribuido a concluir esta etapa de mi vida y me han contagiado de su persistencia para seguir adelante con nuevas metas.

ÍNDICE

Resumen	7
Abstract.....	8
Introducción	9
CAPÍTULO I.....	11
Marco Teórico	11
1.1 Antecedentes del problema	12
1.2 Violencia doméstica.....	17
1.2.1 Tipos de violencia doméstica	18
1.2.2 Factores de riesgo ante la violencia doméstica	20
1.2.3 Factores de protección ante la violencia contra la mujer	22
1.3 El proceder de las mujeres frente a la violencia en Panamá.....	23
1.3.1 Entidad gubernamental como protección de la mujer	24
1.4 La Depresión.....	26
1.4.1 Tipos de depresión.....	27
1.4.2 Clasificación de la depresión según CIE-11.....	28
1.5 Depresión y violencia doméstica	29
1.6 Factores neurobiológicos en la depresión	32
1.8 Terapia cognitivo conductual.....	34
1.8.1 TCC en el adulto	35
1.8.2 Técnicas de la Terapia cognitiva conductual (TCC) en la depresión....	35
1.8.3 La intervención grupal.....	38
CAPÍTULO II.....	40
Marco Metodológico	40
2.1 Planteamiento del problema	41
2.1.1 Formulación del problema	41
2.2 Justificación	42
2.3 Objetivos de la investigación	43
2.3.1 Objetivo general	43
2.1.1 Objetivos específicos.....	43
2.4 Hipótesis	43
2.4.1 Hipótesis General.....	43
2.4.2 Hipótesis Estadística	43
2.5 Variables de investigación.....	44
2.5.1 Variable independiente:	44
2.5.2 Variable dependiente.....	45
2.6 Tipo de investigación	46
2.7 Diseño de investigación	46
2.8 Población y muestra	47
2.8.1 Población	47
2.8.2 Muestra	47

2.8.3 Instrumento de recopilación de información	48
2.9 Análisis estadísticos de los resultados	51
2.10 Marco ético	51
2.11 Procedimiento	52
CAPÍTULO III.....	55
Presentación y análisis de los resultados.....	55
3.1 Datos sociodemográficos	57
3.2 Análisis de los resultados de la muestra	62
3.3 Pruebas de hipótesis	65
3.1.1 Hipótesis general.....	65
3.1.2 Hipótesis estadísticas	66
CAPÍTULO IV	68
Discusión de los resultados	68
CAPÍTULO V	74
Conclusiones y Recomendaciones	74
5.1 Conclusiones.....	75
5.2 Recomendaciones	77
Bibliografía	79
ANEXOS	87
Anexo 1: Consentimiento Informado	88
Anexo 2: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	94
Anexo:3 Entrevista psicológica para adultos	97
Anexo 4: Termómetro del Animo	100
Anexo 5: Listado de Pensamientos Negativos	101
Anexo 6: Listado de Pensamientos Positivo.....	102
Anexo 7: Registros de Análisis de Pensamientos.....	104
Anexo 8: Modelos A-B-C-D	105
Anexo 9: Lista de Metas Individuales.....	106
Anexo 10: Listado de Actividades Agradables	107
Anexo 11: Programa Semanal de Actividades	109
Anexo 12: Actividades Agradables	110
Anexo 13: Aval del Comité de Bioética de la Universidad de Panamá	111
Anexo 14: Revisión de Español	112
Anexo 15 : Programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para la disminución de síntomas depresivos en mujeres víctimas de violencia domestica ..	114
Anexo 16: Perfil psicológicos de las participantes de la investigación.....	120

Índice de tablas

Tabla 1 Distribución de frecuencia por edad en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.	57
Tabla 2 Distribución de frecuencia por estado civil en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.	58
Tabla 3 Distribución de frecuencia por nivel de escolaridad en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.	59
Tabla 4 Distribución de frecuencia atendiendo la ocupación en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.	60
Tabla 5 Distribución de frecuencia sobre los antecedentes familiares de depresión en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.	61
Tabla 6 Distribución de los puntajes del pretest y post test de síntomas depresivos en el Inventario de depresión de Beck (BDI-II).	62
Tabla 7 Estadístico descriptivo del Pretest y Postet del Inventario de Depresión de Beck II aplicado a una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.	64
Tabla 8 Pruebas de normalidad.	65
Tabla 9 Prueba de muestras emparejadas.	66

Índice de gráficas

Gráfica 1 Distribución porcentual por edad en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.	57
Gráfica 2 Distribución porcentual por edad en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.	58
Gráfica 3 Distribución porcentual por nivel de escolaridad en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.	59
Gráfica 4 Distribución porcentual por ocupación en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.	60
Gráfica 5 Distribución porcentual sobre los antecedentes familiares en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.	61
Gráfica 6 Distribución de los puntajes del pretest y post test de síntomas depresivos en el Inventario de depresión de Beck (BDI-II).	63
Gráfica 7 Puntuación media de depresión pretest vs posttest.	64

Resumen

El presente estudio tuvo como finalidad demostrar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual grupal en la reducción de los síntomas de depresión clínicamente significativos en mujeres víctimas de violencia doméstica de un centro de salud en Panamá Norte. Se empleó un diseño explicativo de tipo cuasiexperimental, con grupo único y mediciones de pretest y posttest al aplicar el programa de intervención, utilizando el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). La muestra se seleccionó de manera no probabilística y por conveniencia, integrada por 15 mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos. La intervención constó de 12 sesiones en total, distribuidas en dos sesiones por semana, evaluando los síntomas al inicio y al final de la intervención. Se aplicó la prueba T de Student para muestras relacionadas y la prueba de Shapiro-Wilk para validar la distribución normal de los datos.

En cuanto a los resultados, se observó que al realizar el pretest (BDI-II), todas las pacientes presentaban un puntaje promedio de 40.067, ubicándolas en un nivel de depresión grave. No obstante, en el post-test, el estado depresivo disminuyó significativamente, alcanzando un puntaje promedio de 7.733, con una diferencia de 32.33; es decir, la variación en las puntuaciones antes y después fue significativa, indicando una disminución de los síntomas depresivos.

Palabras clave: Depresión, Víctimas, Intervención, Terapia Grupal, Violencia doméstica

Abstract

The purpose of this study was to demonstrate the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy in reducing clinically significant symptoms of depression in women who are victims of domestic violence at a healthcare center in North Panama. An explanatory design with a quasi-experimental design was used, with a single group and pretest and posttest measurements after the application of the intervention program, using the Beck Depression Inventory (BDI-II). The sample was non-probabilistic and convenience-based, consisting of 15 women who met the inclusion and exclusion criteria. The intervention consisted of 12 total sessions, distributed over two sessions per week, and symptoms were evaluated at the beginning and end of the intervention. The paired t-test was used for related samples, and the Shapiro-Wilk test was used to validate the normal distribution of the data. The results showed that at the time of the pre-test (BDI-II), all patients had an average score of 40.067, which placed them at a severe level of depression. However, in the post-test, the depressive state decreased significantly to an average score of 7.733, with a difference of 32.33, indicating a significant difference in scores before and after the intervention, demonstrating a reduction in depressive symptoms.

Keywords: Depression, Victims, Intervention, Group Therapy, Domestic Violence

Introducción

En los últimos años, se ha observado un aumento considerable de las investigaciones sobre la violencia contra la mujer, a partir de su reconocimiento como un gran problema social debido a su alta incidencia y al elevado grado de las consecuencias que afectan la vida, la salud física y psicológica de sus víctimas. En Panamá, se estima que una de cada tres mujeres sufre violencia a lo largo de su vida, independientemente de su estatus social, raza o grupo de edad (Castillo, 2019).

Cabe señalar que las investigaciones realizadas en los últimos 30 años han llevado a considerar la violencia doméstica como una experiencia potencialmente traumática. Además, esta es capaz de ocasionar toda una constelación de sintomatología psicológica, ya que el daño causado por la violencia va más allá del físico, provocando depresión, ansiedad y otros trastornos de salud mental (Krug, 2014). Es importante destacar que la violencia doméstica representa riesgos considerables para la salud de las víctimas, ya que pueden generar síntomas que pueden inferir en la capacidad de las víctimas para realizar actividades básicas su vida diaria. Ese impacto físico y emocional generado por la violencia es un factor desestabilizador para la salud mental tanto de las víctimas como de los convivientes (Alvarado, Batista, Mendieta, Pérez y Agrazal, 2018). Por lo tanto, es crucial el abordaje de los síntomas que se desencadenan como resultado de la violencia, con el fin de garantizar la seguridad y el bienestar de las víctimas.

Dentro de esta investigación, se busca demostrar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual grupal en la reducción de síntomas depresivos en mujeres víctimas de violencia doméstica. El estudio se llevó a cabo a lo largo de doce sesiones de tratamiento, realizando dos sesiones por semana. Se trabajó con mujeres víctimas de violencia doméstica de entre 18 y 45 años, que presentaban síntomas de depresión. La medición de los niveles de depresión se llevó a cabo mediante los puntajes del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Aquellas participantes con puntajes altos fueron seleccionadas para la intervención.

Posterior a la aplicación del programa de intervención, se les volvió a realizar la prueba para evaluar si se había cumplido o no con el objetivo.

Basado en lo anterior, se detalla que el objetivo de esta investigación es demostrar el nivel de efectividad de la terapia cognitivo-conductual grupal en la reducción de los síntomas de depresión clínicamente significativos en mujeres víctimas de violencia doméstica, permitiéndoles adquirir las herramientas necesarias para mantenerse funcionalmente estables y prevenir futuras recaídas.

En el presente trabajo se abordan los conceptos básicos de los temas y criterios clínicos a tratar, así como la eficacia de la terapia cognitivo-conductual grupal en la disminución de síntomas depresivos en mujeres víctimas de violencia doméstica.

En el Capítulo 1 se exponen los antecedentes de la violencia doméstica y su relación con la depresión, así como los fundamentos de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y las técnicas a utilizar en el tratamiento de la depresión.

En el Capítulo 2 o Marco Metodológico, se plantea el problema, los objetivos, la hipótesis, las variables, el diseño de la investigación, los instrumentos utilizados, la población, y en general, toda la información necesaria para llevar a cabo la investigación.

En el Capítulo 3 o Análisis y Presentación de los Resultados, se aborda la recolección y el análisis de los datos.

Asimismo, en el Capítulo 4 o Discusión de los Resultados, se explorará la relación de nuestra investigación con otros estudios realizados en Panamá.

Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas de esta investigación.

Capítulo I

Marco Teórico

1.1 Antecedentes del problema

Esta sección describe brevemente algunas de las investigaciones actuales referentes al tratamiento de la depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica.

Investigaciones internacionales relacionadas con la Terapia Cognitiva Conductual y Depresión en víctimas de violencia.

Luza, E. (2022), en su tesis "Intervención cognitivo-conductual en una mujer con depresión víctima de violencia de pareja", realizada en Perú, buscó disminuir los síntomas depresivos de la paciente, tales como la tristeza, ansiedad, temor, pensamientos negativos y conductas desadaptativas, a través de la terapia cognitivo-conductual. La muestra consistió en una paciente víctima de violencia por parte de su pareja, y se llevaron a cabo 12 sesiones. El diseño fue de un caso único, donde se aplicaron instrumentos psicológicos como la entrevista y la observación conductual, así como pruebas psicológicas como el Inventario de Depresión de Beck (BDI II) y el Registro de Opiniones Forma A de Ellis. La paciente presentó un nivel inicial de depresión moderada y un nivel final de depresión leve.

Según el autor, los resultados al final de la intervención fueron favorables, ya que se identificó una disminución de los síntomas de la depresión en relación con sus emociones, pensamientos y conductas desadaptativas.

Por otro lado, Habigzang, Ferreira, & Maciel. (2019), en su estudio sobre "Terapia Cognitivo-Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja: Estudio de casos múltiples", buscaba evaluar los resultados de una intervención cognitivo-conductual para mujeres que sufrieron violencia por parte de su pareja, mediante estudios de caso. En este estudio participaron cuatro mujeres con historias de violencia doméstica y síntomas de depresión, ansiedad, estrés y trastorno de estrés postraumático (TEPT), utilizando un método de estudio de caso descriptivo de intervención psicoterapéutica.

Los instrumentos empleados fueron el Inventario de Depresión y el Inventario de Ansiedad de Beck. El proceso terapéutico fue descrito mediante las técnicas y recortes clínicos provenientes de los registros de las sesiones, y los síntomas fueron evaluados antes y después de la intervención. Las técnicas utilizadas se mostraron adecuadas para la disminución de los síntomas. Los autores afirman que este estudio respalda la literatura, presentando evidencias iniciales de la efectividad de un protocolo de TCC para el tratamiento de mujeres en situaciones de violencia conyugal.

Santandreu & Ferrer. (2014), en su trabajo "Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno de estrés postraumático y depresión en víctimas de violencia doméstica", participaron ciento veintinueve mujeres víctimas de violencia, agrupadas según el tipo de agresión padecida: psicológica (21), física y psicológica (43), sexual (30) y psicológica, física y sexual (35). La evaluación consistió en una sesión de entrevista semiestructurada y la aplicación de dos pruebas para medir los síntomas postraumáticos y depresivos. Se llevó a cabo un tratamiento de 12 sesiones, seguido de una sesión de seguimiento tres meses después de su finalización. En sus resultados, el investigador indica que los síntomas del TEPT y la depresión aparecen en mayor medida en los casos donde ha existido violencia física y sexual, no tanto en los casos de violencia psicológica. El diseño del estudio fue experimental, utilizando como instrumentos el Inventario de Depresión de Beck, la escala de gravedad del trastorno de estrés postraumático y una entrevista semiestructurada ad hoc.

En su conclusión, parece indicar que la agresión física o sexual hacia la víctima podría precipitar estos tipos de síntomas con mayor probabilidad que otros tipos de violencia. Este estudio proporciona pruebas sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el TEPT y la depresión en los casos de violencia de género.

Cáceres, M. (2011), en su tesis "Tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia doméstica", realizada en la Universidad de

Buenaventura en Bogotá, tuvo como objetivo llevar a cabo un tratamiento de tipo cognitivo-conductual enfocado en víctimas de violencia intrafamiliar por parte de su pareja. La población estudiada consistió en 73 mujeres de estatus social medio-bajo. Se empleó un diseño preexperimental, en el cual los resultados encontrados evidencian que las formas de violencia fueron físicas en un 30% y psicológica en un 70%. A su vez, se demostró que la mayoría de las mujeres maltratadas, un 74%, han padecido de un trauma complicado. Los instrumentos utilizados fueron los dos autoinformes de Beck (Ansiedad y Depresión) y la entrevista semiestructurada de Cáceres, Labrador, Ardila y Peña. El autor indica que después de aplicar el tratamiento, la mayoría de las mujeres logró mejorar los síntomas de manera eficaz en lo referente a reexperimentación, ansiedad, depresión, mejorando así su autoestima y su adaptación.

Las investigaciones realizadas en la ciudad de Panamá, que sustentan la intervención de la terapia cognitiva conductual grupal como tratamiento para la depresión, son las siguientes:

González, M. (2020), en su tesis titulada "Plan de intervención terapéutico fundamentado en el modelo cognitivo-conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión que asisten a CINAMU de la provincia de Los Santos", desarrollada en los Centros del Instituto de la Mujer en la provincia de Los Santos, tuvo como objetivo evaluar y describir los síntomas que manifiestan mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión que asisten a CINAMU, así como evaluar la eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual aplicado a las víctimas.

En esta tesis se utilizó un diseño no experimental, descriptivo, que constó de 12 sesiones, en las cuales participaron tres mujeres. Se emplearon como instrumentos la Escala de Depresión

y la Escala de Desesperanza de Beck, en formato pre y post test. El estudio el autor concluye que la terapia cognitivo-conductual resultó ser eficaz en el manejo de la depresión en mujeres víctimas de violencia psicológica. De igual manera, observó que, mediante la aplicación del pre y post test, hay un cambio significativo en el padecimiento de la depresión en las pacientes atendidas durante la investigación.

Espinoza, A. (2019), también presentó en la Universidad de Panamá la tesis "Intervención en Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck en Pacientes con depresión de un Centro de Salud de la Ciudad de Panamá". El objetivo de la tesis era evaluar la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual de Aaron Beck en el tratamiento de la depresión. La muestra consistió en 10 pacientes de 18 a 35 años con diagnóstico de depresión. El tratamiento se llevó a cabo en un total de 15 sesiones, utilizando un diseño preexperimental y como instrumento el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), aplicado a un solo grupo en formato de pre y post test. Como resultado, la autora indica que se evidenció la disminución de los síntomas y un mejoramiento físico y emocional de las pacientes.

Beckford, D. (2017), presentó una investigación titulada "Psicoterapia Cognitivo-Grupal como tratamiento para un grupo de Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica que presentan Sintomatología Depresiva". El objetivo de esta investigación era valorar la efectividad de la psicoterapia cognitivo-conductual como tratamiento para disminuir los síntomas depresivos, además de identificar la sintomatología y las características de las mujeres víctimas de violencia doméstica.

Para este estudio, se utilizó un diseño cuasiexperimental de preprueba y postprueba con un grupo control. Se llevó a cabo en 15 sesiones, dos veces por semana, con una duración de 60 minutos cada una y con una muestra de 12 mujeres víctimas de violencia doméstica que presentaban depresión significativa. Como resultado, en la investigación el autor concluye

que la terapia cognitiva grupal es efectiva para tratar a pacientes que presentan depresión clínicamente significativa.

Tejedor, L. (2016), también presentó el trabajo de grado titulado "Efectos de la terapia cognitivo-conductual en el manejo de la depresión y calidad de vida en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama", en la Universidad de Panamá, provincia de Veraguas. El propósito principal del estudio fue investigar los efectos que ejerce la terapia cognitivo-conductual en el estado de ánimo y los niveles de calidad de vida en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, pertenecientes a la Asociación Nacional Contra el Cáncer, con sede en Veraguas. La muestra estuvo conformada por seis mujeres de 30 a 60 años.

El tratamiento se desarrolló con un total de trece sesiones: diez grupales, una individual, una familiar y una de seguimiento, ofrecidas una vez por semana, con una duración de dos horas cada una. Se utilizó un diseño preexperimental con un solo grupo y medidas de pretest, post-test y retest. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la escala autoaplicada para la medida de depresión de Zung y Conde, y el cuestionario sobre calidad de vida, satisfacción y placer (Q-LES-Q). En sus resultados demuestran suficiente evidencia estadística para indicar que las participantes disminuyeron sus niveles de depresión al recibir el tratamiento.

Herrera, S. (2015), en su tesis "Terapia Cognitivo-Conductual Grupal enfocada a disminuir la depresión en mujeres maltratadas por su pareja", también presentada en la Universidad de Panamá, tuvo como objetivo evaluar la efectividad del programa de Terapia Cognitivo-Conductual en un grupo de mujeres con depresión maltratadas por sus parejas. La muestra estuvo conformada por cuatro mujeres con un rango de edad de 40 a 45 años. Se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck en dos momentos, antes y después de la intervención.

La intervención grupal consistió en diez sesiones, cada una con una duración de dos horas. Se utilizó un diseño de investigación cuasiexperimental con preprueba y postprueba de un solo grupo. Según autora los resultados obtenidos fueron satisfactorios; aunque no se remitió por completo la sintomatología depresiva que presentaban nuestras mujeres, su disminución fue significativa.

1.2 Violencia doméstica

La violencia doméstica es un problema global que demanda un enfoque integral, abarcando la prevención, el apoyo a las víctimas y el tratamiento de los agresores para romper este ciclo de abuso. Se afirma que la violencia doméstica es un flagelo social que trasciende fronteras geográficas, culturales y socioeconómicas, afectando a millones de personas en todo el mundo. “Este fenómeno, arraigado en desequilibrios de poder y relaciones de control, se manifiesta de diversas formas, desde el abuso físico y emocional hasta la coerción económica y la intimidación psicológica” (Calvo, 2014). Estos abusos pueden ocasionar efectos graves y duraderos, afectando la salud mental, física y emocional de las víctimas, así como la de sus familias y amigos cercanos.

La complejidad de la violencia doméstica radica en su impacto devastador en la vida de las víctimas, marcando no solo su presente, sino también su futuro. “Las secuelas físicas y emocionales perduran, erosionando la autoestima, generando traumas profundos y, en muchos casos, perpetuando un ciclo intergeneracional de abuso” (Echeburúa, E., & Corral, P., 2006).

De acuerdo con lo antes expresado, las causas subyacentes de este fenómeno son diversas y complejas. A menudo, se relacionan con estructuras de poder desiguales, normas culturales arraigadas y desequilibrios económicos. La construcción social de roles de género también contribuye, exacerbando la vulnerabilidad de ciertos grupos y normalizando la violencia en las relaciones.

El abordaje de la violencia doméstica debe ser integral. Se requiere una combinación de medidas legislativas sólidas, políticas públicas orientadas a la prevención, educación en todos los niveles sociales y el fortalecimiento de redes de apoyo y recursos para las víctimas. La concienciación sobre los ciclos de abuso, la importancia del respeto mutuo y el establecimiento de relaciones basadas en la equidad son fundamentales para erradicar este problema social.

Es esencial comprender que la violencia doméstica no es un asunto privado, sino un problema de derechos humanos que requiere una respuesta colectiva y sistemática. Las comunidades, instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y la sociedad en su conjunto deben unirse en un esfuerzo concertado para romper el silencio, ofrecer protección a las víctimas y cambiar las estructuras que perpetúan la violencia. "En última instancia, el combate efectivo contra la violencia doméstica implica un compromiso colectivo para crear un entorno seguro, justo y equitativo para todas las personas" (Villa, 2021). Todos tenemos un papel que desempeñar en la construcción de una sociedad libre de violencia, donde el respeto, la dignidad y la igualdad sean pilares fundamentales de nuestras relaciones interpersonales.

1.2.1 Tipos de violencia doméstica

La violencia contra las mujeres y las niñas puede adoptar diversas formas, incluidas maneras que son más prevalentes en determinados entornos, países y regiones. La violencia contra la mujer se manifiesta a nivel físico, sexual, emocional y económico. "Las formas más comunes de violencia incluyen violencia doméstica y de pareja, violencia sexual (incluida la violación), acoso sexual y violencia emocional/psicológica (ONU, 2013).

En Panamá, las leyes vigentes en defensa de los derechos de la mujer (2013) contemplan 27 modalidades diferentes de violencia que afectan a la mujer y a los/las integrantes del grupo

familiar; sin embargo, solo se mencionarán aquellas que tienen relación con la mujer adulta y su pareja.

Violencia Física: es una forma de control, intimidación y agresión al cuerpo de otra persona que puede llevarse a cabo mediante contacto directo, como golpes, rasguños, jalones, o mediante la limitación del movimiento, como ataduras o confinamiento.

Violencia Sexual: se refiere a cualquier acto de naturaleza sexual que se ejerce sobre otra persona sin su consentimiento. Esto puede realizarse mediante la fuerza física, la coerción, la intimidación, la humillación, la intoxicación por drogas o alcohol, o aprovechándose de la inhabilidad de la víctima para dar su consentimiento. La violencia sexual abarca actos como la violación, el acoso sexual, el toqueteo indeseado, los comentarios sexuales no deseados, las amenazas de violencia relacionadas con la violencia sexual, el abuso sexual infantil, el acoso, la prostitución o la trata humana forzada.

Violencia Psicológica: Se refiere a cualquier acto u omisión que puede manifestarse a través de negligencia, abandono, descuido, celos, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y/o amenazas (INAMU, 2013). Esta forma de violencia puede ser más difícil de demostrar que la violencia física, ya que no deja huellas visibles, pero puede tener graves consecuencias para la víctima, como la pérdida de su dignidad, seguridad y confianza en sí misma y en las personas que la rodean.

Cabe destacar que estas modalidades de violencia tendrán efectos psicológicos en las mujeres víctimas. Ellas pueden experimentar diversas emociones, tales como enojo, miedo, confusión, apatía o indiferencia. Por otro lado, su experiencia de abuso físico o sexual puede hacer que se sientan culpables o avergonzadas. Además, tienden a aislarse de los demás, pierden interés en actividades que antes disfrutaban, desconfían de quienes las rodean y presentan baja autoestima. Esto puede llevarlas a buscar el aislamiento, experimentar con sustancias para mejorar su estabilidad emocional, pero es una solución temporal que puede tener efectos negativos con el tiempo.

Están presentes las drogas de uso común, el alcohol, el tabaco o el consumo excesivo de alimentos.

Existen otros tipos de violencia menos frecuentes que podemos observar, tales como los crímenes llevados a cabo en nombre del "honor", el feminicidio, la elección prenatal del sexo, entre otras.

Además, ciertos grupos de mujeres y niñas, como las mujeres pertenecientes a minorías raciales, étnicas y sexuales; mujeres VIH positivas; trabajadores migrantes e indocumentados; mujeres con discapacidad; mujeres encarceladas por formas complejas de exclusión socioeconómica y discriminación, también aquellas mujeres afectadas por conflictos armados o emergencias, pueden ser más vulnerables y sufrir diversas formas de violencia (Haya & Al Khalifa, 2006).

1.2.2 Factores de riesgo ante la violencia doméstica

La violencia contra las mujeres no es únicamente el resultado de las discrepancias de género, sino que también agrava la desigualdad de las mujeres en la sociedad y las diversas brechas entre hombres y mujeres (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2006). Los factores de riesgo que pueden llevar a un hombre a la violencia, en este caso, violencia hacia su pareja, se encuentran:

- Presenciar o experimentar abuso infantil (esto está relacionado con el hecho de que, en el futuro, los niños se convertirán en perpetradores y las pequeñas sufrirán violencia).
- Abuso de drogas (incluso el alcohol), que se coliga con un mayor episodio de violencia.
- Las damas conciernen a agrupaciones apartadas y destronadas.
- Oportunidades económicas limitadas (un factor agravante del desempleo o subempleo masculino, combinado con la violencia persistente, es un factor de riesgo

para que mujeres y niñas sufran violencia doméstica, matrimonio forzado, matrimonio precoz, explotación sexual y trata de personas.

- En las relaciones íntimas, existen brechas económicas, educativas y laborales entre hombres y mujeres.
- Conflicto y tensión en una relación íntima de pareja o matrimonio.
- Las mujeres controlan de manera insegura la propiedad y los derechos sobre la tierra.
- Controlado por hombres en la toma de decisiones y activos.
- Actitudes y prácticas que fortalecen la condición de subordinación de la mujer y toleran la violencia masculina (por ejemplo, dote, pago de la novia, matrimonio precoz).
- Hay una falta de espacios de encuentro físicos o virtuales para que las mujeres y niñas se expresen y se comuniquen libremente, y lugares para desarrollar amistades y redes sociales, conectarse con consultores y buscar asesoramiento en un entorno de apoyo.
- Uso extendido de la violencia en la familia o la sociedad para hacer frente a los conflictos.
- Marcos legislativos y de políticas limitados para prevenir y hacer frente a la violencia.
- Falta de castigo para el perpetrador (impunidad).
- Los proveedores de servicios y los funcionarios judiciales y policiales tienen un bajo nivel de conciencia (Bott, Morrison, & Ellsberg, 2005).

Algunos otros factores de riesgo asociados con la violencia de pareja que se han identificado en Norteamérica incluyen: mala salud mental relacionada con baja autoestima, ira, depresión, inestabilidad emocional y dependencia; rasgos de personalidad antisociales o marginales y aislamiento social; historial de abuso infantil; inestabilidad marital y separación o divorcio; historial de abuso mental; relaciones familiares insalubres; problemas relacionados con la pobreza, como el hacinamiento económico y el estrés; y bajos niveles de intervención comunitaria o acciones contra la violencia doméstica (Centers for Disease Control and Prevention, 2008).

1.2.3 Factores de protección ante la violencia contra la mujer

Entre los factores de protección que pueden reducir el riesgo de que mujeres y niñas sufran violencia figuran (ONU MUJERES, 2010):

- Las niñas (y los niños) completan la educación secundaria.
- Posponer la edad para contraer matrimonio a los 18 años.
- Autonomía económica de la mujer y acceso a habilidades, crédito y capacitación laboral.
- Normas sociales que promueven la igualdad de género.
- Describir servicios receptivos de alta calidad (servicios judiciales, servicios de seguridad / protección, servicios sociales y servicios médicos) con conocimiento, capacitación y personal debidamente capacitado.
- Disponibilidad de espacios o refugios seguros.

Hay otros factores que requieren mayor investigación y análisis, pero pueden estar relacionados con el riesgo de violencia doméstica y las medidas de protección: mujeres de cualquier edad como sobrevivientes de violencia (en cualquier forma); el nivel de comunicación entre hombres y sus parejas íntimas; el uso de agresiones físicas por parte de los hombres; y la movilidad limitada de mujeres y niñas (OMS, 2002).

Es importante recordar que los factores de riesgo y de protección no son causas directamente relacionadas, sino que están interrelacionados. Por lo tanto, por ejemplo, un niño que presencia a su padre abusar de su madre no necesariamente se convierte en el perpetrador en su vida posterior; el hecho de que las mujeres tengan un nivel socioeconómico y educativo más alto no las hace inmunes a la violencia doméstica. La violencia contra las niñas y mujeres es un fenómeno social, económico y educativo complejo.

Es necesario fortalecer la capacidad de los proveedores de atención médica para reconocer el riesgo de violencia por parte de la pareja íntima y el suicidio. “En algunos lugares, como en los Estados Unidos, los estudios han demostrado que muchas mujeres utilizaban los servicios

médicos un año antes de que sus parejas fueran asesinadas" (Plichta 2007), como una forma de reducir el riesgo de suicidio.

En los Estados Unidos, se han desarrollado varias herramientas de evaluación para detectar el riesgo de violencia doméstica y suicidio. Estas herramientas deben ser probadas en otros entornos. Uno de los mejores métodos de prueba es la Escala de Evaluación de Riesgos, que evalúa específicamente el riesgo de que las mujeres que buscan atención médica debido a la violencia doméstica sean asesinadas posteriormente por su pareja (Campbell 2005).

1.3 El proceder de las mujeres frente a la violencia en Panamá

En cuanto a las víctimas en Panamá, la Procuraduría General de la Nación ha manifestado su firme compromiso con el combate a la violencia contra la mujer. Siguiendo la línea de la política pública nacional, ha venido realizando significativas mejoras organizativas y esfuerzos en la labor de los fiscales para optimizar sus investigaciones sobre los delitos contra las mujeres, especialmente los casos de violencia en el ámbito de las relaciones emocionales y familiares. Por lo tanto, estas víctimas se basan en un convenio como parte del proyecto EUROSOCIAL de la Comisión Europea "Violencia de género en América Latina: investigación criminal, preocupación por las víctimas y coordinación interinstitucional", que se desarrolló en dos fases. Por primera vez (2013), se impulsó el desarrollo de instrumentos regulatorios regionales para apoyar la investigación de estos delitos y atender a sus víctimas. Específicamente, la Asamblea General de la Asamblea Iberoamericana de Ministerios Públicos (AIAMP) aprobó a finales de año en Ecuador el Protocolo Regional para la indagación desde la figura de género de los delitos de violencia contra las mujeres realizados en el ámbito intrafamiliar (Ministerio Público, s.f.).

En la segunda fase (2014), el objetivo es adecuar el protocolo regional a la realidad jurídica de los países participantes, incluido el representante de Panamá en el proyecto de la Procuraduría General de la Nación, el Ministerio de Seguridad Pública y el Instituto Nacional

de la Mujer (INAMU). Como resultado de lo anteriormente mencionado, el Ministerio Público de Panamá adoptará el actual Protocolo de investigación fiscal de delitos de violencia contra las mujeres.

Por lo mencionado, dentro de las víctimas se encuentran las pertenecientes a Comunidades Indígenas o Minorías Nacionales o Étnicas, Religiosas, según (COMJIB, s.f.). Con ello se lleva a cabo un proceder más estructurado, se busca la oportunidad de las investigaciones, la simplicidad de las entrevistas, la no confrontación con los atacantes, las condiciones del espacio y la privacidad del litigio.

También, si se requiere un examen médico corporal o psíquico de la víctima, perpetuamente se requiere su consentimiento. En la práctica, las víctimas podrán ir acompañadas de alguien en quien confíen y respeten los usos y hábitos de protección, confianza y seguridad de todos o de un pequeño número de personas.

Por otro lado, la unidad de protección y atención a las víctimas debe poder contar con un enfoque transcultural, y ser capaz de integrar elementos del pensamiento, creencias y sistema normativo que regula su comportamiento grupal en el tratamiento de víctimas y acusados. La identidad (organización económica, organización política, familia, parentesco, lengua, ciencia, religión, ética) del agresor incide en el marco de la violencia doméstica.

Si la víctima pertenece a una comunidad aborígen, se requiere un intérprete para informarle claramente de sus derechos y asistir al fiscal en las entrevistas y denuncias. En la práctica, intentaremos encontrar a alguien en quien confíe o que pueda realizar trabajos de interpretación en su entorno.

1.3.1 Entidad gubernamental como protección de la mujer

El Instituto Nacional de la Mujer de Panamá (INAMU) es una entidad gubernamental que promueve la igualdad y los derechos humanos de las mujeres. Esta institución cumple un rol

muy importante en pro de la mujer, ya que tiene como misión promover, coordinar y ejecutar la Política de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres, a través de planes, programas, proyectos y acciones tendientes a disminuir la exclusión social. “Mediante Ley 375 del 8 de marzo de 2023 se crea el Ministerio de la Mujer como la entidad rectora del Estado en todo lo relacionado con las políticas públicas, planes, programas, proyectos y campañas, destinados a la prevención, detección, evaluación y erradicación de cualquier práctica o conducta discriminatoria, violencia y acoso contra las mujeres, en cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Estado panameño” humana (INAMU, s.f.).

El propósito de la ley que creó este ente fue consolidarla en una sola entidad con el liderazgo principal en la formulación de políticas públicas de igualdad de oportunidades para las mujeres. Esto, aunque no excluyente, tiene como objetivo proporcionar respuestas claras que eliminen las condiciones sociales y políticas que impiden a las mujeres disfrutar plenamente y desarrollar sus derechos humanos. Las cuestiones económicas, culturales y jurídicas se transforman para lograr una igualdad efectiva, fortaleciendo la autonomía de la mujer en los ámbitos físico, económico y político.

El Instituto Nacional de la Mujer está compuesto por 148 funcionarios a nivel nacional, hasta diciembre de 2015 (en la Sede Central y cinco Centros del Instituto Nacional de la Mujer que funcionaban hasta ese momento). A este grupo se sumarán alrededor de setenta (70) posiciones autorizadas por el Ministerio de Economía y Finanzas para ocupar las nuevas oficinas provinciales y comarcales del INAMU, a partir de 2016.

Algunas autoridades han estimado que al menos un 12% de la población adulta ha experimentado o experimentará en el futuro un episodio depresivo de importancia clínica, suficiente como para necesitar tratamiento (Schuyler & Katz, 1973). Durante los últimos quince años, se han publicado cientos de estudios sistemáticos sobre las bases biológicas de la depresión y la quimioterapia de la depresión. Varias publicaciones de la Administración, así como del sector privado, sugieren que ha habido una serie de avances definitivos en el

conocimiento de la psicobiología de la depresión y en el tratamiento de esta afección mediante quimioterapia (Schuckit, 2000).

A pesar de este alentador panorama, el clínico se enfrenta a una situación que lo deja un tanto perplejo. Si bien es cierto que ha habido algunos avances en la quimioterapia de la depresión, no existe evidencia de que la frecuencia de la depresión haya disminuido. Además, la tasa de suicidios, que generalmente se toma como indicador de la frecuencia de la depresión, no ha disminuido; de hecho, ha mostrado un aumento a lo largo de los últimos años. Más aún, la falta de respuesta en la tasa de suicidios se vuelve significativa si consideramos los grandes esfuerzos desplegados para crear y mantener una serie de centros de prevención del suicidio en todo el país.

1.4 La Depresión

La depresión es conocida como un trastorno emocional que provoca un sentimiento constante de tristeza y una pérdida de interés en realizar diversas actividades. Puede causar síntomas graves que afectan cómo se siente, piensa y lleva a cabo las actividades diarias, como dormir, comer o trabajar.

Una persona deprimida atraviesa diferentes episodios que pueden durar varias semanas, meses o incluso años. Las personas con depresión suelen experimentar varios de los siguientes síntomas: pérdida de energía; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo normal; ansiedad; disminución de la concentración; indecisión; inquietud; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio (OPS, 2020).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) "el trastorno depresivo (o depresión) es un trastorno mental común que implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo (OMS, 2023). Además, la OMS señala que es distinto del estado de ánimo que habitualmente puede estar relacionado con entornos familiares, de amistad y comunitarios.

La depresión clínica, también llamada "depresión mayor" o "trastorno depresivo mayor", es una enfermedad grave y común que afecta física y mentalmente nuestro modo de sentir y pensar. Puede afectar a cualquier persona, especialmente a aquellas que han vivido abusos, pérdidas de seres queridos o eventos altamente estresantes. Las estadísticas indican que la depresión es aproximadamente un 50% más frecuente en mujeres que en hombres, y su relación con el suicidio es evidente, ya que cada año se suicidan más de 700,000 personas a nivel mundial. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2023).

1.4.1 Tipos de depresión

La depresión se puede clasificar en diferentes tipos, como la depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia) y la depresión posparto, entre otros.

Según el National Institute of Mental Health (NIMH, 2021), los tipos frecuentes de depresión son:

Depresión mayor: implica síntomas de depresión la mayoría del tiempo durante por lo menos dos semanas. Estos síntomas interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar y comer (NIMH, 2021).

Trastorno depresivo persistente (distimia): incluye síntomas de depresión menos graves que duran mucho más tiempo, generalmente por lo menos durante 2 años (NIMH, 2021).

Trastorno afectivo estacional: aparece y desaparece con las estaciones del año, y por lo general comienza a finales del otoño o principios del invierno, desapareciendo en la primavera y el verano (NIMH, 2021).

Depresión con síntomas de psicosis: es una forma grave de depresión en la que una persona también muestra síntomas de psicosis, como tener creencias falsas fijas y perturbadoras (delirios) o escuchar o ver cosas que otros no pueden oír o ver (alucinaciones) (NIMH, 2021).

1.4.2 Clasificación de la depresión según CIE-11

El CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición), elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), también clasifica la depresión dentro de la categoría de trastornos depresivos. A continuación, se presentan las principales clasificaciones de la depresión según el (CIE-11, 2019):

1. Episodio Depresivo:

Se refiere a un período de al menos dos semanas en el que la persona experimenta un estado de ánimo depresivo o una pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades. Dependiendo del número y gravedad de los síntomas, los episodios depresivos se pueden clasificar en:

Leve: La persona tiene algunos síntomas, pero todavía puede realizar la mayoría de sus actividades habituales.

Moderado: Los síntomas son más graves, y la persona tiene dificultades para llevar a cabo sus actividades diarias.

Grave sin síntomas psicóticos: Los síntomas son muy graves, afectando significativamente la funcionalidad diaria, pero sin síntomas psicóticos.

Grave con síntomas psicóticos: Además de los síntomas graves de depresión, la persona experimenta síntomas psicóticos, como delirios o alucinaciones.

2. Trastorno Depresivo Recurrente: Este trastorno se caracteriza por la presencia de dos o más episodios depresivos a lo largo de la vida de la persona. Entre los episodios, puede haber períodos de varios meses en los que la persona está libre de síntomas significativos (CIE-11, 2019).

3. Trastorno Depresivo Persistente (Distimia): Similar a la clasificación en el DSM-5, el trastorno depresivo persistente en el CIE-11 se refiere a un estado de ánimo deprimido crónico que dura al menos dos años (CIE-11, 2019).

Los síntomas son menos intensos que los del trastorno depresivo mayor, pero son persistentes y afectan la calidad de vida (CIE-11, 2019).

4. Trastorno Disruptivo de la Regulación del Estado de Ánimo: Aunque este trastorno fue introducido en el DSM-5, también está reconocido en el CIE-11 y se aplica principalmente a niños y adolescentes que presentan irritabilidad crónica y episodios frecuentes de descontrol emocional (CIE-11, 2019).

El CIE-11 proporciona un marco más global y flexible para diagnosticar los trastornos depresivos, teniendo en cuenta la variabilidad en la presentación y gravedad de los síntomas.

1.5 Depresión y violencia doméstica

La depresión y la violencia doméstica están profundamente interrelacionadas y pueden influirse mutuamente de maneras complejas. Las víctimas de violencia doméstica a menudo experimentan un trauma significativo, que puede conducir a la depresión. La constante exposición al abuso físico, emocional o psicológico puede erosionar la autoestima, generar sentimientos de desesperanza, y desencadenar síntomas depresivos. Las personas que sufren violencia doméstica pueden sentirse atrapadas en un ciclo de abuso, lo que agrava aún más los síntomas depresivos. La falta de apoyo y la sensación de no tener una salida pueden intensificar el estado de ánimo depresivo.

Cuando una mujer es víctima de violencia doméstica, es común que desarrolle esquemas o patrones de pensamiento, comportamiento y emociones que pueden perpetuar su situación o dificultar su recuperación. Estos esquemas son estructuras mentales profundamente arraigadas que afectan cómo perciben y responden a sí mismas, a los demás y al mundo que las rodea.

Beck, et al., (2010) afirman lo siguiente:

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con el que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias mediante una matriz de esquemas.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo en que un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). (p. 21)

Los esquemas cognitivos en las mujeres con depresión son patrones de pensamiento profundamente arraigados que pueden influir en cómo perciben y responden a sus experiencias y emociones. Estos esquemas, a menudo negativos y autocríticos, pueden perpetuar y exacerbar los síntomas depresivos. Algunos de los esquemas más comunes en mujeres víctimas de violencia doméstica con síntomas depresivos es la baja autoestima, las mujeres con este esquema tienden a sentirse inadecuadas, defectuosas o inútiles. Pueden creer que no son lo suficientemente buenas, lo que lleva a una autovaloración negativa y a sentimientos de vergüenza o culpa. Siguiendo con la idea, otro esquema es el desamparo, ellas suelen sentir que no tienen control sobre sus vidas o que no pueden cambiar su situación. Pueden experimentar una sensación de desesperanza, creyendo que nada de lo que hagan mejorará su estado.

En relación con lo antes mencionado, una mujer que sufre violencia doméstica puede experimentar síntomas depresivos que van desde los más leves a los más graves. En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad (Beck et al. 2010). Las mujeres en esta etapa experimentan síntomas depresivos como tristeza, fatiga, dificultad para concentrarse y pérdida de interés

en actividades que antes disfrutaban, pero estos síntomas no son lo suficientemente severos como para impedirles funcionar en su vida diaria.

En los síntomas graves, las mujeres experimentan síntomas severos de depresión que pueden incluir desesperanza, anhedonia (incapacidad para sentir placer), insomnio o hipersomnia, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Autores afirman que “los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: estar totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos (por ejemplo, leer o responder preguntas) o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos)” (Beck et al. 2010, p. 22).

El modelo cognitivo de la depresión, desarrollado principalmente por Aaron T. Beck en la década de 1960, ofrece una hipótesis sólida sobre cómo ciertos patrones de pensamiento pueden predisponer a una persona a la depresión y cómo estos patrones pueden contribuir a la aparición y mantenimiento del trastorno depresivo. El modelo cognitivo sugiere que la predisposición y la aparición de la depresión están fuertemente influenciadas por esquemas cognitivos negativos y distorsiones en el procesamiento de la información. Estos patrones de pensamiento pueden ser modificados a través de intervenciones cognitivas, lo que puede ayudar a prevenir y tratar la depresión.

Las mujeres víctimas de violencia doméstica a menudo experimentan una erosión de su identidad personal. La constante crítica, manipulación y abuso por parte del agresor puede llevarlas a cuestionar quiénes son, qué valor tienen y cómo se ven a sí mismas.

1.6 Factores neurobiológicos en la depresión

Los factores neurobiológicos de la depresión se refieren a los procesos y mecanismos biológicos que contribuyen al desarrollo y mantenimiento del trastorno depresivo. Estos factores incluyen alteraciones en neurotransmisores, cambios estructurales y funcionales en el cerebro, así como influencias genéticas y hormonales. Hay que tener en cuenta aquellos factores neurobiológicos relacionados con la depresión, como es la dopamina, que desempeña un papel crucial en la motivación y la recompensa. Se ha relacionado con la regulación del estado de ánimo, la capacidad de respuesta al estrés y la sensación de placer y recompensa. Se ha estudiado que la baja producción de dopamina puede ocasionar anhedonia, uno de los síntomas más característicos de la depresión, y falta de motivación. "Por lo tanto, la dopamina se presenta como un neurotransmisor básico para hacer frente a síntomas como la falta de energía y la falta de motivación en la depresión" (Morales, 2022).

De acuerdo con lo antes descrito, Blows indica que la dopamina es una catecolamina que se genera por las neuronas pigmentadas en la pars compacta del Locus niger; y en neuronas de la parte ventral del segmento mesencefálico; de aquí se origina la vía que existe entre la substantia nigra y el cuerpo estriado (vía nigroestriada), la vía que va del área segmental ventral del mesencéfalo hacia el núcleo accumbens del sistema límbico y a la corteza prefrontal (vía mesolímbico-cortical) (Blows, 2000).

Así mismo, otro de los neurotransmisores clave en la regulación del estado de ánimo, el sueño, y el apetito es la serotonina. Una disminución en los niveles de serotonina en el cerebro ha sido asociada con la depresión. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son una clase de antidepresivos que funcionan aumentando la disponibilidad de serotonina en el cerebro. Por otro lado, "la serotonina desempeña un papel central en la neuroquímica del modelo animal de depresión de la desesperanza aprendida" (Harvey, McEwen y Stein, 2003). La desesperanza aprendida se refiere a un estado psicológico en el cual una persona aprende a creer que no tiene control sobre las situaciones de su vida,

incluso cuando existen posibilidades reales de cambiar las circunstancias, como sucede en la depresión. La desesperanza aprendida se correlaciona directamente con la depresión, donde la percepción de no poder controlar puede desembocar en problemas graves relacionados con la depresión.

Añadiendo a lo anterior expuesto, Blows (2000), indica la serotonina y la noradrenalina tienen una fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz. Estas tres sustancias son fundamentales para un funcionamiento normal del cerebro; por esta razón, dichos neurotransmisores han sido el centro de estudios neurocientíficos durante muchos años. (Blows, 2000)

La noradrenalina está involucrada en la respuesta al estrés y la regulación del estado de ánimo y la atención. Niveles bajos de noradrenalina han sido relacionados con síntomas de depresión, como la falta de energía, la fatiga y la anhedonia (pérdida de interés o placer).

Según Harvey, McEwen y Stein (2003), la interacción de estos tres neurotransmisores es tan importante que desde hace 50 años existe lo que se ha llamado la "hipótesis de las monoaminas en la depresión", utilizada para explicar los efectos benéficos de los antidepresivos tricíclicos y de los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO). En su forma original, la hipótesis propuso que la depresión era causada por un déficit funcional de las monoaminas, noradrenalina y serotonina, en sitios clave del cerebro, mientras que la manía era causada por el exceso funcional de éstas; y que los agentes antidepresivos ejercían su efecto facilitando la neurotransmisión monoaminérgica mediante el incremento de los niveles de las monoaminas en las terminales sinápticas. Esta hipótesis de las monoaminas en la depresión es una teoría importante que ha guiado el desarrollo de tratamientos farmacológicos efectivos, pero también es fundamental considerar otras influencias biológicas y ambientales en la comprensión y manejo de esta enfermedad mental.

1.8 Terapia cognitivo conductual

Según la European Association for Psychotherapy (EAP), la psicoterapia se define como un tratamiento o intervención terapéutica integral, deliberada y planificada, basada en una formación amplia y específica en alteraciones del comportamiento, enfermedades o necesidades más amplias de desarrollo personal, relacionadas con causas y factores psicosociales y psicosomáticos (ACIS, 2018).

Para ello, se utilizan métodos psicoterapéuticos científicos, en una interacción de uno o varios individuos con uno o varios psicoterapeutas, con el objetivo de mitigar o eliminar los síntomas, cambiar actitudes y patrones de comportamiento alterados, y favorecer un proceso de madurez, desarrollo, salud mental y bienestar. Es por ello que las intervenciones psicoterapéuticas para la depresión incluyen diversas técnicas, que se diferencian en aspectos como su base teórica, tipo de actividades y tareas, duración y frecuencia del tratamiento, además de diferentes formatos de aplicación: individual, familiar o grupal. Todo ello les confiere un carácter especial que dificulta los estudios acerca de su eficacia, sesga sus resultados y reduce el tamaño del efecto en los metaanálisis, ya que implica: variabilidad en la aplicación de una misma intervención, dificultades en el control de las variables del terapeuta (entrenamiento, experiencia clínica), dificultad en realizar estudios de doble ciego, y en la replicación de los resultados debido a la heterogeneidad de las muestras y diversidad de los instrumentos y variables de medida.

El objetivo de esta revisión fue determinar cuál es la psicoterapia o intervención psicológica más eficaz en el tratamiento de la depresión. Para ello, se ha revisado y actualizado la revisión análoga realizada por el NICE (NICE, 2015) (como se citó en ACIS, 2018). Esta guía del NICE publicada en el año 2015 incluyó 40 estudios que evaluaron la efectividad de las diferentes intervenciones psicológicas (NICE, 2015) (como se citó en ACIS, 2018).

1.8.1 TCC en el adulto

El modelo cognitivo-conductual constituye hoy en día la modalidad psicoterapéutica más estudiada e investigada en el campo de la psicología. Dentro de este modelo, destaca la Terapia Cognitiva, la cual supone una evolución del mismo, iniciada por Albert Ellis y consolidada por Aaron Beck a finales de los años 70, y que es la intervención que ha mostrado mayor utilidad en el tratamiento de la depresión.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es un tipo de terapia psicológica que se basa en la idea de que los pensamientos, sentimientos y comportamientos están interrelacionados, y que los patrones de pensamiento negativos pueden contribuir a problemas emocionales y de comportamiento. La TCC se centra en identificar y cambiar los patrones de pensamiento negativos y las creencias irracionales que pueden estar causando problemas emocionales y de comportamiento (Figuerola, G. 2002).

La TCC se utiliza para tratar una amplia variedad de problemas emocionales y de comportamiento, como la ansiedad, la depresión, el estrés, los trastornos alimentarios y los trastornos de la personalidad. La TCC utiliza técnicas como la reestructuración cognitiva, el modelado y la exposición gradual para ayudar a los pacientes a identificar y cambiar sus patrones de pensamiento negativos. La TCC es una terapia basada en la evidencia que ha demostrado ser efectiva en numerosos estudios clínicos. Ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión moderada en adultos, con resultados similares a los obtenidos con tratamiento farmacológico (ACIS, 2018).

1.8.2 Técnicas de la Terapia cognitiva conductual (TCC) en la depresión

Este enfoque terapéutico incluye una serie de técnicas de intervención que se podrían resumir en: técnicas conductuales (activación conductual, técnicas de afrontamiento), técnicas emotivas y técnicas de reestructuración cognitiva.

Las técnicas específicas utilizadas en la TCC para tratar la depresión incluyen la identificación de pensamientos negativos, el aumento de actividades agradables, la exposición gradual y la resolución de problemas.

A continuación, se presentan algunas técnicas específicas de la TCC que se utilizan para tratar la depresión:

1.8.2.1 Aspectos didácticos:

La TCC para la depresión tiene tres componentes básicos, siendo uno de ellos los aspectos didácticos. Los terapeutas ayudan a los pacientes a comprender cómo funciona la depresión y cómo los patrones de pensamiento negativos pueden contribuir a ella.

1.8.2.2 Técnicas cognitivas:

La TCC utiliza técnicas cognitivas para ayudar a los pacientes a identificar y cambiar los patrones de pensamiento negativos. Los terapeutas ayudan a los pacientes a identificar pensamientos negativos y a cuestionar su validez.

- **Técnicas conductuales:** La TCC también utiliza técnicas conductuales para ayudar a los pacientes a cambiar sus patrones de comportamiento. Los terapeutas ayudan a los pacientes a identificar comportamientos que pueden estar contribuyendo a la depresión y a desarrollar estrategias efectivas para cambiarlos.
- **Actividades agradables:** La TCC también se enfoca en aumentar las actividades agradables y placenteras en la vida del paciente. Los terapeutas ayudan a los pacientes a identificar actividades que disfrutan y a programarlas en su vida diaria.
- **El modelo ABC:** Es una técnica utilizada para ayudar a las personas a comprender el significado de sus reacciones ante la adversidad. El modelo ABC se compone de tres componentes que explican cómo una persona percibe un evento externo: adversidad, creencia y consecuencia (Ellis, 1979a). A continuación, se describen los componentes del modelo ABC en la TCC:

- Adversidad (A): Se refiere a los eventos externos que ocurren en la vida de una persona, como un problema en el trabajo o una discusión con un amigo.
- Creencia (B): Se refiere a las creencias irracionales o distorsiones cognitivas que una persona tiene sobre la adversidad. Estas creencias pueden ser negativas, exageradas o poco realistas.
- Consecuencia (C): Se refiere a las emociones y comportamientos que resultan de las creencias irracionales. Estas consecuencias pueden ser negativas, como la ansiedad o la depresión, o comportamientos disfuncionales, como la evitación o la agresión.
- La reconstrucción cognitiva: Es una técnica utilizada en la terapia cognitivo-conductual (TCC) para ayudar a las personas a cambiar sus patrones de pensamientos negativos y distorsionados. La reestructuración cognitiva se enfoca en identificar y cuestionar los pensamientos negativos y distorsionados que pueden estar contribuyendo a problemas emocionales y de comportamiento (Ellis, 1971). A continuación, se presentan algunas técnicas específicas de la formación cognitiva:
- Identificación de pensamientos negativos: La cognición cognitiva se centra en identificar los patrones de pensamientos negativos que pueden estar contribuyendo a problemas emocionales y de comportamiento. Los terapeutas ayudan a los pacientes a identificar y cuestionar estos pensamientos negativos ya reemplazarlos por pensamientos más realistas y adaptativos.
- Diálogo socrático: El diálogo socrático es una técnica utilizada en la construcción cognitiva para ayudar a los pacientes a cuestionar sus pensamientos negativos. Los terapeutas hacen preguntas para ayudar a los pacientes a examinar la evidencia que respalda sus pensamientos negativos ya considerar otras perspectivas.
- Flecha descendente: La flecha descendente es una técnica utilizada en la formación cognitiva para ayudar a los pacientes a identificar los pensamientos subyacentes que pueden estar contribuyendo a sus emociones y comportamientos. Los terapeutas

ayudan a los pacientes a identificar los pensamientos negativos ya seguirlos hasta su origen.

- **Intención paradójica:** La intención paradójica es una técnica utilizada en la formación cognitiva para ayudar a los pacientes a enfrentar sus miedos y ansiedades. Los terapeutas ayudan a los pacientes a enfrentar sus miedos de manera paradójica, es decir, a hacer lo contrario de lo que normalmente harían.

1.8.3 La intervención grupal

La Terapia Cognitivo-Conductual Grupal es una modalidad de terapia que se utiliza para tratar una amplia gama de problemas emocionales y de comportamiento. Se enfoca en problemas específicos y utiliza un enfoque con objetivos determinados. El objetivo de la terapia cognitiva grupal es aliviar las alteraciones emocionales mediante la modificación del pensamiento disfuncional (Beck et al., 2010).

Además, las sesiones de apoyo grupal tienen efectos positivos en los niveles de depresión, calidad de vida y motivación para el tratamiento. Es evidente que la terapia cognitivo-conductual grupal es un tratamiento eficaz para ayudar a las mujeres víctimas de violencia doméstica a mejorar su autoestima y disminuir los niveles de depresión (Habigzang et al., 2019). Por consiguiente, se mencionan algunas de las ventajas de la Terapia cognitivo-conductual grupal en mujeres víctimas de violencia doméstica, que incluyen:

- **Ambiente de solidaridad y cooperación:** La Terapia Cognitivo Conductual Grupal permite a las mujeres reconocer la problemática en un ambiente de solidaridad y cooperación. Esto puede ayudar a las mujeres a sentirse menos aisladas y más apoyadas en su proceso de recuperación (Villamarín et al., 2019).
- **Desarrollo de conductas asertivas y habilidades sociales afectivas:** La Terapia Cognitivo Conductual Grupal puede ayudar a las mujeres a desarrollar conductas asertivas y habilidades sociales afectivas. Esto puede ser especialmente útil para las

mujeres que han experimentado violencia doméstica, ya que pueden haber perdido la confianza en sí mismas y en sus habilidades sociales (Habigzang et al., 2019).

- Técnicas basadas en principios de aprendizaje y conducta: La Terapia Cognitivo Conductual Grupal utiliza técnicas basadas en principios de aprendizaje y conducta para lograr cambios de comportamiento y reestructuración cognitiva (Matud et al., 2004). Estas técnicas pueden ayudar a las mujeres a aprender nuevas formas de pensar y comportarse que les permitan recuperarse de la violencia doméstica.

Capítulo II

Marco Metodológico

2. Marco Metodológico

2.1 Planteamiento del problema

La depresión en mujeres víctimas de violencia es un tema complejo que involucra factores físicos, emocionales y sociales. La violencia doméstica puede tener efectos devastadores en la salud mental de las mujeres, y la depresión es una de las consecuencias comunes. Debido a los síntomas clínicos asociados con la violencia, muchas mujeres toman ansiolíticos o antidepresivos para sobrellevar el sufrimiento, en lugar de buscar ayuda psicológica, lo que puede generar un aumento en los síntomas (Zancan y Habigzang, 2018).

Es fundamental abordar la depresión en mujeres víctimas de violencia de manera integral. Esto implica ofrecer apoyo emocional, acceso a servicios de salud mental, asesoramiento y recursos para salir de situaciones de violencia. Las organizaciones de ayuda a las víctimas de violencia pueden desempeñar un papel crucial en proporcionar estos servicios y contribuir a la recuperación integral de las mujeres afectadas. Asimismo, el profesional de la salud juega un papel importante en la recuperación de mujeres víctimas de violencia al proporcionar un tratamiento integral que aborda tanto los síntomas depresivos como otras consecuencias psicológicas, además de ayudarles a recuperarse y reconstruir sus vidas. Es por ello que, en este estudio investigativo, nos centraremos en la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual Grupal, que ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de la depresión, ya que ofrece la oportunidad de crear un entorno de apoyo en el que los participantes puedan aprender y practicar habilidades de afrontamiento efectivas, al mismo tiempo que se benefician del apoyo y la comprensión de sus compañeros de grupo.

2.1.1 Formulación del problema

Con base en lo planteado sobre la naturaleza del problema y su relevancia, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de efectividad de la terapia cognitivo-conductual grupal en la reducción de los síntomas de la depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz, año 2023?

2.2 Justificación

El estudio se llevó a cabo en un Centro de Salud en la ciudad de Panamá, con el objetivo principal de demostrar la eficacia del programa de tratamiento cognitivo-conductual grupal para disminuir los síntomas de depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica. La investigación tuvo como meta que las participantes aprendieran a identificar sus síntomas y la tríada cognitiva de la depresión, compuesta por la visión negativa de sí mismas, de los demás y del futuro. Además, se buscó que reconocieran sus esquemas cognitivos y errores en el procesamiento de la información que pudieran desencadenar la depresión. Asimismo, se presentó una alternativa de intervención como posibles soluciones para abordar el problema de la depresión y así generar un impacto positivo en la sociedad y en las familias, siendo estas las más afectadas cuando uno de sus miembros presenta síntomas depresivos. Con la implementación de este programa, se buscó el desarrollo físico, emocional, social y la adherencia al tratamiento médico de las participantes.

La investigación contribuyó a las innovaciones y avances en psicología clínica. Además, permitió la generación de conocimientos y un mejor uso de herramientas en las intervenciones de terapia cognitivo-conductual grupal, permitiendo que los tratamientos psicológicos sean más eficaces y accesibles para todas las personas que lo necesiten. Con los resultados de este estudio, se beneficiaron las mujeres que participaron, sus familias y las comunidades aledañas, especialmente la institución de salud y los casos referidos al centro de salud.

2.3 Objetivos de la investigación

2.3.1 Objetivo general

Demostrar la efectividad de la terapia cognitiva conductual grupal en la reducción de los síntomas de depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.

2.1.1 Objetivos específicos

- Identificar los síntomas de depresión en las mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al centro de salud.
- Aplicar la terapia cognitiva conductual grupal para reducir los síntomas de depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al centro de salud.
- Determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la reducción de síntomas de depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al centro de salud.

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis General

La terapia cognitiva conductual grupal será efectiva para reducir los síntomas de depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al centro de Salud.

2.4.2 Hipótesis Estadística

H₀: La Terapia Cognitiva Conductual grupal no es efectiva para disminuir los síntomas de depresión en las mujeres víctimas de violencia doméstica que asistan al centro de salud.

$$H_0: \bar{X}_2 = \bar{X}_1$$

H₁: La Terapia Cognitiva Conductual grupal sí es efectiva para disminuir los síntomas de depresión en las mujeres víctimas de violencia doméstica que asistan al centro de salud.

$$H_1: \bar{X}_2 \neq \bar{X}_1$$

2.5 Variables de investigación

2.5.1 Variable independiente:

Terapia Cognitiva Conductual Grupal

2.5.1.1 Definición conceptual de la variable independiente

La terapia cognitiva conductual grupal es un tratamiento psicológico organizado, sistemático, que enseña a las personas a cambiar los pensamientos, creencias y actitudes que juegan un papel importante en los estados emocionales negativos, como por ejemplo la ansiedad o la depresión. (Clark & Beck, 2012).

2.5.1.2 Definición operacional de la variable independiente

Esta terapia cognitivo conductual grupal está definida como una intervención para disminuir los síntomas de depresión en mujeres víctimas de la violencia doméstica. Se estableció un tratamiento de 12 sesiones con una duración de 50 a 60 minutos 2 veces por semana. Esta terapia es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas o en este caso la depresión (Puerta Polo, 2011). Es por ello que, durante la aplicación del programa (anexo 15), se tomó en cuenta la evolución pertinente de cada una de las mujeres que participaron

en la investigación, cumpliendo con cada uno de los objetivos psicoterapéuticos de cada una de las sesiones.

2.5.2 Variable dependiente

Depresión

2.5.2.1 Definición conceptual de las variables dependiente

La Depresión es un “trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2017).

2.5.2.2 Definición operacional de la variable dependiente

Con la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), se solicitó a cada una de las participantes que respondiera el cuestionario de 21 ítems. Con la siguiente instrucción, se les pidió que en cada uno de los 21 apartados marcaran con una cruz a la izquierda la frase que mejor reflejara su situación durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Los puntajes proporcionaron un resultado clínico sobre el nivel de depresión de cada una de las participantes.

Los puntos totales que nos ayudaron a evaluar los niveles de depresión fueron los siguientes: de 0 a 10, considerado normal; 11-16, ligero trastorno emocional; 17-20, depresión clínica borderline; 21-30, depresión moderada; 31-40, depresión severa; y más de 40, depresión extrema (Beck A., 1961). Los puntajes tenidos en cuenta fueron aquellos entre 17 y más de 40, indicándonos aspectos fundamentalmente cognitivos que tomamos como referencia para proceder con la terapia.

En las sesiones, se abordaron los síntomas depresivos, teniendo en cuenta que la depresión es un estado de tristeza que genera desinterés en actividades sociales y laborales, además de un sentido de desesperanza, ya sea justificado o injustificado, en una persona en el

contexto social en el que se desenvuelve (Cosgaya & Otros, 2014). Al conocer la posibilidad de que otras personas también enfrentan los mismos problemas y tienen experiencias similares, las pacientes pudieron expresar de manera grupal lo que les aqueja. De esta manera, pudieron desarrollar nuevas habilidades para relacionarse con los demás, promoviendo la empatía y el sentido de pertenencia, factores que se consideraron al trabajar la depresión de manera grupal (Antonacci, 2020).

2.6 Tipo de investigación

El estudio "Eficacia de la terapia cognitivo-conductual grupal para la disminución de síntomas depresivos en mujeres víctimas de violencia doméstica" se llevó a cabo con un enfoque cuantitativo, ya que este método se utiliza "para la recolección de datos con el fin de probar una hipótesis mediante la medición numérica y el análisis estadístico, y para establecer pautas de comportamiento que respalden teorías" (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). Además, parte de una idea que se va delimitando y una vez definida, se derivan los objetivos y preguntas de investigación, se examina la literatura y se construye un marco o perspectiva teórica.

Asimismo, su diseño es de tipo explicativo, ya que su punto de interés fue "explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o por qué se relacionan dos o más variables" (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006). Aquí, la investigadora va más allá de la descripción de fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos, es decir, se dirige a responder a las causas de los eventos físicos o sociales.

2.7 Diseño de investigación

La investigación se llevó a cabo utilizando un diseño cuasiexperimental. A diferencia de los experimentos convencionales, en este caso, se tuvo una mínima o nula intervención en las variables externas y no se incluyó un grupo de control (Bernal, 2010). Las mediciones se realizaron antes y después de la aplicación del tratamiento en la muestra. Los diseños cuasiexperimentales se definen como "un plan de investigación que busca evaluar el impacto

de tratamientos y/o procesos de cambio en situaciones donde los sujetos o unidades de observación no han sido asignados de manera aleatoria" (Arnau, 1995).

Este diseño se basa específicamente en el modelo de pretest y posttest de un solo grupo, tal como lo propusieron Cook & Campbell (1979). Este diseño se caracteriza por tener un único grupo de estudio (O), en el que se realiza una observación inicial (O₁), seguida de otra posterior (O₂), después de haber aplicado una intervención (X). Dado que solo hay un grupo de sujetos, no hay asignación al azar (NE).

$$O_1 \times O_2$$

De acuerdo al diagrama anterior se aplicó dos veces el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) como pre-test y pos-test, siendo el pre-test (O₁) una prueba previa al tratamiento, luego el tratamiento y finalmente se aplicó un post-test (O₂) posterior al estímulo o tratamiento (X). En este diseño existe un punto de referencia inicial para ver qué nivel tenía el grupo en la variable dependiente antes del estímulo (Hernández, 2014), es decir, el nivel de la manifestación de estados depresivos antes y después de aplicar el tratamiento.

2.8 Población y muestra

2.8.1 Población

La población de estudio estuvo conformada por 50 mujeres víctimas de violencia doméstica que fueron remitidas a la consulta psiquiátrica durante el primer trimestre del año 2024.

2.8.2 Muestra

La muestra estuvo compuesta por 15 mujeres con edades comprendidas entre los 18 a 45 años, quienes eran víctimas de violencia doméstica y presentaban síntomas depresivos. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando participantes en función de su accesibilidad y cumplimiento de los criterios de inclusión establecidos.

2.8.2.1 Criterio de inclusión

- Que sean mujeres
- Que sean víctima de violencia doméstica entre el rango de edad de 18 a 45 años.
- Que tengan síntomas depresivos, pero sin tratamiento farmacológico.
- Que asistan al centro de salud.
- Que las agresiones verbales, físicas y psicológicas sean ocasionadas únicamente por su cónyuge o ex-cónyuge.
- Que firme el consentimiento de manera voluntaria.

2.8.2.2 Criterios de exclusión

- Que estén diagnosticada con un trastorno de la personalidad.
- Que estén recibiendo tratamiento psicológico individual.
- Que las agresiones verbales, físicas y psicológicas sean ocasionadas por otro familiar que no sea su cónyuge o ex-cónyuge.
- Que estén tomando medicamentos antidepresivos.
- Que sean menores de 18 años o mayores de 45 años.
- Que tengan alguna discapacidad física, auditiva o intelectual.

2.8.3 Instrumento de recopilación de información

2.8.3.1 Entrevista clínica

Se empleó una Entrevista Clínica semiestructurada para recopilar información detallada de las pacientes, incluyendo su historia clínica, familiar y personal lo que nos permitió elaborar una ficha psicológica de cada una de las pacientes (anexo 16), dicha entrevista fue tomada de un modelo de la universidad UGMEX en México.

El guion de la entrevista semiestructurada está formado por áreas concretas, dentro las cuales el entrevistador puede hacer las preguntas que le parezcan oportunas, siguiendo algún tipo de orientación algo detallada (Perpiñá, C. 2012).

Además, se llevaron a cabo consultas bibliográficas e investigaciones de campo para facilitar la recopilación de toda la información primaria de las participantes (Puerta Polo, Vanessa & Padilla Díaz, 2011).

2.8.3.2 Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

También se empleó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el cual se aplicó dos veces como pretest y posttest. El pretest se llevó a cabo en una sesión previa, mientras que el posttest se aplicó en una sesión posterior. El intervalo entre el pretest y posttest fue de 8 semanas.

Este instrumento es de tipo autoinforme y consta de 21 ítems, diseñado para medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. Su área de aplicación abarca la Psicología Clínica, Forense y Neuropsicología. La administración puede ser individual o colectiva, con un tiempo de aplicación generalmente de 10 a 15 minutos. Es importante tener en cuenta que los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos pueden requerir más tiempo que el promedio (Beck, Steer, & Brown, 2006).

El Inventario de Depresión de Beck es una herramienta psicológica en forma de prueba diseñada para evaluar la gravedad del nivel de depresión en adolescentes y adultos. Es una de las pruebas más comunes en la práctica clínica debido a su elevada fiabilidad y la capacidad para diferenciar a los pacientes con un trastorno depresivo mayor de aquellos que simplemente presentan un ánimo bajo (Sabater, 2019).

Las cifras de fiabilidad del BDI en un estudio fueron altas, tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total). Los índices de validez convergente del inventario con respecto a la Escala Autoaplicada de la Depresión de Zung (Zung, 1965) también fueron altos, con correlaciones que oscilaron entre 0,68 y 0,89 para dos subgrupos diferentes de la muestra total. La validez discriminante del

BDI respecto a diversos rasgos específicos de ansiedad medidos con autoinformes (ansiedad social, evaluativa, interpersonal y a los exámenes) fue aceptable, con correlaciones relativamente bajas que oscilan entre 0,11 y 0,45. No se encontraron diferencias entre sexos ni entre grupos de edad en la puntuación total del inventario, por lo que se ofrecen puntuaciones normativas para la muestra total (Sanz & Vázquez, 1998).

Ficha Técnica

- **Nombre:** Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
- **Nombre Original:** Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)
- **Autores:** Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
- **Autor de la adaptación española:** Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent

Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.

- **Fecha de la publicación de la adaptación española:** 2011
- **Área de Aplicación:** Psicología clínica, forense y Neuropsicología
- **Administración:** Individual y colectiva.
- **Duración:** Entre 5 a 10 minutos
- **Aplicación:** 13 años en adelante.
- **Formato de Aplicación:** Tipo Likert
- **Número de Ítems:** 21
- **Finalidad:** Medir la severidad de depresión en adultos y adolescentes a través de la evaluación de los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos en el Manual Diagnóstico y Estadísticos de trastornos Mentales – Quinta Edición.

- **Material:**
 - Manual con normas de aplicación y corrección e interpretación.
 - Ejemplar de la Prueba.

- Lápiz y borrador.

2.9 Análisis estadísticos de los resultados

Para el análisis estadístico y la prueba de hipótesis de los datos presentados, se empleó el programa estadístico IBM SPSS en su versión veinticinco (25). Asimismo, se utilizó Excel para realizar la captura de datos y crear las tablas y gráficos correspondientes.

Luego de la implementación del programa de intervención y del análisis de los datos obtenidos, se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk para determinar la normalidad de la distribución de los datos. Esto permitió el uso de pruebas t de Student para muestras relacionadas, las cuales son apropiadas cuando la muestra sigue una distribución normal y posibilitan la comparación de medias de dos mediciones realizadas en una misma unidad.

Esta técnica de análisis estadístico permitió observar los cambios en las pacientes al comparar las mediciones obtenidas antes de la intervención con las obtenidas después de la misma.

Al aplicar la prueba correspondiente a la muestra, se seguirá el siguiente criterio para determinar la significancia de las diferencias, utilizando un nivel de significancia de 0.05.

Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza la hipótesis nula (H_0); si $p > 0.05$, se acepta la hipótesis nula (H_0).

2.10 Marco ético

Este estudio fue diseñado cumpliendo con los derechos humanos y las normas éticas, tanto nacionales como internacionales. Este estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá (CBUP), en nuestro país e institución, es la autoridad encargada de realizar esta revisión. Los datos de los participantes se mantendrán bajo

confidencialidad y en anonimato, para que no se pueda identificar al participante y de esta manera tomar en cuenta los derechos de cada uno.

En dicho trabajo los resultados obtenidos del "Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)" se conservarán en confidencialidad y serán expresados de manera general y no se detallará qué resultados pertenecen a cada persona. También es importante señalar que, respetando los derechos de las personas participantes, se les dará acceso a todos los participantes, sus resultados individuales, una vez culmine el proceso de investigación. Los datos del comité encargado de realizar la supervisión son: Dra. Alicia I. Torres M, directora y los miembros del comité. Cuyo contacto es comitebioetica.invup@up.ac.pa

2.11 Procedimiento

Los datos se recopilaron mediante una entrevista realizada en un salón amplio proporcionado por el Centro de Salud, con una buena iluminación y comodidad. Previamente, se les presentó el consentimiento informado como parte de los criterios de inclusión de este estudio, el cual fue firmado por cada una de las participantes. Posteriormente, se administró el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) como medida de pretest, seguido de una entrevista para recopilar información general sobre la historia familiar y personal de cada paciente.

La dinámica terapéutica consistió en 12 sesiones, distribuidas a lo largo de dos (2) días semanales, específicamente los martes y jueves, con una duración de una (1) hora por sesión. Estas sesiones se llevaron a cabo en el salón proporcionado por el Centro de Salud de Alcalde Díaz, iniciando a las 8:00 AM y finalizando a las 9:00 AM. El grupo estuvo compuesto por quince (15) mujeres, y se respetaron las medidas de bioseguridad de la institución, incluyendo el uso de mascarillas y gel alcoholado durante todo el período de las sesiones, en consideración de las normativas vigentes en las instituciones de salud.

Esta intervención de tipo cognitivo-conductual incluyó dinámicas, videos, talleres, estudio de casos, etc., todos enfocados en cada sesión establecida. Todo esto se llevó a cabo con la finalidad de demostrar su eficacia. Al concluir la última sesión, se llevó a cabo una sesión

posterior donde se aplicó nuevamente el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) como post-test.

Para llevar el procedimiento se siguieron los siguientes pasos:

1. Obtener las autorizaciones respectivas del MINSA, Universidad de Panamá (UP), así como la aprobación del comité de Bioética (CBUP) e Investigación de esta institución.
2. Una vez obtenida la autorización definitiva, se solicitó el permiso a la directora de la región de salud de Panamá Norte y a la directora del Centro de Salud.
3. Se reunieron las participantes que habían sido remitidas a psiquiatría en los primeros 3 meses del año tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión por la investigadora principal (Psicóloga Amarilis González Rodríguez de Centella).
4. Se realizó la entrevista de forma individual con aquellas participantes que accedían voluntariamente al tratamiento y cumplían los criterios de inclusión para formar parte del estudio.
5. Posteriormente se les estuvo presentando el consentimiento informado, el cual fue firmado por cada una de los participantes del estudio en la investigación presente.
6. Se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), en donde se organizaron dichas medidas y se archivaron con seguridad y cuidado para su contraste posterior con la próxima aplicación.
7. Una vez obtenidos estos datos, se establece junto a las 15 participantes, el calendario con las fechas y hora para realizar las 12 sesiones.
8. Se inició la intervención, de doce sesiones distribuidas dos veces por semana, al finalizar las sesiones se aplicó nuevamente el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).
9. Se procedió a realizar la entrega de resultados a las participantes del estudio.

10. Se elaboró una hoja de Microsoft Excel con todos los datos y resultados de las pruebas de los participantes para ser tabulada al igual que su registro en el paquete estadístico IBM SPSS 25.
11. La información se plasmó en una matriz de datos en el programa estadístico IBM SPSS 25, guardándose para su análisis con las medidas previas y posterior, de igual forma se guardó en una plantilla en Microsoft Excel para la creación de gráficas y tablas.
12. Se elabora la discusión de los resultados, conclusiones y las recomendaciones.
13. El proyecto es revisado y posterior a su aprobación, se procede a cumplir con los pasos para realizar la exposición de los resultados.

Capítulo III

Presentación y análisis de los resultados

Se examinó el conjunto de datos con el propósito de obtener conclusiones que respaldarán la toma de decisiones y aumentarán el conocimiento sobre el efecto de la aplicación del Programa de Tratamiento Cognitivo Conductual Grupal para la disminución de síntomas depresivos en mujeres víctimas de violencia doméstica, específicamente aquellas que acuden al centro de salud del estudio. En este análisis, los datos de los puntajes de los síntomas depresivos dentro del programa estadístico se sometieron a pruebas para obtener conclusiones precisas que contribuyeran al logro de los objetivos planteados.

El análisis de los datos incluyó estadísticas descriptivas como la tabulación de frecuencias y porcentajes de la muestra seleccionada, así como pruebas de hipótesis. Para el análisis paramétrico después de haber aplicado el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) como pretest y posttest, se utilizó la Prueba de t de Student para muestra relacionada, empleando el software estadístico IBM SPSS en su versión veinticinco (25).

Se optó por la Prueba de t de Student para muestra relacionada debido a que la muestra cumplía con una distribución normal.

3.1 Datos sociodemográficos

Descripción de los sujetos de esta investigación: a continuación, detallamos las características de la muestra, la cual estuvo constituida por quince (15) personas, mujeres de 18 a 45 años de edad.

Tabla 1

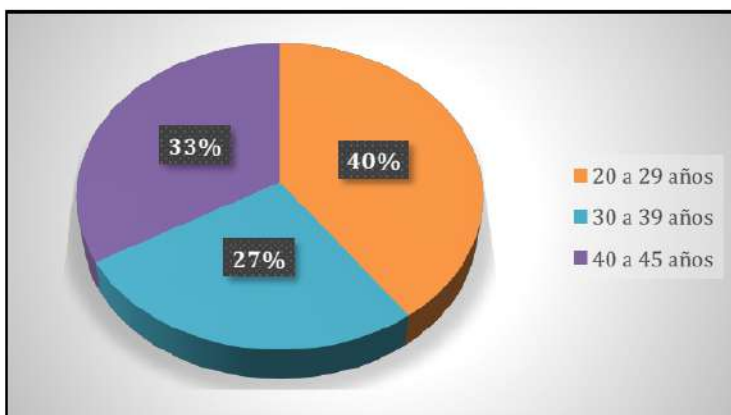
Distribución de frecuencia por edad en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 a 29 años	6	40
30 a 39 años	4	27
40 a 45 años	5	33
Total	15	100

Fuente: Elaborado por González (2024)

Gráfica 1

Distribución porcentual por edad en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.



Fuente: Elaborado por González (2024)

En cuanto a la variable edad, como podemos apreciar en la tabla y grafica 1, se observa que la muestra estaba constituida por 15 participantes del sexo femenino con una edad promedio de 32.8, de la cual 6 de ellas se ubican en un rango de edad 20 a 29 lo que equivale a un porcentaje de 40%; 4 participantes en un rango de edad de 30 a 39, con un porcentaje de 27%; y 5 de ellas se ubican en el rango de 40 a 49, con un porcentaje de 33%, siendo 20 a 29 años el rango con mayor frecuencia.

Tabla 2

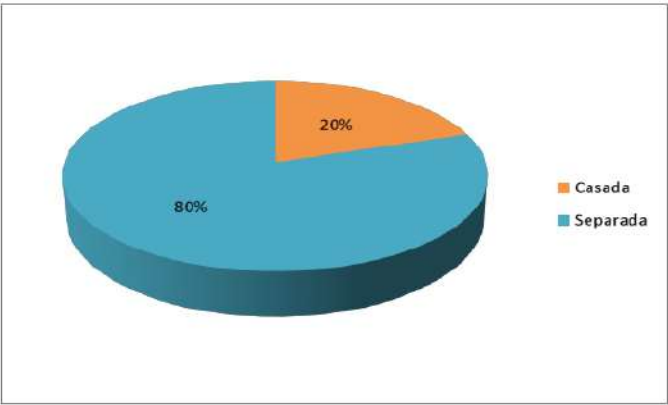
Distribución de frecuencia por estado civil en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	3	20
Separada	12	80
Total	15	100

Fuente: *Elaborado por González (2024)*

Gráfica 2

Distribución porcentual de estado civil en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.



Fuente: *Elaborado por González (2024)*

En relación al estado civil, como podemos observar en la tabla y grafica 2, 12 de las víctimas que corresponde al 80% están separada, es decir ya no tienen ningún vínculo con el agresor y 3 de ellas que corresponde al 20% aún están en el proceso de divorcio por lo que legalmente aún están casada con el agresor.

Tabla 3

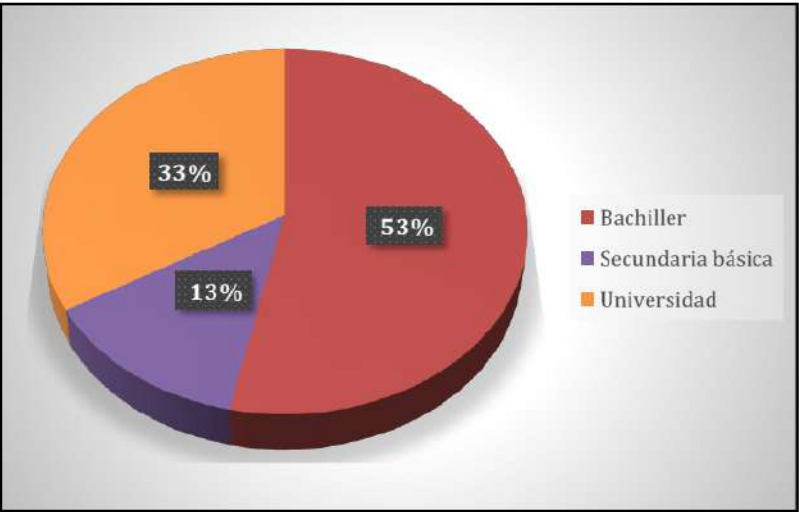
Distribución de frecuencia por nivel de escolaridad en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Bachiller	8	53.33
Secundaria básica	2	13.33
Universidad	5	33.33
Total	15	100

Fuente: *Elaborado por González (2024)*

Gráfica 3

Distribución porcentual por nivel de escolaridad en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.



Fuente: *Elaborado por González (2024)*

Con respecto a la variable escolaridad, como podemos ver en la tabla y grafica 3, que 8 de las participantes que equivale al 53% tienen un bachiller completo, 5 de ellas que equivale al 33% son universitarias y 2 de ellas que equivale al 13% mantienen una educación básica.

Tabla 4

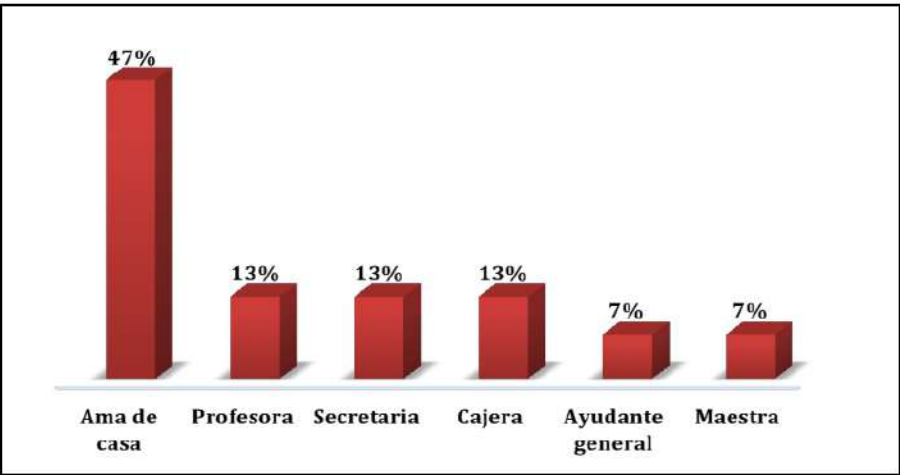
Distribución de frecuencia atendiendo la ocupación en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.

Ocupación	Frecuencia	Porcentajes
Ama de casa	7	47
Profesora	2	13
Secretaria	2	13
Cajera	2	13
Ayudante general	1	7
Maestra	1	7
Total	15	100

Fuente: *Elaborado por González (2024)*

Gráfica 4

Distribución porcentual por ocupación en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.



Fuente: *Elaborado por González (2024)*

En cuanto a la ocupación, podemos observar en la tabla y grafica 4, que 7 de las participantes que equivale al 47% son amas de casa, 2 de ellas que corresponde al 13% son Profesoras en colegios, de igual manera hay 2 que se ubican en el 13% que ejercen funciones de secretaria y 2 de ellas ubicadas en el 7%, en donde una ejerce funciones de ayudante general y la otra es maestra es una escuela primaria.

Tabla 5

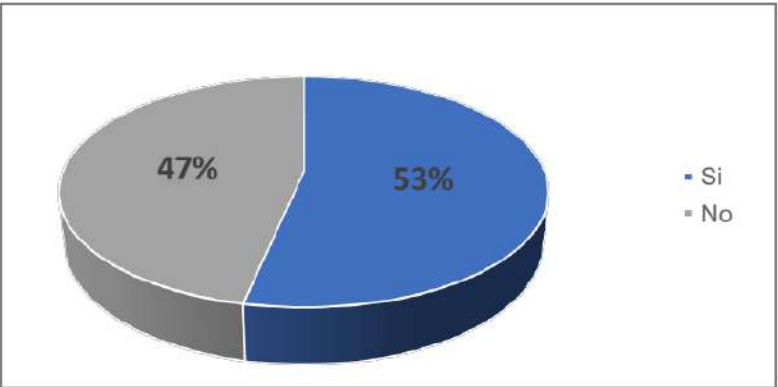
Distribución de frecuencia sobre los antecedentes familiares de depresión en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.

Antecedentes familiares con Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	53
No	7	47
Total	15	100%

Fuente: *Elaborado por González (2024)*

Gráfica 5

Distribución porcentual sobre los antecedentes familiares de depresión en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz.



Fuente: *Elaborado por González (2024)*

En relación a los antecedentes familiares de depresión, podemos evidenciar en la tabla y grafica 5, que 8 de las participantes que corresponden al 53% si han tenido familiares con depresión y que 7 de ellas que corresponden al 47% indican no tener antecedentes familiares de depresión.

3.2 Análisis de los resultados de la muestra

A continuación, se describe el comportamiento de la muestra de estudio en relación con nuestra variable de investigación, que es la depresión.

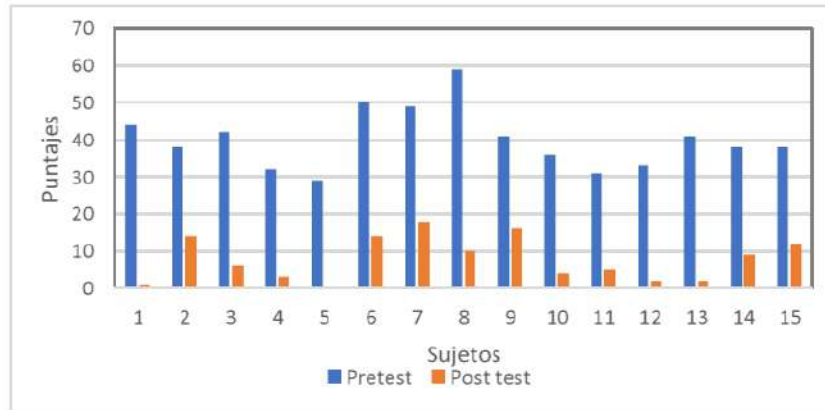
Tabla 6
Distribución de los puntajes del pretest y post test de síntomas depresivos en el Inventario de depresión de Beck (BDI-II).

Sujeto	Pretest	Nivel en el Pretest	Post test	Nivel en el Post test
Sujeto 1	44	Grave	1	Mínima
Sujeto 2	38	Grave	14	Leve
Sujeto 3	42	Grave	6	Mínima
Sujeto 4	32	Grave	3	Mínima
Sujeto 5	29	Grave	0	Mínima
Sujeto 6	50	Grave	14	Leve
Sujeto 7	49	Grave	18	Leve
Sujeto 8	59	Grave	10	Leve
Sujeto 9	41	Grave	16	Leve
Sujeto 10	36	Grave	4	Mínima
Sujeto 11	31	Grave	5	Mínima
Sujeto 12	33	Grave	2	Mínima
Sujeto 13	41	Grave	2	Mínima
Sujeto 14	38	Grave	9	Mínima
Sujeto 15	38	Grave	12	Mínima
Media	40.067	Depresión Grave	7.733	Depresión Mínima

Fuente: *Elaborado por González (2024)*

Gráfica 6

Distribución de los puntajes del pretest y post test de síntomas depresivos en el Inventario de depresión de Beck (BDI-II).



Fuente: Elaborado por González (2024)

De acuerdo con los datos presentados en la tabla y la gráfica 6, durante la aplicación del pretest (BDI-II), todas las pacientes mostraron un puntaje promedio de 40.067, lo que indica un nivel de depresión grave. Sin embargo, en el posttest, el estado depresivo disminuyó significativamente a un puntaje promedio de 7.733, lo que sugiere la ausencia de depresión.

Tabla 7

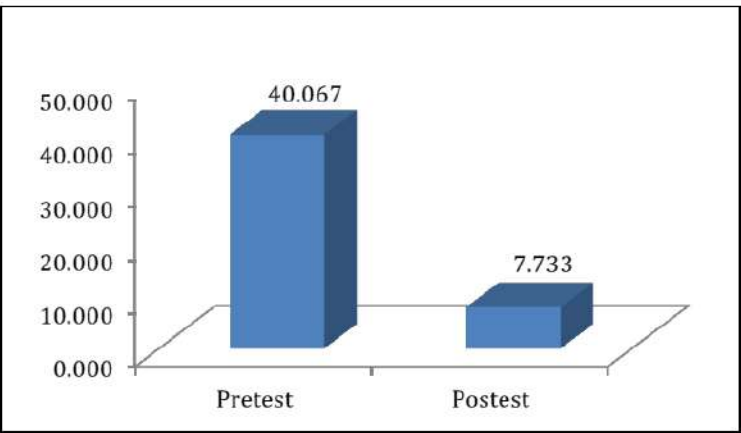
Estadístico descriptivo del Pretest y Postet del Inventario de Depresión de Beck II aplicado a una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz

	Pretest	Postest	Diferencia
Media	40.067	7.733	-32.333
Desviación estándar	8.0487	5.9458	
Media de error estándar	2.0782	1.5352	
N	15	15	

Fuente: *Elaborado por González (2024)*

Gráfica 7

Puntuación media de depresión pretest vs postest



Fuente: *Elaborado por González (2024)*

Tras la intervención, utilizamos el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) para evaluar a las participantes. Antes de la intervención grupal, las puntuaciones medias de depresión fueron de 40.067. Después de completar las 12 sesiones, volvimos a medir la variable y obtuvimos una puntuación media de depresión de 7.733. Esta diferencia de 32.333 puntos indica una disminución significativa en los niveles de depresión. Posteriormente, sometimos esta diferencia a una prueba de hipótesis para determinar su significancia.

Prueba de normalidad

Para determinar qué estadístico vamos a utilizar para someter a prueba nuestra hipótesis, primero debemos hacer una prueba de normalidad. Como nuestros datos de la muestra que utilizamos son menores de 50 (15), entonces para validar nuestra prueba de normalidad vamos a utilizar la prueba de Shapiro Wilk, que es la que se utiliza cuando la muestra es ≤ 50 .

Tabla 8

Pruebas de normalidad

Shapiro-Wilk			
	Estadístico	gl	Sig.
Pretest	.943	15	.421
Posttest	.925	15	.230
Diferencia	.906	15	.118

Fuente: *Elaborado por González (2024)*

Dado que el valor obtenido para la prueba de normalidad es de 0.118, superior al nivel de significancia de 0.05, no podemos rechazar la hipótesis nula de normalidad. Esto indica que nuestros datos siguen una distribución normal. Por consiguiente, utilizaremos la prueba estadística de la T de Student para muestras relacionadas para poner a prueba nuestra hipótesis

3.3 Pruebas de hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

La terapia cognitiva conductual grupal será efectiva para reducir los síntomas de depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al centro de Salud.

3.1.2 Hipótesis estadísticas

H₀: La Terapia Cognitiva Conductual grupal no es efectiva para disminuir los síntomas de depresión en las mujeres víctimas de violencia doméstica que asistan al centro de salud.

$$H_0: \bar{X}_2 = \bar{X}_1$$

H₁: La Terapia Cognitiva Conductual grupal sí es efectiva para disminuir los síntomas de depresión en las mujeres víctimas de violencia doméstica que asistan al centro de salud.

$$H_1: \bar{X}_2 \neq \bar{X}_1$$

Prueba estadística: Prueba t de Student para muestra relacionada

Nivel de significancia: α 0.05

Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 , Si $p > 0.05$ se acepta H_1

Resultados

Tabla 9

Prueba de muestras emparejadas.

	Diferencia de Media	Desviación estándar	Media de error estándar	t	gl	Sig.
Pretest vs posttest	32.3333	7.0879	1.8301	17.668	14	.000

Fuente: *Elaborado por González (2024)*

Con relación a la prueba de hipótesis que vimos en el descriptivo, notamos una disminución de 32.3333 según el Inventario de depresión Beck (BDI-II), lo que nos da una significancia de 0.00. Como la significancia calculada es menor que 0.05 existe evidencia suficiente de la muestra para rechazar H_0 y concluir que las puntuaciones medias de depresión en un grupo

de mujeres víctimas de violencia doméstica, la Terapia Cognitivo conductual grupal es efectiva para disminuir los síntomas de depresión.

Decisión De acuerdo a los resultados obtenidos tenemos una significancia de $p = 0.000$, que es menor al valor $\alpha = 0.05$, por lo que hay suficiente evidencia para rechazar la H_0 y aceptar la H_1 , esto indica que, si hay diferencia significativa entre los puntajes del pretest y posttest después de aplicada la Terapia Cognitiva Conductual grupal en un grupo de 15 mujeres víctimas de violencia domestica que sufrían depresión.

Capítulo IV

Discusión de los resultados

La presente investigación tuvo como objetivo principal demostrar el nivel de efectividad de la terapia cognitiva conductual grupal en la reducción de los síntomas de depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz en el año 2023.

Esta investigación surge debido al incremento de los casos de violencia en este sector de Panamá. En su mayoría, estas mujeres no cuentan con un seguro social y deben acudir a las instituciones, como el centro de salud, para recibir seguimiento a sus problemas. Además, existe una necesidad de crear programas de intervención psicológicos para tratar la depresión, dado el aumento de la violencia doméstica. Esto coincide con lo mencionado por la OMS (2021), que refiere la incidencia de la depresión en mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja, una tendencia que actualmente se está volviendo más notoria. Este hecho brinda un respaldo válido para afirmar que nuestra intervención del programa cognitivo conductual grupal para la depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica fue necesaria.

El impacto de la intervención grupal fue positivo, a pesar de que la muestra era heterogénea en edad, nivel de escolaridad y ocupación. La violencia afecta a las mujeres de todas las edades, al igual que la depresión. En relación a esta idea, Vásquez (2020) menciona que esta última se presenta con mayor frecuencia en mujeres que se encuentran en la edad media de la vida, variando los porcentajes en nuestra muestra, ya que el 40% se dio en el rango de edad de 20-29 años y un 33% en el rango de edades de 40 a 49, como lo menciona el anterior investigador.

Por otro lado, en antecedentes familiares con depresión, fue un 53% de las participantes que tenían familiares con antecedentes de depresión y un 47% las que no tenían. Sin embargo, a pesar de ello, los resultados demuestran la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual Grupal para disminuir los síntomas depresivos.

Nuestro enfoque grupal favoreció significativamente a estas participantes, como lo demuestra Lacomba et al. (2021). El formato grupal mejoró la eficiencia del trabajo, permitiéndonos llegar a un mayor número de pacientes con menores recursos temporales, espaciales y personales. Esto redujo el tiempo de espera en las consultas y el espacio entre sesiones. Además, se promovió la percepción de sus propias dificultades al ser expresadas por otra persona con la que no mantienen una vinculación emocional, lo que les permitió comprenderse mejor, según lo menciona Poves et al. (2010). El apoyo grupal facilita una mejoría en el estado del paciente, quien irá afrontando situaciones que puede generalizar en su vida diaria, adquiriendo recursos de afrontamiento activo que deberá poner en práctica fuera del grupo.

Asimismo, se ha demostrado que las intervenciones individuales han sido eficaces para disminuir los síntomas de depresión, como lo evidencia Cortez (2022) en su investigación con una paciente de 35 años. En ella, detalla que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como plan terapéutico fue el más idóneo para reducir la problemática de depresión que la paciente había experimentado durante tres meses antes de la intervención. Resaltó la factibilidad del trabajo psicológico que se logró de manera positiva y oportuna debido a la colaboración y compromiso de la paciente con el tratamiento, obteniendo excelentes resultados en la mejora de su calidad de vida tanto a nivel personal como social.

Los resultados evidencian la reducción de la sintomatología depresiva mediante la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual grupal como programa de intervención donde se observaron resultados favorables, expresados por las participantes al final de las sesiones. El objetivo se alcanzó a través de 12 sesiones grupales, mostrando resultados que respaldan la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en la disminución de síntomas depresivos. Nuestros hallazgos corroboran investigaciones previas realizadas por autores como Acevedo y Gélvez (2018), Ballesteros (2018), Berrío (2019), Espinosa (2019), Jaime (2019), quienes llevaron a cabo intervenciones para tratar la depresión con un enfoque de TCC para reducir las sintomatologías depresivas. Además, estos resultados concuerdan con lo mencionado

por Espinosa, A. (2017) en su investigación, donde señala que la intervención en terapia cognitiva es eficaz para reducir los síntomas depresivos en los pacientes participantes.

El primer objetivo específico consistió en identificar los síntomas de depresión en las mujeres víctimas de violencia doméstica participantes en la investigación. A través de las puntuaciones iniciales obtenidas del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), se determinó que los puntajes oscilaban en el rango de 29 a 63, indicando una depresión grave. Los síntomas manifestados incluyeron tristeza, desesperanza, desinterés, pérdida de placer, culpa, pérdida del apetito, preocupaciones, insomnio, fatiga, entre otros. Estos hallazgos coinciden con lo mencionado por Espinosa (2020), quien señala que, al inicio de la intervención, los 10 participantes mostraban desinterés, pérdida de placer, culpa, preocupación excesiva, debilidad, pensamientos automáticos, tristeza, desesperanza y disminución del apetito.

Además, Generali (2020) en su estudio concluye que los síntomas de depresión y las repercusiones psicológicas resultantes de la violencia doméstica contribuyen a la frecuente manifestación de este trastorno del estado de ánimo en edades activas. La depresión en mujeres de edades activas es un tema ampliamente estudiado en la literatura científica. Es fundamental proporcionar atención psicológica oportuna y desarrollar estrategias para prevenir la violencia doméstica. En este contexto, Golding (1999) establece que las mujeres maltratadas presentan síntomas depresivos en hasta un 83% de los casos.

En relación al segundo objetivo, que buscaba reducir los síntomas de depresión en las participantes mediante la aplicación de la terapia cognitiva conductual grupal, se observó una mejora en los síntomas al finalizar la terapia en comparación con el inicio de la intervención. Estos resultados guardan coherencia con las conclusiones de Espinosa A. (2017) en su investigación realizada en Panamá, donde las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck disminuyeron al concluir la intervención en comparación con el inicio. Al finalizar, las participantes mostraron visiones más positivas de sí mismas, del presente y del

futuro, con esquemas de pensamiento más adecuados, lo que contribuyó a la mejora de sus síntomas.

Esto se alinea con los hallazgos de Flores et al. (2014) en su intervención para pacientes con depresión, quienes encontraron diferencias significativas en las medidas. La puntuación media de depresión disminuyó de 19.87 a 4.5 al finalizar la intervención, evidenciando una mejora significativa.

El tercer objetivo específico buscaba determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la reducción de síntomas de depresión en mujeres víctimas de violencia. Al inicio, obtuvimos una puntuación media de 40.067, y después de completar las 12 sesiones, volvimos a medir la variable, obteniendo una puntuación media de depresión de 7.733. Esto representa una disminución de 32.3333, según el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), como se muestra en la Tabla y Gráfica 7.

Estos resultados son consistentes con el informe de Beckford, D. (2017), donde se señala que al aplicar el pre-test (BDI), las pacientes presentaban un estado depresivo grave con un puntaje promedio de 42, indicando un nivel de depresión grave. Sin embargo, en el post-test, el estado depresivo disminuyó significativamente a un puntaje promedio de 9, es decir, a la ausencia de depresión.

De igual manera, Espinosa (2017) en su investigación nos indica que al inicio tuvo una media de 26.4 y después una media de 9, mientras que los niveles de depresión de moderada a severa (21-40) disminuyeron de leves a normales (5-16). Esta investigación guarda relación con Herrera, S. (2015), quien expone que al comparar los datos de las mediciones antes y después de la intervención grupal, la media de los síntomas depresivos antes de la intervención fue de 29.25, mientras que la media después de la intervención fue de 14.

Los resultados de estas investigaciones nos llevan a concluir que en todas las investigaciones realizadas en nuestro país sobre la depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica, la terapia cognitivo-conductual ha sido eficaz, tal y como lo indica Castillo (2017), donde planteó

que, al aplicar una intervención cognitivo-conductual, obtuvo una reducción significativa de la sintomatología depresiva en sus pacientes víctimas de violencia de pareja.

Al finalizar la intervención, se pudo evaluar los cambios significativos en indicadores de malestar psicológico, problemas de relación, cambios en el esquema cognitivo. Las participantes eran capaces de identificar pensamientos distorsionados y esquemas mentales, manifestando mejores resultados en autoestima, confianza en sí mismas, autonomía, valoración, toma de decisiones y desarrollo personal, es decir, una mejor visión de sí mismas, del mundo y del futuro.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, podemos concluir que alcanzamos los objetivos generales y específicos propuestos y mencionamos lo siguiente:

- La estructura del programa cognitivo conductual se basa en los enfoques teóricos del modelo cognitivo conductual y ofrece actividades dirigidas al tratamiento de las áreas afectadas, con el objetivo de entrenar a los pacientes para distinguir o separar del mundo creencias y hechos que son capaces de determinar su comportamiento, para que puedan afrontar positivamente su situación vital y gestionar suficientemente su estado de ánimo.
- Actualmente, la terapia cognitiva conductual ha logrado grandes resultados en el tratamiento de la depresión. En el caso de nuestra investigación antes de la aplicación del programa de intervención todas las participantes obtuvieron un puntaje que oscilaba entre 29 a 63 con un promedio de 40.067, según los datos arrojados por el pre-test (BDI-II), el grupo se caracterizaban por ubicarse en un rango de depresión grave.
- Después de haber aplicado el programa de intervención, medimos nuevamente y los puntajes arrojados en el postest (BDI-II) disminuyeron considerablemente, pasando de puntaje de depresión graves a puntaje promedio de 7,733 que las ubica con ausencia de sintomatología depresiva.
- Nuestra hipótesis general consistía en determinar que la terapia cognitiva conductual grupal es efectiva para reducir los síntomas de depresión significativos en mujeres víctimas de violencia doméstica. Esto lo pudimos comprobar luego de observar que la diferencia significativa del pretest y postes fue de 32.333, es decir se evidenció una disminución significativa de los síntomas, por lo tanto, un mejoramiento físico y emocional luego de la intervención grupal.

- Al intervenir con las pacientes que presentaron síntomas de depresión, las más afectadas eran aquellas con procesos judiciales tenían que encarar a sus parejas, lo que las llevaba a recaer nuevamente al enojo, tristeza, impotencia, preocupación, culpabilidad y sobre todo la incapacidad en la realización de actividades sencillas y placenteras.
- Por medio de la terapia cognitiva conductual se trabajó la triada cognitiva: Visión del depresivo (de sí mismo, su mundo y el futuro), distorsiones y errores en el procesamiento de la información de los pacientes.
- En los aspectos sociodemográficos pudimos notar que la violencia domestica no tiene esferas ni clase social, sucede en todos ámbitos personal, social y profesional del ser humano. En esta intervención se contó con mujeres de diferentes status sociales, diferentes niveles académicos, diferentes edades y se observó resultados favorables al aplicar la intervención grupal de terapia cognitiva conductual.

De todo lo anterior expuesto se concluye que la terapia cognitiva grupal, sí es efectiva para tratar a pacientes que presentan depresión clínicamente significativa.

5.2 Recomendaciones

- Podemos notar que, a pesar de la concientización y sensibilización realizada a nivel mundial y nacional, los casos de violencia doméstica van en aumento y con ella el aumento de mujeres con depresión, generando dificultades físicas, emocionales y sociales, afectando la familia y la sociedad.
- Que estos tipos de programas deben ser divulgados e implementados no solo a nivel individual sino también grupal, en las diferentes instituciones públicas de salud, de esta manera se podría abarcar a más personas que por necesidades económicas no puede pagar una consulta o por falta de citas con el especialista de salud mental no tienen una atención a los problemas psicológicos que le afectan en su vida diaria.
- Recomendamos a las diferentes entidades de salud que contemplen este tipo de intervención para el manejo de la depresión en aquellas personas víctimas de violencia doméstica, no solo a mujeres, sino también a hombres, ancianos y niños.
- Fortalecer la atención psicológica en los diferentes centros de salud públicos, para que responda a la necesidad de la población, y priorice los síntomas como resultados de la violencia doméstica.
- Se debe aumentar la cantidad de profesionales del área de psicología para darle una mejor cobertura a los diferentes problemas psicológicos que afectan a la ciudadanía y que en estos momentos puedan darle una mejor atención los casos de depresión.
- Realizar más investigaciones que permita desarrollar protocolos y programas establecidos para el manejo de la depresión en diferentes edades.
- Aplicar la terapia cognitiva en un grupo más grande para comparar los resultados obtenidos.
- Acondicionar espacios en las instituciones de salud que facilite el desarrollo de los programas de atención psicológicas de manera grupal.

- Reforzar el trabajo multidisciplinario en los centros de salud, donde se pueda dar respuesta a las necesidades de tipo legal, laboral y social que son tan frecuentes son en estas mujeres y que también van a influir en su recuperación.
- Darles seguimiento a las pacientes participantes en la intervención, con el fin de disminuir las recaídas.

Bibliografía

- Agudelo, I., & Largaespada, R. (2009). *Fortaleciendo la comprensión del femicidio De la investigación a la acción*. PATH.
- Alvarado, J., Batista, Y., Mendieta, J., Pérez, Y., & Agrazal, J. (23 de Junio de 2018). *Violencia doméstica en familias de estudiantes de un colegio secundario*. Revista de Iniciación Científica, 115-118. <https://doi.org/10.33412/rev-ric.v4.0.1832>
- Arinero, D. (2006). *Análisis de la Eficacia de un Programa de Intervención Psicológico para Víctimas de Violencia Doméstica*.
- Beck, A. (1961). Compr Psychiatry. *A systematic investigation of depression* (págs. 163-70). Volume 2, Issue 3.
- Beck, A. (1973). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., & Rush, A. (1978). Cognitive approaches to depression and suicide. En G. Serban, *Cognitive defects in the development of mental illness*. New York: Brunner y Mazel.
- Beck, A.T., Rush, A.J. Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1979.)
- Beck, T. A., Steer, R., & Brown., G. (2006). *Inventario de depresión de Beck*.
- Beckford, D. (2017). *Psicoterapia cognitivo grupal, como tratamiento a un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica que presentan sintomatología depresiva* (tesis de maestría). <http://up-rid.up.ac.pa/1726/>
- Bellak, L., & Helen, S. (1986). *Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia..*
- Blows, W. (2000). *Neurotransmitters of the brain: serotonin, noradrenaline (norepinephrine), and dopamine*. *J Neurosci Nursing*, 32, 234-238.
- Bott, S., Morrison, A., & Ellsberg, M. (2005). *Preventing and Responding to Gender Based Violence in Middle and Low-Income Countries: a Global Review and Analysis*.

- Brewer, V., & Paulsen, D. (1999). A comparison of US and Canadian findings on uxoricide risk for women with children sired by previous partners. *Homicide Studies*, 3(4), 317–332.
- Caba, E., Boluda, R., Callejas, C., & Rodríguez, R. (2019). *Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja*. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 4.
- Camarena, H. (2015). *Aplicación y evaluación de un programa cognitivo conductual pacientes con trastornos depresivos que asisten a la clínica de diabetes del Hospital Regional Anita Moreno de Los Santos* (tesis de maestría). <http://up-rid.up.ac.pa/196/>
- Campbell, J. (2003). Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health*, 93(7), 1089–97.
- Campbell, J. (2005). Assessing dangerousness in domestic violence cases: history, challenges and opportunities. *Criminology & Public Policy*, 4(4), 653–72.
- Campbell, J., Abrahams, N., & Martin, L. (2008). *Perpetration of violence against intimate partners: health care implications from global data*. *Canadian Medical Association Journal*, 179(6), 511–12.
- Carcedo, C., & Sagot, A. (2000). *Femicide in Costa Rica 1990–1999*. Washington, DC.: American Health Organization.
- Cáseres, E. (2011). *Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctima de violencia de pareja*.
- Castillo, D. (2019 de Noviembre de 2019). Periodico. <http://elsiglo.com.pa>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Intimate Partner Violence: Risk and Protective Factors Intimate Partner Violence: Risk and Protective Factors. *National Center for Injury Prevention and Control*. Atlanta.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). Manual Práctico para la ansiedad.
- Cosgaya, I., & Otros. (2014). Nivel de depresión en personas segun el contexto social . *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 965.

- Cotrino, J., Gómez, I., Mendoza, B., Arenas, V., Araque, F., Jaimes, G. & López, R. (2020). *Psicoterapia basada en la evidencia en caso de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo*. Redalyc, 39(8), 1012-1025.
- Daly, M., Wiseman, K., & Wilson, M. (1997). Women with children sired by previous partners incur excess risk of uxoricide. *Homicide Studies*, 61–71.
- Defensoría del Pueblo. (29 de Marzo de 2020). *Defensoria del pueblo de Republica de Panamá*. <http://www.defensoriadelpueblo.gob.pa/portal/prevencion-atencion-y-sancion-de-la-violencia-contras-las-mujeres-ante-el-estado-de-emergencia-nacional-por-la-pandemia-de-covid-19/>
- Espinosa, A. (2019). *Intervención en Terapia Cognitiva, de Aaron T. Beck, en pacientes con depresión, de un centro de salud de la Ciudad de Panamá* (tesis de maestría).
- Figueroa, Gustavo. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 1), 46-62. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-9227200200050000>
- Flores Plata, L. A., Cárdenas López, G., Durán Baca, X., & de la Rosa Gómez, A. (2014). Psicoterapia vía internet: aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con depresión. *Psicología Iberoamericana*, 22(1), 7-15. <https://doi.org/10.48102/pi.v22i1.139>
- García-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. (2005). *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. Geneva: World Health Organization.
- González, M. (2020). *Intervención cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión de CINAMU - Los Santos*. <http://repositorio2.udelas.ac.pa/handle/123456789/340>

- Habigzang, L.F., Gomes F.P.M., & Maciel, Z.L. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 149 – 264. doi: 10.22235/cp.v13i2.1882.
- Harvey, B., McEwen, B., & Stein, D. (2003). Neurobiology of antidepressant withdrawal: implications for the longitudinal outcome of depression. *Biol Psychiatry*, 54, 1105-1117.
- Haya, J., & Al Khalifa., R. (2006). Asamblea General de las Naciones Unidas. 61° *Período de Sesiones de la Asamblea General*.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (2014). *Metodología de la Investigación*.
- Hernandez, S. (2014). *Metodología de la investigación*.
- INAMU. (19 de junio de 2017). <https://inamu.gob.pa/inamu-realiza-capacitacion-al-personal-especializado-del-tribunal-superior-de-familia/>
- INAMU. (s.f.). *Conocenos*. Obtenido de Historia: <https://inamu.gob.pa/nosotros/conocenos/>
- Inec. (2010). Censo Nacional de población y vivienda.
- Krug, E. (10 de diciembre de 2014).
- OMS. <https://www.who.int/mediacentre/commentaries/violence-prevention/es/>
- Lacomba Trejo, Laura García Cuenca, Isabel María Sanz Cruces, José Manuel 2021 *Intervención cognitivo conductual para mujeres con trastorno depresivo persistente: sintomatología ansiosa, depresiva y satisfacción vital Clínica Contemporánea* (Madrid) 12 e3 1 16
- Langley, M. (2008). *When men murder women: an analysis of 2006 homicide data – females murdered by males in single victim/single offender incidents*. Washington, DC.: Violence Policy Center.
- Lemard, G., & Hemenway, D. (2006). Violence in Jamaica: an analysis of homicides 1998–2002. *Injury Prevention*, 15–18.
- Llosa M, S., & Canetti, W. A. (2019). *Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja*. SciELO Analytics, pp.138-160.

- Luza, E. (2022). Intervención cognitiva conductual en una mujer con depresión víctima de violencia de pareja. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5965>
- Mathews, S., Abrahams, N., Martin, L., Vetten, L., Van der merwe, L., & Jewkes, R. (2004). Every six hours a woman is killed by her intimate partner: a national study of female homicide in South Africa. *MRC Policy Brief.*, 5.
- Mercy, J., & Saltzman, L. (1989). Fatal violence among spouses in the United States, 1976–85. *American Journal of Public Health*, 79(5), 595–599.
- Moracco, K., Runyan, C., & Butts, J. (1998). Femicide in North Carolina, 1991– 1993: a statewide study of patterns and precursors. *Homicide Studies*, 2(4), 422–446.
- Moreno, I., Santamaría, A., Herrera, V., Gómez, B., Ruth, D. L., Iris, S., & Flores, H. (2018). *Violencia contra la mujer en Panamá*. Panamá: Instituto Conmemorativo Gorgas.
- Moros, C. (20 de Agosto de 2018). Equipos de psicólogos en Madrid. <https://psicotep.com/terapia-cognitivo-conductual/>
- Muñoz, R., Aguilar, S., & Guzman, J. (2000). *Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo conductual*.
- Obando, H. I. (2007). *Violencia intadomiciliar y depresión en mujeres*. 61-114
- Observatorio de Igualdad de Género. (2013). Femicidio. *Comprender y abordar la violencia*. Comprender y abordar la violencia.
- OMS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: OPS.
- OMS. (23 de Noviembre de 2018). <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/violence-against-women>
- OMS. (30 de Enero de 2020). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS. (7 de Abril de 2017). <https://www.who.int/topics/depression/es/>

- OMS. (7 de Abril de 2020). COVID-19 y violencia contra la mujer. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52034/OPSNMHMHCovid19200008_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ONU MUJERES. (31 de octubre de 2010). Operar dentro del modelo ecológico. *Centro Virtual de Conocimiento para Poner Fin a la Violencia contra las Mujeres y Niñas*.
- ONU. (2013). *Elementos esenciales de planificación para la eliminación contra la violencia de mujeres y niñas*.
- ONU. (5 de Abril de 2020). <https://news.un.org/es/story/2020/04/1472392>
- Onu-Mujeres. (6 de Abril de 2020). ONU MUJERES. <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/4/statement-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic>
- Palma-Solis, M., Vives-Cases, C., & Alvarez-Dardet, C. (2008). Gender progress and government expenditure as determinants of femicide. *Annals of Epidemiology*, 18(4), 322–29.
- Pearson, E. S. (1 de January de 1939). "Student" as Statistician. <https://doi.org/10.1093/biomet/30.3-4.210>
- Perpiñá Tordera, C. (2012). Manual de la entrevista psicológica : saber escuchar, saber preguntar. Ediciones Pirámide. June 22, 2024,
- Pesantes Merchan, D. A., Lindao Ramos, M. A., Burgos Riquero, L. X., & Dimitrakis Gorotiza, L. B. (2019). La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva. RECIMUNDO, 3(2), 1095-1109. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(2\).abril.2019.1095-1109](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.1095-1109)
- Plichta, S. (2007). Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system: policy and practice implications. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(2), 226–39.
- Puerta Polo, J. V. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión. *Duazary*, 251-257.
- Rojas, S., Maturana, C., & Maira, G. (2004). *Femicidio en Chile*. Santiago, Chile: Corporación La Morada.

- Sabater, V. (28 de Julio de 2019). La mente es maravillosa .
<https://lamenteesmaravillosa.com/inventario-de-depresion-de-beck-en-que-consiste/>
- Sanz, J., & García, V. M. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Scielo España*, 66-75.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). *Psicothema*, Datos Normativos del Inventario para la Depresión, fiabilidad y validéz, 303.
- Sanz, J., Vázquez, & Carmelo. (2013). Adaptación Española del BDI-II. Consejo General de la Psicología de España, 5. <http://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Schuckit, M. (2000). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment*. Nueva York: Plenum.
- Shackelford, T., & Mouzos, J. (2005). Partner killing by men in cohabiting and marital relationships: a comparative, cross-national analysis of data from Australia and the United States. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(10), 1310–1324.
- SHAPIRO, A., & MORRIS, L. (1978). *Placebo effects in medical an psychological therapies*. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis (2.a ed.)*. Nueva York: Wiley.
- Sigal, L., Ramos Miranda, N. A., Martinez, A. I., & Machicao, M. (28 de Abril de 2020). World Economic Forum. <https://es.weforum.org/agenda/2020/04/otra-pandemia-violencia-domestica-aumenta-en-america-latina-durante-cuarentena/>
- Strengthening understanding of femicide. (2008). *Program for Appropriate Technology in Health*.
- Tejedor, L. (2016). Efectos de la terapia cognitivo conductual en el manejo de la depresión y calidad de vida en pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas(tesis de maestría). Panama. <http://kohasibiup.up.ac.pa/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=203336>
- Torrado Oubiña, V. M. (8 de Octubre de 2019). Fistera . <https://www.fistera.com/guias-clinicas/depresion-mayor-adulto-psicoterapia-otros-tratamientos-no-farmacologicos/>

- Villamarín-Rodríguez, M. y García-Pazmiño, M. A. (2019). Autoestima y violencia doméstica: intervención psicoterapéutica. *Retos de la Ciencia*, 3(7), pp. 48-55.
<https://doi.org/10.53877/rc.3.7.20190701.05>
- Websdale, N. (1999). *Understanding Domestic Homicide*. Boston, MA.: Northeastern University Press.
- Wilcoxon, F. (1945). Individual comparisons by ranking methods. En *Biometric* (págs. 80-83)
- Wilson, M., Daly, M., & Wright, C. (1993). Uxoricide in Canada: demographic risk patterns. *Canadian Journal of Criminology*, 263–291.
- Women in Law and Development in Africa. (1995). *Femicide in Southern Africa*.
- Zeoli, A., & Webster, D. (2010). Effects of domestic violence policies, alcohol taxes and police staffing levels on intimate partner homicide in large US cities. *Injury Prevention*, 16(2), 90–95.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado

HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Protocolo: Eficacia de la terapia cognitiva conductual grupal para la disminución de síntomas depresivos en mujeres víctima de violencia doméstica.

Investigador Principal: Amarilis González Rodríguez de Centella.

Lugar del Estudio: Centro de Salud, Alcalde Díaz, Las Cumbres, Panamá

Teléfono del centro: 268-3900

INFORMACIÓN QUE DEBE CONOCER ANTES DE ACEPTAR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Les estamos solicitando su participación en un estudio de investigación. Los estudios de investigación incluyen solo a las personas que deciden formar parte del mismo. Este documento se llama consentimiento informado. Por favor, lea cuidadosamente esta información y tome su tiempo para tomar su decisión con respecto a su participación. Siéntase libre de pedir a la persona encargada del estudio el discutir este documento de consentimiento con usted. Puede solicitarle que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente.



La naturaleza del estudio, objetivos, beneficios, y otra información importante sobre la investigación se describen a continuación en este documento.

Esta investigación trata de probar la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual grupal en la disminución de síntomas depresivos en aquellas mujeres víctimas de violencia doméstica y que asisten al Centro de Salud de Alcalde Díaz, este estudio está siendo realizado como requisito para obtener el título de Maestría en Psicología Clínica en la Universidad de Panamá.

La Psicóloga General Amarilis González Rodríguez de Centella, está siendo asesorado por la Dra. Francisca Domínguez especialista en Psicología Clínica, tutor del programa de Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá (CBUP). Esta investigación se llevará a cabo en el Centro de salud de Alcalde Díaz, las Cumbres, Panamá, durante el año 2023.

Objetivos del Estudio

Objetivo general:

- Demostrar el nivel de efectividad de la Terapia cognitiva conductual grupal en la disminución de síntomas depresivos en mujeres víctimas de violencia doméstica, en el Centro de Salud de Alcalde Díaz.



Procedimientos del Estudio

Si usted forma parte en este estudio, se le solicitará lo siguiente:

- Una entrevista clínica con el fin de recopilar la información general concerniente a su historia familiar y personal la cual de responder de manera clara y sincera a todas las preguntas.
- Deberá responder un Inventario de Depresión de Beck (BDI) la cual se estará aplicandodos veces como pre test en la primera sesión y post test en la última sesión. Este inventario que es un instrumento de tipo, autoinforme, compuesto por 21 ítems, cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos.
- Se estima que le tomará entre 5 y 10 minutos responder lo solicitado.
- Esta prueba se realizará en los salones del Centro de Salud de Alcalde Díaz.
- Si desea que el investigador le colabore en la lectura de las preguntas, puede solicitarlo.
- Todas las respuestas de esta prueba serán guardadas y protegidas en un lugar seguro durante cinco años en la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá. Después de transcurrido este periodo de tiempo, éstas serán destruidas.

Número Total de Participantes

Un total de 15 mujeres formarán parte de este estudio.

Beneficios

No se ofrecen beneficios económicos ni materiales. Mediante esta terapia y el uso de la palabrapuede aprender nuevas estrategias de afrontamiento, ganar introspección para sentirse mejor yprevenir las recaídas en depresiones futuras, ya que podrá tomar decisiones que sean de beneficios positivos para su vida.



Riesgos

Los riesgos son mínimos y pueden estar relacionados con la incomodidad que sienten algunas personas al expresar su situación actual o las dificultades que pueda expresar el sujeto al momento de responder el Inventario de Depresión de Beck.

Compensación

No recibirá ninguna compensación económica por formar parte en este estudio.

Privacidad y Confidencialidad

- Esta prueba es anónima y su nombre no aparecerá en la misma. Se mantendrán sus respuestas de manera confidencial.
- Todos los datos recogidos serán objeto de investigación y se almacenarán en la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá.
- Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se discutan en conferencias, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. En el momento que usted solicite información relacionada con el proyecto, el investigador y el asesor de la investigación se la podrá proporcionar.

Participación Voluntaria/Retiro

Su participación en esta investigación es voluntaria. Usted no debería sentir ninguna clase de presión para tomar parte de este estudio. Su decisión de participar o no en este proyecto no afectará sus relaciones actuales o futuras con su médico o de manera general con la Caja de Seguro Social o el centro de salud de Alcalde Díaz. Si usted decide participar en este estudio y luego cambia de opinión, usted podrá retirarse en cualquier momento o dejar de responder la prueba sin enfrentar ningún tipo de penalización por parte del equipo de investigación.



Usted puede obtener las respuestas a sus preguntas, preocupaciones y quejas

Si durante el desarrollo de esta prueba o posterior a ella usted tiene alguna duda puede contactar con el investigador principal de este proyecto: Psic. Amarilis González Rodríguez de Centella, al teléfono: 6709-3506 o al correo electrónico: amarilisdecentella@gmail.com. Si usted desea discutir con alguien más que no forme parte del grupo de investigación, comuníquese con el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá (CBUP) al correo electrónico comitedebioetica.invup@up.ac.pa o al teléfono 523-5769.

Consentimiento para Participar en este Estudio de Investigación

Si desea participar en este estudio, favor firme el formulario, si las siguientes afirmaciones son verdaderas:

“Libremente doy mi consentimiento para participar en este estudio”. Entiendo que al firmar este formulario estoy de acuerdo con participar en la investigación, además de haber recibido una copia de este formulario.

Firma de la participante en el estudio

Nombre de la participante en el estudio

Fecha: _____ Hora: _____

Firma del Testigo

Nombre del Testigo

Parentesco: _____

Fecha: _____



Declaración de la Persona que Obtiene el Consentimiento Informado

He explicado cuidadosamente a la persona que toma parte en el estudio lo que él/ella puede esperar de su participación. Por medio de la presente certifico que cuando esta persona firmó este formulario, según mi conocimiento, ha entendido:

- De qué se trata el estudio
- Cuál es el procedimiento del mismo
- Que no hay otro beneficio más que ayudar a conocer sobre el tema del estudio.
- Que es un estudio que no tiene riesgos

Puedo confirmar que el/la participante del estudio habla, lee y/o entiende el idioma español y que además está recibiendo una copia del formulario de consentimiento informado en el idioma correspondiente. Además, el/la participante pudo leer y entender este documento o, si no pudo, al menos, esta persona fue capaz de escuchar y entender el formulario cuando éste le fue leído junto a un testigo. El/La participante no padece de dificultades médico / psicológicas que puedan comprometer su comprensión, por lo tanto, no se hace difícil entender lo que se le está explicando y, por consiguiente, puede ofrecer su consentimiento informado siendo este legalmente válido.

Este (a) participante no está bajo ningún tipo de anestesia o analgésicos que puedan nublar su juicio o hacer que sea difícil de entender lo que se está explicando, por lo tanto, puede considerarse competente para dar su consentimiento informado.



Firma de la Persona Autorizada que Obtiene el Consentimiento Informado

Amarilis González Rodríguez de Centella

Nombre Legible Persona Autorizada que Obtiene el Consentimiento Informado

Fecha: _____ Hora: _____



Anexo 2: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención 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 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.



7. Disconformidad con uno mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

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 propias 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 mí 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 tan 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 día.

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 en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:



Anexo:3 Entrevista psicológica para adultos

I. No. DE PARTICIPANTE: _____

Nacionalidad: _____

Ocupación Actual: _____ Nivel

Educativo. _____

Fuma: Si ____ No ____ Si respondió sí, Cuantos al día: _____

Ingiere Bebidas Alcohólicas: Si ____ / No ____ /Si responde que sí especifique _____

II.-ANTECEDENTES CLINICOS Y PSICOLOGICOS:

¿Tiene usted alergias? Si ____ / No ____

/¿Cuáles? _____

¿Toma algún medicamento regularmente? Si ____ /No ____ /

¿Para qué? _____

¿Cuáles son las enfermedades que sufrió Durante la Infancia?

¿Ha sido Intervenido quirúrgicamente alguna vez? Si ____ / No ____ /

Si respondió Sí, Especifique: _____

¿Lo han hospitalizado? Si ____ / No ____ / ¿porque?

Marque con una X si en su vida ha presentado algo de lo que a continuación

Se le presenta:

Insomnio		Cólico y/o Diarrea Tensional	
Pesadillas		Maltrato Físico	
Convulsiones		Escucha Voces	
Orinarse en la noche		Miedos o Fobias	
Fiebre		Golpes en la Cabeza	
Consumo De Drogas		Ver cosas extrañas	
Ganas de Morir		Mareos o Desmayos	
Problemas de Aprendizaje		Accidentes	
Repitencia Escolar		Intentos Suicidas	
Asma		Tartamudez	
Estreñimiento		Caminar Dormido	
Sudoración en las Manos		Hablar Dormido	
Tics Nerviosos			

¿Cuántos años tenía cuando entro a la escuela?

¿Tiempo en que la
curso? _____

Especifique Si tuvo algún problema en su tiempo
escolar _____

¿Materias que se le dificultan más?: _____

¿Materias
Preferidas?: _____

¿Actividades que se dedica en su tiempo
libre?: _____

¿Repitió algún año en su vida
escolar?: _____

¿Cómo Aprende más
fácilmente? _____

¿Edad del primer
Noviazgo?: _____

¿Edad de la primera Relación
Sexual?: _____

¿Ha pasado Dificultades con la ley? Si ____ / No ____ / Si contesto sí ¿De qué tipo?

¿Prestó Servicio Militar? Si ____ / No ____ /
¿Ha sufrido alguna Catástrofe Natural O Guerras? Si ____ / No ____ / Si contesto sí,
Especifique: _____

III.- ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre Vivo ____ / Muerto _____

Ocupación Actual: _____ Tipo de relación que usted
sostiene
Con su padre.

Describalo: _____

Madre Vivo ____ / Muerto _____

Ocupación Actual: _____ Tipo de relación que usted
sostiene
Con su Madre.

Describalo: _____

Estado Civil De sus Padres: Casados ____ / Divorciados ____ / Unión Libre ____ /
Separados ____ / Nunca vivieron Juntos ____ / Otra Situación ____ /

Si contesto lo anterior, Distinto de casados y unión libre, Explique, según su
percepción, El Motivo de la Separación: _____

¿Cuántos Hermanos tiene? _____ Varones? ____ Mujeres?

¿Qué posición Ocupa usted, en el orden de nacimiento de su Familia?

Su situación Económica es: Muy Buena ____ / Buena ____ / Regular ____ /
Mala ____

¿Quién fue el encargado (a) de su crianza? Escriba el

parentesco _____

¿Cree usted que sus padres tienen un hijo (a) favorito (a)? Si ____ / No ____

¿Pertenecen a una religión sus padres? Si ____ / No ____ /

Especifique a que

religión _____

¿Qué opina usted de sus Padres?

¿Existen antecedentes de alcoholismo en su familia? Si ____ / No ____ /

¿En su contexto familiar, existen antecedentes de maltrato físico? verbal o psicológico?

Si ____ / No ____ /

¿Se han presentado casos de depresión u otras enfermedades mentales en su familia?

Si ____ / No ____ /

¿Cuáles? _____

Nombre del
evaluador: _____

Fecha de la
aplicación: _____

Anexo 4: Termómetro del Animo

SEMANA #: _____

NOMBRE: _____

DIA: _____

E
S
T
A
D
O

D
E

A
N
I
M
O

El mejor

9

9

9

9

9

9

9

Bastante

8

8

8

8

8

8

8

mejor

Mejor

7

7

7

7

7

7

7

Mejor que

6

6

6

6

6

6

6

regular

Regular

5

5

5

5

5

5

5

Peor que

4

4

4

4

4

4

4

regular

Peor

3

3

3

3

3

3

3

Bastante peor

2

2

2

2

2

2

2

El peor

1

1

1

1

1

1

1

NIMEROS DE PENSAMIENTO:

— — — — — — —

POSITIVOS:

— — — — — — —

NEGATIVOS

Anexo 5: Listado de Pensamientos Negativos

[illegible]

Anexo 6: Listado de Pensamientos Positivo

[illegible]

28. No quiero perderme tal evento															
29. Me gusta pasar tiempo con mi familia															
30. Quiero hacer amigos															
31.															
32.															
33.															
34.															
35.															
36.															
NUMERO TOTAL DE PENSAMIENTOS POSITIVOS:															

Registros de Análisis de Pensamientos

SITUACION	EMOCIÓN	PENSAMINETO S NEGATIVOS	PENSAMIENTO S ALTERNATIVOS	RESULTADOS

Anexo 8: Modelos A-B-C-D

A. EVENTO ACTIVANTE

¿Qué sucedió?

C. CONSECUENCIA

(¿Cómo reaccionó usted?)

B. CREENCIA DE LO QUE

SUCEDIÓ, *(lo que usted se dijo a usted misma acerca de lo que sucedió y que influyó en su reacción)*

D. DISCUTIR LA CREENCIA

(Los pensamientos alternativos podrían ayudarle a reaccionar de una forma más saludable)

Anexo 9: Lista de Metas Individuales

METAS A CORTO PLAZO (cosas que te gustaría hacer dentro de los próximos 6 meses)

METAS A LARGO PLAZO (cosas que te gustaría hacer en alguna ocasión de su vida)

METAS DE LA VIDA (¿Qué es lo que a usted le importa más en la vida?)

Anexo 10: Listado de Actividades Agradables

Ponga una marca □ a los pensamientos que tuvo el día de hoy	DIA
1. Ponerme la ropa que me gusta	
2. Estar fuera de casa	
3. Ayudar a grupos que respeto	
4. Hablar de deportes	
5. Ver o participar de deportes	
6. Planear viajes o vacaciones	
7. Comprar cosas	
8. Hacer manualidades	
9. Leer libros o biblia	
10. Arreglar mi casa	
11. Leer revista	
12. Manejar autos	
13. Pasear en lanchas, barcos, canoas	
14. Ver televisión	
15. Jugar juegos de mesa	
16. Terminar una tarea difícil	
17. Solucionar un rompecabezas	
18. Tomar un baño caliente	
19. Escribir historia, poesía, música	
20. Viajar en avión	
21. Cantar	
22. Hacer mi trabajo	
23. Ir a la iglesia	
24. Asistir a una junta	
25. Tocar un instrumento musical	
26. Tomar una siesta	
27. Solucionar un problema personal	
28. Ir a un salón de belleza	
29. Maquillarse	
30. Hacer trabajos al aire libre	
31. Sentarse a tomar el sol	
32. Ir a una feria	
33. Organizar una fiesta	
34. Escuchar a radio	
35. Dar regalos	
36. Empezar en un negocio	
37. Tomar fotografías	
38. Ver paisajes bonitos	
39. Escuchar bromas	
40. Comer buena comida	
41. Prestar algo	
42. Ayudar a alguien	
43. Ir a un club deportivo	
44. Aprender hacer algo nuevo	
45. Estar con mi familia	
46. Hablar por teléfono	
47. Ir al cine	
48. Distribuir mi tiempo	
49. Cocinar	

Programa Semanal de Actividades							
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
MANANA 8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
TARDE 12-1							
1-2							
2-3							
3-4							
4-5							
5-6							
6-7							
7-8							
8							

Actividades Agradables

¿CUANTO CREE QUE DISFRUTARÁ DE SUS ACTIVIDADES AGRADABLES?			
ACTIVIDADES	PREDICCION ¿CUANTO DISFRUTARÁ? % (de 0 a 100)	RESULTADO: ¿CUANTO DISFRUTÓ % (de 0 a 100)	COMENTARIOS

Anexo 13: Aval del Comité de Bioética de la Universidad de Panamá



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
COMITÉ DE BIOÉTICA (CBUP)

Panamá, 13 de abril de 2023
Nota N° CBUP/069/2023

Profesor

Ricardo López

Profesor asesor

Estudiante

Amarilis Centella

Maestría en Psicología Clínica

Facultad de Psicología

Universidad de Panamá

Respetados Profesor y Estudiante,

Los miembros del Comité de Bioética de la Universidad de Panamá CBUP, aprobaron la versión 2 de su protocolo, así como del consentimiento informado y los formularios de recolección de datos, correspondientes a la investigación: **Eficacia de la terapia cognitiva conductual grupal para la disminución de síntomas depresivos en mujeres víctima de violencia doméstica.**

Aprovechamos la oportunidad para informarle que, una vez aprobado el estudio, éste no podrá ser modificado durante su ejecución, ya que ello representaría el incumplimiento de los principios de la bioética. En el caso de requerir modificaciones, deberá solicitarse la aprobación de una enmienda o adenda de su protocolo.

Le recordamos que debe entregar un resumen de los resultados finales de esta investigación.

Atentamente

Dra. Alicia I. Torres M.

Presidente CBUP

cc Dr. Carlos Ramos

Director de Postgrado

Vicerrectoría de Investigación y Postgrado



2023: "A 100 años de la Fundación de acción Comunal"
CIUDAD UNIVERSITARIA OCTAVIO MÉNDEZ PEREIRA
Estafeta Universitaria, Panamá, República de Panamá
Tel: (507) 523-5769 Correo electrónico: comitebioetica.invup@up.ac.pa



Carta de Aprobación de Revisión Ortográfica

Señores
Universidad de Panamá

Yo, **JULIE GUERRERO MENDOZA**, con identificación **E-8-211897**, asesora de redacción, ortografía y estilo del trabajo realizado por la estudiante **AMARILIS GONZÁLEZ RODRÍGUEZ DE CENTELLA**, identificada con cédula **9-729-6**, para optar al título de **MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**. Hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación.

En Ciudad de Panamá, a los dos (02) días del mes de septiembre de 2024.



Julie Guerrero Mendoza

Anexo 15 : Programa de tratamiento cognitivo conductual grupal para la disminución de síntomas depresivos en mujeres víctimas de violencia domestica

Sesiones y objetivos	Temas-contenidos (Muñoz, Aguilar , & Guzman , 2000)	Actividades	Recursos
Primera Sesión Objetivos: Explicar el propósito de esta terapia de grupo y describir la forma en que se llevarán a cabo las sesiones	1. Modelo cognitivo conductual - Definición "Cognitiva" relacionado con nuestros pensamientos. "Conductual" relacionado con nuestras acciones. - Su eficacia como tratamiento.	- Dinámica de presentación - Preguntas sobre las expectativas de la terapia. - Psicoeducación sobre la TCC	- Comp - utadora - Proye - ctor - Hojas - Blancas - Marca - dor
Segunda Sesión Objetivo: Aprender acerca de la depresión	2. Depresión ¿Qué es la depresión? - Característica de la depresión. ¿cómo entendemos la depresión? - Síntomas y signos de la depresión	- Breve retroalimentación de la sesión anterior - Pregunta sobre cómo fue su semana. - Presentación en diapositivas sobre trastornos depresivos (APA, 2013). - Las participantes elaboran tarjeta que represente la visión de sí mismas	- Comp - utadora - Proye - ctor - Hojas - Blancas - Marca - dores - Carto - ncillo para - confeccionar - tarjetas. - Marca - dores

Tercera Sesión Objetivo: Aprender cómo nuestros pensamientos afectan cómo nos sentimos	3. Pensamiento y estado de ánimo: Parte 1 • ¿Qué son las emociones? • ¿Qué es el estado de ánimo? • ¿Qué son los pensamientos? • De la teoría a la práctica	• Breve retroalimentación de la sesión anterior • Revisión de video sobre emociones (Ekman y Oster, 1979). • Analizaremos un video sobre las emociones llamado "el regalo" https://www.youtube.com/watch?v=pHJJq69KL20 • Explicación sobre las emociones, pensamientos, estado de ánimo. • Explicación sobre las instrucciones para el termómetro del ánimo diario (Muñoz, Aguilar , & Guzman , 2000).	• Computadora • Proyector • Hojas Blancas • Marcador • Hoja impresa del termómetro del ánimo (anexo 4)
Cuarta Sesión Objetivo: Aprender cómo nuestros pensamientos afectan cómo nos sentimos	4. Pensamientos y estado de ánimo: parte 2 • Pensamientos que afectan el estado de ánimo (Beck, 1978). • ¿Cómo piensan los que están deprimidos? • Aprendiendo a identificar diferentes tipos de pensamiento • Errores del pensamiento. • Pensamientos Automáticos	• Breve repaso de la sesión anterior. • Hablemos sobre el termómetro del ánimo y su experiencia al llenarlo. • Diapositivas sobre los tipos de pensamientos automáticos. • Taller sobre ensayo cognitivo: se les pide a las participantes que imaginen una acción y los pasos para solucionarlas. • Explicación de la tarea del registro del pensamiento.	• Computadora • Proyector • Hojas Blancas • Marcador • Hoja impresa del termómetro del ánimo (anexo 4) • Lista de registro de pensamientos positivos y

			negativos (anexo 5 Y 6)
Quinta sesión Objetivo: explicar la conexión entre los pensamientos y el estado de ánimo	5. Pensamientos y estado de ánimo: parte 3 • Los pensamientos pueden tener un efecto sobre su cuerpo y sus acciones • Pensamientos negativos • Pensamientos positivos • ¿Cómo detectamos los pensamientos automáticos? • Pensamientos que producen mejor estado de ánimo. • disminuyendo los pensamientos que nos hacen sentir mal.	• Breve repaso de la sesión anterior. • Breve explicación de su experiencia con las tareas. • Se realizó una pregunta: ¿qué pensamientos tuvo en la semana? • Taller sobre como los pensamientos afectan su cuerpo, sus acciones y estado de ánimo.	• Marca dor • Cartulina • Hoja impresa del termómetro del ánimo (anexo 4) • Cuadro de análisis de pensamientos (anexo 7)
Sexta Sesión Objetivo: Aprender a modificar los patrones de pensamiento disfuncionales	6. Hacerle frente a sus pensamientos • Modelo A-B-C-D • Definición • Como utilizarlo	• Breve repaso de la sesión anterior. • Breve explicación de su experiencia con las tareas. • Proyección a través de láminas el modelo A-B-C-D • Explicación del formato de trabajo A-B-C-D, a través de una lámina. • Rol playing: recrear escenas para que las participantes puedan utilizar el modelo A-B-C-D	• Hoja impresa del termómetro del ánimo (anexo 4) • Lista de registro de pensamientos (anexo 5 y 6) • Formato para el modelo A-B-C-D (anexo 8)

Séptima Sesión Objetivo: Ser capaces de detectar y modificar pensamientos automáticos	7. Distorsiones cognitivas ¿Cómo su pensamiento influye en sus emociones, situaciones y comportamiento? - Discusión cognitiva - Tipos Distorsiones cognitivas.	- Breve repaso de la sesión anterior. - Breve explicación de su experiencia con las tareas. - Psi coeducación sobre las distorsiones cognitivas - Conversamos sobre cómo fue su experiencia con el formato A-B-C-D.	- Hoja impresa del termómetro del ánimo (anexo 4) - Formato para el método A-B-C-D (anexo 8)
Octava sesión Objetivo: formular un plan para lograr hacer más actividades saludables	8. Actividades y estados de ánimos - Las actividades que hacemos afectan nuestro estado de ánimo - Actividades agradables - Importancia de realizar actividades agradables - Haciendo su mundo de adentro - Haciendo su mundo de afuera	- Breve repaso de la sesión anterior. - Breve explicación de su experiencia con las tareas. - Psi-coeducación, a través de diapositivas. - Se le explicó la lista de actividades agradables. - Taller sobre las actividades agradables que disfruto.	- Hojas blancas - Boligr afos - Hoja impresa del termómetro del ánimo (anexo 4) - Lista de actividades agradables (anexo 10) - Progr ama semanal de actividades (anexo 11) - Regis tro de cuanto disfruto mis actividades (anexo 12)
Novena Sesión	9. El contacto con los demás Importancia del contacto con las personas	Breve repaso de la sesión anterior.	Hoja impresa del

Objetivo: conversar sobre la importancia del contacto con los demás en el manejo de la depresión	• El apoyo social • Buena relación ayuda en el estado de ánimo. • Hacia la Terminación del programa.	• Breve explicación de su experiencia con las tareas. • Breve repaso sobre la tarea de la lista de actividades agradables. • presentación del tema • Pregunta sobre la importancia que tiene el contacto con los demás.	termómetro del ánimo (anexo 4) • Programa semanal de actividades (anexo 11)
Decima Sesión Objetivos: Identificar lo que me gusta hacer y fijar metas a corto plazo y a largo plazo	10. Asertividad • Aprendiendo a ser más asertivo • Entrenamiento en habilidades sociales • Entrenar a los pacientes en las habilidades necesarias para conocer gente, iniciar nuevas conversaciones, ir a entrevistas de trabajo. • Introducción a la prevención de recaídas. • Estableciendo metas	• Breve repaso de la sesión anterior. • Breve explicación de su experiencia con las tareas. • Role Play para ser asertivo • Taller sobre cómo establecer metas • Dialogar su experiencia en la actividad	• Hoja impresa del termómetro del ánimo. (anexo 4) • Programa semanal de actividades (anexo 11) • Lista de metas individuales (anexo 9)
Undécima Sesión Objetivo: Conversar sobre la importancia de crear equilibrio en su vida para mejorar su estado de ánimo y moldear su futuro. Hacer un ejercicio de relajación	11. Prevención de recaídas • Tómame en serio cuidarte • Importancia del ejercicio físico • Técnica de relajación • Como planificar actividades	• Breve repaso de la sesión anterior. • Breve explicación de su experiencia con las tareas. • Taller Grupal: planificación de actividades • Proyectar un video sobre técnica de relajación (https://www.youtube.com/watch?v=131c-CPDXss)	• Hoja impresa del termómetro del ánimo. (anexo 4) • Programa semanal de actividades. (anexo 11) • hojas blancas • Bolígrafos

			• Proyector • Computadora • Bocinas
Duodécima Sesión Objetivos: Adquirir herramientas e instrumentos que ayuden hacer frente en el día a día y evitar las recaídas en la depresión.	12. Terminación de la terapia • Evaluar logros de los objetivos terapéuticos. • Evaluar el mantenimiento de las mejoras. • Prevención de las recaídas. • Evaluación de 4 meses después del programa.	• Breve repaso de la sesión anterior. • Breve explicación de su experiencia con las tareas. • ¿Cómo llegué, como me voy? (Bunge et al., 2010). Retroalimentación con resultados de los test, pre y post intervención. • Aplicación de la prueba post- test (Inventario de depresión de Beck)	• Copias de Inventario de depresión de Beck

Anexo 16: Fichas psicológicas de las participantes de la investigación

PARTICIPANTE 1:

Datos Generales:	Edad: 21 años Estado Civil: Soltera Educación: Bachiller Ocupación: Ama de casa
Historia personal y familiar:	Madre de una niña de 1 año. Se fue a vivir con su pareja cuando tenía 6 meses de embarazo. Su pareja de la misma edad la cual la maltrataba física y psicológicamente. Creció en un hogar estable y manifiesta no tener antecedentes de familiares con depresión.
Síntomas emocionales:	Desvalorización, sentimientos persistentes de tristeza, vacío, y desesperanza, sensación de inutilidad.
Síntomas cognitivos:	Pensamientos negativos recurrentes sobre el futuro.
Síntomas conductuales:	Alteraciones en el patrón de sueño (insomnio o hipersomnia)
Síntomas físicos:	Cambios en el apetito, que pueden llevar a pérdida o aumento de peso significativo.
Resultado del Pre test y post test	Inicio: Nivel de depresión grave Final: Nivel de depresión mínima

PARTICIPANTE 2:

Datos Generales:	Edad:45 años Estado Civil: Soltera Educación: Universidad Ocupación: Profesora en un colegio Privado
Historia personal y familiar:	Es madre de dos hijos varones de 18 y 20 años de edad. Estuvo casada durante 20 años con un hombre controlador y abusivo. Viene de una familia con antecedentes de trastornos del estado de ánimo, incluidos casos de depresión en su madre.
Síntomas emocionales:	Sensación de inutilidad, Irritabilidad y frustración, incluso por asuntos triviales, culpa excesiva y autocrítica constante.
Síntomas cognitivos:	Pérdida de interés en actividades que solían ser placenteras, incluyendo hobbies y relaciones sociales.
Síntomas conductuales:	Aislamiento social, evita el contacto con amigos y familiares, alteraciones en el patrón de sueño.
Síntomas físicos:	Dolor de cabeza y molestias digestivas sin causa aparente, fatiga constante y falta de energía.
Resultado del Pre test y post test	Inicio: Nivel de depresión grave Final: Nivel de depresión leve

PARTICIPANTE 3:

Datos Generales:	Edad: 25 años Estado Civil: Soltera Educación: Bachiller Ocupación: Ama de casa
Historia personal y familiar:	Madre de un niño de 6 años. Se unió a los 18 años con el padre de su hijo, los comportamientos controladores y abusivos empezaron después de dos años de matrimonio. Indica tener antecedente familiares con depresión.
Síntomas emocionales:	Sentimientos de inutilidad y baja autoestima, ansiedad constante, tristeza profunda y desesperanza sobre el futuro.
Síntomas cognitivos:	Pensamientos intrusivos y flashbacks del abuso. Sensación de que su vida nunca podrá mejorar
Síntomas conductuales:	Descuido de su apariencia personal y salud
Síntomas físicos:	Cambios en el apetito, falta de energía por las mañanas, se dificulta atender a sus hijos.
Resultado del Pre test y post test	Inicio: Nivel de depresión grave Final: Nivel de depresión mínima

PARTICIPANTE 4:

Datos Generales:	Edad: 20 años Estado Civil: Soltera Educación: Secundaria básica Ocupación: Ama de casa
Historia personal y familiar:	Es una joven sin hijos, conoció una persona 15 años mayor que ella con el que se fue a vivir a pesar de que su madre no lo aprobara. Al inicio ejercía violencia psicológica y control sobre ella, luego violencia física. Creció estable y no tiene familiares con depresión.
Síntomas emocionales:	Depresión con episodios de llanto frecuente, Baja autoestima y sentimientos de inutilidad.
Síntomas cognitivos:	Dificultad para tomar decisiones debido a la falta de confianza en sí misma.
Síntomas conductuales:	Alteraciones en el patrón de sueño y aislamiento social
Síntomas físicos:	Falta de energía, dolor de cabeza.
Resultado del Pre test y post test	Inicio: Nivel de depresión grave Final: Nivel de depresión mínima

PARTICIPANTE 5:

Datos Generales:	Edad: 32 años Estado Civil: Soltera Educación: Universidad Ocupación: Secretaria
Historia personal y familiar:	Madre de un niño de 9 años. Estuvo unida con su expareja por 3 años. Lo conoció meses después de haberse separado del padre su hijo. Los maltratos eran psicológicos y físicos hacia ella y hacia su hijo. Indica no tener antecedente de depresión en su familia.
Síntomas emocionales:	Desvalorización, miedo a repetir patrones de abuso en futuras relaciones, tristeza persistente.

Si

PARTICIPANTE 6:

Si cc Si R y	Datos Generales:	Edad: 27 años Estado Civil: Soltera Educación: Universidad Ocupación: Cajera
	Historia personal y familiar:	Madre de un niño de dos años, recién separada del padre de su hijo la cual abusaba física y psicológicamente de ella. Indica que era una relación toxica, pero desarrolló dependencia emocional. Creció en un hogar disfuncional de mucho maltrato, y con antecedentes familiares de depresión.
	Síntomas emocionales:	Sentimientos de soledad, Irritabilidad, autocrítica constante, pérdida de control emocional.
	Síntomas cognitivos:	Dificultad para planificar y organizar tareas, pérdida de interés en el trabajo y en actividades sociales.
	Síntomas conductuales:	Retraimiento, Evita responsabilidades, cambio en el patrón del sueño.
	Síntomas físicos:	Problemas digestivos y dolores de cabeza.
	Resultado del Pre test y post test	Inicio: Nivel de depresión grave Final: Nivel de depresión leve

PARTICIPANTE 7:

Datos Generales:	Edad: 28 años Estado Civil: Soltera Educación: Bachiller Ocupación: Ama de casa
Historia personal y familiar:	Madre de tres niños. Estuvo unida a su expareja y padre de sus hijos por 9 años hasta que se atrevió denunciarlo por los maltratos físicos que recibía. Creció con su padre y su madre fue diagnosticada con depresión.
Síntomas emocionales:	Vacío emocional, desvalorización, sensación de inutilidad, sentimientos de inutilidad, autodesprecio, o falta de valor personal.
Síntomas cognitivos:	Pensamientos negativos recurrentes, lentitud en el pensamiento.
Síntomas conductuales:	Cambios en los hábitos de sueño, falta de motivación y abandono del cuidado personal
Síntomas físicos:	Dolores de cabeza, dolor muscular o articular sin una causa física evidente.
Resultado del Pre test y post test	Inicio: Nivel de depresión grave Final: Nivel de depresión leve

PARTICIPANTE 8:

Datos Generales:	Edad: 40 años Estado Civil: Casada Educación: Bachiller Ocupación: Ama de casa
Historia personal y familiar:	Madre de una adolescente de 15 años. Casada legalmente con su segunda pareja, desde hace 10 años quien abusaba emocional y psicológicamente. La dependencia económica la llevo soportar la violencia por mucho tiempo. Indica que su madre ha sufrido depresión debido a que también sufrió violencia.
Síntomas emocionales:	Tristeza persistente, culpa excesiva, sentimientos profundos de desesperanza y desamparo
Síntomas cognitivos:	Pensamientos negativos constantes y baja autoestima.
Síntomas conductuales:	Alteraciones en el patrón de sueño, evita salir de casa.
Síntomas físicos:	Tensión muscular, disminución de peso significativo, fatiga.
Resultado del Pre test y post test	Inicio: Nivel de depresión grave Final: Nivel de depresión leve

PARTICIPANTE 9:

Datos Generales:	Edad: 43 años Estado Civil: Soltera Educación: Bachiller Ocupación: Ama de casa
Historia personal y familiar:	Madre de un varón de 20 años. Casada durante 22 años con un hombre que la controlaba y la maltrataba física y emocionalmente durante gran parte de su matrimonio. Creció en un hogar disfuncional y manifiesta tener antecedentes de familiares con depresión.
Síntomas emocionales:	Temor constante y ansiedad, especialmente cuando su expareja está cerca, autoculpabilización por la situación que vive.
Síntomas cognitivos:	Pensamientos negativos recurrentes sobre el futuro, falta de confianza en sí misma.
Síntomas conductuales:	Evita salir de casa y tiene poco contacto con amigos o familiares
Síntomas físicos:	Dolores de cabeza, fatiga rápida al realizar actividades que antes eran fáciles de hacer.
Resultado del Pre test y post test	Inicio: Nivel de depresión grave Final: Nivel de depresión leve

PARTICIPANTE 10:

Datos Generales:	Edad: 27 años Estado Civil: Soltera Educación: Secundaria básica Ocupación: Ama de casa
Historia personal y familiar:	Madre de dos niños, se unió a los 22 años con su expareja, quien comenzó a mostrar comportamientos de manipulación y maltrato físicos después de dos años de convivir juntos. Creció en un hogar de padres separados y manifiesta no tener antecedentes de familiares con depresión.
Síntomas emocionales:	Baja autoestima, sensación de inutilidad, irritabilidad.
Síntomas cognitivos:	Pensamientos suicidas, lentitud en el pensamiento, dificultad para organizar tareas
Síntomas conductuales:	Descuido de su apariencia personal y salud, pérdida de peso.
Síntomas físicos:	Falta de energía, fatiga constante, dolores de cabeza.
Resultado del Pre test y post test	Inicio: Nivel de depresión grave Final: Nivel de depresión mínima

PARTICIPANTE 12:

Datos Generales:	Edad:38 años Estado Civil: Casada Educación: Universidad Ocupación: Maestra
Historia personal y familiar:	Madre de un adolescente de 13 años. Ha estado casada durante 15 años con un hombre abusivo. Ha soportado más de diez años de abuso doméstico, lo que ha impactado profundamente su salud mental. Indica no tener familiares con depresión.
Síntomas emocionales:	Irritabilidad y frustración, autocrítica constante y culpa excesiva.
Síntomas cognitivos:	Visión pesimista de uno mismo, del futuro y del entorno.
Síntomas conductuales:	Pérdida de interés en su trabajo, incapacidad o falta de interés en cumplir con las obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
Síntomas físicos:	Cansancio, fatiga, dolores de cabeza y musculares, aumento de peso.
Resultado del Pre test y post test	Inicio: Nivel de depresión grave Final: Nivel de depresión mínima

PARTICIPANTE 11:

Datos Generales:	Edad: 31 años Estado Civil: Soltera Educación: Bachiller Ocupación: Realiza funciones de secretaria
Historia personal y familiar:	Madre de un niño de 4 años, se separó de su esposo después de años de abuso emocional y físico. Sin embargo, el impacto de la violencia sigue presente en su vida. Creció en un hogar estable y manifiesta no tener antecedentes de familiares con depresión.
Síntomas emocionales:	Experimenta tristeza constante, a menudo sin razón aparente, y tiene dificultades para disfrutar de la vida.
Síntomas cognitivos:	Pasa mucho tiempo pensando en el abuso que sufrió y en lo que podría haber hecho de manera diferente.
Síntomas conductuales:	Abandono del cuidado personal, se siente incapaz de encontrar motivación en las actividades.
Síntomas físicos:	Cambios en el apetito, cambio en el patrón de sueño.
Resultado del Pre test y post test	Inicio: Nivel de depresión grave Final: Nivel de depresión mínima

PARTICIPANTE 13:

Datos Generales:	Edad: 40 años Estado Civil: Soltera Educación: Universidad Ocupación: Profesora
Historia personal y familiar:	Estuvo unida por cinco años, donde tuvo que soportar abusos verbales y físicos desde el primer año de estar juntos. El constante maltrato erosionó su sentido de identidad y la ha sumido en una depresión profunda. No tiene hijos y viene de una familia con antecedentes de diagnóstico de depresión.
Síntomas emocionales:	Sentimientos de inutilidad, autodesprecio, o falta de valor personal
Síntomas cognitivos:	Pensamientos negativos, retraimiento emocional.
Síntomas conductuales:	Clara lucha contra un cansancio físico y mental extremo
Síntomas físicos:	Cambios en el apetito, hablar más bajo, más despacio, o con menos energía de lo habitual.
Resultado del Pre test y post test	Inicio: Nivel de depresión grave Final: Nivel de depresión mínima

PARTICIPANTE 14:

Datos Generales:	Edad: 40 años Estado Civil: Casada Educación: Bachiller Ocupación: Cajera
Historia personal y familiar:	Madre de un niño de 11 años. Después de años de violencia y control por parte de su exesposo, logró divorciarse, pero la experiencia la dejó emocionalmente devastada. Viene de una familia con antecedentes de depresión.
Síntomas emocionales:	En ocasiones se siente emocionalmente entumecido o incapaz de experimentar alegría o tristeza, miedo, desamparo.
Síntomas cognitivos:	Pensamientos negativos y pesimistas, desconexión emocional
Síntomas conductuales:	Comer más o menos de lo habitual, a veces sin interés en la comida, responder de manera irritable.
Síntomas físicos:	Molestias digestivas, fatiga constante y Sensación de falta de aire.
Resultado del Pre test y post test	Inicio: Nivel de depresión grave Final: Nivel de depresión mínima

PARTICIPANTE 15:

Datos Generales:	Edad: 35 años Estado Civil: Soltera Educación: Bachiller Ocupación: Ayudante general
Historia personal y familiar:	Madre de una adolescente de 16 años. Estuvo casada durante 9 años, donde soportó violencia física y verbal. Su depresión se ha agravado debido a la falta de apoyo externo y a la dependencia emocional y económica de su esposo. manifiesta no tener antecedentes de familiares con depresión.
Síntomas emocionales:	Desvalorización, sentimientos intensos de culpa, baja autoestima y tristeza persistente.
Síntomas cognitivos:	Dificultad para concentrarse, olvidar cosas fácilmente, Ideas recurrentes de inutilidad.
Síntomas conductuales:	Cambios en el apetito, cambios en los hábitos de sueño Y retraimiento
Síntomas físicos:	Tensión muscular, dolores de cabeza, articulaciones y cuello.
Resultado del Pre test y post test	Inicio: Nivel de depresión Grave Final: Nivel de depresión Mínima