



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Maestría en Psicología

“Intervención cognitivo-conductual para disminuir ansiedad y depresión e incrementar la autoestima en mujeres víctimas de violencia de pareja”

Tesis para obtener el grado de
Maestría en Psicología

Rosa Imelda Martínez Villa
Becada por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación

Bajo la dirección de
Dra. Priscila Montañez Alvarado

Sínodo

Dr. Oscar Armando Esparza del Villar

Dra. Marisela Gutiérrez Vega

Dra. Teresa Gutiérrez Rosado

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 30 de septiembre 2025



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Maestría en Psicología

“Intervención cognitivo-conductual para disminuir ansiedad y depresión e incrementar la autoestima en mujeres víctimas de violencia de pareja”

Tesis para obtener el grado de
Maestría en Psicología

Rosa Imelda Martínez Villa
Becada por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación

Bajo la dirección de
Dra. Priscila Montañez Alvarado

Sínodo

Dr. Oscar Armando Esparza del Villar

Dra. Marisela Gutiérrez Vega

Dra. Teresa Gutiérrez Rosado

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 30 de septiembre 2025

Dedicatoria

A mi madre, quien ya no se encuentra conmigo en esta vida, pero cuya presencia y guía permanecen en cada paso que doy. Gracias por ser el pilar de mi vida, por su amor incondicional y por enseñarme a creer en mí misma. Estoy segura de que estaría orgullosa de lo que he logrado hasta ahora, y su ejemplo continúa inspirándome cada día.

A mis hijas, mi mayor alegría y motivación, quienes llenan mi vida de amor y propósito; que esta dedicación refleje el amor y la fuerza que me impulsan a seguir adelante y que inspire en ustedes la perseverancia y la confianza en sus propios sueños.

Asimismo, dedico este trabajo a todas las mujeres que hicieron posible este proyecto, por su valentía, apertura y confianza al compartir sus experiencias. Gracias por permitirme acompañarlas en este proceso y por contribuir con su participación a que este estudio pudiera realizarse. Su fortaleza, resiliencia y disposición han sido una inspiración constante y han dado sentido y propósito a cada esfuerzo dedicado a este trabajo.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a la Dra. Priscila Montañez, mi directora de tesis, por su guía experta, paciencia y apoyo constante a lo largo de todo el desarrollo de este trabajo. Su acompañamiento fue fundamental para la concreción de este proyecto y para mi crecimiento profesional y personal. Agradezco igualmente a los lectores de mi tesis, Dr. Óscar Armando Esparza del Villar, Dra. Marisela Gutiérrez Vega y Dra. Teresa Gutiérrez Rosado, quienes con sus valiosas observaciones y sugerencias contribuyeron a fortalecer la calidad y coherencia del presente estudio.

Deseo agradecer de manera especial a mi hermana Irma, por estar a mi lado en cada momento, animándome cuando sentía que no podía seguir y transmitiéndome fuerza, confianza y esperanza para avanzar hasta la culminación de este proyecto.

Mi agradecimiento también a Sin Violencia A.C., por abrirme sus puertas y permitir la realización de este proyecto. Su disposición, apoyo y compromiso con la atención a mujeres en situación de violencia fueron fundamentales para que este estudio pudiera llevarse a cabo.

Finalmente, me agradezco a mí misma por la dedicación, esfuerzo y perseverancia demostrados a lo largo de este proceso, por mantenerme firme ante los retos y por transformar los desafíos en oportunidades de aprendizaje y crecimiento personal.

Índice de contenido

Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción	10
Marco teórico	12
Violencia de pareja	14
Tipos de Violencia	15
Rueda de poder y control (Pence y Paymar, 1993).....	18
Ciclo de la violencia de Walker	20
Persuasión coercitiva	22
Teorías explicativas sobre la violencia de pareja.....	23
Causas y factores de riesgo de la violencia de pareja	27
Efectos de la violencia de pareja.....	29
Terapia cognitivo-conductual	37
Evidencia que respalda la eficacia de la TCC en la reducción de la sintomatología de VP.....	46
Prevalencia de la violencia de pareja	49
Objetivo e hipótesis	53
Objetivo general.....	53
Objetivos específicos	53
Hipótesis	53
Método	54
Participantes	54

Instrumentos.....	55
Procedimiento	59
Resultados.....	70
Discusión	81
Conclusión	94
Referencias.....	96
Apéndice A: entrevista.....	107
Apéndice B: IAP.....	111
Apéndice C: BDI	112
Apéndice D: BAI	114
Apéndice E: EAR.....	115
Apéndice F: consentimiento informado.....	116
Apéndice G: autorregistro mindfulness	119
Apéndice H: autorregistro emoción y pensamiento.....	120
Apéndice I: diario de agradecimiento	121
Apéndice J: Autorregistro RC.....	122
Apéndice K: tríptico violencia de pareja	125
Apéndice L: tríptico ciclo de la violencia.....	126
Apéndice M: tríptico distorsiones cognitivas	127
Apéndice N: tríptico autoestima	128
Apéndice O: tríptico prevención de recaídas	129
Apéndice P: registro de asistencia y tareas.....	130
Apéndice Q: entrevista al final de sesión.....	131

Apéndice R: programa de intervención 132

Resumen

Este estudio evaluó la efectividad de una intervención grupal basada en la terapia cognitivo-conductual para reducir la ansiedad y la depresión, y fortalecer la autoestima en mujeres víctimas de violencia de pareja. Se utilizó un diseño cuasi-experimental, con un pretest-postest sin grupo control. La muestra estuvo conformada por cuatro mujeres ($N=4$) con una edad media de 40 años, en su mayoría con educación secundaria, empleo formal y nivel socioeconómico bajo. Todas habían experimentado violencia y la habían denunciado. Los instrumentos aplicados fueron el Índice de Abuso de Pareja (IAP), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). Antes de la intervención, el 75 % tenía ansiedad elevada, el 50 % sufría depresión grave y el 75 % presentaba baja autoestima. Después de aplicada la intervención, se observó una reducción significativa en los síntomas de ansiedad y depresión, así como un aumento en la autoestima. Se realizó el análisis estadístico con la prueba de Wilcoxon que mostró una tendencia a la significancia ($p = 0.068$) y un tamaño del efecto muy grande ($r > 0.9$), indicando un impacto clínico relevante. Estos hallazgos respaldan la eficacia de la TCC para abordar las secuelas psicológicas de la violencia de pareja. Se recomienda ampliar la muestra en futuros estudios y promover la implementación de estos programas en instituciones de apoyo a mujeres.

Palabras clave: violencia de pareja, terapia cognitivo-conductual, ansiedad, depresión, autoestima.

Abstract

This study evaluated the effectiveness of a group intervention based on Cognitive Behavioral Therapy (CBT) to reduce anxiety and depression and strengthen self-esteem in women victims of intimate partner violence. A quasi-experimental design was used, with a pretest-posttest without a control group. The sample consisted of four women ($N=4$) with a mean age of 40 years, mostly with secondary education, formal employment, and low socioeconomic status. All had experienced violence and had reported it. The Index of Spouse Abuse (ISA), the Beck Depression Inventory (BDI-II), the Beck Anxiety Inventory (BAI), and the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) were applied. Before the intervention, 75% had high anxiety levels, 50% suffered from severe depression, and 75% had low self-esteem. Afterward, a significant reduction in anxiety and depression symptoms was observed, along with an increase in self-esteem. Statistical analysis using the Wilcoxon test showed a trend toward significance ($p = 0.068$) and a very large effect size ($r > 0.9$), indicating a clinically relevant impact. These findings support the effectiveness of CBT in addressing the psychological consequences of intimate partner violence. Expanding the sample in future studies and promoting the implementation of these programs in support institutions for women is recommended.

Keywords: intimate partner violence, Cognitive Behavioral Therapy, anxiety, depression, self-esteem

Intervención cognitivo-conductual para disminuir ansiedad y depresión e incrementar la autoestima en mujeres víctimas de violencia de pareja

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) la violencia de pareja (VP) definida como “comportamientos de la pareja o expareja que causan daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control” (OMS, 2021, parr. 7) representa un serio desafío para la salud pública y una grave violación de los derechos humanos de las mujeres. En este sentido, y de acuerdo con cifras proporcionadas por la organización antes mencionada, a nivel internacional, aproximadamente el 27% de las mujeres de 15 a 49 años que han tenido una relación han declarado haber sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su cónyuge o compañero. Por su parte, las cifras a nivel nacional, otorgadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021) a través la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) señalan que el 39.9% de las mujeres mayores de 15 años que han tenido o tienen una relación de pareja, han reportado haber experimentado algún tipo de violencia. A pesar de esto, medir la prevalencia de la violencia no es tarea fácil. Ya sea por temor a las represalias, por vergüenza, la falta de conciencia sobre la gravedad de la situación, o por el estigma asociado a haber sido víctimas de violencia y la desconfianza en los sistemas de apoyo, es que muchas mujeres no informan sobre sus experiencias, lo que puede resultar en una percepción incompleta de la magnitud real del problema (Organización Panamericana de la Salud [OPS, 2013]). A esta situación se añaden las devastadoras consecuencias para la salud física y mental de las víctimas. A nivel físico, las agresiones pueden provocar desde lesiones tan visibles como moretones, fracturas e inclusive la muerte. A nivel psicológico, la violencia posibilita la generación de estrés postraumático, ansiedad, depresión, baja autoestima y

sentimientos de culpa, lo que provoca que las mujeres se aíslen socialmente, incrementando de esta manera la dependencia emocional de la víctima hacia el agresor, situaciones -entre otras- que condicionan y refuerzan el ciclo de violencia, dificultando aún más la salida de esta situación (Echeburúa y Redondo, 2010; OPS, 2013). Además de lo antes señalado, las mujeres que experimentan VP a menudo pasan por un proceso de confusión emocional y distorsión de la realidad, que les impide la claridad para reconocer plenamente que están en una situación de violencia, lo que las lleva a la desconexión de sí mismas, generando comportamientos autodestructivos, estados de depresión e incluso pensamientos suicidas (Romero y colaboradores, 2015). A causa de lo antes señalado, y en la búsqueda de alternativas de tratamiento terapéutico, se encuentra que la TCC, la cual ha mostrado ser eficaz para ayudar a las mujeres víctimas de violencia a identificar y modificar los pensamientos disfuncionales que perpetúan su condición, transformándolos en otros más realistas y adaptativos (Ruiz et al., 2012). Esta utilidad queda evidenciada en una revisión sistemática realizada por García (2022), la cual concluyó que el 83.33% de los casos estudiados utilizaron la TCC, en los cuales, además de la psicoeducación sobre la sintomatología de la VP, se aplicaron técnicas de respiración y relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, programación de actividades agradables, exposición y prevención de recaídas, entre otras. El autor antes mencionado constató en su estudio, que la depresión fue la variable clínica más comúnmente evaluada y tratada, seguida de la autoestima, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la ansiedad (García, 2022). No obstante, persisten desafíos significativos en la prevención y tratamiento de esta problemática. Uno de los principales obstáculos es la falta de programas de intervención específicos y basados en evidencia que aborden las complejas necesidades de las mujeres. Además, muchas intervenciones actuales no logran abarcar adecuadamente las

dimensiones psicológicas, sociales y económicas del problema, lo que limita su efectividad y deja a muchas mujeres sin el apoyo necesario para superar las secuelas de la violencia (OMS, 2021). Es en respuesta a esta necesidad, que se propone el presente proyecto de intervención, el cual ha sido diseñado específicamente con un enfoque basado en la evidencia, utilizando la TCC, que ha demostrado ser efectiva para abordar las secuelas psicológicas de la VP (Aburto, 2021; García, 2022; Karakurt et al., 2022; Vaca-Ferrer et al., 2021). El objetivo de este programa es mejorar la salud mental de las mujeres que han sido víctimas de violencia, centrándose en la reducción de la depresión, la ansiedad y el fortalecimiento de la autoestima. A través de un formato de terapia grupal, este proyecto buscó ofrecer herramientas y estrategias que permitieran a las participantes afrontar de manera efectiva las secuelas emocionales de la violencia, promoviendo un cambio positivo en su bienestar psicológico (Bados, 2008).

Marco teórico

Violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer ha existido a través de la historia, considerándose durante mucho tiempo como un problema íntimo, sin considerar la intervención pública. No fue sino hasta la década de 1970, con el movimiento feminista, cuando se empezó a hablar abiertamente sobre este tema. Las feministas señalaron que la violencia contra las mujeres no era un asunto doméstico, sino un problema de poder y control en las relaciones. Esto llevó a la creación de redes de apoyo, refugios para mujeres maltratadas y la lucha por cambios en las leyes para proteger a las víctimas (Hirigoyen, 2006). Gracias a estos acontecimientos, la violencia contra la mujer fue finalmente reconocida a nivel mundial como una transgresión de los derechos humanos. Surge, por lo tanto, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, adoptada además por la Asamblea General de las Naciones Unidas (1993), por conducto

de la cual se genera una de las definiciones más utilizadas sobre la violencia contra las mujeres.

Se expresa como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual para las mujeres, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada. (p. 2)

Dentro de este marco, la violencia contra la mujer se concibe como el conjunto de agresiones dirigidas de manera particular a mujeres, simplemente por su condición de género, reconociendo las raíces históricas y estructurales de la subordinación femenina. En este sentido, incluye desde el maltrato en el entorno doméstico y la violencia sexual hasta el feminicidio, tal y como lo definen la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de la Asamblea General de las Naciones Unidas (1993) y la Convención de Belém do Pará (1994) .

Por otra parte, cuando se habla de violencia contra la mujer, esta suele ser considerada de manera inadecuada como equivalente a la violencia de género. No obstante, según Romero (2015), aunque la violencia contra la mujer forma parte de lo que se conoce como violencia de género, esta última se caracteriza predominantemente en situaciones donde los hombres imponen control y autoridad sobre las mujeres. Sostiene que este tipo de violencia tiene sus raíces en una educación patriarcal que, desde la niñez, asigna roles desiguales a hombres y mujeres, manteniendo la desigualdad y el abuso en diversos aspectos de la vida. De manera similar, Núñez (2016) sostiene que la cultura patriarcal se construye a partir de jerarquías que promueven la autoridad, superioridad y control en las relaciones, lo que refuerza la idea de supremacía masculina. Como resultado, enfrentar la violencia de género se vuelve un desafío, ya que está profundamente integrada en un sistema que la apoya.

En este sentido, la violencia contra la mujer se manifiesta en una amplia variedad de contextos, desde la ejercida contra la pareja, hasta el ámbito escolar, laboral, familiar, comunitario, obstétrico y a través de medios digitales. Cada uno de estos entornos puede ser escenario de distintas formas de agresión, ya sea física, psicológica, sexual o económica, afectando profundamente el bienestar y la seguridad de las mujeres (INEGI, 2021). Dentro de las diversas formas de violencia, la que ocurre con mayor regularidad, resulta más compleja de detectar y probablemente más dañina, es la perpetrada por una pareja. La VP es particularmente devastadora debido a la cercanía emocional y la relación de poder que suele existir, ya que se recibe el daño directamente de quien se espera tener protección y cariño, situación que con su ambivalencia perpetúa el daño físico y psicológico en las víctimas (Romero et al., 2015). Cabe señalar que además de la dificultad de detección, existe una amplia diversidad de descripciones de la misma, por lo que enseguida, iniciaremos con algunos de esos términos.

Violencia de pareja

En diversos contextos y países, la VP se describe mediante distintas acepciones (Aiquipa, 2015). Entre los más utilizados se encuentra el término violencia doméstica, que incluye cualquier forma de violencia ocurrida en el ámbito familiar o en una relación cercana (Jackson, 2007). En cuanto a la violencia de género, se caracteriza en su descripción por poner énfasis en las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres en los diferentes ámbitos en que estos se desenvuelvan (Romero et al., 2015). Por otra parte, el término de violencia conyugal se refiere específicamente al abuso dentro del matrimonio o en relaciones similares (Romero, 2016). Cabe señalar que, además, se utilizan otros términos para el mismo fenómeno, como abuso íntimo o intimate partner violence y mujeres maltratadas (Jordan et al., 2004; Hirigoyen, 2006) los cuales reflejan diferentes perspectivas según el contexto cultural y social donde se

generen. En este sentido, la American Psychiatric Association (APA, 2024) define a la VP como un “daño físico, sexual, financiero, emocional o psicológico ocasionado a una persona por una pareja o cónyuge actual o anterior” (párr. 1). Por otra parte, la Organización de las Naciones Unidas (ONU Mujeres, 2020) menciona que “es cualquier patrón de comportamiento que se utilice para adquirir o mantener el poder y el control sobre una pareja íntima” (párr. 6).

De las anteriores acepciones y para el presente estudio, el término VP resulta el más adecuado, ya que no limita su aplicación a un estado civil específico y puede abarcar relaciones de noviazgo, unión libre, matrimonio, entre otras. No obstante, a pesar de las diferencias en los términos utilizados, organismos internacionales han desarrollado definiciones que ofrecen una visión amplia y detallada de la VP.

Igualmente, cabe señalar que dentro de la VP, se consideran diferentes tipos de violencia que pueden presentarse en las relaciones de pareja, tales como la violencia física, psicológica o emocional, sexual y económica, destacando las profundas repercusiones que cada una de ellas puede tener en la vida de las víctimas. A continuación, se abordará la tipología de esta violencia.

Tipos de Violencia

Según la ONU Mujeres (2020), la VP se clasifica en: violencia física, psicológica o emocional, sexual y económica. A continuación, se ofrece una breve descripción de cada una.

Violencia psicológica y/o emocional

Consiste en:

Provocar miedo a través de la intimidación; en amenazar con causar daño físico a una persona, su pareja o sus hijas o hijos, o con destruir sus mascotas y bienes; en someter a una persona a maltrato psicológico o en forzarla a aislarse de sus amistades, de su familia, de la escuela o del trabajo. (ONU Mujeres, 2020, párr. 8)

Según Hirigoyen (2006), este tipo de violencia constituye un “maltrato muy sutil; muy a menudo, las víctimas afirman que el terror se inicia con una mirada despectiva, una palabra humillante, un tono amenazador” (p. 15).

Por su parte, la violencia emocional, según la ONU Mujeres (2020), se define como el conjunto de acciones que buscan:

Minar la autoestima de una persona a través de críticas constantes, en infravalorar sus capacidades, insultarla o someterla a otros tipos de abuso verbal; en dañar la relación de una pareja con sus hijas o hijos; o en no permitir a la pareja ver a su familia ni a sus amistades. (párr. 9)

En cuanto al ejercicio de la violencia psicológica, es común observar que el agresor tiende a negar su participación, lo cual genera incertidumbre y ambivalencia en la víctima acerca de sus propios sentimientos, causando un deterioro continuo en la persona, llegando al punto de convertirla en alguien sin dignidad, voluntad y capacidad de reacción en muchos sentidos (Núñez, 2016).

Violencia física

La violencia física hacia la pareja se caracteriza según la ONU Mujeres (2020) por acciones como:

Causar o intentar causar daño a una pareja golpeándola, propinándole patadas, quemándola, agarrándola, pellizcándola, empujándola, dándole bofetadas, tirándole del cabello, mordiéndole, denegándole atención médica u obligándola a consumir alcohol o drogas, así como empleando cualquier otro tipo de fuerza física contra ella. Puede incluir daños a la propiedad. (parr. 10)

En este sentido, Hirigoyen (2006) explica que “la mayor parte de las veces, la violencia física solo aparece cuando la mujer se resiste a la violencia psicológica. El hombre no ha conseguido controlar lo suficiente a una compañera demasiado independiente” (p. 24).

Asimismo, Núñez (2016) sostiene que la violencia física emerge como consecuencia final de un proceso prolongado, caracterizado por años de abuso psicológico previo.

Violencia sexual

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023), se considera violación a cualquier intento o acción que atente contra la sexualidad de una persona, utilizando la coacción, sin importar la relación que tengan con la víctima, y esto puede suceder en cualquier situación o entorno. Por otra parte, la ONU mujeres (2020) entiende por *violencia sexual* como:

Cualquier acto de naturaleza sexual cometido contra la voluntad de otra persona, ya sea que esta no haya otorgado su consentimiento o que no lo pueda otorgar por ser menor de edad, sufrir una discapacidad mental o encontrarse gravemente intoxicada o inconsciente por efecto del alcohol o las drogas. (parr. 14)

Por consiguiente, una relación sexual impuesta, es decir, si la actividad sexual no es consensuada y deseada, constituye un delito que vulnera la dignidad de la persona, incluso dentro del matrimonio (Núñez, 2016).

Violencia económica

La violencia económica “consiste en lograr o intentar conseguir la dependencia financiera de otra persona, manteniendo para ello un control total sobre sus recursos financieros, impidiéndole acceder a ellos y prohibiéndole trabajar o asistir a la escuela” (ONU Mujeres, 2020, parr. 7). Así mismo Núñez (2016) menciona que los hombres emplean este método para ejercer dominio sobre sus parejas, demandando incluso acciones a sus víctimas como pedir dinero

prestado o rendir cuentas detalladas de cada gasto realizado como condición para proveerle de dinero o recursos. Se señala además, que la presión económica se ejerce de distintas formas dependiendo del entorno, pero siempre con el objetivo de eliminar la autonomía de la pareja y perpetuar así su dependencia (Hirigoyen, 2006)

Tras conocer los tipos de agresión, es clave entender que no se presentan de forma aislada, sino como piezas de un sistema de dominación que mantiene el maltrato. Con el fin de profundizar en el tema, a continuación se explorará la dinámica que caracteriza las relaciones de pareja.

Dinámica de la violencia de pareja

Para comprender la dinámica de las relaciones de pareja en toda su dimensión, a continuación se presentarán diversos modelos explicativos que permiten analizarla desde distintos enfoques: la rueda de poder y control, que evidencia las estrategias utilizadas para ejercer dominación; el Ciclo de la Violencia, que señala los patrones que sostienen y refuerzan el maltrato; y la Persuasión Coercitiva, que estudia los cambios cognitivos y emocionales que experimenta la víctima.

Rueda de poder y control (Pence y Paymar, 1993)

La VP no debe entenderse como un hecho aislado, sino como un proceso sostenido en el tiempo que implica distintas formas de control. En este contexto, la rueda del poder y control (Figura 1) es una herramienta creada para mostrar gráficamente las tácticas para dominar y controlar a la pareja. A través del esquema de esta rueda utilizada en los procesos de psicoeducación, muestra cómo las mujeres víctimas de VP no solo enfrentan golpes o agresiones sexuales, sino que también se ven sometidas a tácticas como el aislamiento, el abuso psicológico, las amenazas de dañar a sus hijos, el control financiero, las humillaciones y el uso de la

intimidación, entre otras, lo que produce un contexto de temor y desesperanza para las mujeres. Además, se posibilita que las mujeres comprendan que el abuso físico, emocional, financiero y sexual están conectados y son reforzados por la violencia física, que se utiliza para mantener el control total sobre la víctima (Navarro, 2014).

Figura 1

Rueda de poder y control basada en la realizada por Pence y Paymer (1996).



Nota: Imagen tomada de internet, basada en la rueda de poder y control de Pence y Paymer (1996). <https://parelaviolencia.pr.gov/images/rueda-de-poder1626728239.jpg>

Comprender los diferentes tipos de violencia y su interrelación mediante la Rueda de Poder y Control se ha constituido como un primer paso en algunas de las intervenciones para prevenir la violencia contra las mujeres y de esta manera, abordar el fenómeno de la VP. Aunado a esto, es importante conocer también el denominado ciclo de la violencia.

Ciclo de la violencia

El ciclo de la violencia es un modelo desarrollado por la psicóloga Lenore Walker (2009) para describir las etapas repetitivas de comportamiento en relaciones abusivas (véase Figura 2).

Figura 2

Ciclo de la Violencia



Este ciclo describe el desarrollo y la perpetuación de la violencia en las relaciones de pareja, afectando de manera significativa el bienestar emocional de las víctimas y dificultando su

capacidad para romper con la relación abusiva (Hendel, 2017; Hernández, 2014; Hirigoyen, 2006; Kalbermatter, 2016). Con cada repetición del ciclo de la violencia, la víctima experimenta una creciente desilusión y pérdida de ánimo, lo que la lleva a alejarse de sus redes de apoyo y confianza. Este proceso la desgasta profundamente, dejándola sin fuerzas y atrapada en un círculo del que le resulta cada vez más difícil escapar (Méndez-Lois et al., 2018). En la investigación realizada por Walker (2009) sobre el síndrome de la mujer maltratada, nace esta teoría, en este estudio se concluyó que la mayoría de las mujeres que experimentan violencia por parte de su pareja íntima han experimentado las tres fases del ciclo de violencia, al menos en alguna ocasión. El ciclo de la violencia se compone de tres fases: acumulación de tensión, agresión, y arrepentimiento o luna de miel, mismas que serán descritas en los párrafos siguientes:

Acumulación de tensión

Durante esta fase, se observa un aumento poco a poco de la tensión, evidenciando conductas sigilosas que provocan conflictos, como insultos, comportamientos hostiles o abuso físico ocasional. A medida que la tensión se intensifica, la mujer se comporta temerosa, como si estuviese ante un peligro inminente, llegando al punto en que ya no puede controlar la respuesta enojada del agresor. Exhausta por el estrés constante, usualmente se aleja del agresor para evitar desencadenar esa explosión tan temida. El agresor, al notar su retirada, tiende a volverse más intolerante, y es así como la tensión entre ambos se vuelve insoportable (Walker, 2009; Hendel, 2017; Kalbermatter, 2016; Navarro, 2014).

Agresión

En esta fase, el agresor suele desencadenar una serie intensa de agresiones verbales y físicas que pueden ocasionar graves daños y lesiones en la víctima. Es entonces que la mujer intenta protegerse de la agresión física, cubriéndose partes del rostro y cuerpo para bloquear los

golpes. No obstante, la fase aguda de maltrato concluye cuando el agresor se detiene, provocando paradójicamente una reducción brusca de la tensión acumulada, y por consiguiente, el cambio de actitud del hombre, sobreviniendo la siguiente fase (Walker, 2009; Hendel, 2017; Kalbermatter, 2016).

Arrepentimiento o luna de miel

Esta fase se caracteriza por la culpa del agresor, que en ocasiones ofrece disculpas, intenta ayudar a la víctima, muestra amabilidad y remordimiento, y la compensa con regalos y/o promesas. En este punto, ya descargada la tensión, el agresor puede sinceramente creer que nunca volverá a ser violento. Por su parte, la mujer, deseando creer en la transformación del agresor, puede renovar sus esperanzas en la posibilidad de cambio, especialmente al inicio de la relación, perpetuando así, el ciclo de la violencia (Walker, 2009; Hendel, 2017; Kalbermatter, 2016; Navarro, 2014).

Persuasión coercitiva

Los modelos del Ciclo de la violencia y la Rueda de poder y control nos ayudan a entender cómo los agresores logran ejercer tal dominio sobre sus parejas, usando tácticas como el aislamiento, la intimidación y la manipulación emocional (Pence y Paymar, 1993; Walker, 2009). Pero más allá de este patrón de maltrato, hay algo aún más profundo que explica por qué muchas mujeres se quedan en relaciones violentas: la persuasión coercitiva. Este tipo de manipulación es tan fuerte que se ha comparado con un lavado de cerebro, porque hace que la mujer pierda la confianza en sus propias decisiones y gradualmente empiece a explicar su relación desde la perspectiva del agresor. Entender la persuasión coercitiva nos permite ver que salir de una relación violenta no es solo cuestión de "querer hacerlo", sino que requiere apoyo, comprensión y un proceso de reconstrucción personal (Escudero et al., 2005). Y es que no se

trata solamente del control externo que ejerce el agresor, sino de cómo poco a poco cambia la forma en que la víctima piensa y se ve a sí misma. Con el tiempo, la mujer puede llegar a creer que merece el maltrato, que es responsable de lo que sucede o que no tiene otra opción más que quedarse (Escudero et al., 2005).

Entender las razones por las cuales muchas mujeres permanecen en relaciones abusivas requiere adoptar un enfoque que contemple la interacción de múltiples factores, ya que la VP es un fenómeno social que no surge únicamente de la relación entre la víctima y el agresor, sino que está influenciada por elementos individuales, familiares, comunitarios y sociales (Romero et al., 2015). Enseguida se analizarán algunas de las perspectivas teóricas planteadas para comprenderlas.

Teorías explicativas sobre la violencia de pareja

De acuerdo con Romero et al. (2015), la violencia contra las mujeres tiene su origen en diversas causas que pueden ser explicadas a través de diferentes enfoques teóricos, los cuales intentan explicar por qué ocurre la violencia y cómo se mantiene a lo largo del tiempo en las relaciones de pareja.

Teoría biológica

Este enfoque derivado de la teoría biológica plantea que la agresividad y la violencia son comportamientos innatos, es decir, forman parte de la naturaleza humana. Sugiere que factores como los genes, la testosterona (hormona masculina) y ciertas condiciones cerebrales posibilitan que algunas personas sean más propensas a la violencia, que alude a las diferencias físicas y hormonales entre hombres y mujeres, y cómo la presencia de testosterona prodiga mayor fuerza física a los hombres (Romero et al., 2015). Estas características posibilitan que los hombres sean más propensos a cometer actos violentos y antisociales (Echeburúa y Redondo, 2010). No

obstante, Sanmartín (2004) sostiene que la violencia no tiene su origen en la evolución biológica, sino en la evolución cultural. De acuerdo con esta perspectiva, es la cultura, más que la biología, la que moldea y promueve el desarrollo de conductas violentas.

Teoría del aprendizaje

Este planteamiento teórico basado en el modelo conductual refiere que la violencia se aprende a través de la asociación entre estímulos y respuestas, así como mediante procesos de reforzamiento y modelado. Destaca el papel del aprendizaje social en la adquisición de comportamientos violentos (Romero et al., 2015). Es decir, la violencia está relacionada con lo que las personas aprenden. Muchas veces, quienes han aprendido a resolver sus problemas con violencia, ya sea física o emocional, siguen usando este método para manejar conflictos (Núñez, 2016).

Teoría psicológica

Esta postura alude a los trastornos de la personalidad, explicando la agresividad como una problemática compleja y de origen multicausal, que puede manifestarse de manera patológica cuando está relacionada con ciertos trastornos. En estos casos, la agresividad se presenta a través de conductas desadaptativas y antisociales que violan los derechos de otros e infringen normas sociales (Muruetta & Orozco, 2015). En este sentido, se ha identificado una conexión entre ciertos trastornos de personalidad, como el antisocial, y comportamientos violentos (Peñacoba, 2011). Las personas con estos trastornos tienden a mostrar falta de empatía, dificultad para controlar la ira y una inclinación a dominar a los demás, lo que puede derivar en el uso de la violencia como forma de control o respuesta a la frustración (APA, 2022). Estas teorías señalan que dichos trastornos de personalidad, junto con rasgos como la agresividad, el mal manejo de la

ira y problemas de autoestima, son factores que incrementan el riesgo de desarrollar comportamientos violentos (Romero et al., 2015).

Teoría con perspectiva de género

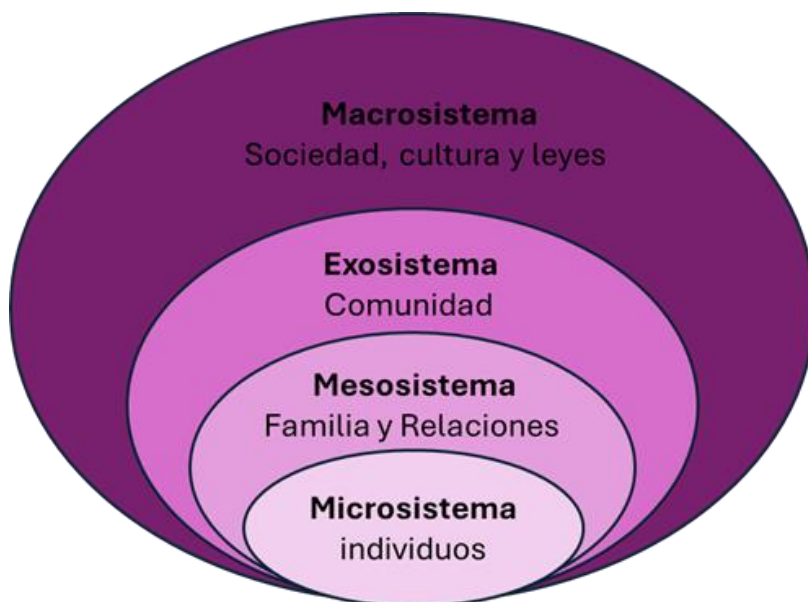
A través de este planteamiento se explica cómo la violencia se genera debido a la condición de género, ya que los hombres consideran a las mujeres como personas sin derechos básicos como la libertad, el respeto y la autonomía para tomar decisiones. Este tipo de violencia se basa en la idea de que los hombres son superiores y que las mujeres deben estar subordinadas (Romero et al., 2015). De esta manera, la teoría de la violencia patriarcal explicaría cómo estas agresiones tienen sus raíces en un sistema que refuerza la subordinación femenina. En consecuencia, la desigualdad de género y la falta de valoración hacia las mujeres son factores que contribuyen a fomentar comportamientos violentos y agresivos, consolidando la relación de control y dominación sobre ellas (Hendel, 2017; Hernández, 2015; Kalbermatter, 2016; Méndez-Lois et al., 2018).

El modelo ecológico

Por último, y a diferencia de los planteamientos anteriores, el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987) ofrece una comprensión amplia de cómo la interacción entre los distintos niveles que integran esta teoría explica cómo el contexto influye en la generación de la VP, destacando la importancia de factores culturales, sociales y personales en la generación y mantenimiento de la violencia (véase Figura 3).

Figura 3

El modelo ecológico de Bronfenbrenner



Los niveles que comprende este modelo son: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema (Fariña, 2013; Romero, 2016; Romero et al., 2015). El microsistema, primer nivel del modelo, hace referencia al entorno inmediato del individuo, incluyendo sus rasgos biológicos y antecedentes personales que pueden aumentar la probabilidad de ejercer violencia o de ser víctima. El mesosistema comprende las conexiones entre diferentes contextos cercanos a la víctima, tales como la familia extendida, el trabajo, la escuela y los servicios de apoyo. A continuación, el exosistema abarca instituciones como la escuela, la iglesia y el sistema judicial, que influyen en la propagación y el sostenimiento de normas y actitudes que pueden ser sexistas

o autoritarias. Por último, el macrosistema integra las creencias y valores culturales que perpetúan la desigualdad de género, reflejando las concepciones tradicionales sobre los roles de hombres y mujeres (Fariña, 2013; Romero, 2016; Romero et al., 2015).

En este sentido, el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner cobra especial relevancia, ya que conecta los factores individuales y culturales con el entorno social e institucional, lo que posibilita profundizar en el análisis de las causas y factores de riesgo que facilitan la aparición de la VP.

Causas y factores de riesgo de la violencia de pareja

En cuanto al Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, podemos ver cómo se combinan elementos individuales, relacionales, institucionales y culturales, que son útiles al analizar los factores de riesgo de la VP. Por ejemplo, un estudio realizado por Puente-Martínez (2016), en el que se incluyeron 10 metaanálisis, 3 revisiones y 30 estudios dentro de un marco socio-ecológico, identificó diversos factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por las mujeres en la pareja. Los resultados indican que una educación deficiente, bajos recursos económicos y derechos limitados para las mujeres incrementan el riesgo de violencia. Asimismo, ciertas creencias religiosas y culturas patriarcales contribuyen a normalizar la violencia contra las mujeres. Además, la presencia de conflictos sociales, como las guerras, y valores como el honor y el machismo, también promueven esta normalización. De igual modo, se encontró una relación entre haber sufrido violencia en la infancia y un mayor riesgo de enfrentar o ejercer violencia en relaciones íntimas en la adultez; asimismo, se destacaron el embarazo y el abuso de sustancias como factores de riesgo adicionales.

Por otro lado, en otra investigación realizada por Fabian y colaboradores (2020), en la cual se revisaron más de 50 trabajos de investigación y cinco metaanálisis utilizando el modelo

ecológico, se concluyó que ningún factor, por sí solo, puede explicar por qué algunas personas ejercen violencia sobre otras. No obstante, su incidencia es más alta en familias con bajos recursos socioeconómicos y se asocia, además, con antecedentes de violencia en la infancia, abuso de alcohol, bajo nivel educativo, juventud, problemas de personalidad, estado civil conviviente, depresión, desempleo de la pareja, relaciones conflictivas, machismo, falta de autonomía y baja autoestima.

Según la OPS (2013) se reafirma que el modelo ecológico no solo ayuda a comprender los múltiples elementos que inciden en la violencia, sino que también distingue la influencia de los factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales en la probabilidad de que un hombre cometa actos de violencia (Tabla 1) y aquellos que aumentan el riesgo de que una mujer sufra violencia (Tabla 2).

Tabla 1

Factores más importantes asociados con una mayor probabilidad de que un hombre cometa actos de violencia contra su pareja (OPS, 2013).

Factores individuales	Factores relacionales	Factores comunitarios y sociales
Juventud	Conflicto o insatisfacción en la relación	Normas sociales de género no equitativas
Bajo nivel educativo	Dominio de los varones en la familia	Pobreza
Haber sido testigo o víctima de violencia en la niñez	Dificultades económicas	Baja posición social y económica de la mujer
Consumo nocivo de alcohol o drogas	Hombre con múltiples compañeras sexuales	Sanciones jurídicas débiles en casos de VP
Trastornos de la personalidad	Disparidad de logros educativos (la mujer con mayor nivel de instrucción que el hombre)	Aceptación social de la violencia como forma de resolver conflictos
Aceptación de la violencia		Conflicto armado y altos niveles de violencia en la sociedad

Factores individuales	Factores relacionales	Factores comunitarios y sociales
Antecedentes de maltrato infligido a sus parejas anteriores		

Tabla 2

Los factores asociados con una mayor probabilidad de que una mujer sufra violencia a manos de su pareja (OPS, 2013).

Factores individuales	Factores relacionales	Factores comunitarios y sociales
Bajo nivel educativo	Conflicto o insatisfacción en la relación	Normas sociales de género no equitativas
Exposición a violencia entre sus padres	Dominio de los varones en la familia	Pobreza
Haber sido víctima de abuso sexual en la niñez	Dificultades económicas	Baja posición social y económica de la mujer
Aceptación de la violencia	Disparidad de logros educativos (la mujer con mayor nivel de instrucción que el hombre)	Sanciones jurídicas y comunitarias escasas en casos de VP
Exposición a otras formas de maltrato		Aceptación social de la violencia como forma de resolver conflictos
		Conflicto armado .

Después de analizar los factores de riesgo que contribuyen al surgimiento de la VP, es crucial examinar los efectos en las víctimas.

Efectos de la violencia de pareja

La OPS (2013) sostiene que la VP puede desencadenar una amplia gama de repercusiones desfavorables en la salud física y emocional de las mujeres. Entre las consecuencias a nivel físico se incluyen los hematomas, desgarros, traumatismos y discapacidades visuales o auditivas, además, puede generar trastornos funcionales difíciles de diagnosticar. Mientras que, a nivel

mental, las mujeres maltratadas experimentan mayor depresión, ansiedad, baja autoestima y riesgo de suicidio. Además, la violencia se vincula con problemas de salud como abuso de sustancias, trastornos alimentarios, inactividad física y otros. Por otra parte, en términos de salud sexual y reproductiva, se asocia con embarazos no deseados, abortos inseguros, infecciones y disfunción sexual. También la violencia durante el embarazo puede llevar a complicaciones y riesgos tanto para la madre como para el bebé, contribuyendo a la mortalidad materna y aumentando el riesgo de homicidios de mujeres. Es necesario considerar que esta situación también repercute en los niños que la presencian, generando consecuencias como problemas de salud, dificultades en el rendimiento escolar y una mayor vulnerabilidad frente a diversas formas de maltrato en el hogar.

La VP causa un notable deterioro en la salud de las mujeres, resultando en enfermedades y muertes; agresiones físicas, violaciones; también pueden experimentar cambios emocionales, como irritabilidad, volatilidad e inestabilidad, esto conduce a conductas desequilibradas y a la pérdida de autoestima, culminando en la anulación de la identidad; en situaciones prolongadas, las víctimas dejan de verse a sí mismas como importantes y experimentan una pérdida de dignidad y humanidad (Núñez, 2016).

Dado el impacto que tiene la VP en la salud mental de las mujeres, es importante mencionar tres patologías centrales que suelen resultar de la misma: la ansiedad, la depresión y la baja autoestima. Estos serán analizados a continuación, destacando su relevancia en el contexto de VP.

Ansiedad

La ansiedad es una emoción que se desencadena en situaciones de amenaza ya sea interna o externa y se caracteriza por una preocupación excesiva sobre muchos eventos o situaciones,

cuyos síntomas se incluyen como parte del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) según la clasificación del Manual Diagnóstico (DSM-5-TR). Esta preocupación suele ser mucho más intensa y duradera de lo que la situación realmente justifica. A la persona le resulta difícil controlar sus pensamientos preocupantes, lo que hace que le cueste concentrarse en lo que está haciendo en ese momento (APA, 2022). Los criterios del DSM-5-TR se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3

Criterios de diagnóstico de TAG (DSM-5-TR)

Criterio	Descripción
A. Ansiedad y preocupación excesivas	Ansiedad y preocupación excesivas que ocurren la mayoría de los días durante al menos 6 meses, sobre una variedad de eventos o actividades.
B. Dificultad para controlar la preocupación	La persona encuentra difícil controlar la preocupación.
C. Síntomas asociados (se requieren 3 o más)	Al menos 3 de los siguientes: inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, trastorno del sueño.
D. Malestar o deterioro en el funcionamiento	La ansiedad o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes de la vida.
E. No atribuible a una sustancia o condición médica	El trastorno no se debe a los efectos de sustancias o a una condición médica.
F. No mejor explicado por otro trastorno mental	El trastorno no está mejor explicado por otro trastorno mental, como el trastorno de pánico o el trastorno obsesivo-compulsivo.

Nota. Elaborada por la autora a partir de los criterios diagnósticos de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, Texto Revisado (DSM-5-TR) de la American Psychiatric Association (2022).

Según Clark y Beck (2012), el TAG implica una respuesta compleja que abarca aspectos conductuales, fisiológicos, emocionales y cognitivos, activada por la anticipación de situaciones que se perciben como impredecibles o difíciles de controlar, y que se consideran una amenaza para los intereses personales. Cuando surgen estas preocupaciones o pensamientos negativos, el cerebro entra en un estado de alerta, provocando estrés en situaciones cotidianas. Este estrés

crónico afecta tanto física como mentalmente a la persona, limitando su capacidad de funcionar diariamente.

De acuerdo con un estudio que exploró cómo la VP afecta emocionalmente a las mujeres, se descubrió que existe una relación importante entre la experiencia de violencia y el aumento de la ansiedad en las afectadas. Estos hallazgos indican que cuando una mujer experimenta VP, ya sea mediante agresiones físicas o situaciones de violencia sexual, es mucho más probable que sienta ansiedad. Esta ansiedad no solo implica un estado de nerviosismo o preocupación general, sino que también puede influir profundamente en su capacidad para realizar actividades diarias, afectando su bienestar mental y emocional (Méndez et al., 2022). Estos resultados coinciden con otras investigaciones que demuestran una correlación directa entre la violencia en la pareja y un aumento en la ansiedad (Lara, 2019; Aguilar et al., 2022)

Depresión

De acuerdo con el DSM-5-TR, la depresión se describe como un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta a través de uno o más episodios depresivos mayores. La característica principal de un episodio depresivo mayor es un período que dura al menos 2 semanas, en el que la persona experimenta un estado de ánimo deprimido o una pérdida significativa de interés o placer en casi todas las actividades, durante la mayor parte del día, casi todos los días. En la Tabla 4 se detallan los criterios para realizar un diagnóstico de depresión mayor (APA, 2022).

Tabla 4

Criterios de diagnóstico de trastorno de depresión mayor (DSM-5-TR).

Criterio	Descripción
A. Síntomas principales	Presencia de cinco (o más) síntomas durante un período de 2 semanas que marcan un cambio en el funcionamiento. Por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o

Criterio	Descripción
	(2) pérdida de interés o placer. No se deben incluir síntomas atribuibles a otras condiciones médicas.
Al menos 5 de estos síntomas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días. 2. Disminución marcada de interés o placer en todas o casi todas las actividades. 3. Cambio significativo de peso o apetito. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o lentitud psicomotor casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada. 8. Dificultad para concentrarse o tomar decisiones. 9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
B. Malestar clínicamente significativo	Los síntomas causan un malestar o deterioro significativo en áreas sociales, ocupacionales o de otras funciones importantes.
C. Exclusión médica	El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de sustancias (drogas, medicación) o a otra condición médica.
D. Exclusión de trastornos psicóticos	El episodio depresivo mayor no está mejor explicado por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.
E. Exclusión de episodios maníacos	No ha habido episodios maníacos o hipomaníacos previos, excepto si fueron inducidos por sustancias o por una condición médica.

Nota. Elaborada por la autora a partir de los criterios para un Episodio Depresivo Mayor descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, Texto Revisado (DSM-5-TR) de la American Psychiatric Association (2022).

La depresión mayor, según se describe en el DSM-5 TR, puede llevar a una disminución significativa en el funcionamiento en áreas críticas de la vida del individuo, como son las sociales, laborales, o en otros ámbitos importantes (APA, 2022). De forma similar la OPS (2024) menciona que:

La depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida, para esto la

depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. (parr. 1)

Mufson y colaboradores (2017) destacan entre los síntomas más comunes la tristeza persistente, la sensación de vacío, la desesperanza, el sentimiento de culpa, irritabilidad, dificultades de concentración, fatiga, trastornos del sueño y del apetito, dolor crónico, pérdida de interés en actividades habituales, aislamiento social y pensamientos de autolesión.

Por otra parte, el modelo cognitivo de la depresión, formulado por Aaron Beck, identifica tres componentes fundamentales: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos, que en conjunto explican las bases psicológicas de la depresión. La tríada cognitiva se refiere a la tendencia de las personas con depresión a mantener una visión negativa de sí mismas, de sus experiencias y de su futuro. Los esquemas, por su parte, son estructuras cognitivas que afectan cómo se procesa la información, conduciendo a menudo a percepciones distorsionadas y a una visión pesimista de la realidad. Finalmente, los errores cognitivos son procesos de pensamiento distorsionados, como hacer inferencias sin evidencia suficiente o concentrarse solo en los aspectos negativos de una situación. Esta información se visualiza en la Tabla 5 (Beck et al., 2010).

Tabla 5

Componentes que contribuyen al mantenimiento de la depresión y sus efectos

Componente	Descripción	Implicaciones
Tríada Cognitiva		
1. Visión negativa de sí mismo	Se ve a sí mismo como inútil, defectuoso.	Conduce a una baja autoestima y sentimientos de desvalorización personal.
2. Visión negativa de las experiencias	Percibe el mundo como lleno de obstáculos insuperables.	Fomenta una percepción distorsionada y negativa de los eventos cotidianos.

3. Visión negativa del futuro	Anticipa que los problemas actuales persistirán y que el fracaso es inevitable.	Genera desesperanza y pesimismo hacia el futuro, reduciendo la motivación para el cambio o mejora.
Esquemas	Estructuras cognitivas profundas que determinan cómo se procesa la información y se interpreta la realidad.	Pueden perpetuar distorsiones en la percepción de uno mismo y del entorno.
Errores Cognitivos	Distorsiones en el procesamiento de la información, como inferencias arbitrarias y generalizaciones excesivas.	Provocan una interpretación errónea de las situaciones y refuerzan la tríada cognitiva.
Síntomas Asociados	Incluyen falta de motivación, deseos de suicidio, dependencia excesiva, síntomas físicos como apatía y falta de energía.	Son manifestaciones conductuales y físicas de los patrones cognitivos negativos y afectan la calidad de vida.

Nota. Esta tabla resume los componentes cognitivos y conductuales que contribuyen al mantenimiento de la depresión y sus efectos. La tríada cognitiva, los esquemas, los errores cognitivos, y los síntomas asociados interactúan de manera que refuerzan los patrones depresivos. Adaptado de Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión* (19ª ed.). Desclee de Brouwer.

Por otra parte, Aguilar et al. (2022) llevaron a cabo un análisis exhaustivo de la literatura científica acerca de las consecuencias psicológicas de la VP en mujeres, identificando que estas presentan con frecuencia trastornos de ansiedad, depresión o ambas condiciones de manera simultánea. Asimismo, investigaciones como la de Robledo-Velázquez et al. (2024) han mostrado que la concurrencia de ansiedad y depresión no solo potencia mutuamente sus manifestaciones sintomáticas, sino que además suele derivar en un deterioro notable de la autoestima en quienes padecen estos cuadros.

Autoestima

De acuerdo con Maslow (1991) casi todas las personas, tienen la necesidad de sentirse bien consigo mismas y ser valoradas por los demás. Esto incluye el deseo de autoestima y respeto propio, así como el reconocimiento de los demás. Es decir, las personas buscan reconocimiento social, estima, atención y posiciones de relevancia. Cuando estas aspiraciones se

satisfacen, se fortalece su autoconfianza, percibiéndose competentes y valiosos, y se desarrolla la sensación de que sus acciones tienen significado e impacto en su entorno. Estas necesidades se dividen en dos grupos: 1) incluye el deseo de ser fuerte, competente, exitoso, independiente y libre; 2) segundo se centra en la necesidad de recibir reconocimiento y respeto de los demás, lo cual influye directamente en la autoestima. En cambio, si estas necesidades no se satisfacen, puede aparecer la sensación de ser inferior, débil o desamparado.

Por su parte, Riso (2012) señala que la autoestima está formada por varios aspectos importantes que se interrelacionan. Uno de los principales componentes es el autoconcepto, que se refiere a la percepción que una persona tiene de sí misma en cuanto a sus capacidades, características y valores personales, es decir, cómo se define y qué piensa sobre su identidad. Otro aspecto importante es la autoimagen, que abarca cuánto se agrada una persona, tanto en su apariencia física como en su forma de ser, y está estrechamente relacionada con la aceptación y satisfacción personal. Asimismo, el autorreforzamiento resulta fundamental, dado que supone la habilidad de valorar y celebrar los propios éxitos, así como concederse espacios de autocuidado y disfrute personal, lo que fortalece la valoración de los esfuerzos realizados. Por último, la autoeficacia se refiere a la confianza que una persona tiene en su capacidad para enfrentar desafíos, resolver problemas y alcanzar metas, siendo esencial para actuar segura y efectivamente en diversas situaciones. Estos componentes juntos forman la base de una autoestima equilibrada y saludable.

Por otra parte, McKay (2016) refiere que las personas con suficiente autoestima disponen de más estrategias para satisfacer sus necesidades, cuando se tiene suficiente autoestima, también se cuenta con un cierto grado de confianza en sí mismo. De manera similar, Güell y Muñoz (2000) señalan que “si conseguimos mantener un buen nivel de autoestima resistiremos las

críticas, nos abriremos mejor a los demás, aprenderemos a pedir ayuda y, en general, nos resultará mucho más gratificante vivir, lo que contribuirá también a prevenir cualquier proceso depresivo” (p. 118).

Según Hirigoyen (2006) menciona que la VP no solo deja cicatrices físicas y emocionales en las víctimas de VP, sino que disminuye su autoestima; la mujer puede perder la confianza en sí misma y en su capacidad para tomar decisiones o protegerse, por consiguiente, logra debilitarla emocionalmente, haciéndola sentir insegura e indefensa; señala además que la constante exposición a situaciones de miedo, estrés y ansiedad contribuye a la disminución de su autoestima y la lleva a la depresión. También Aguilar y colaboradores (2022) mencionan que se ha observado que la baja autoestima está estrechamente vinculada con las agresiones que las víctimas enfrentan, siendo la violencia psicológica la forma más común. En otro estudio realizado por Lara-Caba (2019), se pudo concluir que la baja autoestima se asocia de manera estadísticamente significativa con haber experimentado violencia.

Los efectos psicológicos de la VP en las víctimas, tales como ansiedad, depresión y baja autoestima, requieren una intervención enfocada y basada en evidencia para facilitar su recuperación y mejorar su salud mental. La TCC se ha destacado como un enfoque efectivo para abordar estos síntomas, ya que se enfoca en identificar y modificar patrones de pensamiento y conducta disfuncionales que contribuyen al malestar psicológico (Bados, 2008).

En el siguiente apartado, se analizará la TCC, pues es el modelo que se ha elegido para tratar a las participantes del presente estudio

Terapia cognitivo-conductual

De acuerdo con la APA (2017), la TCC es un tipo de tratamiento psicológico que ha demostrado ser eficaz para diversos problemas, como la depresión, los trastornos de ansiedad, el

consumo de sustancias, dificultades en las relaciones de pareja, trastornos de conducta alimentaria y trastornos mentales severos. Este enfoque fusiona las técnicas de modificación de conducta con la terapia cognitiva (Zayfert y Becker, 2008). Además, sostiene que muchos problemas emocionales son reacciones aprendidas a lo largo del tiempo; por lo tanto, estas respuestas pueden modificarse mediante nuevos procesos de aprendizaje (Bados, 2008).

A continuación, se detallan las etapas esenciales de su evolución y los cambios cruciales que han convertido a la TCC en un enfoque terapéutico más integral y adaptable a diversas problemáticas.

Evolución de la TCC

Los orígenes de la TCC reflejan un importante cambio en la forma de abordar la conducta humana y tratar problemas emocionales y psicológicos. Este enfoque terapéutico se ha desarrollado en tres generaciones, cada una contribuyendo con ideas nuevas que han enriquecido y ampliado el modelo de intervención (Ruiz et al., 2012).

Primera Generación

En los años 50 apareció la primera generación, centrada en el conductismo y en los principios básicos del condicionamiento. Autores como Iván Pavlov y John B. Watson sentaron las bases del estudio de la conducta observable, dejando a un lado la introspección y los procesos mentales que no podían medirse directamente. Pavlov, con su teoría del condicionamiento clásico, mostró cómo las respuestas fisiológicas podían ser provocadas por nuevos estímulos a través de la repetición y asociación. Watson impulsó la idea de que la conducta era una respuesta directa al entorno, ignorando lo que pasaba dentro de la mente. Más tarde, B.F. Skinner desarrolló el condicionamiento operante, una teoría que explica cómo las conductas se refuerzan o debilitan en función de sus consecuencias. Esta generación se enfocaba en cambiar

directamente los comportamientos visibles de las personas, sin considerar pensamientos o emociones internas (Ruiz et al., 2012).

Segunda Generación

En la década de los setenta, avanzó al incorporar elementos cognitivos al enfoque conductual. Esto marcó un cambio importante: ya no solo se trataba de modificar la conducta, sino también de entender y transformar los pensamientos que afectan nuestras emociones y comportamientos (Ruiz et al., 2012). Aaron Beck, uno de los pioneros, desarrolló la terapia cognitiva al observar que los pensamientos negativos automáticos eran el centro de problemas como la depresión. Su trabajo llevó a la creación de técnicas para identificar, desafiar y modificar estos pensamientos (Beck et al., 2010).

Albert Ellis, otro autor importante, desarrolló la terapia racional emotiva conductual (TREC), la cual ayuda a las personas a cuestionar y cambiar creencias irracionales que les causan sufrimiento (Ellis & Grieger, 1990). Así, esta generación de la TCC integró la idea de que los pensamientos tienen un impacto directo en cómo nos sentimos y actuamos, abriendo el camino para que los terapeutas pudieran trabajar con los pacientes en la transformación de sus patrones de pensamiento (Ruiz et al., 2012).

Tercera generación

La tercera generación de la TCC, que se ha desarrollado desde los años noventa, aporta una visión aún más completa y flexible. Conocida como la generación de las terapias de aceptación y contexto, se centra no solo en cambiar pensamientos o conductas específicas, sino también en entender el contexto y la función de esos pensamientos y comportamientos. Durante esta etapa, emergen enfoques como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de Steven Hayes y la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) de Marsha Linehan, los cuales, además de

incorporar diversas técnicas, se caracterizan por el uso de metáforas y prácticas de atención plena (Ruiz et al., 2012).

Características principales de la TCC

A partir de sus raíces en el conductismo y su evolución a través de las teorías cognitivas y los enfoques contextuales, la TCC se ha consolidado como una disciplina terapéutica práctica y efectiva (Olivares et al., 2014). Su desarrollo ha llevado a la creación de un conjunto de características y principios que guían sus intervenciones y la distinguen de otras terapias psicológicas. Estas características fundamentales reflejan tanto su enfoque empírico como su orientación hacia el aprendizaje y el cambio conductual en el presente (Olivares et al., 2014; Ruiz et al., 2012). A continuación, en la Tabla 6, se presentan las principales características de la TCC:

Tabla 6

Características de la TCC

Características	Descripción
Basada en psicología del aprendizaje	La TCC comenzó centrándose en cómo las personas aprenden sus comportamientos, y hoy se apoya también en evidencia científica para diseñar sus tratamientos.
Técnicas con base científica y experiencia	Las técnicas de la TCC, como la reestructuración de pensamientos y la relajación, se han desarrollado tanto a partir de la práctica clínica como de la investigación científica para asegurar que realmente funcionan.
Participación activa	La TCC implica una participación activa del paciente, quien realiza actividades y ejercicios en su vida diaria para consolidar los cambios.
Importancia de la relación terapeuta-paciente	En la TCC, la relación de confianza entre terapeuta y paciente es fundamental, especialmente en los enfoques modernos, donde el espacio terapéutico es visto como un entorno de aprendizaje clave.
Trabaja sobre conducta y pensamientos subyacentes	La TCC aborda tanto los comportamientos observables como los pensamientos y emociones que los acompañan, considerando estos elementos para lograr un cambio profundo.

Características	Descripción
La conducta es aprendida	La TCC entiende que los comportamientos se desarrollan a partir de experiencias pasadas, aunque también reconoce la influencia de factores biológicos y sociales.
Objetivo de cambiar pensamientos, emociones y conductas	La TCC se centra en modificar tanto los comportamientos como los pensamientos y emociones que puedan ser poco útiles o dañinos, promoviendo nuevas conductas más saludables.
Enfoque en el presente	Aunque se consideran las experiencias pasadas, el enfoque de la TCC está principalmente en los factores actuales que mantienen los problemas, ayudando a las personas a hacer cambios en su vida presente.
Uso de métodos científicos	La TCC utiliza métodos científicos en todo el proceso terapéutico, desde la evaluación hasta el diseño de la intervención y la medición de los resultados.
Evaluación continua y ajuste del tratamiento	En la TCC, la evaluación del progreso y el tratamiento se realizan al mismo tiempo, lo que permite ajustar el enfoque según sea necesario.
Protocolos basados en el diagnóstico	En algunos casos, la TCC utiliza protocolos estandarizados para tratar ciertos problemas psicológicos, basándose en diagnósticos y en la experiencia previa sobre qué técnicas funcionan mejor para cada caso.

Técnicas de la terapia cognitivo-conductual

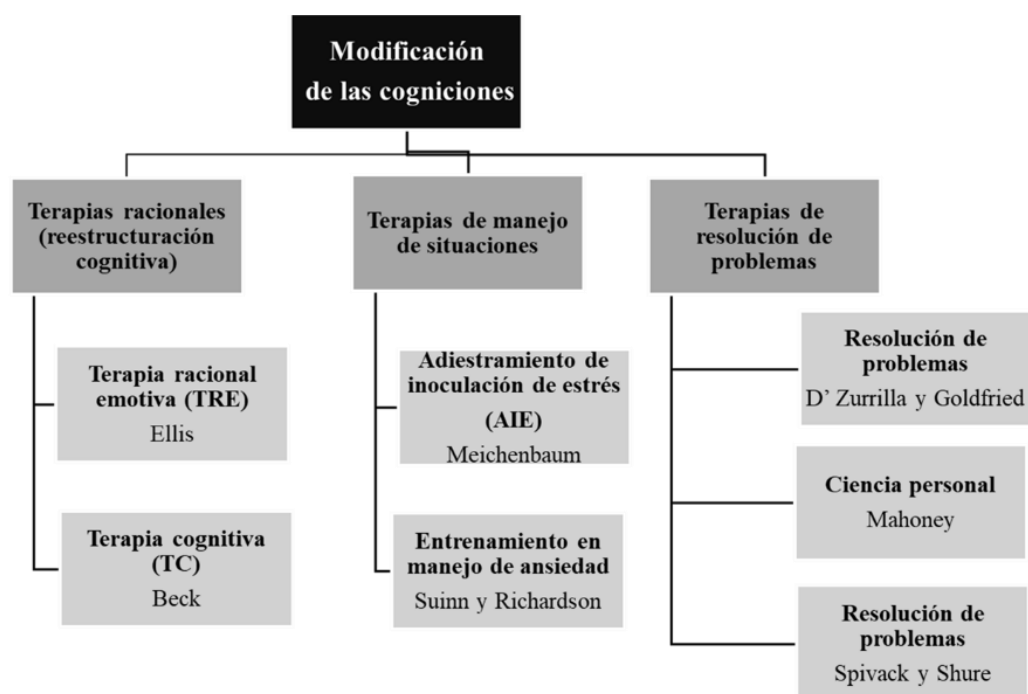
La TCC incorpora estrategias cognitivas y conductuales para abordar problemas psicológicos, centrándose en identificar y desafiar creencias irracionales y supuestos mal adaptativos (Beck, 2010). Estas estrategias o técnicas terapéuticas, entendidas como el conjunto de acciones empleadas por psicólogos clínicos (Olivares et al., 2014), buscan transformar la manera en que pensamos, sentimos y actuamos para lograr cambios positivos y duraderos. Para ello, se utilizan tanto técnicas operantes de modificación de la conducta como métodos para modificar creencias irracionales, lo que a su vez favorece cambios emocionales (Ruiz et al., 2012).

Así mismo, Bados (2008) refiere que “la intervención se dirige a prevenir, eliminar o reducir conductas inadecuadas y a enseñar o potenciar conductas adecuadas teniendo en cuenta

las variables que controlan estas conductas” (p. 31). Siguiendo esta línea, Mahoney y Arnkoff (1978) proponen un esquema de técnicas de modificación cognitivo-conductual, que incluye reestructuración cognitiva, manejo de situaciones y resolución de problemas, lo que demuestra la flexibilidad y alcance de la TCC en contextos clínicos (véase Figura 4).

Figura 4

Tratamientos para el cambio cognitivo (Mahoney y Arnkoff, 1978)



Nota. Modificación de las cogniciones a través de diferentes enfoques terapéuticos. La figura muestra la clasificación de las terapias cognitivas, incluyendo terapias racionales (como la Terapia Racional Emotiva de Ellis y la Terapia Cognitiva de Beck), terapias centradas en el manejo de situaciones (como el Adiestramiento en Inoculación de Estrés de Meichenbaum y el Entrenamiento en Manejo de Ansiedad de Suinn y Richardson), y terapias de resolución de problemas (propuestas de D'Zurilla y Goldfried, Mahoney, y Spivack y Shure). Adaptado de *Intervención psicológica. Estrategias, técnicas y tratamientos* (p. 212), por J. Olivares, M. Méndez, y A. Rosa, 2014, Pirámide.

Terapias racionales (reestructuración cognitiva)

El énfasis central de los modelos de reestructuración cognitiva reside en el cambio en las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o auto verbalizaciones negativas) que están influyendo o perpetuando el problema. Estos modelos se centran en la importancia de guiar al paciente hacia un pensamiento preciso, abordando errores o distorsiones que puedan ocurrir en el procesamiento de la información (Ruiz et al., 2012). En este sentido, la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) se orienta hacia la identificación y confrontación de pensamientos irracionales o disfuncionales que pueden contribuir a problemas emocionales y comportamentales (Caro, 2011).

La TREC pretende ayudar a la gente a reducir o eliminar fuertes emociones negativas (por ejemplo, ansiedad, depresión y hostilidad) de manera que puedan vivir personalmente vidas más satisfactorias. Para lograr esta meta, la TREC pretende ayudar a la gente a identificar las creencias que producen y sustentan las experiencias emocionales disfuncionales y las conductas desadaptadas y cambiarlas a creencias que fomentan más bien que frustran sus objetivos personales. (Ellis & Grieger, 1990, p.312)

Además, la TREC utiliza el modelo ABC para comprender cómo los individuos reaccionan frente a los diversos eventos que ocurren en su entorno, especialmente cuando buscan alcanzar sus objetivos personales. Este modelo explica que no son los acontecimientos desencadenantes (A) por sí solos los que producen efectos emocionales, conductuales o cognitivos (C). Más bien, estas consecuencias dependen significativamente de las creencias (B) que las personas sostienen sobre estos acontecimientos (Ruiz et al., 2012).

Por otra parte para Beck y colaboradores (2010) la reestructuración se lleva a cabo por medio de un método de enseñanza que incluye varios pasos fundamentales: primero, ayudar al

paciente a manejar sus pensamientos automáticos negativos; segundo, facilitar el reconocimiento de las interacciones entre pensamientos, emociones y acciones; tercero, promover una evaluación crítica de las evidencias que respaldan o refutan pensamientos distorsionados; cuarto, alentar la sustitución de estas cogniciones erróneas por interpretaciones más realistas; y quinto, guiar al paciente en la identificación y corrección de creencias falsas que distorsionan sus experiencias.

Por su parte Lundberg-Love & Marmion (2006) enfatizan que la reestructuración cognitiva es crucial en la recuperación del abuso emocional, consiste en reemplazar los mensajes negativos con un diálogo interno que valide el valor y la capacidad del individuo; se incluyen técnicas de modificación de conducta en el plan de recuperación, que requieren practicar nuevos comportamientos asertivos para fortalecer la autoexpresión honesta y la autoestima, sin depender de las reacciones de los demás.

Terapias de manejo de situaciones

Este tipo de terapia busca que la persona adquiera habilidades para enfrentar situaciones estresantes, mediante técnicas para el aprendizaje de habilidades de afrontamiento que incluyen la inoculación de estrés o el entrenamiento en manejo de la ansiedad (Ruiz et al., 2012).

Meichenbaum (1987) menciona que el adiestramiento en inoculación de estrés (AIE) tiene como objetivo “educar a los pacientes acerca de la naturaleza y el impacto del estrés, garantizando que adquieran diversas habilidades intra e interpersonales para emplear el estrés de manera constructiva” (p.19). Por otra parte, Clark & Beck (2012) refieren que las intervenciones cognitivas en el manejo de la ansiedad buscan “incrementar la autoeficacia personal para gestionar la ansiedad al normalizar la respuesta de miedo y fomentar una perspectiva más adaptativa en relación con el equilibrio entre el riesgo y la seguridad” (p. 382).

Adiestramiento en inoculación de estrés

El AIE es una técnica, diseñada para enseñar y desarrollar habilidades de afrontamiento en individuos y grupos, frente a situaciones estresantes actuales y futuras. Este enfoque integra técnicas como la psicoeducación, discusiones socráticas, reestructuración cognitiva, y resolución de problemas, junto con métodos de relajación y entrenamiento en autoinstrucciones y autorreforzamiento. Además, implica ajustes contextuales para mejorar el manejo del estrés (Meichenbaum, 1987).

Entrenamiento en el manejo de ansiedad

El Entrenamiento del Manejo de Ansiedad, desarrollado en el contexto de la terapia conductual, está diseñado para ayudar a los individuos a reducir y manejar sus niveles de ansiedad. Este enfoque se basa en el aprendizaje y la aplicación de métodos específicos que permiten controlar eficazmente los síntomas de ansiedad en varios contextos. Entre las estrategias incluidas se encuentra la desensibilización sistemática, la cual ha sido optimizada mediante la aceleración del proceso y la incorporación de audios en sesiones grupales. Se destaca de manera especial la técnica de relajación, destacando su eficacia en la reducción de la ansiedad. También se subraya la importancia del automonitoreo y la autogestión, incentivando a los pacientes a desarrollar habilidades para controlar su propia ansiedad, lo que promueve el autocontrol y la regulación autónoma. Igualmente, se destaca la relevancia de extender y consolidar estas habilidades a través de ejercicios en casa, esenciales para que los pacientes apliquen lo aprendido en situaciones diarias (Suinn, 1990).

Terapias de resolución de problemas

Según Ruiz y colaboradores (2012), las terapias de resolución de problemas (TRP) están diseñadas para corregir cómo la persona enfrenta los problemas. Para Nezu et al. (2014) la terapia en solución de problemas persigue dos metas fundamentales: primero, busca que la

persona adopte una perspectiva adaptativa ante los desafíos de la vida; segundo, busca lograr un desarrollo efectivo de comportamientos orientados a la solución de conflictos, contemplando la gestión emocional y la estructuración de las estrategias a seguir. La TRP se enfoca en el desarrollo y fortalecimiento de habilidades para la resolución de problemas, promoviendo un enfoque proactivo y dirigido hacia la búsqueda de resultados adaptativos, tanto a nivel personal como social. Además, este modelo subraya la importancia de la competencia social como un elemento clave para la eficacia de las soluciones propuestas, destacando que una persona socialmente competente es capaz de utilizar recursos personales y ambientales para lograr resultados adaptativos en su desarrollo (Ruiz et al., 2012).

En el contexto de la VP, una revisión sistemática sobre programas cognitivos conductuales en mujeres víctimas de VP concluyó que la psicoeducación y la reestructuración cognitiva fueron empleadas en el 62.5% de los estudios, al igual que la técnica de exposición. Además, indica que las técnicas de prevención de recaídas se aplicaron en el 50% de los estudios, mientras que las técnicas de respiración y relajación, las estrategias para mejorar la autoestima y la resolución de problemas fueron utilizadas en un 37.5% de los casos (Aburto, 2021).

Evidencia que respalda la eficacia de la TCC en la reducción de la sintomatología de VP

En los últimos años, diversos estudios han aportado evidencia sólida sobre la eficacia de la TCC en la reducción de la sintomatología asociada a la VP, particularmente en síntomas como la depresión, la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la baja autoestima. Entre ellos destaca el metaanálisis de Karakurt et al. (2022), que integró 25 ensayos clínicos aleatorizados con más de 4 600 participantes, mostrando tamaños del efecto significativos en variables de salud mental y reducción de la violencia. Aburto (2021) realizó una revisión

sistemática que incluyó ocho estudios de corte cognitivo-conductual aplicados en mujeres víctimas de VP, reportando reducciones clínicamente relevantes en estrés, ansiedad y depresión. De igual forma, Félix-Montes y colaboradores (2020) desarrollaron una revisión integrativa en la que analizaron catorce intervenciones, encontrando mejoras destacables en sintomatología emocional. En el contexto español, García (2022) llevó a cabo una revisión sistemática de doce estudios, de los cuales el 83% seguía un enfoque TCC, y documentó resultados positivos en diversas variables clínicas. Por su parte, Vaca-Ferrer y colaboradores (2021) realizaron una revisión sistemática de 34 programas grupales, de los cuales el 64,7 % utilizaron estrategias cognitivo-conductuales con efectos significativos y sostenidos en el tiempo.

A esta base empírica se suman los estudios de Matud et al. (2016) y Montañez (2014), los cuales destacan por ser intervenciones grupales aplicadas directamente a mujeres víctimas de VP, evaluadas con rigurosidad metodológica y en contextos hispanohablantes. El estudio de Matud y colaboradores se realizó en España, mientras que el de Montañez fue desarrollado en México, lo que aporta una perspectiva regional especialmente valiosa para esta tesis. Ambos trabajos demostraron que la TCC no solo reduce de manera significativa los síntomas de trastorno de estrés postraumático, sino que también mejora otras áreas clave del bienestar emocional, como la autoestima, la depresión, la ansiedad y la percepción de apoyo social. Lo particularmente valioso de estos estudios es que documentan cómo la intervención grupal basada en TCC puede generar cambios clínicamente relevantes en un periodo relativamente breve, con efectos sostenidos al finalizar el tratamiento. Además, evidencian el valor del componente psicoeducativo y la creación de redes de apoyo entre mujeres como parte esencial del proceso terapéutico. Por tanto, su inclusión refuerza la solidez de la TCC como una herramienta integral, efectiva y culturalmente adaptable para la atención psicológica de mujeres sobrevivientes de VP.

Para ilustrar de manera comparativa los hallazgos de estos estudios, la Tabla 7 presenta una síntesis detallada que incluye el diseño, el número de intervenciones analizadas, la proporción de uso de TCC, las principales técnicas empleadas y los resultados obtenidos en cada uno.

Tabla 7

Estudios sobre terapia cognitivo-conductual en violencia de pareja

Estudio	Diseño	Participantes	% TCC	Técnicas principales	Resultados principales
Karakurt et al. (2022)	Metaanálisis (25 ECA)	4,683 mujeres	≥ 80%	Psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación, escritura expresiva, empoderamiento	↓ Ansiedad, ↓ Depresión, ↓ Violencia, ↑ Autoestima, ↑ Apoyo social
Aburto (2021)	Revisión sistemática (8 estudios)	Mujeres víctimas (n varies)	100%	Psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición, relajación, afrontamiento	↓ Depresión, ↓ Ansiedad, ↓ Estrés, ↑ Autoestima, ↑ Apoyo social
Félix-Montes et al. (2020)	Revisión integrativa (14 estudios)	Mujeres víctimas (n < 150)	≈ 70%	Activación conductual, reestructuración cognitiva, exposición, resolución de problemas	↓ TEPT (hasta 85%), ↓ Depresión (55–75%), ↑ Bienestar emocional
García (2022)	Revisión sistemática (12 estudios)	Mujeres víctimas en España (n = 12 estudios)	83%	Reestructuración cognitiva, respiración, solución de problemas, actividades agradables	↓ Depresión, ↓ Ansiedad, ↓ TEPT, ↑ Autoestima y apoyo social
Vaca-Ferrer et al. (2021)	Revisión sistemática (34 intervenciones grupales)	Mujeres en programas grupales	64.7%	Reestructuración cognitiva, exposición, afrontamiento, empoderamiento	↓ TEPT, ↓ Depresión, ↓ Ansiedad, tamaños del efecto grandes (d = 1.7–3.3)
Matud et al. (2016)	Cuasi-experimental con grupo control	107 mujeres en España	100%	Psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición gradual, afrontamiento, redes de apoyo	↓ TEPT, ↓ Depresión, ↓ Ansiedad, ↑ Autoestima, ↑ Apoyo social (90% sin TEPT al final)
Montañez (2014)	Cuasi-experimental con grupo control	33 mujeres en México	100%	Psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, exposición emocional	↓ Reexperimentación, ↓ Evitación, ↓ Hiperactivación, ↓ Depresión, ↑ Autoestima (90% sin TEPT al final)

Nota. Elaboración propia. ↑ indica aumento; ↓ indica disminución. TCC = terapia cognitivo-conductual; TEPT = trastorno de estrés postraumático.

Estos hallazgos resaltan la efectividad de la TCC en la mejora de la salud mental y el bienestar de las mujeres víctimas de VP. Sin embargo, para comprender la necesidad y urgencia de implementar estos programas, es crucial considerar la alta prevalencia de la VP a nivel global y local.

Prevalencia de la violencia de pareja

A nivel global, se calcula que más de una cuarta parte de las mujeres de 15 a 49 años han sido víctimas de violencia física o sexual ejercida por su pareja al menos una vez en su vida. Esta prevalencia de violencia varía geográficamente: alcanza el 20% en la Región del Pacífico Occidental, 22% en países de altos ingresos y en Europa, y asciende al 25% en las Américas. En regiones como África, el Mediterráneo Oriental y el Sudeste Asiático, los porcentajes muestran un aumento, registrando 33% en África, 31% en el Mediterráneo Oriental y 33% en el Sudeste Asiático. Estos datos resaltan la severidad del problema de la VP contra las mujeres a lo largo del planeta (OMS, 2021).

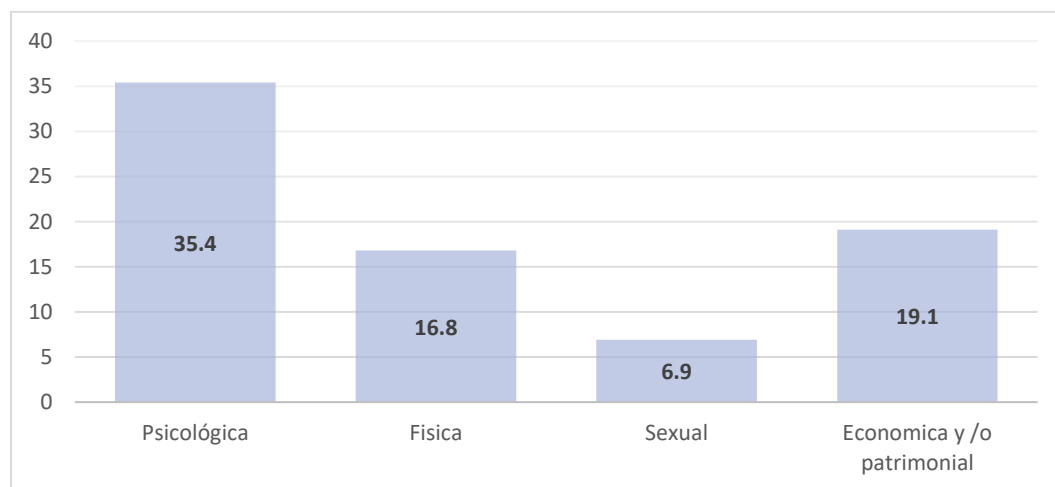
Por otra parte, en Estados Unidos, en la encuesta *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey* (NISVS, 2022) se informó que cerca del 47.3% de las mujeres, equivalente a aproximadamente 59 millones, han declarado haber sido víctimas de violencia sexual, violencia física y/o acoso por parte de su pareja. En el mismo señala que aproximadamente el 49.4%, o 61.7 millones, han informado haber experimentado alguna forma de agresión psicológica. Por otra parte, cerca de una quinta parte de las mujeres, equivalente al 19.6% o aproximadamente 24.5 millones, han informado haber experimentado algún tipo de

contacto de violencia sexual, mientras que el 42.0% o 52 millones, han informado haber experimentado algún tipo de violencia física.

En México, de acuerdo con los resultados de ENDIREH realizada por el INEGI (2021), se reveló que el 39.9% de las mujeres de más de 15 años que han estado o están en una relación de pareja experimentaron alguna forma de violencia por parte de su pareja. La forma más frecuente fue la violencia psicológica, afectando al 35.4% de estas mujeres. Le precede la violencia económica, con el 19.1%, la física por el 16.8%, y la sexual por el 6.9%. Estas prevalencias se pueden ver en la Figura 5.

Figura 5

Prevalencia de violencia de pareja en México de acuerdo con la ENDIREH (INEGI, 2021).



Nota. Creación propia, con datos proporcionados por la INEGI (2021).

En lo que concierne a las secuelas físicas de la violencia física o sexual por parte de la pareja o expareja, los moretones constituyeron las lesiones más reportadas, presentándose en el 30.3% de los casos. Otros daños incluyeron hemorragias o sangrados en el 4.9%, cortaduras,

quemaduras o pérdida de dientes en el 4.4%, necesidad de hospitalización o cirugía en el 3.5%, y fracturas en el 3.0% (INEGI, 2021).

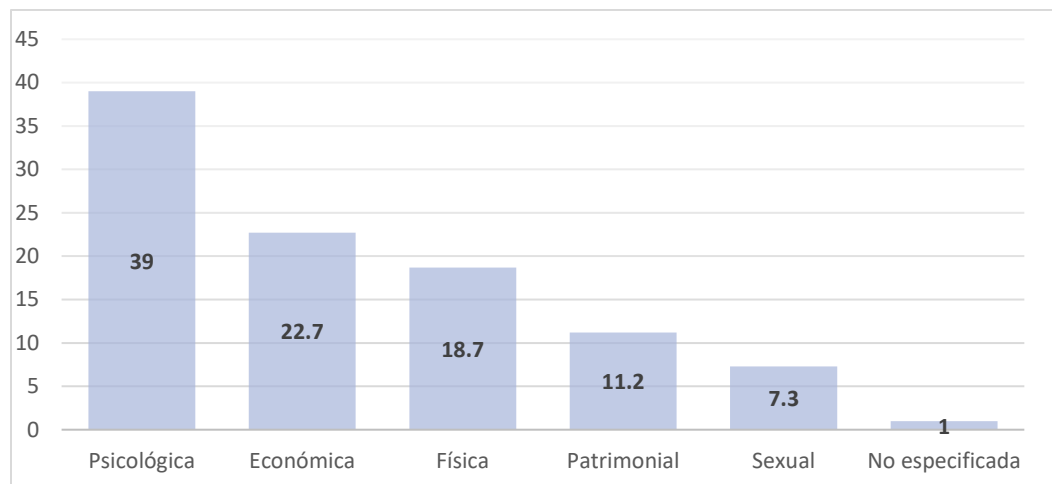
En el estado de Chihuahua, se ha identificado un alto porcentaje de violencia dirigida hacia las mujeres de más de 15 años por sus actuales o últimas parejas, afectando al 36.5% de ellas en diversas formas. De este porcentaje, un 33.2% ha sido víctima de violencia psicológica. La violencia económica ha afectado al 14.7% de estas mujeres, la física al 13.9% y la sexual al 5.1%, según datos del INEGI (2021). Esta información destaca la grave situación de violencia de género en la región, mostrando la diversidad de agresiones que enfrentan las mujeres en sus relaciones de pareja.

Por otra parte, el Instituto Municipal de Investigación y Planeación de Ciudad Juárez (IMIP, 2023) documentó 7,880 casos de violencia intrafamiliar, siendo el 87% de las víctimas mujeres. Además, los datos indican que la mayor prevalencia de víctimas se encuentra en el grupo de edad de 18 a 29 años, con 2,437 casos, seguido por el grupo de 30 a 34 años con 1,107 víctimas.

Por otro lado, el Instituto Municipal de la Mujer (IMM) atendió en 2023 a un total de 1,309 mujeres, de las cuales la mayoría (1,274) se encontraban en edad laboral (18 a 64 años), lo que representa un amplio sector de la población expuesto a diferentes formas de abuso. Entre las formas de violencia más comunes, la violencia psicológica fue la más reportada, afectando al 39% de las mujeres atendidas. A esta le siguieron la violencia económica (22.7%), la violencia física (18.7%), la violencia patrimonial (11.2%) y la violencia sexual (7.3%). En un 1% de los casos, no se especificó el tipo de violencia sufrida; esta información se puede observar en la Figura 6 (IMIP, 2023).

Figura 6

Porcentajes correspondientes a cada tipo de violencia reportada por las mujeres atendidas en el IMM en Ciudad Juárez en 2023.



Nota. Creación propia, muestra los porcentajes correspondientes a cada tipo de violencia reportada por las mujeres atendidas en IMM en el municipio de Juárez, Chihuahua, 2023. Fuente: Instituto Municipal de las Mujeres (IMM), 2023. Radiografía socioeconómica del municipio de Juárez 2023, así comenzó 2024. https://www.imip.org.mx/imip/files/publicaciones/Radiografia_2024_Vele.pdf

Los datos de prevalencia antes mencionados muestran no solo la magnitud del problema, sino también las graves consecuencias físicas y psicológicas que enfrentan las víctimas, incluyendo lesiones, ansiedad, depresión, baja autoestima y aislamiento social, factores que contribuyen a perpetuar el ciclo de violencia. Ante esta realidad, resulta imprescindible desarrollar intervenciones basadas en evidencia que fortalezcan la salud mental y el bienestar de las mujeres afectadas.

Por ello, considerando el impacto social, emocional y psicológico de la VP, la presente intervención se centró en implementar y evaluar un programa cognitivo-conductual con el objetivo de disminuir la ansiedad y la depresión e incrementar la autoestima en mujeres que habían sido víctimas de este tipo de violencia. Asimismo, desde un enfoque práctico, este programa se planteó como un modelo que otras instituciones pudieran replicar para brindar

apoyo a mujeres en situaciones similares, ofreciendo una alternativa accesible, efectiva y basada en evidencia. En cuanto a los términos teóricos, el proyecto contribuyó a profundizar en el conocimiento sobre los efectos de la violencia de pareja en la salud mental y sobre la efectividad de la intervención cognitivo-conductual.

Objetivo e hipótesis

Objetivo general

Implementar y evaluar un programa de intervención grupal basado en la terapia cognitivo-conductual, con el fin de reducir los síntomas de depresión y ansiedad e incrementar la autoestima en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Objetivos específicos

1. Implementar el programa de intervención basado en terapia cognitivo-conductual a mujeres víctimas de violencia de pareja.
2. Disminuir los síntomas de depresión en las mujeres víctimas de violencia de pareja.
3. Disminuir los síntomas de ansiedad en las mujeres víctimas de violencia de pareja.
4. Incrementar la autoestima de las mujeres víctimas de violencia de pareja.
5. Evaluar el programa de intervención basado en terapia cognitivo-conductual a mujeres víctimas de violencia de pareja.

Hipótesis

Hi: La intervención reducirá los síntomas de depresión en las mujeres víctimas de violencia de pareja.

H0: La intervención no reducirá los síntomas de depresión en las mujeres víctimas de violencia de pareja.

Hi: La intervención reducirá los síntomas de ansiedad en las mujeres víctimas de violencia de pareja.

H0: La intervención no reducirá los síntomas de ansiedad en las mujeres víctimas de violencia de pareja.

Hi: La intervención aumentará los niveles de autoestima en las mujeres víctimas de violencia de pareja.

H0: La intervención no aumentará los niveles de autoestima en las mujeres víctimas de violencia de pareja.

Método

Participantes

Se estableció una colaboración con Sin Violencia, Asociación Civil, para obtener la muestra, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Las participantes fueron mujeres que solicitaron apoyo psicológico en la institución o que fueron referidas por la fiscalía. En primer lugar, se realizó una revisión de sus expedientes con el fin de identificar casos de VP. Posteriormente, se estableció contacto con ellas para brindarles la oportunidad de participar en la terapia grupal. Finalmente, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada, con el objetivo de verificar que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos (véase Tabla 8).

Tabla 8

Criterios de inclusión y exclusión para el programa de tratamiento

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Haber sido o estar siendo víctima de violencia por parte de su pareja.	Discapacidad intelectual.
Ser mayor de edad.	Trastorno mental severo (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor con síntomas psicóticos y trastorno límite de la personalidad).

Acceder a participar en un programa de intervención grupal.	Ser drogodependiente.
Firma de consentimiento informado.	Estar recibiendo tratamiento psicológico actualmente.

Inicialmente, se planificó un grupo experimental de 10 participantes, dividido en dos grupos de cinco; sin embargo, en el pretest asistieron solamente nueve mujeres. En la segunda sesión, dos optaron por terapia individual, reduciendo la muestra a siete. Las dificultades de horario impidieron la unificación de los grupos, conformándose uno con cuatro participantes y otro con tres. Posteriormente, se registró una mayor tasa de atrición: una participante se retiró por enfermedad tras dos sesiones, otra abandonó el programa por razones laborales después de tres sesiones y una más dejó de asistir tras cuatro sesiones debido a dificultades personales. En consecuencia, la muestra final quedó conformada por cuatro participantes ($N = 4$). Todas las participantes reportaron haber sido víctimas de violencia física y psicológica por parte de su pareja o expareja. Se identificó que el 100 % de ellas ha estado en situación de riesgo para su vida y además, han presentado una denuncia ante las autoridades.

Instrumentos

Para confirmar si la persona cumplía con los criterios de inclusión, se realizó la siguiente:

Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico (Echeburúa et al., 1994). Está diseñada para recopilar información detallada sobre la experiencia de las personas víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y consta de 27 preguntas. Incluye datos sociodemográficos como edad, estado civil, número de hijos, número de hermanos, con quién vive actualmente, nivel de estudios, profesión y nivel socioeconómico. Además, contiene preguntas específicas sobre la experiencia de violencia, indagando sobre el tipo de abuso experimentado (físico, psicológico, sexual y/o económico), el primer incidente, el más grave, el

típico, el último incidente y la frecuencia de los abusos en el último año. También se pregunta si ha experimentado abuso durante el noviazgo y/o embarazo. Se explora, además, el medio coercitivo utilizado por el agresor, si alguna vez ha sentido que su vida estaba en peligro, el número de denuncias realizadas, si ha requerido asistencia médica debido a la violencia y si ha tenido pensamientos o intentos suicidas. El objetivo de la entrevista es obtener un panorama completo de la situación de la víctima, incluyendo las repercusiones físicas, emocionales y sociales derivadas del maltrato (véase Apéndice A).

Índice de Abuso de Pareja (IAP). También conocido como Index of Spouse Abuse (ISA), fue desarrollado por Hudson y McIntosh en 1981 y posteriormente validado en España por Plazaola-Castaño et al., (2009). Para asegurar su pertinencia cultural y adecuación al contexto mexicano, la versión en español fue validada en población mexicana por la autora de esta tesis y colaboradores (Martínez et al., 2025, en proceso de publicación), administrándola a una muestra incidental de 200 mujeres residentes en Ciudad Juárez, Chihuahua, con edades comprendidas entre los 18 y 59 años ($M = 34.56$; $DE = 9.95$).

Para garantizar la viabilidad de un análisis factorial, en primer lugar se evaluó la adecuación de los datos: el índice Kaiser–Meyer–Olkin resultó excelente ($KMO = .949$) y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($\chi^2(435) = 5661.7$, $p < .001$), lo que avaló la extracción de factores. El estudio de autovalores y el gráfico de sedimentación sugirieron inicialmente hasta cinco factores; sin embargo, para preservar la estructura teórica original, se optó por una solución bifactorial.

De esta manera, el factor de abuso no físico quedó compuesto por 22 ítems (1, 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28 y 29), que describen conductas de maltrato psicológico, emocional y de control, por ejemplo, *Me hace sentir inferior*; *Controla lo*

que gasto; No respeta mis sentimientos. Por su parte, el factor de abuso físico incluyó cuatro ítems (7, 13, 18 y 24) relativos a agresiones directas o amenazas severas, por ejemplo, *Me da puñetazos; Me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica.* Durante la depuración factorial, se eliminaron cuatro reactivos (ítems 3, 8, 25 y 30) cuyos coeficientes de carga cruzada eran superiores a .10, para asegurar la claridad factorial (véase Apéndice B).

Una vez definida la estructura, se estimó la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach: la subescala de abuso no físico alcanzó $\alpha = .971$, la de abuso físico $\alpha = .850$ y la escala total $\alpha = .969$, lo que evidencia una confiabilidad excelente y muy buena en cada subescala. Asimismo, la validez convergente se corroboró mediante una correlación muy fuerte con el Índice de Severidad de Violencia en Pareja (ISVP, Valdez-Santiago et al., 2006) ($r = .925$, $p < .001$), mientras que la validez concurrente se confirmó con una correlación negativa moderada con la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) ($r = -.445$), siguiendo los criterios de magnitud de efecto de Cohen (1988).

Finalmente, para su aplicación clínica y de investigación, cada reactivo se responde en una escala Likert de cinco puntos (1 = *Nunca*; 2 = *Rara vez*; 3 = *Algunas veces*; 4 = *Frecuentemente*; 5 = *Muy frecuentemente*). Las puntuaciones de los ítems se suman por subescala y, de acuerdo con los umbrales establecidos, un puntaje mayor de 14 en la subescala de violencia no física indica la presencia de maltrato psicológico o emocional, mientras que un puntaje superior a 6 en la subescala de violencia física señala que la participante ha experimentado agresiones físicas. De este modo, el IAP proporciona una clasificación objetiva y robusta de la experiencia de abuso en pareja, respaldada por sólidas evidencias de validez y confiabilidad en el contexto mexicano.

Para medir los síntomas depresivos en las participantes, se utilizó:

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II por sus siglas en inglés, validada en México por Hernández y colaboradores, 2022). El BDI-II ha sido actualizado para incluir los síntomas de depresión según el DSM-V-TR. Este inventario consta de 21 ítems (véase Apéndice C), las respuestas se clasifican en una escala de 0 a 3, donde 0 indica la menor gravedad y 3 la mayor. Las puntuaciones totales pueden variar de 0 a 63, con los siguientes rangos de interpretación: de 0 a 13 se considera mínimamente deprimido; de 14 a 19, levemente deprimido; de 20 a 28, moderadamente deprimido; y de 29 a 63, severamente deprimido (González et al., 2015). Además, el BDI-II ha mostrado una alta confiabilidad, con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.92, lo que indica una excelente consistencia interna en la medición de los síntomas depresivos (Hernández et al., 2022).

Para evaluar la severidad de la ansiedad en las participantes, se utilizó:

Inventario de Ansiedad: de Beck (BAI), validado en México por Hernández y colaboradores (2022). Este instrumento consta de 21 ítems (véase Apéndice D), cada uno se califica en escala tipo Likert que va de 0 a 3, donde 0 = *nunca*, 1 = *ligeramente*, 2 = *moderadamente* y 3 = *severamente*. La interpretación de las puntuaciones es la siguiente: de 0 a 7 indica una ansiedad mínima, de 8 a 15 leve, de 16 a 25 moderada, y de 26 a 63 severa (Padrós et al., 2022). Este inventario ha demostrado una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .94, lo que respalda su confiabilidad y validez para su aplicación en la población general mexicana (Hernández et al., 2022).

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) validado en México por González y colaboradores, 2021). Esta escala consta de 10 ítems (véase Apéndice E) que se responden en una escala tipo Likert de cuatro opciones, que van desde (*muy de acuerdo*) hasta (*muy en desacuerdo*). De estos ítems, cinco están redactados de manera positiva y cinco de forma

negativa (los reactivos del 1 al 5 se califican de manera inversa). Es una escala de autoaplicación en la que los participantes eligen las respuestas con las que más se identifican. La interpretación de las puntuaciones es la siguiente: <25 indica autoestima baja, de 26 a 29 autoestima media y de 30 a 40 autoestima elevada. La escala ha demostrado tener una confiabilidad adecuada, con un coeficiente alfa de Cronbach de .84, lo que indica una consistencia interna aceptable (González et al., 2021).

Materiales

Los materiales utilizados en esta intervención incluyeron el consentimiento informado (véase Apéndice F), que fue firmado por cada participante antes de iniciar el programa. Dicho documento, garantizó la comprensión y aceptación de los objetivos, beneficios y posibles riesgos de la intervención, además de asegurar la confidencialidad y voluntariedad en la participación. También, se utilizaron autorregistros de *mindfulness* (véase Apéndice G), emociones y pensamientos (véase Apéndice H), diario de agradecimiento (véase Apéndice I), y reestructuración cognitiva (véase Apéndice J). Se proporcionó material psicoeducativo en forma de trípticos sobre VP (véase Apéndice K), ciclo de la violencia (véase Apéndice L), distorsiones cognitivas (véase Apéndice M), autoestima (véase Apéndice N) y prevención de recaídas (véase Apéndice O). Para facilitar las prácticas de respiración profunda y *mindfulness*, se ofrecieron grabaciones guiadas accesibles a través del celular. Además, se contó con formatos para el registro de asistencia a las sesiones y el cumplimiento de tareas.(ver Apéndice P). Además, se utilizó una encuesta para evaluar las sesiones (ver Apéndice Q).

Procedimiento

Diseño

En la presente investigación se empleó un diseño cuasi-experimental de un solo grupo con mediciones pretest y posttest (Shadish et al., 2002; Montero & León, 2002). Este tipo de diseño —también denominado preexperimental— permitió realizar una evaluación diagnóstica inicial de las participantes, aplicar posteriormente la intervención cognitivo-conductual (TCC) y, finalmente, llevar a cabo una evaluación posterior para estimar los cambios atribuibles al tratamiento (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). La elección de este diseño respondió tanto a consideraciones metodológicas como éticas: por un lado, ofrece un marco sistemático para examinar los efectos de la intervención en condiciones aplicadas; por otro, asegura que todas las participantes reciban el beneficio terapéutico, evitando su exclusión en un grupo control, lo cual resultaría inadecuado y éticamente cuestionable en el caso de mujeres víctimas de violencia de pareja (Shadish et al., 2002)

Operacionalización de las variables

En este estudio, la variable independiente fue la intervención TCC, mientras que las variables dependientes fueron los niveles de depresión, ansiedad y autoestima (véase Tabla 9).

Tabla 9

Operacionalización de variables independientes y dependientes

Variable	Definición conceptual	Operacionalización	Instrumento
Independiente Intervención cognitivo- conductual	La intervención cognitivo-conductual es un enfoque terapéutico que combina técnicas cognitivas y conductuales para modificar patrones de pensamiento y conducta que generan malestar (Ruiz, et al., 2012).	La intervención se aplicará en un contexto grupal para trabajar en las técnicas de TCC para disminuir ansiedad, depresión y aumentar la autoestima.	Plan de sesiones estructurado (11 sesiones) basado en TCC, con técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, <i>mindfulness</i> , entre otras.
Dependiente Ansiedad	Estado emocional caracterizado por sentimientos de preocupación excesiva, tensión y activación fisiológica que afectan la vida diaria (APA, 2022)	La ansiedad será medida a través de: inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, trastorno del sueño.	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
Dependiente Depresión	Trastorno del estado de ánimo que implica tristeza persistente, pérdida de interés o placer y alteraciones en el funcionamiento físico y emocional (APA, 2022).	La depresión será evaluada en función de la intensidad de síntomas como el estado de ánimo, la fatiga, cambios de apetito y sueño, y pensamientos negativos.	Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
Dependiente Autoestima	Actitud positiva o negativa hacia sí mismo (Rosenberg, 1965).	La autoestima se medirá mediante el nivel de aceptación personal, autoimagen positiva y percepción de valor propio que presentan las participantes al inicio y al final del programa.	Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

La intervención se desarrolló en seis fases, cada una con un objetivo específico para garantizar su efectividad y asegurar la protección de las participantes, como se describe a continuación:

Fase 1: presentación y aprobación ética

En primer lugar, se presentó la propuesta del programa de intervención al Comité de Ética en la Investigación de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez con el fin de obtener su aprobación y asegurar que el programa no causara daño alguno a las participantes. Tras recibir la aprobación ética, se contactaron diversas asociaciones y dependencias dedicadas al apoyo de

mujeres víctimas de violencia. Finalmente, la organización Sin Violencia, Asociación Civil, aceptó colaborar en el proyecto y facilitó el uso de sus instalaciones para llevar a cabo las actividades del programa.

Se consideró esta asociación ya que, ofrece un espacio seguro y adecuado para trabajar con mujeres víctimas de VP. La institución dispone de una sala privada que asegura la confidencialidad y comodidad de las participantes, así como recursos audiovisuales y mobiliario adecuado para las actividades del programa. Además, ofrece asistencia legal y cuenta con una casa de seguridad para el resguardo de las mujeres que lo requieran, lo que favorece un apoyo integral y un entorno seguro.

Fase 2: selección de participantes

Para llevar a cabo el proceso de selección, inicialmente se realizó una revisión de los expedientes de las posibles participantes con el objetivo de identificar casos de VP. Posteriormente, se estableció contacto telefónico con las mujeres seleccionadas para explicarles los objetivos del estudio, así como los beneficios y el compromiso requerido para participar en la terapia grupal. Durante este proceso, algunas mujeres manifestaron su preferencia por la terapia individual, otras indicaron que ya no requerían apoyo psicológico, mientras que algunas no respondieron a las llamadas.

Las mujeres que expresaron interés en formar parte del programa fueron invitadas a una entrevista semiestructurada, cuyo objetivo fue verificar que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos (véase Tabla 7). Los criterios de inclusión aseguraron que todas las participantes hubieran sido víctimas de VP y estuvieran dispuestas a participar en las sesiones grupales. Una vez completado este proceso de selección, se solicitó información sobre sus horarios y días de disponibilidad, lo que permitió organizar dos grupos para la intervención.

Inicialmente, se planificó un grupo experimental de 10 participantes, dividido en dos grupos de cinco; sin embargo, en el pretest asistieron nueve mujeres. En la segunda sesión, dos optaron por terapia individual, reduciendo la muestra a siete. Las dificultades de horario impidieron la unificación de los grupos, conformándose uno con cuatro participantes y otro con tres. Posteriormente, se registró una mayor tasa de atrición: una participante se retiró por enfermedad tras dos sesiones, otra abandonó el programa por razones laborales después de tres sesiones y una más dejó de asistir tras cuatro sesiones debido a dificultades personales. En consecuencia, la muestra final quedó conformada por cuatro participantes ($N = 4$).

Fase 3: Programa de intervención

El programa de intervención (véase a detalle cada sesión en Apéndice R) se diseñó a partir de la sólida evidencia que respalda la eficacia de la TCC para reducir la ansiedad y la depresión, así como para fortalecer la autoestima en mujeres víctimas de VP (Karakurt et al., 2022; Aburto, 2021; Félix-Montes et al., 2020; García, 2022; Vaca-Ferrer et al., 2021; Matud et al., 2016; Montañez, 2014). Consta de once sesiones de dos horas cada una. En la primera sesión se establecieron las bases terapéuticas mediante la bienvenida, la presentación del grupo, la firma del consentimiento informado y la aplicación de instrumentos de evaluación (IAP, BDI-II, BAI y EAR), con el objetivo de identificar el estado emocional y cognitivo inicial de las participantes. En la segunda sesión se presentó el programa de intervención y se creó un ambiente de confianza, combinando la psicoeducación sobre la VP con ejercicios de respiración profunda y técnicas de mindfulness. La tercera sesión se proporcionó psicoeducación sobre el ciclo de la violencia y el proceso de reestructuración cognitiva, permitiendo a las participantes identificar pensamientos distorsionados mientras se reforzaban las prácticas de mindfulness. A lo largo de la cuarta y quinta sesión se profundizó en el cuestionamiento de creencias limitantes y en el manejo

del diálogo interno negativo, utilizando el método socrático y la técnica de parada del pensamiento, apoyados por ejercicios de reestructuración cognitiva y mindfulness. La sexta sesión se centró en fortalecer la autoestima mediante el desarrollo de la autocompasión a través de ejercicios de escritura terapéutica y meditación guiada, mientras que en la séptima se fomentó la resiliencia emocional y cognitiva mediante la identificación de fortalezas personales y la elaboración de una narrativa terapéutica positiva. Posteriormente, en la octava sesión se orientó a las participantes a definir objetivos personales y a planificar pasos concretos hacia su recuperación mediante la formulación de metas y técnicas de visualización. La novena sesión se dedicó a la planificación de actividades placenteras que promovieron el autocuidado y el bienestar diario, integrando nuevamente técnicas de mindfulness y estrategias de reestructuración cognitiva. En la décima sesión se reforzaron aspectos relacionados con el autoconcepto, la autoimagen, la autoeficacia y el autorreforzamiento a través de ejercicios de autoevaluación y meditación de autoaceptación. Finalmente, en la undécima sesión se realizó la evaluación post-test, que incluyó la reaplicación de los instrumentos (IAP, BDI-II, BAI y EAR), una revisión grupal de los avances logrados y el reconocimiento de los logros alcanzados, cerrando así el proceso terapéutico con una celebración del progreso personal (resumen en Tabla 10).

Tabla 10

Resumen del programa propuesto para mujeres víctimas de VP

Sesión	Objetivo general	Descripción	Técnicas	Materiales
1: Evaluación inicial. Tiempo: 2 horas.	Evaluar el estado inicial de las participantes en cuanto a las variables: VP, ansiedad, depresión y autoestima.	Bienvenida, dinámica de presentación, aplicación de instrumentos de evaluación y cierre de sesión.	-Psicoeducación. -Técnica rompe hielo. -Evaluación.	-Presentación en PowerPoint. -Hojas en blanco -Plumas y lápices -Instrumentos (IAP, BDI-II, BAI, EAR).

Sesión	Objetivo general	Descripción	Técnicas	Materiales
2: Presentación del Programa de Intervención. Tiempo: 2 horas.	Crear un ambiente de confianza y seguridad.	Bienvenida, dinámica de presentación, establecimiento de normas, psicoeducación sobre VP, emociones y pensamientos y ejercicio de respiración profunda.	-Psicoeducación. -Rompe hielo. -Respiración profunda.	-Presentación en PowerPoint. -Pizarrón. -Marcadores y plumas. -Hojas en blanco. -Video ejercicio guiado. -Autorregistro de emociones y pensamientos. -Diario de agradecimiento. -Tríptico de VP.
3: Entendiendo el ciclo de violencia y reestructuración cognitiva. Tiempo: 2 horas.	Educar sobre el ciclo de la violencia y reestructuración cognitiva.	Revisión de tarea, explicación del ciclo de violencia, identificación de pensamientos distorsionados, reestructuración cognitiva y respiración guiada.	-Psicoeducación -Reestructuración cognitiva. - <i>Mindfulness</i>	-Presentación en PowerPoint -Pizarrón -Hojas de autorregistro ABC -Video ejercicio guiado. -Diario de agradecimiento. -Autorregistro de <i>Mindfulness</i> . -Tríptico ciclo de violencia. -Tríptico de distorsiones cognitivas.
4: Explorando creencias limitantes y desafío grupal. Tiempo: 2 horas.	Identificar y desafiar creencias limitantes sobre la violencia.	Revisión de tarea, psicoeducación sobre creencias limitantes, identificación de creencias, desafío grupal y respiración guiada.	-Psicoeducación. -Método socrático. -Reflexión -Reestructuración cognitiva - <i>Mindfulness</i>	-Presentación en PowerPoint. -Pizarrón. -Hojas y plumas. -Video ejercicio guiado. -Autorregistro ABCD. -Diario de agradecimiento. -Autorregistro de <i>Mindfulness</i> .

Sesión	Objetivo general	Descripción	Técnicas	Materiales
5: Gestión del diálogo interno y parada del pensamiento. Tiempo: 2 horas.	Enseñar a manejar el diálogo interno negativo.	Revisión de tarea, psicoeducación sobre diálogo interno, <i>mindfulness</i> y parada del pensamiento.	-Psicoeducación. -Reestructuración cognitiva. - <i>Mindfulness</i> . -Parada del pensamiento.	-Presentación en PowerPoint. -Video ejercicio guiado. -Autorregistro ABCD. -Diario de agradecimiento. -Autorregistro de <i>Mindfulness</i> .
6: Fortaleciendo la autoestima a través de la autocompasión. Tiempo: 2 horas.	Desarrollar la autocompasión para mejorar la autoestima.	Revisión de tarea, introducción a la autocompasión, ejercicio de escritura y meditación de autocompasión	-Psicoeducación. -Reestructuración cognitiva. -Escritura terapéutica - <i>Mindfulness</i>	-Presentación en PowerPoint. -Meditación guiada. -Autorregistro ABCD. -Diario de agradecimiento. -Autorregistro de <i>Mindfulness</i> . -Diario de autocompasión.
7: Fortaleciendo la resiliencia emocional y cognitiva. Tiempo: 2 horas.	Fomentar la resiliencia emocional y cognitiva.	Revisión de tarea, identificación de fortalezas personales, narrativa positiva y <i>mindfulness</i> sobre fortalezas.	-Psicoeducación. -Reestructuración cognitiva. -Narrativa terapéutica. - <i>Mindfulness</i> .	-Presentación en PowerPoint. -Meditación guiada. -Autorregistro ABCD. -Diario de agradecimiento. -Autorregistro de <i>Mindfulness</i> . -Diario de autocompasión. -Diario de afirmaciones positivas.
8: Establecimiento de objetivos personales. Tiempo: 2 horas.	Definir objetivos y planificar pasos hacia ellos.	Revisión de tarea, psicoeducación, establecimiento de metas, planificación de pasos y <i>mindfulness</i> de visualización de metas.	-Psicoeducación. -Reestructuración cognitiva. - <i>Mindfulness</i> .	-Presentación en PowerPoint. -Meditación guiada. -Autorregistro ABCD. -Diario de agradecimiento. -Autorregistro de <i>Mindfulness</i> . -Diario de afirmaciones positivas. -Diario de progreso de metas.

Sesión	Objetivo general	Descripción	Técnicas	Materiales
9: Planificación de actividades placenteras. Tiempo: 2 horas.	Integrar actividades placenteras en la vida diaria para promover el bienestar.	Revisión de tarea, psicoeducación sobre autocuidado, identificación de actividades y creación de calendario.	-Psicoeducación. -Reestructuración cognitiva. -Planificación de actividades placenteras. - <i>Mindfulness</i> .	- Presentación en PowerPoint. -Meditación guiada. -Autorregistro ABCD. -Diario de agradecimiento. -Autorregistro de <i>Mindfulness</i> . -Diario de afirmaciones positivas. -Diario de progreso de metas. Calendario en blanco -Autorregistro de actividades placenteras.
10: Fortaleciendo la autoestima. Tiempo: 2 horas.	Mejorar la autoestima: autoconcepto, autoimagen, autoeficacia y autorreforzamiento.	Revisión de tarea, psicoeducación sobre autoestima, autoevaluación positiva y <i>mindfulness</i> de autoaceptación.	-Psicoeducación. -Reestructuración cognitiva. -Planificación de actividades. - <i>Mindfulness</i> .	- Presentación en PowerPoint. -Meditación guiada. -Autorregistro ABCD. -Diario de agradecimiento. -Autorregistro de <i>Mindfulness</i> . -Diario de afirmaciones positivas. -Diario de progreso de metas. -Autorregistro de actividades placenteras. -Hoja de actividad "Me quiero tal como soy".
11: Evaluación post test. Tiempo: 2 horas.	Evaluar el progreso y cerrar el programa	Revisión de tarea, revisión grupal de progreso, aplicación de instrumentos post test y celebración de logros.	-Evaluación post test. -Reconocimiento.	-Instrumentos: IAP, BDI-II, BAI, EAR. -Certificados de logro

Nota. Esta tabla es de elaboración propia y presenta el plan de sesiones para un programa de intervención grupal dirigido a mujeres víctimas de VP.

Además, a lo largo del programa, se asignaron diversas tareas para casa con el propósito de reforzar los contenidos abordados en sesión y facilitar la aplicación práctica de las estrategias aprendidas. Las participantes realizaron ejercicios de autorreflexión, tales como el registro de pensamientos y emociones, la identificación de patrones de pensamiento disfuncional y la práctica de técnicas para su modificación. También escribieron textos personales, como cartas de autocompasión y narrativas de resiliencia, que les permitieron fortalecer el vínculo consigo mismas y reconocer sus propios recursos. Asimismo, llevaron diarios orientados al desarrollo de una actitud positiva, el autocuidado y el seguimiento de metas personales. Estas actividades tuvieron como objetivo favorecer los aprendizajes, promover el cambio cognitivo y emocional,

En la undécima sesión se realizó la evaluación posttest mediante la aplicación de los mismos instrumentos utilizados en el pretest (IAP, BDI-II, BAI y EAR), lo que permitió medir el progreso alcanzado, revisar el avance en grupo y consolidar los logros obtenidos, cerrando formalmente el proceso terapéutico. Además, se celebró el logro de las participantes con un reconocimiento formal, proporcionándoles certificados de participación.

Fase 4: Análisis de datos

La intervención culminó con la elaboración de un informe de resultados, donde se detallaron los hallazgos obtenidos a partir de los datos recolectados durante el proceso, que fueron analizados utilizando el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), una herramienta estadística ampliamente utilizada en investigaciones sociales y psicológicas. Dado que el número de participantes fue reducido y no se contó con un grupo de control, se optó por utilizar la prueba no paramétrica de Wilcoxon para evaluar las diferencias entre las mediciones de pretest y posttest. Para determinar si los cambios observados eran estadísticamente significativos, se utilizó un nivel de significancia de $p \leq 0.05$. Esta prueba es especialmente útil

cuando se trabaja con muestras pequeñas y cuando los datos no cumplen con los supuestos de normalidad, como lo señalan Siegel & Castellan (1998) y Triola & Iossi (2018).

Asimismo, con fines exploratorios y a fin de complementar el análisis de los resultados obtenidos, se procedió al cálculo del tamaño del efecto utilizando el coeficiente r propuesto por Rosenthal. Esta medida estadística permite estimar la magnitud de los efectos observados, brindando así una interpretación más robusta y significativa de los hallazgos derivados del análisis no paramétrico, particularmente del test de rangos con signo de Wilcoxon, utilizado para comparar las mediciones pre y postintervención (Galindo-Domínguez, 2020; González et al., 2023). Esta medida se interpreta de la siguiente manera:

- Un valor de r de 0.1 indica un tamaño de efecto pequeño.
- Un valor de r de 0.3 indica un tamaño de efecto moderado.
- Un valor de r de 0.5 o mayor indica un tamaño de efecto grande.

También se incluyó un análisis de los datos en función de las características individuales (datos sociodemográficos) de las participantes, proporcionando un contexto más completo para la interpretación de los resultados. De esta manera, el informe no solo documentó los cambios en las variables psicológicas, sino que también permitió reflexionar sobre la efectividad del enfoque cognitivo-conductual aplicado y su posible impacto a largo plazo en la vida de las mujeres víctimas de VP.

Consideraciones éticas

Se tomaron en cuenta diversas consideraciones éticas con el fin de garantizar la protección y el bienestar de las participantes. Antes de iniciar cualquier actividad relacionada con la intervención, se obtuvo el consentimiento informado de todas las participantes. Este procedimiento implicó explicar detalladamente los objetivos del programa, las metodologías

empleadas, los potenciales riesgos y beneficios, así como las alternativas disponibles. El consentimiento informado (véase Apéndice A) aseguró que las participantes comprendieran plenamente su implicación en el proyecto y les proporcionó la libertad de retirarse en cualquier momento sin repercusiones adversas.

La confidencialidad de la información compartida por las participantes durante la intervención fue prioritaria. Además, este proyecto también se comprometió a respetar la autonomía de las mujeres, apoyándolas en la toma de decisiones informadas sobre su participación y proceso de recuperación. La intervención fue diseñada para fortalecer a las participantes, permitiéndoles desarrollar estrategias acordes a sus objetivos y valores personales, promoviendo así una recuperación autónoma y fortalecida.

Finalmente, en cuanto al uso de pruebas de evaluación, se garantizó un manejo con un enfoque ético, respetando los derechos y la dignidad de las evaluadas. Se obtuvieron los permisos necesarios, se aseguró el consentimiento informado para la evaluación, se mantuvo la confidencialidad de los resultados y se utilizaron las pruebas de manera justa y benéfica.

Resultados

Características sociodemográficas

A través de la entrevista semiestructurada aplicada a las participantes del estudio ($N = 4$), se recopilaron datos sociodemográficos que fueron analizados mediante un análisis descriptivo. La edad promedio de las participantes fue de 40 años ($DE = 6.73$). En cuanto al número de hijos, el 75% ($n = 3$) reportó tener dos, mientras que el 25% ($n = 1$) indicó tener tres. En lo que respecta al estado civil, el 25% ($n = 1$) se identificó como soltera, otro 25% ($n = 1$) como divorciada y el 50% ($n = 2$) señaló convivir actualmente con su pareja. Sin embargo, al momento de iniciar la intervención, las cuatro participantes ya no se encontraban conviviendo con su

pareja. Asimismo, todas habían presentado una demanda formal por VP. En relación con el nivel educativo, el 75% ($n = 3$) contaba con estudios de secundaria y el 25% ($n = 1$) había concluido estudios universitarios. Con respecto a su ocupación, el 75% ($n = 3$) se desempeñaba como empleada y el 25% ($n = 1$) como ama de casa. Finalmente, en cuanto al nivel socioeconómico, el 75% ($n = 3$) indicó encontrarse en un nivel bajo y el 25% ($n = 1$) en un nivel medio (véase Tabla 11).

Tabla 11

Características sociodemográficas de las participantes

Dato sociodemográfico	Media (DE)	Porcentajes (n)
Edad	40 (6.73)	
Hijos (%)		
2 hijos		75% (3)
3 hijos		25% (1)
Estado civil (%)		
Soltera		25% (1)
Divorciada		25% (1)
Conviviente		50% (2)
Nivel educativo (%)		
Universidad		25% (1)
Secundaria		75% (3)
Ocupación (%)		
Empleada		75% (3)
Ama de casa		25% (1)
Nivel socioeconómico (%)		
Bajo		75% (3)
Medio		25% (1)

Nota. DE = desviación estándar; % = porcentaje.

Historia y circunstancias de la violencia

En relación con la experiencia de VP, el 100% ($N = 4$) manifestó haber sido víctima de insultos, amenazas, humillaciones y actos de desvalorización. En cuanto a la violencia física, el 25% ($n = 1$) reportó haber recibido puñetazos y patadas, el 50% ($n = 2$) mencionó bofetadas, el 75% ($n = 3$) indicó empujones y también estrangulamiento, mientras que el 25% ($n = 1$) refirió

fracturas. Asimismo, el 25% ($n = 1$) manifestó haber sido víctima de agresiones sexuales. Por otro lado, el 25% ($n = 1$) señaló haber sido retenida en su hogar y el 75% ($n = 3$) enfrentó penurias económicas. Todas las participantes ($n = 4$) indicaron que su agresor rompía objetos durante los episodios de violencia, y el 75% ($n = 3$) reportó el uso de armas u objetos contundentes. En cuanto a la búsqueda de apoyo institucional, el 100% ($n = 4$) afirmó haber presentado una denuncia, y el 25% ($n = 1$) recibió atención médica y reportó problemas de salud asociados con los hechos vividos. Además, todas las mujeres expresaron que en algún momento su vida estuvo en peligro.

Adicionalmente, se exploraron antecedentes de violencia en otros momentos de sus vidas. El 50% ($n = 2$) de las participantes refirió haber vivido violencia durante el noviazgo, el 25% ($n = 1$) indicó haber sido víctima de violencia durante el embarazo, y otro 25% ($n = 1$) señaló haber sufrido violencia durante su niñez (véase Tabla 12).

Tabla 12

Historia y circunstancias de la violencia

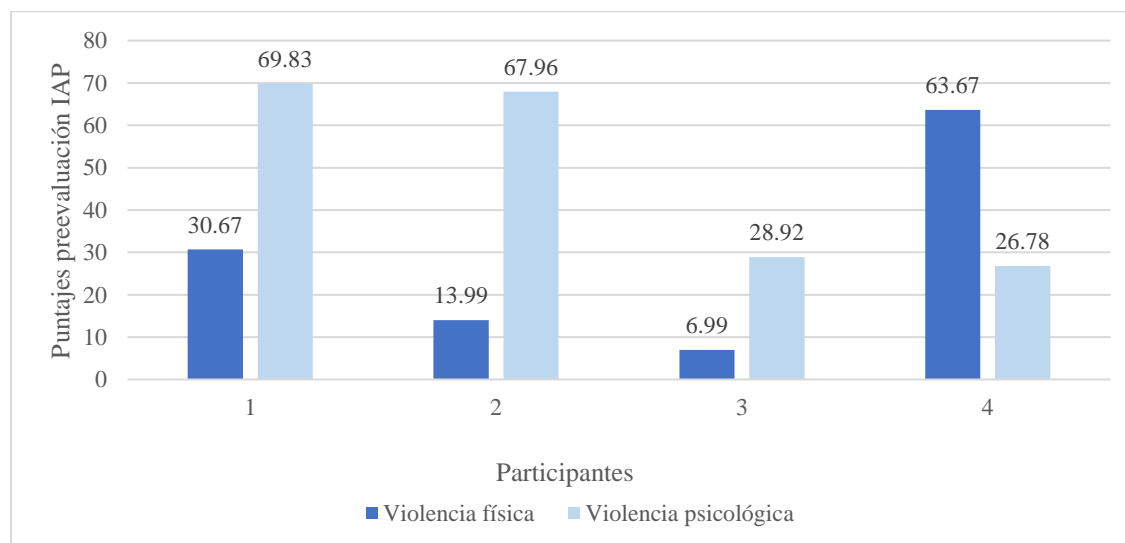
Violencia experimentada	Porcentaje (<i>n</i>)	Violencia experimentada	Porcentaje (<i>n</i>)
Insultos y amenazas	100% (4)	Retención en el hogar	25% (1)
Humillación y desvalorización	100% (4)	Penurias económicas	75% (3)
Puñetazos	25% (1)	Romper objetos	100% (4)
Patadas	25% (1)	Utilizó algún arma u objeto contundente	75% (3)
(Bofetadas	50% (2)	Violencia en el noviazgo	50% (2)
Estrangulamiento	75% (3)	Violencia en el embarazo	25% (1)
Empujones	75% (3)	Violencia durante su niñez	25% (1)
Fracturas	25% (1)	Ha estado su vida en peligro	100% (4)
Agresiones sexuales	25% (1)	Asistencia médica	25% (1)

Preevaluación

La preevaluación del instrumento IAP permitió observar que todas las participantes ($n = 4$) cumplen con los criterios de violencia física, ya que sus puntajes son mayores de 6, y también con los criterios de violencia psicológica, pues sus puntajes superan los 14. Dentro de estos resultados, la participante 4 reporta el nivel más alto de violencia física con un puntaje de 63.67, mientras que la participante 3 presenta el nivel más bajo, aunque aún dentro del rango de violencia física, con un puntaje de 6.99. Además, se observa que la violencia psicológica es más elevada en comparación con la violencia física en la mayoría de los casos (véase Figura 7).

Figura 7

Preevaluación de IAP



Nota. IAP = Índice de Abuso de Pareja.

La preevaluación de las participantes reveló datos significativos en cuanto a depresión, ansiedad y autoestima. El BDI-II mostró que el 50% ($n = 2$) de las participantes presentaron

depresión grave, el 25% ($n = 1$) depresión moderada y el 25% ($n = 1$) no presentaron síntomas de depresión. En términos de ansiedad, el BAI indicó que el 75% ($n = 3$) de las participantes tenían niveles graves de ansiedad, mientras que el 25% ($n = 1$) reportó ansiedad leve. Respecto a la autoestima, la EAR evidenció que el 75% ($n = 3$) de las participantes tenían una autoestima baja y el 25% ($n = 1$) una autoestima media (véase la Tabla 13).

Tabla 13

Preevaluación: BDI-II, BAI y EAR

Participante	Puntaje BDI-II	Nivel de depresión	Puntaje BAI	Nivel de ansiedad	Puntaje EAR	Nivel de autoestima
1	39	Grave	40	Grave	27	Media
2	3	Sin presencia	9	Leve	19	Baja
3	34	Grave	26	Grave	25	Baja
4	21	Moderada	28	Grave	16	Baja

Nota. Los puntajes representan la preevaluación de las participantes antes de iniciar la intervención grupal. BDI-II = Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; EAR = Escala de Autoestima de Rosenberg.

Postevaluación

Una vez concluido el programa grupal de TCC, se procedió a la reevaluación de los instrumentos de medición utilizados en la preevaluación con el fin de cuantificar los cambios en los niveles de depresión, ansiedad, autoestima y exposición a la VP. A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la fase de postevaluación, comparándolos con los valores iniciales para evidenciar la eficacia del protocolo terapéutico. En este sentido.

De forma exploratoria, los resultados obtenidos a partir del IAP, después de la intervención, muestran una clara disminución en los niveles de violencia tanto física como no física en las participantes. En relación con la violencia física, todas las participantes

experimentaron una reducción significativa en sus puntajes post-intervención. La participante 4, por ejemplo, presentó una disminución completa en la violencia física, pasando de un puntaje de 63.67 a 0. En cuanto a la violencia no física, también se observó una reducción en la mayoría de las participantes. La participante 2 evidenció la mayor disminución, con un cambio de 67.96 a 6.12, mientras que la participante 8 redujo su puntuación de violencia no física de 26.78 a 1.91 (véase Tabla 14).

Tabla 14

Postevaluación: IAP

Participante	Violencia física (Preevaluación)	Violencia física (Postevaluación)	Violencia no física (Preevaluación)	Violencia no física (Postevaluación)
1	30.67	19.9	69.83	55.61
2	13.99	10.29	67.96	6.12
3	6.99	6.39	28.92	10.3
4	63.67	0	26.78	1.91

También, los resultados obtenidos en la postevaluación indican una mejora significativa en los aspectos emocionales y psicológicos de las participantes después del tratamiento. En cuanto a la depresión, según el instrumento BDI-II, el 100% ($N=4$) de las participantes no presentaron síntomas de depresión, con puntajes que se encuentran por debajo del umbral establecido para esta condición. En la evaluación de la ansiedad, se observó que todas las participantes presentaron niveles mínimos de ansiedad, según el instrumento BAI, con puntajes significativamente bajos, lo que refleja una disminución importante en la ansiedad. Finalmente, en relación con la autoestima, los puntajes obtenidos en la EAR fueron elevados en todas las participantes, lo que sugiere una mejora en su percepción de sí mismas después de la intervención (véase Tabla 15).

Tabla 15*Postevaluación: BDI-II, BAI y EAR*

Participante	Puntaje BDI-II	Nivel de Depresión	Puntaje BAI	Nivel de Ansiedad	Puntaje EAR	Nivel de Autoestima
1	5	Sin presencia	6	Mínima	39	Elevada
2	2	Sin presencia	1	Mínima	38	Elevada
3	5	Sin presencia	5	Mínima	40	Elevada
4	0	Sin presencia	3	Mínima	35	Elevada

Nota. Los puntajes corresponden a la postevaluación realizada después de la intervención cognitivo-conductual. BDI-II = Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; EAR = Escala de Autoestima de Rosenberg.

Los resultados del pretest y postest muestran una reducción en los niveles de depresión y ansiedad, y un aumento en la autoestima tras la intervención. La depresión disminuyó en todas las participantes, con reducciones de 1 a 34 puntos. La ansiedad también bajó entre 8 y 34 puntos. En cuanto a la autoestima, los puntajes aumentaron entre 12 y 19 puntos. Asimismo, en relación con la VP, tanto en su forma física como no física, los resultados indican una reducción en las puntuaciones después de la intervención. Aunque esto no estaba inicialmente dentro de los objetivos específicos, se decidió realizar una exploración en este aspecto. En el caso de la violencia física, todas las participantes mostraron una disminución en sus puntajes, con reducciones que van desde 1 hasta 64 puntos. De manera similar, los niveles de violencia no física también disminuyeron en todas las participantes, con diferencias que oscilan entre 14 y 62 puntos (véase Tabla 16). Estos hallazgos sugieren que la intervención posibilitó la reducción de la violencia experimentada por las participantes.

Tabla 16*Preevaluación y postevaluación*

Variable	Participante			
	1	2	3	4
Violencia física (IAP)				
Pretest	31	14	7	64
Posttest	20	10	6	0
Violencia no física (IAP)				
Pretest	70	68	29	27
Posttest	56	6	10	1
Depresión (BDI-II)				
Pretest	39	3	34	21
Posttest	5	2	5	0
Ansiedad (BAI)				
Pretest	40	9	26	28
Posttest	6	1	5	3
Autoestima (EAR)				
Pretest	27	19	25	16
Posttest	39	38	40	35

Nota. Los puntajes corresponden a la evaluación de cada participante antes y después de la intervención cognitivo-conductual. IAP = Índice de Abuso de Pareja; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; EAR = Escala de Autoestima de Rosenberg.

Seguimiento exploratorio a tres meses

Dado que el seguimiento no fue considerado originalmente dentro de la metodología de este estudio, resulta necesario precisar que esta sección corresponde a un ejercicio exploratorio adicional. Con el propósito de valorar la sostenibilidad de los efectos de la intervención cognitivo-conductual en mujeres víctimas de violencia de pareja, se llevó a cabo un seguimiento a los tres meses posteriores a la postevaluación. Esta fase no contempló la aplicación de análisis estadísticos inferenciales, debido a dos condiciones principales: el tamaño reducido de la muestra ($N = 4$) y la ausencia de datos completos de una de las participantes. En consecuencia, los resultados se presentan de manera estrictamente descriptiva, con el fin de identificar tendencias

individuales y factores contextuales que influyeron en la permanencia o pérdida de los beneficios alcanzados tras la intervención.

En términos generales, las participantes 1 y 2 lograron mantener las reducciones alcanzadas en violencia física y no física, así como niveles bajos de depresión y ansiedad, junto con un aumento sostenido en la autoestima; en el caso de la participante 1, se observó únicamente un ligero incremento en ansiedad sin que ello impactara las demás variables. En contraste, la participante 3 presentó un patrón de recaída, con incrementos notables en violencia, depresión y ansiedad, además de una disminución en la autoestima respecto al postest, situación que se relaciona con la reanudación de la convivencia con su expareja. Finalmente, la participante 4 no pudo acudir al seguimiento debido a dificultades laborales, por lo que no se obtuvieron datos de esta etapa (véase Tabla 17). En conjunto, los resultados sugieren que aproximadamente el 50% de las participantes mantuvieron los beneficios alcanzados, mientras que una presentó un retroceso significativo y otra no fue evaluada.

Tabla 17

Comparación de puntajes en pretest, postest y seguimiento exploratorio a los tres meses

Variable	Participante			
	1	2	3	4
Violencia física (IAP)				
Pretest	31	14	7	64
Postest	20	10	6	0
Seguimiento	0	0	43	--
Violencia no física (IAP)				
Pretest	70	68	29	27
Postest	56	6	10	1
Seguimiento	10	20	53	--
Depresión (BDI-II)				
Pretest	39	3	34	21

Variable	Participante			
	1	2	3	4
Postest	5	2	5	0
Seguimiento	4	2	35	--
Ansiedad (BAI)				
Pretest	40	9	26	28
Postest	6	1	5	3
Seguimiento	17	4	30	--
Autoestima (EAR)				
Pretest	27	19	25	16
Postest	39	38	40	35
Seguimiento	38	33	28	--

Nota. Los puntajes corresponden a la evaluación pretest, postest y seguimiento exploratorio a los tres meses. IAP = Índice de Abuso de Pareja; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; EAR = Escala de Autoestima de Rosenberg; -- No se obtuvo evaluación.

Análisis de datos

El análisis de los datos mediante la prueba Wilcoxon permitió evaluar el impacto de la intervención en las variables de depresión, ansiedad, autoestima, violencia física y violencia no física. La prueba mostró valores de $p = 0.068$ para depresión y ansiedad, $p = 0.066$ para autoestima, $p = 0.068$ para violencia física y $p = 0.068$ para violencia no física, lo que indica que, estadísticamente, no se encontraron diferencias significativas. Dado que el valor p asociado con esta prueba fue mayor que 0.05, no se observa una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados del pretest y postest. Cabe señalar que fue mínima la diferencia de .05 a .068. Esto puede deberse al tamaño reducido de la muestra, ya que este tipo de análisis es sensible a muestras pequeñas.

De manera exploratoria, se calculó el tamaño del efecto mediante el coeficiente r de Rosenthal, encontrándose valores elevados en todas las variables analizadas: ansiedad ($z = -1.826$, $r = -0.91$), depresión ($z = -1.826$, $r = -0.91$), autoestima ($z = 1.841$, $r = 0.92$), violencia

física ($z = -1.826$, $r = -0.91$) y violencia no física ($z = -1.826$, $r = -0.91$). Estos resultados sugieren que, a pesar de la falta de significación estadística, la intervención generó un impacto relevante en las participantes (Galindo-Domínguez, 2020; González et al., 2023). Se asume que, con una muestra más amplia, los resultados probablemente habrían alcanzado significación estadística (véase Tabla 18).

Tabla 18

Prueba de Wilcoxon y tamaño del efecto

Variable	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Depresión	-1.826	.068	-0.91
Ansiedad	-1.826	.068	-0.91
Autoestima	1.841	.066	0.92
Violencia física	-1.826	.068	-0.91
Violencia no física	-1.826	.068	-0.91

Nota. Se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para comparar los puntajes pretest y posttest de cada variable. Aunque los valores de p no alcanzaron significancia estadística convencional ($p < .05$), se observaron tamaños del efecto grandes ($r \geq .90$), lo que sugiere cambios clínicamente relevantes tras la intervención. Z = estadístico de Wilcoxon; p = nivel de significancia bilateral; r = tamaño del efecto.

Discusión

Para dar inicio al apartado de Discusión, se ofrece a continuación una visión integradora de los hallazgos obtenidos en este estudio. En primer lugar, se examinan las características sociodemográficas de las participantes y la historia de violencia, cuya comprensión resulta esencial para contextualizar los resultados y valorar la pertinencia de la intervención. A continuación, se analizarán las variaciones detectadas entre el pretest y el postest, enfatizando los cambios cuantitativos en los niveles de ansiedad, depresión, autoestima y violencia. Seguidamente, se discuten los principales resultados emergentes de la evaluación, haciendo énfasis tanto en las medidas estandarizadas como en los testimonios recogidos al finalizar cada sesión. Asimismo, se menciona el seguimiento exploratorio realizado tres meses después de la postevaluación, que permitió observar la permanencia de algunos cambios y la aparición de retrocesos en ciertos casos. Además, este planteamiento permitirá ofrecer conclusiones fundamentadas y recomendaciones orientadas a optimizar futuras intervenciones.

Características sociodemográficas

La edad promedio de las participantes de este estudio fue de 40 años (DE = 6.73), situándolas en el rango de mayor riesgo, según lo señalado por la Organización Panamericana de la Salud, que identifica a las mujeres en edad reproductiva como especialmente vulnerables a sufrir VP debido a la confluencia de responsabilidades familiares y laborales. Además, la mayoría de ellas (75 %) eran madres de dos hijos y el resto (25 %) de tres, factor que, según lo estudiado por Aiquipa (2015), suele vincularse con una mayor dependencia económica y emocional, lo que suele interponer barreras para interrumpir el ciclo de violencia al priorizar la seguridad y el bienestar de la prole. Respecto al estado civil, la mitad convivía sin vínculo legal formal, mientras que el 25 % era soltera y otro 25 % divorciada, una condición que Puente-

Martínez et al. (2016) asocian con una exposición incrementada a dinámicas de control y agresión al carecer, en ocasiones, de protección jurídica plena.

En cuanto al nivel educativo y capacidades, el 75 % de las participantes contaba únicamente con estudios de secundaria y el 25 % había concluido estudios universitarios. La OPS (2013) señala que el bajo nivel educativo constituye uno de los principales factores de riesgo para ser víctima de violencia, al limitar el acceso a información y recursos que faciliten la denuncia y la salida de situaciones abusivas. Del mismo modo, aunque el 75 % se encontraba empleada, predominaban empleos de baja remuneración, lo cual, según Fabián Arias et al. (2018), incrementa la inestabilidad económica y, por ende, la vulnerabilidad frente a situaciones de violencia.

Este perfil sociodemográfico—mujeres de mediana edad con cargas familiares, educación limitada y recursos económicos reducidos—se explica perfectamente a través de lo señalado en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987), que postula la interacción de factores individuales, relacionales e institucionales para perpetuar el riesgo de violencia.

Historia y circunstancias de la violencia

En cuanto a la narrativa que rodea la historia y circunstancias de la violencia experimentada por las participantes de este estudio, relataron haber vivido múltiples manifestaciones de maltrato dentro de su relación de pareja, lo cual refuerza la complejidad y gravedad de la problemática abordada. El 100 % de ellas informó haber sufrido violencia psicológica, expresada en insultos, amenazas, humillaciones y actos de desvalorización; además, un 75 % experimentó empujones y estrangulamientos, un 50 % recibió bofetadas, y un 25 % reportó puñetazos, patadas y fracturas; incluso, el 25 % manifestó agresiones sexuales. Aunado a ello, el uso de la coerción económica —severo en un 75 % de los casos— la destrucción de

objetos, así como el empleo de armas u objetos contundentes (75 %), evidencian cómo los agresores despliegan tácticas de poder y control descritas por Pence y Paymar (1993) y Walker (2009) . Estas formas de violencia coinciden con la definición amplia de la ONU Mujeres (2020), que comprende desde el maltrato verbal hasta la coacción física y económica en el ámbito íntimo .

Por otra parte, al indagar los antecedentes de victimización, el 50 % de las mujeres refirió episodios de violencia durante el noviazgo, el 25 % durante el embarazo y otro 25 % desde la niñez, lo que sugiere un aprendizaje y reforzamiento de un patrón repetitivo de abuso a lo largo del ciclo vital. Esta trayectoria de maltrato acumulado coincide con lo señalado por Núñez (2016), quien explica que la violencia física es a menudo la fase culminante de un largo proceso de abuso psicológico sostenido en el tiempo. Asimismo, Echeburúa et al. (1994) subrayan la importancia de documentar tanto el primer incidente como el más grave y la frecuencia de los episodios para comprender plenamente la dinámica coercitiva y el grado de riesgo al que están expuestas las víctimas. Todos estos elementos revelan no solo la intensidad de la violencia sufrida, sino también la necesidad de intervenciones psicoterapéuticas que integren componentes psicoeducativos, legales y socioeconómicos, de modo que aborden tanto las secuelas emocionales inmediatas como las circunstancias estructurales que perpetúan el abuso.

Preevaluación Índice de abuso de Pareja (IAP), BDI-II, BAI y EAR

En la fase de preevaluación, la totalidad de las participantes mostraron niveles de violencia física y psicológica que superaron los umbrales establecidos para el Índice de Abuso de Pareja (IAP), lo que confirma la idoneidad de la muestra para el presente estudio. Específicamente, el 100 % de las mujeres obtuvo puntajes superiores a 6 en violencia física y a 14 en violencia psicológica, evidenciando una exposición sostenida a diversas tácticas de

maltrato que incluyen insultos, humillaciones y destrucción de bienes, así como empujones, intentos de estrangulamiento y uso de objetos contundentes. Estos resultados son coincidentes con lo planteado por Echeburúa et al. (1994), quienes señalan la importancia de identificar la presencia y gravedad del abuso antes de iniciar cualquier proceso de intervención terapéutica. Asimismo, se observa la coherencia con lo expuesto por Walker (2009), quien sostiene que las agresiones verbales y emocionales son, con mayor frecuencia, la primera forma en que se manifiesta el ciclo de la violencia. Esa dinámica se refleja en el caso de la situación de la participante 4, quien obtuvo la puntuación más alta en violencia física (63.67), mientras que en el resto de los casos la violencia psicológica presentó una mayor intensidad.

Estos elevados niveles de violencia experimentados por las participantes se reflejan directamente en su estado emocional y psicológico. En este sentido, los resultados de la fase de preevaluación evidencian un perfil clínico caracterizado por síntomas significativos de afectación emocional, estrechamente asociados a la exposición prolongada a la VP. De acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), las participantes presentaron niveles de depresión que oscilaron entre leve y grave: el 50 % mostró depresión grave, un 25 % presentó depresión moderada y el restante 25 % no mostró indicios clínicamente significativos de sintomatología depresiva. Esta variabilidad sugiere una afectación heterogénea, aunque clínicamente relevante. Este hallazgo coincide con lo reportado por Karakurt et al. (2022), quienes, a través de una revisión sistemática y metaanálisis, identificaron a la depresión como una de las consecuencias más frecuentes entre mujeres víctimas de VP, especialmente cuando esta es crónica y se manifiesta en múltiples dimensiones. A su vez, Vaca-Ferrer et al. (2021) destacan que los síntomas depresivos en estas mujeres suelen estar relacionados con experiencias de desvalorización constante, aislamiento social y pérdida del sentido de vida

Complementariamente, el impacto psicológico de la violencia también se reflejó en los niveles de ansiedad manifestados en las mujeres participantes en este estudio. Según los resultados del Instrumento de Ansiedad de Beck (BAI), el 75 % de las participantes presentaban niveles de ansiedad grave, mientras que el 25 % restante reportó puntuaciones de ansiedad leve. Esta sintomatología puede comprenderse desde el modelo de la hipervigilancia crónica, común en mujeres sometidas a contextos de amenaza constante. En este sentido, Echeburúa y Corral (1998) señalan que el miedo recurrente, la anticipación de actos violentos y la inseguridad cotidiana generan un estado de alerta sostenido que interfiere con el funcionamiento emocional y conductual. Esta situación se hizo evidente mientras se desarrollaba la presente intervención, por el hecho de que varias participantes se veían obligadas a mantener contacto con sus agresores debido a los vínculos económicos, legales o parentales creados durante la relación de pareja, lo que prolonga el estado de vulnerabilidad emocional.

En relación con la autoestima, evaluada mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), se observaron niveles bajos en la mayoría de los casos: el 75 % de las participantes presentó baja autoestima y el 25 % autoestima moderada. Estos resultados coinciden con lo reportado en estudios previos, como los de Matud (2005) y Montañez (2014), quienes argumentan que las mujeres que han vivido situaciones de abuso suelen desarrollar una autopercepción negativa, caracterizada por sentimientos de culpa, indefensión aprendida y una marcada desconfianza en sus propias capacidades. En la misma línea, Walker (2009) sostiene que la baja autoestima forma parte central del ciclo de la violencia, dificultando la toma de decisiones orientadas a la ruptura del vínculo abusivo y favoreciendo la perpetuación de la dependencia emocional y económica.

Postevaluación Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e Inventario de Abuso de Pareja (IAP)

Durante la etapa de postevaluación, se observaron mejoras claras en el bienestar emocional y la percepción de la violencia entre las participantes después de la intervención grupal con TCC. Los indicadores psicológicos reflejaron una reducción casi total de la depresión (Inventario de Depresión de Beck II, con valores entre 0 y 5) y una disminución significativa de la ansiedad (Inventario de Ansiedad de Beck, con puntajes de 1 a 6). Además, los niveles de autoestima aumentaron de manera notable, alcanzando puntuaciones entre 35 y 40 en la Escala de Rosenberg. Estos cambios pueden atribuirse a la TCC mediante las técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, activación conductual mediante actividades gratificantes, técnicas de respiración, *mindfulness*, planificación de metas, resolución de problemas y el apoyo mutuo generado en el grupo. La combinación de estos elementos opera de manera conjunta, promoviendo tanto la disminución del malestar emocional como el empoderamiento personal (Karakurt et al., 2022; Aburto, 2021; García, 2022; Vaca-Ferrer et al., 2021).

Adicionalmente, los puntajes del Índice de Abuso de Pareja (IAP) reflejaron una disminución sostenida en los niveles de violencia física y no física, rompiendo dinámicas de control y maltrato. Este hallazgo coincide con los estudios de Karakurt et al. (2022), quienes observaron que la TCC grupal puede reducir la exposición a situaciones de violencia, y con Vaca-Ferrer et al. (2021) y Montañez (2014), quienes destacan que el trabajo en grupo facilita la identificación de patrones abusivos y genera la construcción de redes de apoyo entre mujeres que han vivido experiencias similares. La disminución en la percepción de violencia sugiere una ruptura o debilitamiento en las dinámicas de control y agresión por parte de la pareja o expareja,

y puede atribuirse, al menos en parte, a la toma de conciencia, empoderamiento emocional y fortalecimiento de habilidades adquiridas a lo largo del proceso terapéutico.

Análisis de datos

Los resultados obtenidos a través del análisis de datos preevaluación y postevaluación, sugieren que la intervención de TCC en formato grupal constituye una estrategia efectiva para abordar la compleja problemática de la VP y sus secuelas emocionales. Si bien los análisis estadísticos no arrojaron resultados significativos en términos convencionales, el tamaño del efecto observado indica cambios clínicamente relevantes en los síntomas evaluados. Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas que han documentado la eficacia de la TCC en este contexto (Karakurt et al., 2022; Matud et al., 2016; Montañez, 2014). La reducción de los puntajes de la sintomatología depresiva y ansiosa, junto con el aumento en los niveles de autoestima, no solo refleja un alivio sintomático, sino también una reestructuración positiva en la autopercepción y en la capacidad de afrontamiento frente a la violencia experimentada durante el maltrato. Asimismo, la disminución observada en los niveles de violencia física y no física tras la intervención sugiere que este tipo de tratamiento podría tener un impacto más allá del ámbito psicológico, influyendo en la dinámica de la relación abusiva y favoreciendo contextos más seguros para las mujeres participantes (Karakurt et al., 2022).

Seguimiento exploratorio a los tres meses

Desde la perspectiva del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987), los resultados pueden interpretarse considerando la interacción de distintos niveles de influencia. El microsistema, representado por la dinámica familiar y la convivencia con el agresor, aparece como un factor decisivo en la permanencia o reaparición de la violencia. Al mismo tiempo, elementos del exosistema y macrosistema, como la situación socioeconómica o las normas

culturales sobre género, influyen en la capacidad de las participantes para sostener los cambios alcanzados durante la intervención. Esto explica por qué, aunque se observaron mejoras inmediatas al finalizar la terapia, una participante presentó retroceso en el seguimiento.

Por otra parte, los resultados se comprenden con el ciclo de la violencia descrito por Walker (2009). La participante que reportó haber retomado la relación con su agresor experimentó nuevamente episodios de violencia, lo que refleja la etapa de “reconciliación” seguida de una nueva escalada de maltrato. Este hallazgo confirma que, incluso cuando se logran reducciones en violencia y síntomas psicológicos tras la intervención, la dinámica cíclica de la violencia puede perpetuarse, especialmente en ausencia de redes de apoyo sólidas o recursos externos que favorezcan la ruptura definitiva. Asimismo, a través de la explicación de la rueda del poder y control (Pence & Paymar, 1993) permite comprender cómo, más allá de la violencia física, persisten formas de coerción psicológica, económica y emocional que dificultan la consolidación de los logros alcanzados en la terapia. La violencia no física mostró fluctuaciones en el seguimiento, lo cual indica que estas estrategias de control del agresor tienden a permanecer incluso cuando los episodios de violencia física disminuyen. De igual forma, la teoría de la persuasión coercitiva (Escudero et al., 2005) aporta elementos para interpretar la vulnerabilidad al regresar con su agresor. Este marco teórico señala que los procesos de control psicológico, aislamiento social y manipulación emocional pueden debilitar la autonomía de las víctimas y propiciar la repetición del vínculo violento. Esto se observa en el caso de la participante que, pese a las mejoras iniciales, terminó enfrentando un recrudecimiento de la violencia y debió interponer una nueva denuncia.

Finalmente, los hallazgos de este estudio se alinean con investigaciones previas. Por ejemplo, Matud (2004) encontró que las mujeres en proceso de separación del agresor o que han

sufrido maltrato recientemente presentan mayor afectación psicológica que aquellas que lograron separarse y rehacer su vida. Dichos hallazgos se reflejan en el presente estudio, particularmente en el caso de la participante que retomó la relación con su expareja, quien experimentó un incremento en la violencia y en los síntomas emocionales, confirmando la importancia de procesos de acompañamiento continuo que reduzcan el riesgo de recaídas. De manera similar, Montañez (2014) confirma la utilidad del enfoque cognitivo-conductual para reducir la violencia y mejorar indicadores emocionales a corto plazo, pero también señala la necesidad de diseñar programas de seguimiento estructurado que fortalezcan los cambios obtenidos y prevengan recaídas.

Encuesta de satisfacción: Percepción de las participantes

Como parte complementaria al análisis cuantitativo, se aplicó una encuesta de satisfacción compuesta únicamente por preguntas abiertas, con el objetivo de captar, de manera libre y detallada, las experiencias, percepciones y sugerencias de las participantes respecto al programa. Este formato permitió profundizar en aspectos como las emociones al final de cada sesión, los elementos terapéuticos que consideraron más valiosos, las áreas susceptibles de mejora y los cambios personales vividos, enriqueciendo la interpretación de la eficacia y pertinencia de la TCC grupal. Es importante señalar que, aunque algunas encuestas se realizaron al finalizar las sesiones —y representan un recurso valioso para nutrir y enriquecer el trabajo—, no constituyen un análisis cualitativo en sentido estricto. Un análisis cualitativo formal implica un proceso sistemático y profundo, que recurre a técnicas específicas como entrevistas en profundidad, grupos focales, codificación y categorización de información, lo que permite explorar a fondo las experiencias, significados y percepciones de las participantes. En este caso, el formato de encuesta abierta facilitó la recolección de impresiones espontáneas y detalladas

sobre vivencias, emociones y sugerencias en torno al programa, complementando la interpretación sobre la eficacia y pertinencia de la intervención grupal, aunque sin alcanzar la rigurosidad metodológica del análisis cualitativo formal.

Es en este contexto donde adquiere relevancia la diversidad de emociones que las participantes experimentaron a lo largo de las sesiones, transitando del dolor profundo al fortalecimiento progresivo de su ánimo. Al cierre de cada encuentro, algunas mujeres relataban sentirse tristes o agotadas al recordar experiencias de hasta doce años de maltrato —“finalicé triste recordando todo lo que viví con un corazón roto y tres vidas destruidas”—, mientras que otras destacaban una sensación de alivio y renovada esperanza: “cada sesión finalizada es una nueva esperanza para el cambio a una vida mejor”. Esta dualidad emocional revela el valor terapéutico del espacio grupal para poner en palabras el sufrimiento, al tiempo que sienta las bases para una reactivación emocional: “cada sesión me siento motivada fuerte” o “me siento más tranquila y con ganas de salir adelante”, expresiones que ilustran cómo, paulatinamente, afloran recursos internos de resiliencia y confianza en el futuro.

En este mismo sentido, uno de los hallazgos más consistentes fue el alto aprecio por los momentos de expresión compartida y escucha mutua a través de la construcción de redes sociales tras la convivencia de la terapia grupal. Frases como “cuando contamos lo que pasamos y nuestras compañeras nos apoyan” y “escuchar a mi compañera hablar, como damos opiniones, diferentes podemos aportar algo” señalan que el simple acto de desahogarse en un entorno respetuoso y empático constituye el componente central del cambio. De igual modo, las herramientas prácticas —especialmente el autorregistro (RC y ABCD) y la carta personal— se valoraron por facilitar la externalización de pensamientos y la toma de conciencia de los avances: “cuando llenamos el autorregistro y al comienzo de la sesión podemos platicar de lo que pasó en

la semana” o “la carta que realicé para mí me permitió entenderme desde otro punto”. Aunque la mayoría indicó que “no cambiaría nada” del formato actual, algunas solicitudes menores — como disponer de más tiempo para profundizar o iniciar sistemáticamente con ejercicios de respiración— apuntan a rutas de mejoramiento que podrían reforzar aún más la dinámica.

Finalmente, las respuestas reflejan transformaciones tangibles en la vida y la autopercepción de las mujeres. Se repite con fuerza la idea de “más seguridad, mejor autoestima, menos miedo y mayor amor hacia mí misma”, así como “ya no tengo miedo, ya puedo hablar por teléfono con el papá de mis hijos” o “ya no me afecta lo que me hagan y he salido adelante con todo lo que me pasó”. Estas declaraciones de índole cualitativo armonizan con la supresión de síntomas depresivos y ansiosos y el fortalecimiento de la autoestima documentados en las mediciones cuantitativas, confirmando que la combinación de técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, activación conductual, respiración y mindfulness, junto con el apoyo mutuo, opera de manera coordinada para promover el alivio del malestar emocional y el fortalecimiento personal. Lo cual se alinea con la construcción de una autoestima saludable y la confianza personal señaladas por Mckay (2016) y observadas en estudios previos de Matud et al. (2016) y Montañez (2014). Este consenso entre vivencias y datos respalda la pertinencia de la TCC grupal como modelo de intervención integral para mujeres víctimas de VP.

Limitaciones y recomendaciones

Durante la implementación de la intervención cognitivo-conductual se presentaron diversas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados y que al mismo tiempo orientan futuras investigaciones. Una de las principales dificultades fue la ausencia de grupo de control, lo cual restringe la posibilidad de atribuir los cambios observados exclusivamente a la intervención. Esta situación se debió tanto a la complejidad de reunir un número suficiente de

mujeres con características semejantes como a consideraciones éticas, dado que privar de atención psicológica a mujeres en situación de violencia habría implicado un riesgo emocional injustificable. En este sentido, para futuras investigaciones se recomienda la inclusión de un grupo control mediante la estrategia de atención diferida, es decir, que el grupo experimental reciba la intervención de inmediato y el grupo control posteriormente, garantizando así que todas las participantes accedan al tratamiento, aunque en tiempos distintos.

El reducido número de participantes constituyó otra limitación importante, ya que disminuyó la potencia estadística y restringió la posibilidad de generalizar los resultados. A ello se sumó la deserción de algunas mujeres por motivos personales, dificultades de identificación con el grupo o incompatibilidad de horarios laborales y familiares, lo cual afectó la continuidad del tratamiento y redujo la consistencia de la intervención. Para investigaciones posteriores, se sugiere ampliar el tamaño de la muestra e implementar estrategias de seguimiento individual cercano en las primeras sesiones con el fin de reforzar la motivación y prevenir abandonos.

En cuanto al procedimiento, se presentaron interrupciones logísticas ocasionadas por suspensiones de actividades debido a asuetos institucionales o capacitaciones del personal, lo que alteró la regularidad del programa y pudo incidir en la motivación de las asistentes. Asimismo, respecto a la práctica de mindfulness, se observó que cuando los ejercicios superaban los quince minutos algunas participantes manifestaban incomodidad física y emocional, reflejada en inquietud, rascado de brazos o dificultades para mantener la concentración. Ante esta experiencia, se recomienda en futuras intervenciones establecer, en coordinación con la institución, un calendario formal de sesiones que minimice interrupciones y aplicar prácticas breves de mindfulness, incrementando progresivamente su duración conforme aumente la aceptación y tolerancia de las participantes.

Otra limitación se relaciona con el proceso de evaluación. Si bien los instrumentos aplicados cuentan con validez y confiabilidad reconocidas, es posible que los resultados hayan estado influidos por factores externos propios del contexto. Entre ellos destaca la deseabilidad social, entendida como la tendencia de las personas a ofrecer respuestas que consideran más aceptables o esperadas socialmente. Este sesgo pudo manifestarse particularmente en las encuestas de satisfacción y en las mediciones posteriores a la intervención, ya que algunas participantes pudieron responder de manera más favorable con el fin de corresponder al apoyo recibido o de mostrar avances esperados por el equipo terapéutico. Este fenómeno, frecuente en poblaciones vulnerables y en contextos de alta carga emocional como la VP, debe ser considerado al interpretar los resultados. Para contrarrestar este efecto, se sugiere que futuras investigaciones incluyan escalas específicas que permitan identificar la presencia de deseabilidad social, así como fortalecer la triangulación metodológica mediante la combinación de cuestionarios estandarizados, entrevistas en profundidad y observaciones clínicas.

El estudio también se vio limitado por la falta de un seguimiento prolongado, ya que únicamente se realizó una evaluación exploratoria a tres meses. Esto restringe la posibilidad de valorar la permanencia de los cambios a mediano y largo plazo. Además, la variabilidad en la situación de pareja de las participantes influyó en la permanencia de los logros terapéuticos, como se evidenció en el caso de una mujer que retomó la convivencia con su agresor y presentó una recaída, lo que confirma la importancia de considerar este factor en el análisis de la efectividad de las intervenciones. En consecuencia, se recomienda que futuras investigaciones incluyan seguimientos longitudinales de seis meses y un año, además de considerar la situación relacional como una variable fundamental.

De igual manera, en el caso de futuras intervenciones con un mayor número de participantes, sería pertinente contar con personal de apoyo adicional, como coterapeutas o asistentes de investigación, cuya función sea registrar de manera sistemática aspectos emocionales y conductuales que podrían pasar inadvertidos para el terapeuta principal, al estar concentrado en la conducción de la sesión. Esto permitiría enriquecer el análisis cualitativo y aportar mayor objetividad en la interpretación de los procesos internos de las participantes. Asimismo, se recomienda complementar el análisis cuantitativo con entrevistas en profundidad o grupos focales, que permitan comprender con mayor detalle la experiencia subjetiva y los cambios percibidos. Finalmente, se sugiere que futuras investigaciones incorporen variables adicionales como la dependencia emocional, la resiliencia, el apoyo social percibido y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), con el fin de ampliar la comprensión del impacto de la intervención y orientar futuras adaptaciones del programa hacia un abordaje más integral y sostenible.

Conclusión

En conclusión, la intervención implementada mostró un impacto clínicamente relevante en la reducción de violencia física y psicológica, así como en la disminución de síntomas de depresión y ansiedad y en el fortalecimiento de la autoestima. Estos resultados coinciden con lo documentado en estudios recientes (Karakurt et al., 2022; Aburto, 2021; García, 2022; Vaca-Ferrer et al., 2021; Matud, 2016; Montañez, 2014), confirmando la eficacia de la TCC como estrategia de intervención en mujeres víctimas de VP. Sin embargo, el seguimiento exploratorio a tres meses evidenció que, si bien algunas participantes mantuvieron los logros alcanzados, una de ellas experimentó una recaída al reanudar la convivencia con su agresor, lo que subraya la importancia de incorporar programas de acompañamiento continuo o prolongado. Asimismo, el

análisis sociodemográfico y de la historia de violencia de las participantes confirma la influencia de factores estructurales —dependencia económica, bajo nivel educativo, violencia previa en distintas etapas del ciclo vital—, lo que se explica desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987) y el ciclo de la violencia de Walker (2009). Finalmente, la percepción positiva expresada por las participantes en las encuestas de satisfacción refleja que la intervención grupal no solo proporcionó alivio sintomático, sino que también promovió redes de apoyo. Se recomienda que futuras investigaciones incluyan muestras más amplias, grupos control, análisis cualitativo y seguimientos prolongados, además de evaluar variables adicionales como dependencia emocional, TEPT y resiliencia, a fin de consolidar evidencia más robusta sobre la eficacia y sostenibilidad de este tipo de programas.

Referencias

- Aburto Torres, A. D. (2021). *Revisión Sistemática: Programas cognitivos conductuales en mujeres víctimas de violencia de pareja*.
- Aguilar Maita, A. P., Sánchez Salinas, M. V., Medina Muñoz, R. P., & Torres Pozo, M. P. (2022). Ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Reciamuc*, 6(2). [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(2\).mayo.2022.199-207](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.199-207)
- Aiquipa Tello, J. J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*, 33(2), 2015.
- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos. Revisión de texto*, 5ª ed. Editorial Médica Panamericana
- American Psychiatric Association. (2024). *¿Qué es la violencia de pareja?*
<https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/violencia-de-pareja/que-es-violencia-de-pareja>
- American Psychological Association. (2017). What is cognitive behavioral therapy?
<https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*.
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/249759/DeclarasobreElimViolcontraMujer.pdf>
- Bados López, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Universidad de Barcelona.
- Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión* (19ª ed.). Desclee de Brouwer.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Ediciones Paidós Ibérica.

Cámara de Diputados del Heroico Congreso de la Unión (2023). *Ley general de acceso las mujeres a una vida libre de violencia*.

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

Caro Gabalda, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas, modelos y técnicas principales*. Desclee de brouwer.

Clark, D.A., & Beck, A.T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: ciencia y práctica*. Desclée De Brouwer.

Echeburúa, E., & Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino?: La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Pirámide.

Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., & Sauca, D. (1994). Entrevista Semiestructurada sobre maltrato doméstico. E. Echeburúa & P. Corral (1998). *Manual de violencia familiar*, 28-31.

Ellis, A. E., & Grieger, R. M. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva volumen 2*. Desclée de Brouwer.

Fabián Arias, E., Vilcas Baldeon, L. M., & Alberto Bueno, Y. L. (2020). Factores de riesgo que influyen en la violencia contra la mujer de parte del cónyuge en la sierra central del Perú. *Revista espacios*, 798, 1015.

Fariña, F., Arce, R., & Buela-Casal, G. (2013). *Violencia de género: tratado psicológico y legal*. Biblioteca nueva.

Félix-Montes, L. C., Gavilán-Centeno, R., & Ríos-Cataño, C. (2020). Tratamiento psicológico en mujeres víctimas de violencia conyugal. *Persona*, 2023(2), 41-55.

<https://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/article/view/4829>

- Galindo-Domínguez, H. (2020). *Estadística para no estadísticos: una guía básica sobre la metodología cuantitativa de trabajos académicos*. 3ciencias.
- García, P. G. (2022). Eficacia de intervenciones psicológicas en víctimas de violencia de pareja: una revisión sistemática en España. *Universitas*.
- Ghafari Shahir, M., Asadpour, E., & Zaharakar, K. (2022). Comparison of the Effect of Cognitive Behavioral Therapy and Emotion Focused Therapy on psychological well-being in Married Female Victims of Domestic Violence. *Razavi International Journal of Medicine*, 10(2), 36-44.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- González Jimarez, A. I., Rivera Aragón, S., Velasco Matus, P. W., Méndez Rangel, F., & Jaen Cortes, C.I (2021). Escala de autoestima de Rosenberg: Revisión de sus propiedades psicométricas y estructura en adultos mexicanos. *Psicología social mexicana*, 559-574.
- González, D. A., Reséndiz Rodríguez, A., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud mental*, 38(4), 237-244.
- González, J. G., García, F. G. S., Vega, H. R., Loyo, L. M. S., & de los Santos, S. R. (2023). Tamaño del efecto para distribuciones no paramétricas: concordancia entre medidas para la robustez de análisis en ciencias de la conducta. *Metodología, Instrumentación, Lógica, Estadística, Evidencias Y Epistemología En Salud*, 1(14), 43-54.
- González, R. (2024, 29 de marzo). "Ser mujer en Ciudad Juárez es un verdadero viacrucis": Red Mesa. *Heraldo de Juárez*. <https://www.elheraldodejuarez.com.mx/local/juarez/ser-mujer-en-ciudad-juarez-es-un-verdadero-viacrucis-red-mesa-11670553.html#!>

Güell, M. & Muñoz, J. (2000). *Desconóctete a ti mismo. Programa de alfabetización emocional*.

Paidós.

Hendel, L. (2017). *Violencias de Genero: las mentiras del patriarcado*. Paidos.

Hernández Hernández, V. A., Marrufo, R. M., Esparza Del Villar, O. A., & Ramírez Robles, A.

J. (2022). Validación de las escalas de Beck (ansiedad y depresión) en población fronteriza (norte de México) durante la pandemia por COVID-19. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 3(5), 155-168.

Hernández Pita, I. (2015). *Violencia de género: una mirada desde la sociología*. Científico-

Técnica.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C.P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.

Hirigoyen, M.F. (2006). *Mujeres maltratadas: Los mecanismos de la violencia en la pareja*.

Paidos.

Horno Goicoechea, P (2009). *Amor y violencia*. Editorial Desclee de Brouwer, SA.

Instituto Municipal de Investigación y planeación, 2023, *Radiografía socioeconómica del municipio de Juárez 2023, así comenzó 2024*.

https://www.imip.org.mx/imip/files/publicaciones/Radiografia_2024_Vele.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021a). *Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH)*. INEGI.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endireh/Endireh2021_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021b). *Violencia contra las mujeres en México: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)*.

INEGI.

Instituto Nacional de Mujeres, (2014). *Estadísticas de violencia contra las mujeres en México*.

<http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/convenciones/Nota.pdf>

Jackson, N. A. (2007). *Encyclopedia of domestic violence*. Routledge.

Jordan, C. E., Nietzel, M. T., Walker, R., & Logan, T. K. (2004). *Intimate partner violence: A clinical training guide for mental health professionals*. Springer Publishing Company.

Jurado Cárdenas, D., Jurado Cárdenas, S., López Villagrán, K., & Querevalú Guzmán, B. (2015).

Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 5(1), 18-22.

Kalbermatter, M. C. (2016). *Violencia: caras y caretas*. Encuentro Grupo Editor.

Karakurt, G., Koç, E., Katta, P., Jones, N., & Bolen, S. D. (2022). Treatments for female victims of intimate partner violence: Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 13, 793021.

Kharkiv, M. (2017). Programa de intervención grupal en víctimas de violencia de género [Tesis grado psicología]. *Universitas*.

<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/6374/1/KHARKIV%2C%20MARIYA.pdf>

Lagarde, M. (2006). *Mujeres, globalización y derechos humanos*. Epublibre.

Lara-Caba, E. Z. (2019). Autoestima en las mujeres víctimas de violencia por la pareja íntima.

AULA Revista de Humanidades y Ciencias Sociales, 65(2).

<https://doi.org/10.33413/aulahcs.2019.65i2.116>

- Lundberg-Love, P. K., & Marmion, S. (2006). *Intimate violence against women: When spouses, partners, or lovers attack*. Bloomsbury Publishing.
- Martínez-Villa, R.I., Esparza-Del Villar, O.A., & Montañez-Alvarado, P. (2025). Validación del Índice de Abuso de Pareja (IAP) en mujeres mexicanas.
- Maslow, A.H (1991). *Motivación y personalidad*. Ediciones Díaz de Santos.
- Matud Aznar, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397–401. <https://www.psicothema.com/pdf/3009.pdf>
- Matud Aznar, M.P., Gutiérrez, A.B., & Padilla, V. (2004) Intervención Psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del Psicólogo*, 25(88).
<https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1155>
- Matud, M. P., Padilla, V., Medina, L., & Fortes, D. (2016). Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. *Terapia psicológica*, 34(3), 199-208.
- McKay, M., & Fanning, P. (2016). *Self-esteem: A proven program of cognitive techniques for assessing, improving, and maintaining your self-esteem*. New Harbinger Publications.
- Medina-Núñez, I. & Medina-Villegas, A. (2019). Violencias contra las mujeres en las relaciones de pareja en México. *Intersticios Sociales*.
<http://www.intersticiosociales.com/index.php/is/article/view/261/pdf>
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Ediciones Martínez Roca.
- Méndez Sánchez, M. D. P., Barragán Rangel, A., Peñaloza Gómez, R., & García Méndez, M. (2022). Severidad de la violencia de pareja y reacciones emocionales en mujeres. *Psicumex*, 12.
- Méndez-Lois, M.J., Barreiro Fernández, F., & Villar Varela, M. (2018). Los centros coeducativos ante la violencia de género en las redes sociales. En T. Donoso-Vázquez, &

- A. Rebollo-Catalán (Coords.), *Violencias de genero em entornos virtuales* (p.150). Octaedro.
- Montañez Alvarado, P. (2014). *Evaluación de un tratamiento psicológico para el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica en Ciudad Juárez*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Montero, I., & León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *International journal of clinical and health psychology*, 2(3), 503-508.
- Mora Ríos, J., Natera Rey, G., Tiburcio Sáinz, M., & Juárez, F. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS2) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 107-117.
- Mufson, L., Bufka, L., & Wright, V. (2017, 3 de mayo). Superando la depresión: cómo los psicólogos ayudan con los trastornos depresivos. *American Psychiatric Association*. <https://www.apa.org/topics/depression/trastornos-depresivos>
- Murueta Reyes, M.E. & Orozco Guzmán, M. (2015). *Psicología de la violencia: causas, prevención y afrontamiento* (2ª ed). El manual moderno.
- Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
- Naciones Unidas. (2020) *Respuesta a la COVID-19* <https://www.un.org/es/coronavirus/what-is-domestic-abuse>
- Navarro Góngora, J. (2014). *Violencias en las relaciones íntimas: una perspectiva clínica*. Herder.

- Nezu, A. M., Nezu, C., & D'Zurilla, T. (2014). *Terapia de solución de problemas. Manual de tratamiento*. Desclée de Brouwer.
- Núñez, M.A. (2016). *129 conceptos básicos sobre violencia doméstica*. Fortaleza
- Olivares Rodríguez, J., Macia Antón, D., Alcázar, A. I. R., & Olivares-Olivares, P. J. (2014). *Intervención psicológica. Estrategias, técnicas y tratamientos*. Pirámide.
- Orava, T. A., McLeod, P. J. y Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive symptomatology, and self-esteem in women in transition from abusive relationships. *Journal of Family Violence, 11*, 167-186.
- Organización de las Naciones Unidas, Mujeres. (2020). *Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas*. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *La violencia contra la mujer es omnipresente y devastadora: la sufren una de cada tres mujeres*. <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women#:~:text=A%20nivel%20mundial%2C%20hasta%20el,al%20respecto%20son%20m%C3%A1s%20limitados>.
- Organización Panamericana de la Salud (2024, 18 de febrero). *Depresión*. <https://www.paho.org/es/temas/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. violencia infligida por la pareja*. OMS. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98816/WHO_RHR_12.36_spa.pdf?sequence=

1

- Padrós Blázquez, F., Montoya Pérez, K. S., Bravo Calderón, M. A., & Martínez Medina, M. P. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*, 26, 181-187. <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-pdf-S113479372030035X>
- Pence, E., & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth model*. Springer Publishing Company.
- Peñacoba, M. J. (2011). Violencia y trastornos de personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Violencia_y_trastornos_de_personalidad.pdf
- Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Aguir, V., Jiménez-Martín, J. M., & Hernández-Torres, E. (2009). Validation of the Spanish Version of the Index of Spouse Abuse. *Journal of Women's Health*, 18(4), 499–506. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0944>
- Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E., & Páez-Rovira, D. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de metaanálisis y estudios recientes. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 32(1), 295-306.
- Rice, F.P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Prentice Hall.
- Riso, W. (2012). *Enamórate de ti: el valor imprescindible de la autoestima*. Editorial Océano de México.
- Robledo-Velázquez, L. E., Sánchez-Sosa, J. J., & Salazar-Estrada, J. G. (2024). Predictores psicológicos de síntomas de ansiedad y depresión: El papel de la autoestima y la satisfacción con la vida. *Revista Electrónica de Psicología*, 14(27), 1–17.

- [https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/2022/Publicaciones/revistas/Rev_Elec_Psico/Vol_14_No_27/REP14\(27\)-art1.pdf](https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/2022/Publicaciones/revistas/Rev_Elec_Psico/Vol_14_No_27/REP14(27)-art1.pdf)
- Romero Pérez, S. (2016). *La violencia contra la mujer en el contexto de pareja: vista desde el trabajo social chileno*. Ediciones Universidad Tecnológica Metropolitana.
- Romero Sabater, I., Álvarez López, R., Czalbowski, S., Soria López, T. N., & Villota Alonso, M. (2015). *Guía de Intervención en casos de Violencia de Género. Una mirada para ver*. Síntesis.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princenton University Press.
- Ruiz Fernández, M.A., Díaz García, M.I., & Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Sanmartín, J. (2004). *La violencia y sus claves*. Grupo Planeta.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Houghton, Mifflin, and Company.
- Siegel, S., & Castellan, N. J. (1998). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. Trillas.
- Suinn, R. M. (1990). *Anxiety management training: A behavior therapy*. Springer Science & Business Media.
- Triola, M. F., & Iossi, L. (2018). *Elementary statistics*. Pearson.
- Vaca-Ferrer, R., Ferro-García, R., & Valero-Aguayo, L. (2021). Una revisión de los programas de intervención grupal con víctimas de violencia de género. *Apuntes de Psicología*, 39(3), 111-124.
- Vallejo, M. A. (1998). *Manual de terapia de conducta*. Dykinson.

Vélez García, P. A., Cubides Vargas, L. A., Rodríguez Reina, Y. C., & Penagos Silva, J. N.

(2023). *Eficacia de las intervenciones en mujeres víctimas de violencia de pareja heterosexual con TEPT: Revisión sistematizada.*

<https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/f16dcba3-3aae-47bb-9d58-8ff49dc4ddb2/content>

Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo.* Paidós.

Walker, L. E. (2009). *The battered woman syndrome.* Springer publishing company.

Williams, M., & Penman, D. (2013). *Mindfulness: guía práctica para encontrar la paz en un mundo frenético.* Paidós.

Zabat-Zinn, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana: donde quiera que vayas, ahí estas.* Paidós.

Zayfert, C., & Becker, C. B. (2008). *Terapia cognitivo-conductual: para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático.* Manuel Moderno.

Apéndice A: entrevista**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA VÍCTIMAS DE MALTRATO DOMÉSTICO****Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca (1994)**

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

FECHA: _____

CLAVE DE : _____

EVALUADOR: _____

1. EDAD

- Actual: _____ Al iniciar la relación: _____

- Al iniciar la convivencia: _____

2. ESTADO CIVIL- Soltera - Conviviente con pareja estable - Casada - Separada - Divorciada - Viuda - En trámites de separación **3. N° DE HIJOS:** _____**4. N° DE HERMANOS:** _____**5. ¿CON QUIÉN VIVE ACTUALMENTE?**

6. NIVEL DE ESTUDIOS- Lee y escribe - Primaria - Secundaria - Bachillerato concluido - Universitarios

- Otros: _____

7. PROFESIÓN Y OCUPACIÓN

8. LUGAR Y TIPO DE TRABAJO ACTUAL

9. NIVEL SOCIOECONÓMICO

10. TIPO DE ABUSO EXPERIMENTADO

Físico/Psicológico/Sexual/ Económico

- El primer incidente:

- Un incidente típico:

- El incidente más grave:

- Frecuencia de abuso en el último año:

- El último incidente:

¿Ha experimentado abuso durante el noviazgo?

Sí No

¿Ha experimentado abuso durante el embarazo?

Sí No

11. ACTOS COMETIDOS EN EL ABUSO

Personales (marque y describa):

- Insultos y amenazas

- Humillación y desvalorización

- Puñetazos

- Patadas

- Bofetadas

- Mordiscos

- Estrangulamientos

- Empujones

- Fracturas

- Agresiones sexuales

- Retención en el hogar

- Penurias económicas

- Otros: _____

Contra los bienes:

- Romper objetos de la casa
- Tirar objetos por la ventana

12. MEDIO COACTIVO EMPLEADO

- Arma blanca
- Arma de fuego
- Objeto contundente
- Lanzamiento de objetos
- Otros: _____

13. ¿EN ALGUNA OCASIÓN HA SENTIDO QUE SU VIDA ESTABA EN PELIGRO?

En caso afirmativo, ¿cuándo?

14. DENUNCIAS

- N° de denuncias: _____
- Por iniciativa de: _____
- N° de denuncias retiradas: _____
- N° de denuncias en curso: _____

15. SALIDAS DEL HOGAR

- N° de veces: _____
- Lugares donde han acudido: _____
- Tiempo de estancia: _____

16. ASISTENCIA MÉDICA POR LESIONES

- N° de veces: _____
- Tipo de asistencia: _____
- Adquisición de certificados médicos: Sí No

17. ¿HA CONTADO EL ABUSO A ALGUIEN?

En caso afirmativo, ¿cuándo?

18. ¿HA SUFRIDO ANTERIORMENTE ALGÚN OTRO TIPO DE DELITO?

- En la edad adulta: Sí No

- En la infancia: Sí No

19. ¿HA HABIDO EXPERIENCIAS DE MALTRATO EN SU FAMILIA DE ORIGEN?

Sí No

20. ¿HA RECIBIDO ALGÚN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO ANTERIORMENTE POR LA EXPERIENCIA DE ABUSO?

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? ¿Cuándo lo abandonó?

21. ¿HA TENIDO ALGÚN TIPO DE TRASTORNO PSICOLÓGICO ANTERIORMENTE?

En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

22. ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO?

En caso afirmativo, ¿cuál?

23. ¿HA HABIDO EN SU FAMILIA ALGÚN TIPO DE TRASTORNO PSICOLÓGICO?

En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

24. ¿MANTIENE RELACIONES SEXUALES ACTUALMENTE?

Sí No

25. ¿TIENE PROBLEMAS DE SALUD IMPORTANTES?

Sí No

26. ¿HA TENIDO O TIENE PROBLEMAS DE ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL?

Sí No

27. ¿HA TENIDO ALGÚN INTENTO O PENSAMIENTO PERSISTENTE DE SUICIDIO?

Sí No

Apéndice B: IAP

Índice de Abuso de Pareja (IAP)

Fecha de aplicación: _____ Nombre: _____

Este cuestionario tiene como objetivo determinar si usted ha sufrido maltrato en su relación de pareja durante el último año y con qué frecuencia ha ocurrido. No se trata de un examen, por lo tanto, no existen respuestas correctas o incorrectas. Responda a cada pregunta de manera atenta y precisa, marcando con una cruz la opción que mejor refleje su situación.

Pregunta	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1. Mi pareja me hace sentir inferior (por ejemplo, me dice que no valgo para nada).	1	2	3	4	5
2. Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos.	1	2	3	4	5
3. Mi pareja me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto.	1	2	3	4	5
4. A mi pareja le molesta mucho que la cena y las tareas de la casa no estén hechas.	1	2	3	4	5
5. Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas.	1	2	3	4	5
6. Mi pareja me da puñetazos.	1	2	3	4	5
7. Mi pareja me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma sin él.	1	2	3	4	5
8. Mi pareja actúa como si yo fuera su criada personal.	1	2	3	4	5
9. Mi pareja me insulta o me avergüenza delante de los demás.	1	2	3	4	5
10. Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él.	1	2	3	4	5
11. Mi pareja me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo, un cuchillo).	1	2	3	4	5
12. Mi pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa.	1	2	3	4	5
13. Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado.	1	2	3	4	5
14. Mi pareja no me valora intelectualmente (por ejemplo, me dice que no sé nada, que soy tonta).	1	2	3	4	5
15. Mi pareja exige que me quede en casa cuidando de los niños.	1	2	3	4	5
16. Mi pareja me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica.	1	2	3	4	5
17. Mi pareja cree que no debería trabajar o estudiar.	1	2	3	4	5
18. Mi pareja no es una persona amable.	1	2	3	4	5
19. Mi pareja no quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas.	1	2	3	4	5
20. Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no.	1	2	3	4	5
21. Mi pareja me insulta y me grita por cualquier motivo.	1	2	3	4	5
22. Mi pareja me da bofetadas en la cara y la cabeza.	1	2	3	4	5
23. Mi pareja es un mandón y me da órdenes constantemente.	1	2	3	4	5
24. Mi pareja no respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones.	1	2	3	4	5
25. Mi pareja me asusta y me da miedo.	1	2	3	4	5
26. Mi pareja me trata como si fuera idiota.	1	2	3	4	5

Apéndice C: BDI

Inventario de depresión de Beck

Fecha de aplicación: _____

Clave de participante: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, 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 y el ítem 18.

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.

Pesimismo

- 0 - No estoy desalentado con respecto a 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

Fracaso

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

Pérdida de placer

- 0 - Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que
- 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

Sentimientos de culpa

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

Sentimientos de castigo

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

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.

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 gusto a mí mismo.

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.

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.

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.

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.

Agitación

- 0 - No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 - Me siento más inquieto o tenso de 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.

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.

Indecisión

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

Desvalorización

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

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.

Cambios en los hábitos de sueño

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

Cambios de apetito

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

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.

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
- 3 - Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

Puntaje total: _____

Apéndice D: BAI

Inventario de Ansiedad de Beck

Fecha de aplicación: _____ Clave de participante: _____

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de síntomas en donde tienes que seleccionar la **frecuencia** en la que has experimentado cada uno. Marca con una X el número que corresponda, si seleccionas el número uno, quiere decir que NUNCA te ha sucedido. Mientras que si seleccionas el número 4, quiere decir que te ha sucedido SEVERAMENTE.

Síntoma	Nunca	Ligeramente	Moderadamente	Severamente
1.- Torpe o entumecido	0	1	2	3
2.- Acalorado	0	1	2	3
3.- Con temblor en las piernas	0	1	2	3
4.- Incapaz de relajarme	0	1	2	3
5.- Con temor a que ocurra lo peor	0	1	2	3
6.- Mareado, o que se me va la cabeza	0	1	2	3
7.- Con latidos del corazón fuertes y acelerados	0	1	2	3
8.- Inestable	0	1	2	3
9.- Atemorizado o asustado	0	1	2	3
10.- Nervioso	0	1	2	3
11.- Con sensación de bloqueo (no poder pensar o concentrarme)	0	1	2	3
12.- Con temblores en las manos	0	1	2	3
13.- Inquieto, inseguro	0	1	2	3
14.- Con miedo a perder el control	0	1	2	3
15.- Con sensación de ahogo (no poder respirar)	0	1	2	3
16.- Con temor a morir	0	1	2	3
17.- Con miedo	0	1	2	3
18.- Con problemas digestivos	0	1	2	3
19.- Con desvanecimientos (sensación de desmayo)	0	1	2	3
20.- Con rubor facial (ponerme "rojo" de las mejillas)	0	1	2	3
21.- Con sudores, fríos o calientes	0	1	2	3

Puntaje total: _____

Apéndice E: EAR

Escala de autoestima de Rosenberg

Fecha de aplicación: _____

Clave de participante: _____

A fin de que identifique su nivel de autoestima, responda el siguiente instrumento:

Este instrumento tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

1= Muy de acuerdo

2= De acuerdo

3= En desacuerdo

4= Muy en desacuerdo

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás	1	2	3	4
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.	1	2	3	4
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	1	2	3	4
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.	1	2	3	4
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.	1	2	3	4
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.	1	2	3	4
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.	1	2	3	4
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.	1	2	3	4
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	1	2	3	4
10. A veces creo que no soy buena persona.	1	2	3	4

Puntaje total: _____

Apéndice F: consentimiento informado

Carta de consentimiento informado

A través de este consentimiento se manifiesta que:

Se le está invitando a participar en el proyecto de investigación **“Programa de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja”** que tiene como objetivo mejorar su salud mental, centrándose en la reducción de la depresión y la ansiedad, y el fortalecimiento de su autoestima. A través de terapia de grupo, buscamos proporcionar apoyo y herramientas que le ayuden a superar las dificultades emocionales relacionadas con la violencia de pareja.

Su participación en este programa involucra diversas acciones significativas. En primer lugar, se espera que responda a evaluaciones y participe en entrevistas, elementos fundamentales del proceso de intervención e investigación. Estas herramientas nos permitirán medir su progreso y contribuirán a la comprensión global de la efectividad del programa. Se empleará un código único en lugar de su nombre real, asegurando así el anonimato de su participación. Adicionalmente, se le solicitará que asista a sesiones semanales del programa, cada una con una duración de aproximadamente 90 minutos, durante un período total de once semanas. Durante estas sesiones, si se siente cómoda haciéndolo, se le animará a compartir experiencias relacionadas con la violencia de pareja. Esta información será crucial para que se le brinde el mejor apoyo posible. Es fundamental que tenga en cuenta que toda la información que comparta durante el programa será tratada de manera confidencial. Los criterios para formar parte del grupo de intervención incluyen haber sido o estar siendo víctima de violencia por parte de su pareja, ser mayor de edad, acceder a participar en un programa de intervención grupal y firmar el consentimiento informado. Por otro lado, los criterios de exclusión abarcan la discapacidad intelectual, trastornos mentales severos (como esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor con síntomas psicóticos y trastorno límite de la personalidad), ser drogodependiente y estar recibiendo actualmente tratamiento psicológico. Es crucial destacar que su participación en este programa es completamente voluntaria. En cualquier momento, usted tiene el derecho de retirarse sin enfrentar consecuencias negativas. Respetamos su autonomía y estamos aquí para brindarle apoyo en cada paso del proceso.

Los riesgos que se pueden derivar de los procedimientos son mínimos, al hablar sobre sus experiencias de violencia, es posible que experimente emociones difíciles. Sin embargo, se proporcionará apoyo continuo durante este proceso, y en caso de que usted no pueda continuar se han establecido procedimientos para garantizar su bienestar y seguridad, como la canalización a terapia individual

El estudio presenta los siguientes beneficios: participar en este programa puede beneficiarle directa o indirectamente, mejorando su bienestar emocional y proporcionándole herramientas para superar las dificultades. Los resultados del estudio también contribuirán al conocimiento en este campo, y las investigadoras se comprometen a entregar y explicar a usted la información actualizada obtenida del estudio sin que signifique gasto alguno. Su participación no solo puede tener un impacto positivo en su vida, sino que también contribuirá al avance del conocimiento en la temática abordada.

Se me ha explicado que mi participación en este estudio es totalmente voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin que esto tenga repercusión alguna. Me han asegurado que se preservará rigurosamente la confidencialidad y privacidad de mi información en todo momento, se utilizará un código único en lugar de mi nombre real, lo que asegurará el anonimato de mi participación.

Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbalmente.

Con fecha _____ y, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación, acepto participar en el estudio antes mencionado. Para garantizar la confidencialidad de mi participación en este estudio, no firmaré con mi nombre real. En su lugar, utilizaré el siguiente código único asignado, que se utilizará como mi firma en todos los documentos relacionados con este estudio, asegurando mi anonimato.

Código Único Asignado: _____

Investigadora Principal

Responsable del programa

Dra. Priscila Montañez Alvarado

Rosa Imelda Martínez Villa

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Queda entendido que este documento estará disponible para su consulta y deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años (NOM-004-SSA3-2012).

Para preguntas o comentarios comunicarse con la Dra. Priscila Montañez Alvarado investigadora principal del proyecto, al teléfono 656 638 27 55 y al correo electrónico

priscila.montanez@uacj.mx. Además, también puede ponerse en contacto con la responsable del programa, Lic. Rosa Imelda Martínez Villa, al teléfono 656 285 94 01 y al correo al237880@alumnos.uacj.mx.

En caso de sentir vulnerados sus derechos, puede comunicarse con la Dra. Gwendolyne Peraza Mercado y/o Dra. Fany Thelma Solís Rodríguez, Presidente y Secretaria del Comité de Ética en la Investigación de la UACJ, a los correos gperaza@uacj.mx y fany.solis@uacj.mx

Apéndice I: diario de agradecimiento**Diario de agradecimiento**

Código _____

Fecha	Yo agradezco que:

Apéndice K: tríptico violencia de pareja

LA VIOLENCIA EN LA PAREJA INICIA CON MANIFESTACIONES SUTILES COMO:

- Empujar, jalonear o golpear "jugando".
- Celos justificando que son por que "le quiere o ama".
- Palmaditas, cachetadas caricias o pellizcos en forma de broma.
- Dejarle de hablar por no hacer lo que su pareja quería ("ley del hielo").

DAÑOS FÍSICOS QUE PUEDEN LLEGAR A:

- Heridas que requieren sutura.
- Huesos rotos.
- Lesiones que requieren hospitalización.
- Golpes que pueden ocasionar abortos.
- Heridas que producen desfiguraciones.
- Homicidio.

LA AGRESIÓN Y COERCIÓN SEXUAL PUEDE CAUSAR:

- Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Contagio de VIH.
- Miedo a la intimidad.
- Incapacidad de tener respuestas sexuales.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS, QUE PROVOCA LA VIOLENCIA:

- Culpabilidad.
- Baja autoestima.
- Ansiedad.
- Trastornos alimenticios y del sueño.
- Vergüenza y timidez.
- Depresión.

¿QUÉ HACER SI VIVO VIOLENCIA EN MI RELACIÓN DE PAREJA?

- El primer paso es reconocer que usted esta siendo víctima de violencia.
- Denunciar si sufre violencia.



INFORMACION

VIOLENCIA EN LA PAREJA



PAREJA

Forma de relación que implica un acuerdo legal o solo consensual entre dos personas para el intercambio erótico-afectivo.

TIPOS DE PAREJA

Noviazgo- es transitorio porque da lugar a otro tipo de unión o bien puede desembocar en la ruptura.

Pareja formal- es sostenida por un fuerte vínculo tanto sexual como amoroso.

Libre-vínculos eróticos y sexuales abiertos de común acuerdo, en donde no hay regla de fidelidad.

Compañeros Sexuales-Es una aventura relación erótica sexual entre dos personas.

VIOLENCIA

Cualquier acción u omisión que cause daños o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado (familia y pareja) como en el ámbito público (laboral, social, etc).

TIPOS DE VIOLENCIA


VIOLENCIA PSICOLÓGICA- Es todo acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, puede consistir en: abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas las cuales llevan a la víctima a la depresión, ansiedad, aislamiento, baja autoestima e incluso al suicidio.

VIOLENCIA FÍSICA- Es cualquier acto que genere daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas o ambas.

VIOLENCIA PATRIMONIAL-Afecta la supervivencia de la persona, se manifiesta en la sustracción, destrucción o retención de objetos, documentos, bienes, derechos patrimoniales, valores y recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de la víctima.

VIOLENCIA ECONÓMICA- Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima, se da a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de las percepciones monetarias.

VIOLENCIA SEXUAL-Cualquier acto que degrada o daña el cuerpo o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física.



Apéndice M: tríptico distorsiones cognitivas

Distorsiones cognitivas		
<p>13. Pensamiento catastrófico: - Imaginar siempre el peor escenario posible. Creer que cualquier error o problema llevará a una gran desgracia. Ejemplo: "Si no termino este informe a tiempo, me despedirán, y nunca conseguiré otro trabajo".</p> <p>14. Comparación injusta: - Compararse con los demás de manera que se sale perdiendo, lo que refuerza sentimientos de inferioridad o insuficiencia. Ejemplo: "Ella tiene una carrera exitosa y yo no he logrado nada".</p> <p>15. Falacia de control: - Sentir que se tiene control total sobre todo lo que sucede o que no se tiene ningún control en absoluto. Ejemplo: "Si mis hijos no son perfectos, es porque fallé como madre" o "No puedo hacer nada para cambiar mi vida".</p> <p>16. Falacia de justicia: - Creer que las cosas deben ser justas y que si no lo son, es un problema grave. Esto lleva a sentirse frustrado constantemente. Ejemplo: "No es justo que no me hayan promovido, a pesar de mi esfuerzo".</p>	<p>17. Falacia de cambio: - Pensar que si se presiona lo suficiente a los demás, se cambiarán para ajustarse a lo que uno quiere, lo cual genera frustración cuando no ocurre. Ejemplo: "Si mi pareja realmente me quisiera, dejaría de hacer eso que me molesta".</p> <p>18. Falacia del castigo: - Creer que si uno sufre o se sacrifica lo suficiente, será recompensado o compensado de alguna manera. Ejemplo: "Si trabajo muy duro, algún día me valorarán más".</p> <p>19. Autoexigencia excesiva: - Imponer estándares extremadamente altos o metas inalcanzables para uno mismo, lo que lleva a una continua insatisfacción o autocrítica. Ejemplo: "Debo ser el mejor en todo lo que hago".</p> <p>20. Responsabilidad excesiva: - Creer que uno es responsable por los problemas, sentimientos o reacciones de otras personas, lo que genera culpa innecesaria. Ejemplo: "Si mi amigo está triste, es por algo que hice mal".</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Son todas aquellas interpretaciones erróneas de la realidad. • Impiden experimentar las situaciones que nos ocurren de manera objetiva percibiéndolas únicamente de manera irracional y negativa. • Este tipo de distorsiones provocan que nos relacionemos con nuestro entorno de manera disfuncional y favorecer la aparición de sentimientos negativos sobre uno/a mismo, su entorno o su futuro. • La mayoría de personas suelen presentar alguna distorsión cognitiva
<p>1. Pensamiento todo o nada (o pensamiento dicotómico): Se basa en ver las cosas en extremos, sin considerar puntos intermedios. Es decir, las situaciones o las personas son vistas como totalmente buenas o completamente malas, sin términos medios. Ejemplo: "Si no soy perfecto, soy un fracaso".</p> <p>2. Sobregeneralización: - Extraer una conclusión general a partir de un solo incidente o evento aislado, creyendo que lo mismo ocurrirá repetidamente. Ejemplo: "Fallé en este examen, nunca seré bueno en los estudios".</p> <p>3. Filtro mental: - Focalizarse únicamente en los aspectos negativos de una situación y filtrar o ignorar cualquier cosa positiva. Ejemplo: "Todos en la reunión estaban callados después de que hablé, seguro piensan que soy tonto", ignorando las cosas positivas que se dijeron.</p> <p>4. Descalificar lo positivo: Desmerecer o minimizar los logros o aspectos positivos, incluso cuando hay evidencia clara de ellos. Es como si lo bueno no contara o no fuera válido. Ejemplo: "Me felicitaron por mi trabajo, pero eso no significa que sea bueno; lo hacen por cortesía".</p>	<p>5. Lectura de mente: - Creer que se sabe lo que los demás están pensando, especialmente en situaciones negativas, sin tener ninguna evidencia real. Ejemplo: "Seguro piensan que soy incompetente".</p> <p>6. Adivinación del futuro: - Predecir que algo malo va a ocurrir en el futuro sin tener ninguna evidencia para respaldarlo. Se trata de anticiparse a los eventos y suponer que el resultado será negativo. Ejemplo: "Voy a hacer el ridículo en la presentación de mañana".</p> <p>7. Magnificación o minimización: - Exagerar los aspectos negativos de una situación (magnificación) o subestimar los aspectos positivos (minimización). Ejemplo de magnificación: "Este error es terrible, me va a costar el trabajo". Ejemplo de minimización: "Sí, recibí el premio, pero no es gran cosa".</p> <p>8. Razonamiento emocional: - Creer que algo es cierto simplemente porque se siente de esa manera, incluso si no hay pruebas objetivas que lo respalden. Ejemplo: "Si me siento inútil, entonces debo ser inútil".</p>	<p>9. Deberías y obligaciones: - Este pensamiento se basa en reglas rígidas sobre cómo uno mismo o los demás deben comportarse. Usar palabras como "debo", "debería", "tengo que", lo que genera expectativas poco realistas y sentimientos de culpa o fracaso. Ejemplo: "Debo ser siempre eficiente, o soy incompetente".</p> <p>10. Etiquetado: - Colocar etiquetas globales y permanentes a uno mismo o a otros basándose en un solo incidente o comportamiento. Ejemplo: "Soy un perdedor", en lugar de "Cometí un error".</p> <p>11. Personalización: - Asumir la responsabilidad de eventos externos o fuera de control, creyendo que todo lo negativo que ocurre es culpa propia. Ejemplo: "El proyecto fracasó porque no hice lo suficiente", aunque en realidad hubo muchos factores implicados.</p> <p>12. Culpabilización: - Es similar a la personalización, pero puede implicar también la tendencia de culpar a otros por cosas que están fuera de su control o por situaciones más complejas. Ejemplo: "Es culpa de mi compañero que no terminamos a tiempo".</p>

Apéndice N: tríptico autoestima

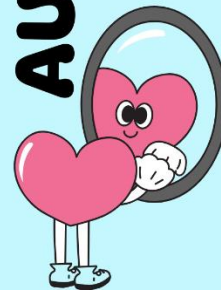
BENEFICIOS DE LA AUTOESTIMA

- Incrementa las emociones positivas
- No te darás por vencido tan fácilmente, te sentirás capaz y competente.
- Relacionarte mejor con las personas (sin miedo y sin necesidad de aprobación).
- Amar a tu pareja, querer a tus amigos más tranquilamente (sin dependencia emocional)
- Ser una persona más independiente y autónoma (tomar decisiones y guiar tu vida)

AUTOCOMPASION

- Empatía hacia el propio sufrimiento o los propios fallos (ser amables y comprensivas con si misma, en oposición a autocrítica)
- Reconocimiento del dolor y de los fallos como algo propio de la naturaleza humana.
- Consciencia plena de las propias vivencias negativas (sin magnificarlas ni negarlas)
- Las personas suelen ser más críticos consigo mismo, que con los demás.
- Reduce el estrés, ansiedad y depresión y mejora la resiliencia emocional y autoestima.

AUTOESTIMA



AUTOESTIMA ES



Amarse a uno mismo implica reconocerse merecedor de lo mejor, cultivar el respeto propio y permitirse ser feliz simplemente por el hecho de existir.

La autoestima es aprendida: todo lo que experimentas, desde fracasos y éxitos hasta miedos, inseguridades, sensaciones físicas, placeres, disgustos, recompensas, amor o rechazo percibido, se organiza y se traduce en una representación interna de quién eres.



FACTORES DE LA AUTOESTIMA

Autoconcepto

La percepción que tienes sobre ti misma, es decir, lo que piensas de ti.

Autoimagen

El nivel de agrado o desagrado que sientes hacia ti misma.

Autorreforzamiento

La medida en que te premias y te das pequeños placeres o satisfacciones.

Autoeficacia

La confianza que tienes en tus propias capacidades y habilidades.

Apéndice O: tríptico prevención de recaídas



911
EMERGENCIAS

Instituto Municipal de la Mujer:
Eje Vial Juan Gabriel y
Aserraderos s/n, Col. Agrícola
San Antonio. (656) 629 33 00.
Ext. 56371, 56346, 56453.

SINVIAC:
656 407 7952

**FORTALECIENDO
TU CAMINO:**

**HERRAMIENTAS
PARA PREVENIR
RECAÍDAS**

1. ¿Qué es una recaída?

Una recaída es un retroceso hacia comportamientos, pensamientos o relaciones dañinas que se habían superado o controlado. Es importante recordar que las recaídas pueden ser parte del proceso de recuperación y no significan un fracaso, sino una oportunidad para aprender y fortalecerse.

2. Factores que pueden conducir a una recaída

Psicológicos: Baja autoestima, sentimientos de culpa o vergüenza, ansiedad o depresión.

Situacionales: Contacto con la pareja agresora, aislamiento social, conflictos familiares.

Externos: Problemas económicos, falta de apoyo emocional, presión social.

3. Estrategias

No te castigues: Recuerda que recaer no es fracasar. Es una oportunidad para reflexionar y aprender.

Busca ayuda de inmediato: Contacta a tu terapeuta, grupo de apoyo o personas de confianza.

Analiza lo sucedido: Reflexiona sobre los factores que contribuyeron a la recaída y ajusta tu plan de prevención.

Reanuda tus estrategias: Regresa a las prácticas y herramientas aprendidas durante la terapia.

Apéndice R: programa de intervención**Primera sesión: Evaluación inicial**

Actividad	Técnica	Materiales	Duración
Bienvenida y presentación del programa	Psicoeducación	Presentación en Power Point.	10 minutos
Dinámica de presentación	Técnica rompe hielo	Gafete, plumas o marcadores	15 minutos
Presentación sobre TCC, violencia de pareja y sus consecuencias	Psicoeducación	Presentación en Power Point.	20 minutos
Aplicación de instrumentos pretest	Aplicación de instrumentos estandarizados como pretest	Instrumentos: IAP, BDI-II, BAI, EAR	40 minutos
Cierre de la sesión	Agradecimiento	Ninguno	10 minutos

Descripción de actividades sesión 1**1. Bienvenida al grupo (10 minutos)**

Se dará la bienvenida al grupo, explicando la importancia de la confidencialidad y el respeto mutuo, mencionando que la participación es voluntaria y que las participantes son libres de compartir en la medida en que se sientan cómodas. A continuación, se realizará una breve

presentación sobre el programa, donde se abordarán los objetivos, el contenido de las sesiones, la duración del programa y los beneficios esperados. También se invitará a las participantes a expresar cualquier expectativa que tengan respecto al programa.

2. Dinámica de presentación (15 minutos)

Se invitará a cada participante a crear un gafete con su nombre utilizando el material proporcionado (papel, marcadores, tijeras). Luego, se llevará a cabo una dinámica de presentación, en la cual cada participante dirá su nombre y compartirá brevemente algo que las demás presentes no conozcan de ella (si lo desean).

3. Psicoeducación (20 minutos)

Se leerá en voz alta el contenido del consentimiento informado, aclarando el propósito del programa, las expectativas y el derecho de retirarse del proceso en cualquier momento. Se ofrecerá un espacio para resolver dudas o preguntas. Si las participantes están de acuerdo en continuar en el programa, se les entregará la hoja del consentimiento informado para que la firmen, y posteriormente se les proporcionará una copia para su referencia.

4. Aplicación de instrumentos de evaluación (20 minutos)

Se explicará brevemente la importancia de los instrumentos utilizados (IAP, BDI-II, BAI, EAR) detallando lo que cada uno de ellos mide. Se aclarará que no existen respuestas correctas o incorrectas, y que toda la información proporcionada es completamente confidencial.

5. Cierre de la sesión (10 minutos)

Al final de la primera sesión, se agradece a las participantes por su asistencia y se les motiva a continuar con el programa. Una sugerencia podría ser “Antes de finalizar la sesión de hoy, quiero agradecerles sinceramente por su participación y por haber dado este primer paso tan importante. Sé que no es fácil enfrentarse a estas temáticas y abrirse a este proceso, pero su

presencia aquí demuestra su valentía y su compromiso con su propio bienestar. Este programa está diseñado para acompañarlas en su camino hacia la sanación y el crecimiento personal. A lo largo de las siguientes sesiones, trabajaremos juntas en herramientas que les permitirán no solo comprender más a fondo sus experiencias, sino también fortalecer su autoestima, manejar la ansiedad y desarrollar nuevas formas de afrontar los desafíos. Las invito a seguir asistiendo y a confiar en este proceso. Recuerden que cada paso que den aquí, por pequeño que sea, es un paso hacia una vida más plena y con más paz. Estamos aquí para apoyarlas en cada parte de este camino. ¡Nos vemos en la próxima sesión!”

Segunda sesión: Presentación del Programa de Intervención

Actividad	Técnica	Materiales	Duración
Bienvenida y explicación sobre esta sesión	Psicoeducación	Presentación en Power Point.	10 minutos
Dinámica para presentación de las participantes	Técnica rompe hielo	Pizarrón, marcador, gafete y plumas.	20 minutos
Establecimiento de normas y compromiso de confidencialidad	Reflexión y diálogo grupal	Pizarrón y compromiso de confidencialidad.	15 minutos
Psicoeducación sobre la Violencia de Pareja	Psicoeducación	Presentación en Power Point, hojas y plumas.	25 minutos

Respiración profunda para reducir la ansiedad	Respiración diafragmática o ejercicio de <i>mindfulness</i> enfocado en la respiración.	Ejercicio guiado de <i>mindfulness</i> enfocado en la respiración.	10 minutos
Cierre de la sesión y tarea para Casa	Reflexión y diálogo grupal Tareas en casa	Autorregistro de emociones y pensamientos	20 minutos

Descripción de actividades sesión 2

1. *Bienvenida y presentación del programa (10 minutos)*

El objetivo es presentar el programa, la estructura de las sesiones y establecer un espacio de confianza. se dará la bienvenida y se explicará el propósito de la sesión, destacando su estructura y objetivos. La presentación en power point guiará esta introducción.

2. *Dinámica rompe hielo (20 minutos)*

El objetivo es fomentar la confianza y el conocimiento entre las participantes para crear un ambiente seguro y de apoyo. Se invita a las participantes a sentarse en círculo. Cada una dirá su nombre y responderá a dos preguntas sencillas para romper el hielo: “¿Qué cualidad positiva consideras que tienes?” y “¿Cómo te ves a ti mismo/a al finalizar el programa?”. Mientras hablan, se tomarán notas de las expectativas del grupo para revisarlas más adelante.

3. *Establecimiento de normas del grupo (15 minutos)*

El objetivo es establecer normas de convivencia y respeto para garantizar un espacio seguro y confidencial. Se presentarán algunas normas básicas del grupo, tales como: respeto mutuo, confidencialidad de lo compartido en las sesiones, puntualidad y asistencia, participación

voluntaria y entrega de tareas. Además, se invita a las participantes a añadir o comentar cualquier norma que consideren importante.

4. Psicoeducación sobre la violencia de pareja (25 minutos)

El objetivo es proporcionar información sobre qué es la violencia de pareja, sus tipos y sus efectos emocionales, así como la relación entre emociones y pensamientos. Se explicará qué se entiende por violencia de pareja y su prevalencia, tipos de violencia (física, emocional, sexual, económica, psicológica). Además, se explicarán los efectos emocionales que conlleva la violencia de pareja, como puede afectar la autoestima, generar ansiedad, depresión y provocar trastornos emocionales a largo plazo. Por otra parte, se explicará qué es la emoción, los pensamientos negativos y cómo estos pueden aumentar la ansiedad y la depresión, así como la baja autoestima.

5. Técnica de respiración guiada (10 minutos)

El objetivo es enseñar la técnica de respiración profunda para reducir la ansiedad y el estrés. Se explicará brevemente cómo la respiración afecta nuestro estado emocional y cómo podemos regularla conscientemente para reducir la ansiedad. Se utilizará sonidos de naturaleza en el fondo, posteriormente se les pedirá a las participantes sentarse cómodamente con los pies bien apoyados en el suelo y las manos en el regazo, cerrar sus ojos de preferencia e inhalar profundamente por la nariz durante 4 segundos, mantener el aire por 4 segundos, y exhalar lentamente por la boca durante 4 segundos. Durante 10 minutos, recordándoles que se concentren en su respiración y el ritmo de sus inhalaciones y exhalaciones. Posteriormente se les preguntará cómo se sienten después del ejercicio de respiración y cómo pueden usar esta técnica.

6. Cierre de la sesión y tarea para casa (20 minutos)

Se realiza un breve resumen de los temas tratados en la sesión: violencia de pareja, efectos emocionales y la relación entre pensamientos y emociones.

Tarea de casa:

- Registro de Emociones y Pensamientos: Anotar los momentos en los que experimentaron emociones difíciles (ansiedad, tristeza, frustración, enojo, felicidad, etc.), reflexionar sobre los pensamientos que acompañaron esas emociones y tratar de identificar si esos pensamientos fueron automáticos o distorsionados.
- Diario de Agradecimiento: Cada noche, antes de dormir, anoten tres cosas por las que se sientan agradecidas. Puede ser algo que les haya sucedido durante el día, una cualidad personal que valoran o algo que las hizo sentir bien.
- Práctica de respiración profunda: Practicar la técnica de respiración que aprendimos durante 5 minutos al día, registrando cómo se sienten antes y después de la práctica.

Tercera sesión: Entendiendo el ciclo de Violencia y reestructuración cognitiva

Actividad	Técnica	Materiales	Duración
------------------	----------------	-------------------	-----------------

Revisión de la tarea anterior	Revisión de tareas Reflexión grupal	Diario de registro de emociones y pensamientos Diario de agradecimientos	10 minutos
Psicoeducación sobre el ciclo de violencia	Psicoeducación	Presentación en power point	20 minutos
Identificación de pensamientos distorsionados	Psicoeducación Reflexión	Distorsiones cognitivas Autorregistro ABC.	20 minutos
Reestructuración cognitiva	Psicoeducación	Pizarrón	25 minutos
Respiración profunda	Respiración diafragmática o ejercicio de <i>mindfulness</i> enfocado en la respiración.	Ejercicio guiado de <i>mindfulness</i> o música relajante enfocado en la respiración.	15 minutos
Cierre de la sesión y tarea para Casa	Reflexión y dialogo grupal Tarea en casa	Autorregistro ABC	10 minutos

Descripción de actividades sesión 3

1. Revisión de la tarea anterior (10 minutos)

El objetivo es reflexionar sobre la tarea asignada en la sesión anterior, especialmente el registro de pensamientos automáticos y emociones. Las participantes compartirán de manera voluntaria los pensamientos y emociones que registraron en su registro, durante la semana. Se les invita a reflexionar sobre los momentos en que experimentaron ansiedad o tristeza, y cómo sus pensamientos influyeron en esas emociones. Posteriormente se brindará retroalimentación y se refuerza la importancia de identificar o hacer conscientes los pensamientos.

2. Psicoeducación sobre el ciclo de la violencia (20 minutos)

El objetivo es proporcionar una explicación detallada del ciclo de violencia de pareja y sus efectos en las emociones y la salud mental. Primeramente, la definición del ciclo de violencia y la explicación de las tres fases: la acumulación de tensiones, la explosión y la fase de reconciliación. Además, los efectos emocionales que conlleva el vivir la escalada de violencia, tales como la depresión, la ansiedad, y la baja autoestima. Se podrán usar ejemplos para que las participantes visualicen cómo este ciclo se perpetúa en sus relaciones.

3. Identificación de pensamientos distorsionados (20 minutos)

El objetivo es ayudar a las participantes a identificar los pensamientos distorsionados e irracionales relacionados con la violencia y el autoconcepto. Se explicará sobre los pensamientos distorsionados y los diferentes tipos. Posteriormente, en un ejercicio grupal, las participantes identificarán pensamientos irracionales que han experimentado. Además, se les facilitarán ejemplos con la finalidad de que las participantes relacionen esos pensamientos con su situación personal.

4. Reestructuración cognitiva (25 minutos)

El objetivo es enseñar a las participantes qué significa reestructuración cognitiva, cómo desafiar y cambiar pensamientos negativos y distorsionados, reemplazándolos con pensamientos

más realistas y positivos. Es decir que este proceso ayuda a sustituir pensamientos distorsionados por pensamientos más realistas y equilibrados. Se le proporcionan ejemplos de reestructuración: por ejemplo, el pensamiento distorsionado: "Es mi culpa que me trate mal, no soy lo suficientemente buena." Cambia con un pensamiento reestructurado: "No es mi culpa, nadie merece ser tratado de esa manera. Tengo derecho a ser tratada con respeto.".

Posteriormente, las participantes eligen uno de sus pensamientos distorsionados y trabajan en reformularlo. Pueden discutir en parejas o en grupo cómo cambiar esos pensamientos por otros más positivos. Por último, se les pide reflexionar sobre cómo se sienten al desafiar esos pensamientos y el impacto que podría tener en su bienestar emocional.

5. Técnica de respiración guiada (15 minutos)

El objetivo es practicar la respiración profunda como técnica para reducir la ansiedad y el estrés que pueden surgir al enfrentar pensamientos distorsionados. Se les indica a las participantes que se sientan cómodamente, con los pies apoyados en el suelo y las manos relajadas. Se les guía en una técnica de respiración diafragmática: inhalar por la nariz durante 4 segundos, retener por 2 segundos y exhalar lentamente por la boca durante 6 segundos. Durante la respiración, se les pide que se concentren en su cuerpo, en el movimiento de su abdomen al respirar, y en soltar cualquier tensión física o emocional. Posteriormente se les invita a reflexionar sobre cómo se sienten después del ejercicio.

6. Cierre de la sesión y tarea para casa (10 minutos)

El objetivo es reforzar lo aprendido en la sesión y asignar tarea. Se pide mencionar brevemente los puntos clave de la sesión: el ciclo de la violencia, cómo los pensamientos distorsionados afectan el bienestar emocional, y la técnica de reestructuración cognitiva.

Tarea de casa:

- Se les pide a las participantes que sigan registrando sus pensamientos en el autorregistro ABC, donde se describe el acontecimiento activador y la fecha, seguido por la creencia o pensamiento irracional y seguido de la consecuencia emocional y/o conductual, durante la semana.
- Continuar con el diario de agradecimiento, anotando tres cosas por las que se sientan agradecidas al final de cada día.
- Además de practicar la técnica de respiración durante 5 minutos al día, especialmente en momentos de tensión o cuando enfrenten pensamientos difíciles. Por último, se les pide una reflexión sobre cómo se sienten después de la sesión y cómo se visualizan aplicando lo aprendido en su vida cotidiana.

Cuarta sesión: Explorando creencias limitantes y desafío grupal

Actividad	Técnica	Materiales	Duración
Revisión de la tarea anterior	Reflexión grupal Revisión de tareas	Autorregistro de pensamientos ABC	10 minutos
Psicoeducación sobre mitos y creencias limitantes sobre VP	Psicoeducación	Presentación en power point	15 minutos
Identificación creencias limitantes	Psicoeducación Trabajo en equipo Reflexión	Hoja con preguntas y pluma	20 minutos

Desafío Grupal de Creencias Limitantes	Reestructuración cognitiva Método socrático	Pizarrón	25 minutos
Respiración profunda	Respiración diafragmática o ejercicio de <i>mindfulness</i> enfocado en la respiración.	Ejercicio guiado de <i>mindfulness</i> o música relajante enfocado en la respiración.	15 minutos
Cierre de la sesión y tarea para Casa	Reflexión y dialogo grupal Tarea en casa	Autorregistro ABCD	10 minutos

Descripción de actividades sesión 4

El objetivo de esta sesión es enseñar a las participantes a identificar las creencias limitantes, relacionadas con la VP, y trabajar en cuestionarlas y desafiarlas. Además, de reforzar la técnica de respiración profunda como herramienta para regular la ansiedad.

1. Revisión de tarea anterior (10 minutos)

El objetivo es reflexionar sobre los pensamientos distorsionados. Se les invita a las participantes a compartir sus experiencias con el registro de pensamientos automáticos, preguntarles: ¿Qué pensamientos distorsionados lograron identificar?, ¿Cómo se sintieron al intentar desafiarlos? Por último, se brinda retroalimentación grupal.

2. Psicoeducación sobre mitos y creencias limitantes sobre la VP (15 minutos)

El objetivo es proporcionar información sobre mitos y creencias limitantes que perpetúan la VP y cómo influyen en las emociones y pensamientos. Primero se hace la presentación en PowerPoint, explicando cómo estas creencias influyen en la autoestima, refuerzan la

dependencia emocional y perpetúan el ciclo de la violencia. Se presentan ejemplos reales de cómo las creencias afectan la toma de decisiones y la capacidad para buscar ayuda.

3. Identificación de creencias limitantes propias (20 minutos)

El objetivo es ayudar a las participantes a reconocer las creencias limitantes que han desarrollado a partir de la VP. Primero se les entrega una hoja a las participantes donde se les pide que reflexionen sobre sus creencias que puedan tener acerca de sí mismas y de sus relaciones, ejemplo: “nunca encontrare a alguien que me quiera”, se les cuestiona: ¿Qué te dices a ti misma cuando algo sale mal en tu relación?, ¿Qué creencias tienes sobre el amor o las relaciones que pueden estar afectando tu bienestar? Posteriormente se hacen dos grupos para compartir las creencias que identificaron.

4. Desafío grupal de creencias limitantes (25 minutos)

Las participantes de manera voluntaria comparten las creencias limitantes que identificaron durante el ejercicio anterior. Las participantes se involucran en el proceso de desafiar esas creencias con preguntas como: ¿Es esta creencia realmente cierta?, ¿Cómo te sientes cuando piensas de esta manera? ¿Y qué evidencia tienes para apoyar esta creencia? Posteriormente se les motiva a transformarlas o cambiarlas por creencias más realistas.

5. Técnica de respiración guiada (15 minutos)

El objetivo es practicar la respiración profunda como técnica para reducir la ansiedad y el estrés que pueden surgir al enfrentar pensamientos distorsionados. Se les indica a las participantes que se sientan cómodamente, con los pies apoyados en el suelo y las manos relajadas. Se les guía en una técnica de respiración diafragmática: inhalar por la nariz durante 4 segundos, retener por 2 segundos y exhalar lentamente por la boca durante 6 segundos. Durante la respiración, se les pide que se concentren en su cuerpo, en el movimiento de su abdomen al

respirar, y en soltar cualquier tensión física o emocional. Posteriormente se les invita a reflexionar sobre cómo se sienten después del ejercicio.

6. Cierre de sesión y tarea para casa (10 minutos)

El objetivo es reforzar lo aprendido durante la sesión y asignar tarea que permita a las participantes continuar desafiando sus creencias. Primero se sintetizan los puntos principales de la sesión: mitos y creencias, cómo afectan al autoconcepto y la importancia de desafiarlos.

Tarea en casa:

- Se les pide que elijan una o algunas de las creencias que identificaron durante la sesión y trabajen en desafiarla durante la semana utilizar el autorregistro ABCD.
- Continuar con el diario de agradecimiento, anotando tres cosas por las que se sientan agradecidas al final de cada día.
- Practicar la técnica de respiración durante 5 minutos al día, especialmente en momentos de tensión o cuando enfrenten pensamientos difíciles. Por último, se les pide una reflexión sobre cómo se sienten después de la sesión y cómo se visualizan aplicando lo aprendido en su vida cotidiana.

Quinta sesión: Gestión del diálogo interno y parada del pensamiento

Actividad	Técnica	Materiales	Duración
------------------	----------------	-------------------	-----------------

Revisión de la tarea anterior	Reflexión grupal Revisión de tareas	Autorregistro de pensamientos ABCD	10 minutos
Psicoeducación sobre diálogo interno	Psicoeducación	Presentación en power point	15 minutos
Introducción a Mindfulness para manejar el diálogo interno	Psicoeducación Meditación Mindfulness Reflexión grupal	Presentación power point Grabación de meditación guiada	40 minutos
Parada del pensamiento	Psicoeducación Parada del pensamiento Reestructuración cognitiva Trabajo en equipo	Pizarrón Hojas y plumas	25 minutos
Cierre de la sesión y tarea para Casa	Reflexión y dialogo grupal Tarea en casa	Autorregistro ABCD Meditación guiada <i>mindfulness</i>	10 minutos

Descripción de actividades sesión 5

1. Revisión de la tarea anterior (10 minutos)

Se motiva a las participantes para que compartan las creencias limitantes que identificaron y los problemas o desafíos que encontraron al tratar de cambiarlas. Se realiza una retroalimentación sobre cómo seguir trabajando en las creencias limitantes.

2. Psicoeducación sobre dialogo interno (15 minutos)

Se enseña a las participantes que es el diálogo interno negativo, utilizando la metáfora de la gárgola y cómo afecta la autoestima y la salud emocional. También se les explica cómo influye en nuestras emociones y comportamientos.

3. Introducción a *mindfulness* para manejar el dialogo interno (40 minutos)

Se explica que el *mindfulness* es una práctica de atención plena que permite observar los pensamientos sin identificarse con ellos ni juzgarlos. Posteriormente se realizará un ejercicio de *mindfulness* guiado, después las participantes comparten cómo fue la experiencia de observar sus pensamientos sin juzgarlos y cómo se sienten.

4. Psicoeducación sobre técnica parada del pensamiento (25 minutos)

Se explica que la parada del pensamiento es una técnica que ayuda a detener un pensamiento negativo en el momento en que surge, interrumpiendo el ciclo de autocrítica. Se explica que cuando aparece el pensamiento negativo se visualiza o dice internamente “alto”. Posteriormente se reestructura ese pensamiento reemplazándolo por otro más equilibrado. Finalmente se realiza una reflexión grupal sobre la experiencia de detener el pensamiento negativo y el impacto en el bienestar emocional.

5. Cierre de sesión y tarea para casa (10 minutos)

Se realiza un resumen de los temas tratados: el diálogo interno negativo, cómo afecta las emociones y el comportamiento, el uso de *mindfulness* para observar los pensamientos y la técnica de parada del pensamiento.

Tarea en casa:

- De tarea se les pide que practicar la parada del pensamiento y registrar en el autorregistro ABCD los pensamientos irracionales y su desafío.
- Además, practicar al menos 5 minutos de *mindfulness*, observando sus pensamientos, posteriormente llenar el autorregistro de *mindfulness*.
- Continuar con el diario de agradecimiento, anotando tres cosas por las que se sientan agradecidas al final de cada día.

Sexta sesión: Fortaleciendo la autoestima a través de la autocompasión

Actividad	Técnica	Materiales	Duración
Revisión de la tarea anterior	Reflexión grupal Revisión de tareas	Autorregistro de pensamientos ABCD	10 minutos
Introducción a la autocompasión	Psicoeducación	Presentación en power point	15 minutos
Ejercicio de autocompasión	Escritura terapéutica	Hoja en blanco y plumas. Pizarrón	35 minutos
Práctica de <i>mindfulness</i>	Meditación guiada sobre autocompasión	Meditación guiada	20 minutos

Reflexión grupal			
		Diario de	10
Cierre de la sesión y	Reflexión y dialogo grupal	autocompasión y	minutos
tarea para Casa	Tarea en casa	autocrítica	
		Meditación	
		guiada	
		<i>mindfulness</i>	

Descripción de actividades sesión 6

El objetivo es desarrollar la habilidad de la autocompasión como una herramienta para mejorar la autoestima y el bienestar emocional. Ayuda a las participantes a tener una actitud de aceptación y amabilidad hacia ellas mismas, reducir la autocrítica y fomentar el amor propio.

1. *Revisión de tarea anterior (10 minutos)*

Reflexionar sobre el uso de la técnica de parada del pensamiento preguntando y la práctica de *mindfulness*, se realizarán preguntas como: ¿Pudieron detener algún pensamiento negativo? ¿Cómo se sintieron al aplicar la técnica? ¿Les resultó útil la práctica diaria de *mindfulness*? Por último, retroalimentar la importancia de continuar practicando tanto el *mindfulness* y la parada del pensamiento.

2. *Introducción a la compasión (15 minutos)*

Se explicará que la autocompasión es la capacidad de ser amables y comprensivas consigo mismo, especialmente en momentos difíciles o cuando cometemos errores. También se destacará cómo las personas suelen ser más críticas consigo mismas que con los demás. Y

se explicará también cómo ser autocompasivo reduce el estrés, la ansiedad y la depresión y mejora la resiliencia emocional y la autoestima.

3. Ejercicio de autocompasión “carta de apoyo a sí misma” (35 minutos)

Se entregarán hojas en blanco y se les pedirá que escriban una carta a sí mismas como si estuvieran hablando con un amigo cercano que está pasando por una situación difícil. Es importante que sea amable y comprensiva, reconozca que el sufrimiento es parte de la experiencia humana y trate con respeto y amor. Posteriormente se invita a las participantes a compartir fragmentos de sus cartas y reflexión sobre cómo se sintieron durante el ejercicio.

4. Practica de Mindfulness autocompasión (20 minutos)

Se guiará a las participantes a través de meditación guiada de autocompasión, ayudándolas a desarrollar una actitud más amable y comprensiva con ellas mismas. Posteriormente se les invita a compartir su experiencia de la práctica, además, reflexionar sobre la importancia de ser amable en momentos difíciles.

5. Cierre de sesión y tarea para casa (10 minutos)

Repasar lo aprendido y reflexionar sobre lo aprendido durante la sesión

Tarea en casa:

- Leer la “carta de apoyo a sí misma” cada vez que se sienta triste o con algún problema.
- Identificar momentos de autocrítica y remplazarlos por pensamientos con mensaje de autocompasión en el autorregistro ABCD.
- Practicar al menos 5 minutos de *mindfulness*, observando sus pensamientos, posteriormente llenar el autorregistro de *mindfulness*.
- Continuar con el diario de agradecimiento, anotando tres cosas por las que se sientan agradecidas al final de cada día.

Séptima sesión: Fortaleciendo la resiliencia emocional y cognitiva

Actividad	Técnica	Materiales	Duración
Revisión de la tarea anterior	Reflexión grupal Revisión de tareas	Autorregistro de pensamientos ABCD	10 minutos
Psicoeducación sobre resiliencia	Psicoeducación	Presentación en power point Pizarrón	15 minutos
Identificación de fortalezas personales	Autorreflexión Discusión en pareja	Hoja en blanco y plumas. Pizarrón	20 minutos
Narrativa positiva	Escritura terapéutica Reflexión grupal	Hojas en blanco y plumas	25 minutos
Práctica de mindfulness	<i>Mindfulness</i> guiado sobre fortalezas	Meditación guiada	15 minutos
Cierre de la sesión y tarea para Casa	Reflexión y dialogo grupal Tarea en casa	Diario afirmaciones positivas	10 minutos

Descripción de actividades sesión 7**1. Revisión de la tarea anterior (10 minutos)**

Se invita a las participantes a compartir sus experiencias a leer la carta de autocompasión durante la semana, realizar las siguientes preguntas: ¿Cómo se sintieron al leer la carta cada día?

¿Notaron algún cambio en su manera de tratarse a sí mismas? ¿Fueron capaces de identificar y reemplazar pensamientos autocríticos por mensajes de autocompasión?

2. Psicoeducación sobre resiliencia (15 minutos)

Se destaca la importancia de la resiliencia emocional (habilidad para manejar las emociones en momentos de crisis) y la resiliencia cognitiva (capacidad para mantener una actitud positiva y equilibrada ante los problemas).

3. Identificación de fortalezas personales (20 minutos)

Ayudar a identificar momentos difíciles en sus vidas y cómo lograron superarlos. Que identifiquen que cualidades o habilidades les ayudaron a enfrentar esos desafíos (por ejemplo, la perseverancia, la empatía, la valentía). Mediante las siguientes preguntas: ¿Cuándo te has enfrentado a un reto significativo en el pasado? ¿Qué cualidades internas te ayudaron a superarlo? ¿Cómo puedes usar esas fortalezas en los desafíos actuales? Posteriormente se les invita a compartir sus fortalezas personales y cómo pueden aplicar esas habilidades.

4. Narrativa positiva: redacción de una historia de superación (25 minutos)

Se les pide a las participantes que escriban una breve historia sobre un momento en el que superaron una adversidad significativa. Mediante las siguientes instrucciones: a) Describe una situación en la que te enfrentaste a una dificultad importante, b) Explica cómo te sentiste en ese momento y qué pensamientos tuviste, c) ¿Qué acciones tomaste para superar la situación? d) ¿Qué fortalezas utilizaste? e) ¿Qué aprendiste de esa experiencia?

5. Práctica de *mindfulness*: meditación sobre las fortalezas (15 minutos)

Guiar a las participantes a través de una meditación de *mindfulness* enfocada en las fortalezas personales, ayudándolas a reforzar la autoconfianza y la resiliencia. Posteriormente, quien guste compartir la experiencia.

6. Cierre de la sesión y tarea para casa (10 minutos)

Realizar un resumen sobre lo aprendido en la sesión: identificación de fortalezas, narrativa positiva y resiliencia. Además, una reflexión sobre cómo se sintieron durante la sesión.

Tarea en casa:

- Identificar momentos de autocrítica y reemplazarlos por pensamientos con mensaje positivo en el autorregistro ABCD.
- Practicar al menos 5 minutos de *mindfulness*, observando sus pensamientos, posteriormente llenar el autorregistro de *mindfulness*.
- Continuar con el diario de agradecimiento, anotando tres cosas por las que se sientan agradecidas al final de cada día. Pueden incluir afirmaciones positivas sobre sus fortalezas personales.

Octava sesión: Establecimiento de objetivos personales

Actividad	Técnica	Materiales	Duración
Revisión de la tarea anterior	Reflexión grupal	Diario	10
	Revisión de tareas	afirmaciones positivas	minutos
Psicoeducación sobre establecimiento de metas	Psicoeducación	Presentación en power point Pizarrón	10 minutos
Definición de metas personales	Reflexión individual	Hoja en blanco y plumas.	15 minutos
	Discusión en pareja	Pizarrón	

Planificación de pasos para alcanzar metas	Planificación de metas en pasos pequeños Reflexión grupal	Hojas en blanco y plumas Pizarrón	25 minutos
Práctica de <i>mindfulness</i>	<i>Mindfulness</i> guiado visualización de metas alcanzadas Reflexión grupal	Meditación guiada de visualización	20 minutos
Cierre de la sesión y tarea para Casa	Reflexión y dialogo grupal Tarea en casa	<i>Mindfulness</i> guiado Diario progreso de metas	10 minutos

Descripción de actividades sesión 8

1. Revisión de tarea anterior (10 minutos).

Se invita a las participantes a compartir sus experiencias con el diario de afirmaciones positivas. Preguntas que se podrían utilizar: ¿Cómo se sintieron al escribir afirmaciones sobre sus fortalezas personales? ¿Pudieron aplicar alguna de sus fortalezas para enfrentar un desafío durante la semana?

2. Psicoeducación sobre metas (10 minutos).

Se proporcionará una psicoeducación para el establecimiento de metas utilizando el modelo SMART (Específicas, medibles, alcanzables, relevantes y con tiempo definido). Se destacan las fortalezas personales como un recurso para avanzar hacia las metas.

3. Ejercicio individual: Identificación de metas personales y/o profesionales (15 minutos)

Las participantes recibirán una hoja de trabajo en la que reflexionarán sobre sus metas personales y profesionales. Se les pedirá que definan al menos dos metas (una personal y una profesional) que les gustaría alcanzar en los próximos meses, utilizando el modelo SMART.

Preguntas guía:

¿Qué te gustaría lograr en tu vida personal y profesional?

¿Qué recursos o fortalezas tienes que te ayudarán a alcanzar esas metas?

4. Planificación de metas en pasos pequeños (25 minutos)

Después de identificar sus metas, las participantes trabajarán en desglosarlas en pasos pequeños y concretos. Se les pedirá que identifiquen el primer paso que pueden dar esta semana para acercarse a su meta.

Ejemplo: Si una participante quiere mejorar su bienestar físico, el primer paso podría ser caminar 15 minutos tres veces a la semana.

5. Práctica de *Mindfulness*: Visualización de Metas Alcanzadas (15 minutos)

Se guiará a las participantes en una meditación de *mindfulness* centrada en la visualización de sus metas ya alcanzadas. Se les invitará a cerrar los ojos y visualizar cómo se sentirán al lograr sus metas, prestando especial atención a los detalles emocionales y a los cambios que experimentarán en sus vidas. Se les pedirá que se concentren en la sensación de éxito y satisfacción. Al finalizar la práctica, se les invitará a compartir o reflexionar sobre cómo se sintieron durante esta experiencia de visualización.

Cierre de la Sesión y Tarea para Casa (10 minutos)

Al final de la sesión, se hará un resumen para recordar lo importante que es dividir las metas en pasos pequeños y manejables, lo que ayudará a las participantes a avanzar sin sentirse

abrumadas. También se destacará cómo sus fortalezas personales son clave para lograr el éxito, ya que las apoyan en superar los obstáculos.

Tarea en casa:

- Identificar momentos de autocrítica y reemplazarlos por pensamientos con mensaje positivo en el autorregistro ABCD.
- Practicar al menos 5 minutos de *mindfulness*, observando sus pensamientos, posteriormente llenar el autorregistro de *mindfulness*.
- Continuar con el diario de agradecimiento, anotando tres cosas por las que se sientan agradecidas al final de cada día. Pueden incluir afirmaciones positivas sobre sus fortalezas personales.
- Realizar una lista de metas a corto y largo plazo, desglosando los pasos necesarios para alcanzarlas.

Novena sesión: Planificación de actividades placenteras

Actividad	Técnica	Materiales	Duración
Revisión de la tarea anterior	Reflexión grupal	Diario progreso de metas	10 minutos

Autocuidado y actividades placenteras	Psicoeducación	Presentación en power point Pizarrón	15 minutos
Identificación de actividades placenteras	Reflexión individual Discusión en grupo	Hoja en blanco y plumas. Pizarrón	20 minutos
Creación de calendario	Actividades placenteras Reflexión grupal	Calendario en blanco Pizarrón	25 minutos
Práctica de <i>mindfulness</i>	<i>Mindfulness</i> guiado atención plena Reflexión grupal	Meditación guiada de visualización	10 minutos
Cierre de la sesión y tarea para Casa	Reflexión y dialogo grupal Tarea en casa	Diario para registrar actividades placenteras	10 minutos

Descripción de actividades sesión 9

1. *Bienvenida y revisión de la tarea anterior (10 minutos)*

Se comenzará la sesión dando la bienvenida y se invitará a las participantes a compartir sus experiencias con la tarea de la semana anterior, en la que habrán desglosado sus metas en pasos pequeños y practicado *mindfulness*. Se les pedirá que reflexionen sobre los avances que hayan logrado y cómo se habrán sentido al practicar *mindfulness* centrado en sus metas. Se ofrecerá retroalimentación y apoyo, alentando a las participantes a continuar con la práctica.

2. Psicoeducación sobre el autocuidado y las actividades placenteras (15 minutos)

Se explicará cómo las actividades placenteras contribuyen al bienestar emocional, mejoran el estado de ánimo y ayudan a reducir el estrés. Se ofrecerá una breve explicación sobre el autocuidado, destacando la importancia de equilibrar las responsabilidades diarias con actividades que generen placer y satisfacción personal. También se discutirán los beneficios de incluir actividades que promuevan el bienestar físico, emocional y mental. Se presentarán ejemplos de actividades placenteras como caminar, leer, escuchar música, o practicar hobbies, que son simples pero efectivos para mejorar la calidad de vida.

3. Identificación de actividades placenteras (20 minutos)

Se ayudará a las participantes a identificar actividades que les brinden placer y bienestar personal. Para ello, se realizará un ejercicio individual en el que se les entregará una hoja de trabajo para que reflexionen sobre las actividades que disfrutaron o que les gustaría retomar.

Preguntas clave:

¿Qué actividades te han brindado alegría o relajación en el pasado?

¿Qué actividad has dejado de hacer y te gustaría retomar?

¿Qué actividad nueva te gustaría probar?

Después de reflexionar, las participantes compartirán en parejas o grupos pequeños algunas de las actividades que identificaron, fomentando el intercambio de ideas y experiencias entre compañeras.

4. Elaborar un calendario de actividades placenteras (20 minutos)

Se ayudará a las participantes a planificar y organizar actividades placenteras en su semana para fomentar el autocuidado y el bienestar.

Se les entregará un calendario semanal en blanco y se les pedirá que planifiquen actividades placenteras para incluirlas en su rutina diaria o semanal. Las actividades pueden ser de corta duración, como 10 minutos de lectura diaria, o más largas, como una caminata de 30 minutos. Se les animará a equilibrar sus responsabilidades con momentos de placer en su calendario.

Después de completar el calendario, algunas participantes serán invitadas a compartir una o dos actividades que planificaron y a comentar cómo esperan que esas actividades impacten en su bienestar emocional y físico.

5. *Practica de mindfulness: atención plena en el placer (15 minutos)*

Se enseñará a las participantes a practicar la atención plena durante sus actividades placenteras para que puedan disfrutarlas al máximo. A través de una breve práctica de *mindfulness*, se les guiará para que se enfoquen completamente en el presente mientras realizan estas actividades.

Durante la práctica, se les pedirá que recuerden una actividad reciente que les generó placer y que se concentren en las sensaciones físicas, emociones y pensamientos que surgieron durante esa experiencia. Al final de la práctica, se invitará a las participantes a aplicar la atención plena en sus futuras actividades placenteras, ayudándolas a disfrutar de esos momentos de manera más profunda y consciente.

6. Cierre de la sesión y tarea para casa (10 minutos)

Se recapitularán los conceptos clave de la sesión, destacando la importancia de integrar actividades placenteras en la vida diaria para mejorar el bienestar emocional. Se les recordará a las participantes cómo estas actividades pueden reducir el estrés y aumentar la satisfacción personal.

Tarea para casa:

- Se pedirá a las participantes que sigan su calendario de actividades placenteras durante la semana y que reflexionen en su diario sobre cómo se sienten después de realizar cada una.
- Identificar momentos de autocrítica y remplazarlos por pensamientos con mensaje de positivo en el autorregistro ABCD.
- Practicar al menos 5 minutos de *mindfulness*, observando sus pensamientos, posteriormente llenar el autorregistro de *mindfulness*.
- Continuar con el diario de agradecimiento, anotando tres cosas por las que se sientan agradecidas al final de cada día. Pueden incluir afirmaciones positivas sobre sus fortalezas personales.

Decima sesión: Fortaleciendo la autoestima

Actividad	Técnica	Materiales	Duración
Revisión de la tarea anterior	Reflexión grupal Revisión de tareas	Diario para registrar actividades placenteras	10 minutos
Autoestima	Psicoeducación	Presentación en power point Pizarrón	15 minutos

Autoevaluación positiva	Autorreflexión trabajo en grupo	Hoja en blanco y plumas. Pizarrón	20 minutos
Me quiero tal y como soy	Escritura terapéutica	Hoja de actividad me quiero tal y como soy	20 minutos
Práctica de <i>mindfulness</i>	<i>Mindfulness</i> guiado autoaceptación Reflexión grupal	Meditación guiada de autoaceptación	15 minutos
Cierre de la sesión y tarea para Casa	Reflexión y diálogo grupal Tarea en casa	Ninguno	10 minutos

Descripción de actividades sesión 10

1. *Bienvenida y revisión de tarea (10 minutos)*

La sesión comenzará con una bienvenida y una revisión de la tarea anterior, que consistía en seguir el calendario de actividades placenteras y practicar *mindfulness*. Las participantes compartirán sus experiencias sobre cómo se sintieron al cumplir con el calendario y realizar la práctica de atención plena. Se les ofrecerá retroalimentación y se reforzará la importancia del autocuidado y la atención plena en sus rutinas diarias.

2. *Psicoeducación en autoestima (15 minutos)*

Se ofrecerá una breve psicoeducación sobre la autoestima, en la que se explicará qué es la autoestima y cómo influye en la vida emocional y relacional de cada persona. Se destacará la importancia de identificar los factores que afectan la autoestima, así como los pensamientos y

creencias que pueden debilitarla. Se invitará a las participantes a reflexionar sobre cómo ha cambiado o mejorado su autoestima a lo largo del programa.

3. Actividad de autoevaluación positiva (20 minutos)

Las participantes recibirán una hoja de trabajo donde deberán identificar al menos 10 cualidades o logros personales de los que se sientan orgullosas. Después de completar la lista, se les invitará a compartir voluntariamente con el grupo una o dos de las cualidades o logros que identificaron.

Preguntas clave para guiar la reflexión:

¿Qué cualidades aprecias en ti misma?

¿Qué logros te han hecho sentir orgullosa?

¿Cómo te has superado en situaciones difíciles?

4. Me quiero tal y como soy (20 minutos)

Las participantes escribirán una carta dirigida a sí mismas, expresando todo lo que aman y valoran de su ser, sin censura ni juicios. Se les animará a exagerar lo positivo, enfocándose en las cualidades que más valoran de sí mismas, tal como se describiría a alguien que amamos profundamente. Una vez finalizada, la carta será guardada en un sobre, y se les sugerirá leerla en momentos en los que necesiten un recordatorio de su valor personal.

5. Practica de Mindfulness de autoaceptación (15 minutos)

Se guiará a las participantes en una meditación de *mindfulness* centrada en la autoaceptación. Durante la práctica, se les invitará a enfocarse en sus cualidades y fortalezas, repitiendo mentalmente frases como "Me acepto tal como soy" y "Soy suficiente tal como soy". Al finalizar, se les invitará a compartir cómo se sintieron durante la práctica.

6. Cierre de sesión y tarea en casa (10 minutos)

Se realizará un resumen de los conceptos clave trabajados en la sesión, reforzando la importancia de la autoestima, la autoevaluación positiva y la autoaceptación.

- La tarea para casa será: escribir una “carta al futuro yo”, visualizando cómo desean estar emocionalmente, en su autoestima, bienestar y vida general dentro de seis meses o un año. En la carta, se animarán, darán consejos a sí mismas, ya que reconozcan los pasos que han tomado para mejorar.
- Identificar momentos de autocrítica y reemplazarlos por pensamientos con mensaje positivo en el autorregistro ABCD.
- Practicar al menos 5 minutos de *mindfulness*, observando sus pensamientos, posteriormente llenar el autorregistro de *mindfulness*.
- Continuar con el diario de agradecimiento, anotando tres cosas por las que se sientan agradecidas al final de cada día. Pueden incluir afirmaciones positivas sobre sus fortalezas personales.

Onceava sesión: Evaluación post test

Actividad	Técnica	Materiales	Duración
Revisión de la tarea anterior	Revisión de tareas Reflexión	Carta al yo futuro	10 minutos
Revisión grupal del progreso	Dialogo grupal	Ninguno	20 minutos
Aplicación de instrumentos Post test	Aplicación de instrumentos	Instrumentos: IAP, BDI-II, BAI y EAR	30 minutos

Actividad de celebración:	Reconocimiento simbólico	Certificados impresos	10 minutos
Certificados de logro			
Convivio de cierre	Cierre emocional	Decoración, alimentos y bebidas	20 minutos

Descripción de actividades sesión 11

1. *Bienvenida y revisión de tarea (10 minutos)*

La sesión comenzará con una bienvenida y una revisión de la tarea anterior, que consistía en realizar una “carta a su futuro yo”, las participantes compartirán sus experiencias sobre cómo se sintieron al escribirle a su yo del futuro. Las cartas pueden ser guardadas para que las participantes las lean en el futuro como una forma de medir su progreso.

2. *Revisión grupal del progreso (20 minutos)*

Fomentar la reflexión grupal sobre los avances personales y los logros obtenidos. Las participantes serán invitadas a compartir sus experiencias sobre cómo han aplicado las técnicas aprendidas y qué cambios han observado en su bienestar emocional. Cada participante podrá compartir un logro importante o una lección valiosa que haya obtenido a lo largo del programa.

3. *Aplicación de instrumentos post-test (30 minutos)*

Se aplicará los instrumentos (IAP, BDI-II, BAI, y EAR. Se aclarará que no existen respuestas correctas o incorrectas, y que toda la información proporcionada es completamente confidencial.

4. *Actividad de celebración: Certificados de logro*

Reconocer el esfuerzo y el compromiso de cada participante con un gesto simbólico. Mediante la entrega a cada participante un certificado de logro o reconocimiento por haber completado el programa. Se puede incluir una frase personalizada que refleje el progreso o la fortaleza particular de cada persona. Al entregar los certificados, se puede leer en voz alta un breve mensaje positivo para cada participante, destacando su crecimiento personal.

5. Convivio de cierre (20 minutos)

El convivio ofrecerá un espacio relajado para celebrar el fin del programa. Las participantes compartirán alimentos y bebidas en un ambiente decorado, mientras refuerzan las conexiones creadas durante el curso.