



Universidad
Señor de Sipán

ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA
DISMINUIR LA INDEFENSIÓN APRENDIDA EN
MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Autora:

Bach. Bances Tuñoque Deysi Jackelinne

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5883-2120>

Asesor:

Mg. Perez Martinto Pedro Carlos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8554-6034>

Línea de Investigación:

**Calidad de vida, promoción de la salud del individuo y la
comunidad para el desarrollo de la sociedad**

Sublínea de Investigación:

**Nuevas alternativas de prevención y el manejo de enfermedades
crónicas y/o no transmisibles**

Pimentel – Perú

2024



Universidad
Señor de Sipán

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA
INDEFENSIÓN APRENDIDA EN MUJERES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA DE PAREJA**

AUTORA

Mg. DEYSI JACKELINNE BANCES TUÑOQUE

PIMENTEL – PERÚ

2024

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA INDEFENSIÓN
APRENDIDA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA**


APROBACIÓN DE LA TESIS



Dr. CALLEJAS TORRES JUAN CARLOS
Presidente del jurado de tesis



**Mg. LA ROSA HUERTAS LILIANA
DEL CARMEN**
Secretaria del jurado de tesis



**Mg. PEREZ MARTINTO PEDRO
CARLOS**
Vocal del jurado de tesis




DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quien suscribe la **DECLARACIÓN JURADA**, soy Bances Tuñoque Deysi Jackelinne estudiante (s) del Programa de Estudios de **Maestría en Psicología Clínica** de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaro bajo juramento que soy autor del trabajo titulado:

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA INDEFENSIÓN APRENDIDA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán (CIEI USS) conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación a las citas y referencias bibliográficas, respetando al derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y autentico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

BANCES TUÑOQUE DEYSI JACKELINNE	DNI: 48215956	 Lic. Deysi Jackelinne Bances Tuñoque PSICÓLOGA C.Ps.P. N° 34259
--	---------------	--

Pimentel, 23 de enero de 2024.

REPORTE DE SIMILITUD TURINITIN

NOMBRE DEL TRABAJO

**INFORME DE TESIS - BANCES TUÑOQUE.
docx**

RECuento DE PALABRAS

24558 Words

RECuento DE CARACTERES

134899 Characters

RECuento DE PÁGINAS

82 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

277.9KB

FECHA DE ENTREGA

Jan 26, 2024 12:56 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jan 26, 2024 12:58 PM GMT-5

● 15% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 8% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)
- Material citado

ÍNDICE GENERAL

Índice General.....	vi
Índice de tabla.....	vii
Índice de figuras.....	ix
Dedicatoria.....	x
Agradecimiento.....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRAC.....	xiii
I. INTRODUCCIÓN.....	14
1.1. Realidad problemática.....	14
1.2. Formulación del Problema.....	19
1.3. Justificación e importancia del estudio.....	19
1.4. Objetivos.....	20
1.4.1. Objetivos General.....	20
1.4.2. Objetivos Específicos.....	20
1.5. Hipótesis.....	21
II. MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. Trabajos previos.....	22
2.2. Teorías relacionadas al tema.....	28
III. MÉTODO.....	46
3.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	46
3.2. Variables, Operacionalización.....	47
3.3. Población, muestreo y muestra.....	47
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	49
3.5. Procedimientos de análisis de datos.....	51
3.6. Criterios éticos.....	51
3.7. Criterios de rigor científico.....	52
IV. RESULTADOS.....	54
V. DISCUSIÓN.....	62
VI. APORTE PRÁCTICO.....	66
VII. CONCLUSIONES.....	101
VIII. RECOMENDACIONES.....	102
REFERENCIAS.....	103
ANEXOS.....	111

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1. Evolución histórica de la terapia cognitivo conductual	40
Tabla 2. Diseño preexperimental con pretest y postest en un solo grupo.....	47
Tabla 3. Muestra seleccionada.....	48
Tabla 4. Fiabilidad de la Escala de Indefensión Aprendida (EIA).....	54
Tabla 5. Fiabilidad de los factores de la Escala de Indefensión Aprendida (EIA).....	54
Tabla 6. Datos sociodemográficos.....	55
Tabla 7. Distribución del nivel general de Indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.	56
Tabla 8. Distribución de Indefensión aprendida, según factores, en mujeres víctimas de violencia de pareja.	57
Tabla 09. Distribución de los niveles generales de indefensión aprendida en las mujeres víctimas de violencia de pareja, según la percepción de los profesionales de salud.	59
Tabla 10. Distribución de la percepción de los niveles de indefensión aprendida, según factores, de los profesionales de la salud.	60
Tabla 11. Indefensión aprendida por factores. Encuesta aplicada a las mujeres víctimas de violencia y a los profesionales de la salud.....	60
Tabla 12. Cuadro síntesis sobre el sistema de procedimiento del programa.....	73
Tabla 13. Descripción detallada de la sesión 1	76
Tabla 14. Descripción detallada de la sesión 2	77
Tabla 15. Descripción detallada de la sesión 3	78
Tabla 16. Descripción detallada de la sesión 4	79
Tabla 17. Descripción detallada de la sesión 5	81
Tabla 18. Descripción detallada de la sesión 6	81
Tabla 19. Descripción detallada de la sesión 7	82
Tabla 20. Descripción detallada de la sesión 8	83
Tabla 21. Descripción detallada de la sesión 9	84
Tabla 22. Descripción detallada de la sesión 10	85
Tabla 23. Descripción detallada de la sesión 11	86
Tabla 24. Descripción detallada de la sesión 12	88
Tabla 25. Actividades ejecutadas del Programa Cognitivo Conductual	89
Tabla 26. Estimación del Programa Cognitivo Conductual.....	90
Tabla 27. Presupuesto del programa cognitivo conductual	92
Tabla 28. Cuadro comparativo de los resultados, en dos momentos de la evaluación a las mujeres víctimas de violencia de pareja.	96
Tabla 29. Cuadro comparativo de los resultados, según factores, en dos momentos de la evaluación a las mujeres víctimas de violencia de pareja.	97
Tabla 30. Cuadro comparativo de los resultados, es dos momentos de la evaluación, aplicado a los profesionales de la salud.	98

Tabla 31. Cuadro comparativo, según factores, de los dos momentos de evaluación, aplicado a los profesionales de la salud.	98
Tabla 32. Prueba de Normalidad Shapiro –Wilk	99
Tabla 33. Prueba de muestras emparejadas	99

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentaje del nivel general de indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.	56
Figura 2. Porcentaje de Indefensión aprendida, según factores, en mujeres víctimas de violencia de pareja.	58
Figura 3. Porcentaje de los niveles generales de indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia, según la percepción de los profesionales de la salud.	59
Figura 4. Distribución del aporte práctico	95

DEDICATORIA

Dedico mi tesis a mis padres, Pablo Bances Arana y Maria Yraida Tuñoque Santamaria, por ser mi ejemplo de perseverancia y dedicación, por su amor y apoyo emocional en cada uno de mis logros profesionales. A mi hermano Julio César Bances Tuñoque, por enseñarme a no rendirme ante las adversidades y buscar soluciones con cautela.

Deysi Jackelinne Bances Tuñoque

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento asiduo a Dios, por darme la fortaleza y voluntad para culminar y dar un paso más en mi carrera profesional. Agradezco al Dr. Juan Carlos Callejas Torres por su motivación y guía metodológica durante la elaboración de esta tesis. Así mismo, un agradecimiento especial a la Magister Lucila Elsa Arnao Morales, quien me dio alcances necesarios para el desarrollo de esta tesis y facilitó el acceso a la población.

Agradezco a las mujeres participantes, quienes me enseñaron que se puede dejar de tolerar actos violentos, empezando por cambiar ciertas conductas y pensamientos irracionales.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo aplicar un Programa Cognitivo Conductual para disminuir la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja, que asisten al Hospital “Belén” de Lambayeque. El tipo de investigación fue explicativa, con diseño preexperimental. La muestra estuvo conformada por 35 mujeres víctimas de violencia de pareja y para triangular la información se contó con la participación de 7 profesionales de salud, 3 psicólogos y 4 trabajadores sociales. El instrumento utilizado fue la Escala de Indefensión Aprendida (EIA), la cual fue adaptada y validada por el criterio de jueces experto, así mismo, se halló la confiabilidad con el estadístico Omega de Mc Donald, obteniendo un 0,980, corroborando que la escala presenta consistencia interna. Los resultados del pre test, reflejaron que el 54,3% de mujeres presentaron nivel alto de indefensión aprendida y el 45,7% un nivel bajo. En cuanto a los factores, en el factor pesimismo y dificultad para resolver problemas el puntaje más elevado fue en el nivel alto, con un 62,9%, en el factor percepción de control y calidad de vida el puntaje resaltante fue en el nivel bajo, con un 77,1% y en el factor confusión y aturdimiento el mayor porcentaje fue en el nivel alto, con un 77,1%. En ese sentido, se aplicó un programa cognitivo conductual, teniendo en cuenta las características sociodemográficas, donde se obtuvieron los resultados esperados, el 82,9% de las participantes obtuvo nivel bajo de indefensión aprendida y 17,1% nivel alto.

Palabras clave: Programa, cognitivo conductual, indefensión aprendida, mujeres víctimas de violencia.

ABSTRAC

The objective of this study was to apply a Cognitive Behavioral Program to reduce learned helplessness in women victims of intimate partner violence, who attend the “Belén” Hospital in Lambayeque. The type of research was explanatory, with a pre-experimental design. The sample was made up of 35 women victims of intimate partner violence and to triangulate the information, 7 health professionals, 3 psychologists and 4 social workers participated. The instrument used was the Learned Helplessness Scale (EIA), which was adapted and validated by the criteria of expert judges. Likewise, reliability was found with the McDonald's Omega statistic, obtaining 0.980, corroborating that the scale presents internal consistency. The results of the pre-test reflected that 54.3% of women presented a high level of learned helplessness and 45.7% a low level. Regarding the factors, in the factor pessimism and difficulty in solving problems the highest score was in the high level, with 62.9%, in the factor perception of control and quality of life the outstanding score was in the low level, with 77.1% and in the confusion and daze factor the highest percentage was at the high level, with 77.1%. In this sense, a cognitive behavioral program was applied, taking into account the sociodemographic characteristics, where the expected results were obtained, 82.9% of the participants obtained a low level of learned helplessness and 17.1% a high level.

Keyword : Program, cognitive behavioral, learned helplessness, women victims of violence.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

La violencia de pareja es una problemática social que aqueja, en su mayoría, a las mujeres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021), que al exponerse a los constantes abusos por parte de su pareja crean un estado psíquico de indefensión, en la que pierden control de su voluntad, disminuye su capacidad para solucionar problemas, carecen de motivación y aprenden patrones cognitivos de que hagan lo que hagan no podrán romper con el ciclo de violencia (Cavalié, 2022).

Ahora bien ante el confinamiento por COVID-19, las mujeres convivían durante tiempos prolongados con su agresor, es así que algunas decidían romper con su relación de pareja, sin embargo, este intento se vio frustrado, por lo que algunas continuaban con su relación disfuncional soportando maltratos (Barreto, 2020). Ello debido a que la violencia genera consecuencias graves, siendo las de mayor impacto las de carácter psicológica, como la indefensión aprendida, la cual hace que las féminas toleren la violencia (Acevedo, 2020). Asimismo, Burgos y Piza (2021) señalan a la indefensión aprendida como uno de los trastornos psicológicos más relevantes en las mujeres violentadas a causa de la pandemia.

La indefensión aprendida es un estado a nivel psíquico en que las mujeres suelen adoptar una postura indiferencia frente a hechos que le causan sufrimiento, debido a que han aprendido que hagan lo que hagan no podrán controlar los actos violentos y los toleran (Peña, 2019). Por lo que, asumen un rol pasivo en su relación amorosa, que le causa al final adaptarse a la situación de maltrato, la cual atenta contra su integridad física y emocional (Vilchez, 2022).

Dicha condición psicológica de indefensión puede generarse cuando la persona se encuentra en una situación adversa que no puede controlar, producto de las constantes respuestas en las que no ha tenido resultados positivos, por lo que deja de emitir una respuesta, lo cual al no tener estrategias para afrontar la violencia le produce falta de control, pérdida de motivación, deficiencias cognitivas y perturbación emocional que afecta su conducta manifiesta ante la violencia (Medina, 2019; Peña, 2019).

De este modo la indefensión aprendida debilita la autoestima, confianza y valía de la persona, generándole frustración y creencias de que nada puede hacer para lograr salir de la situación violenta, sintiéndose menoscabada, pesimista e indecisa (Ynga, 2021). Por tanto, la indefensión aprendida sería una de las teorías que explicaría porque la mujer mantiene su relación de pareja con su agresor (Cavalié, 2022).

Cabe precisar que las características que debe presentar las mujeres para atribuírsele que presentan indefensión aprendida y que están asociados a la violencia son: el pesimismo y dificultad para resolver problemas; baja percepción de control y calidad de vida; confusión y aturdimiento. Características en donde la mujer adopta pensamientos negativos de no poder controlar o resolver los actos agresivos que recibe por parte de su pareja, teniendo como resultado inestabilidad emocional (Neyra y Perez,2022).

La indefensión aprendida no sólo se atribuye a factores individuales de la persona, también puede desarrollarse, al tipo de educación recibida en la infancia, ya que este presenta un rol crucial para que en la adultez se desarrolle dicha condición psicológica de indefensión. Es así, que un tipo de familia de origen enmarcada en roles sociales desiguales donde la mujer tiene que adoptar una actitud sumisa y pasiva mientras los hombres una postura dominante y autoritaria, incrementa la violencia en el sexo femenino produciéndoles conductas patológicas, como el trastorno de indefensión aprendida, que no le permitirán afrontar problemas o reconocer los actos de violencia como tal (Peña, 2019).

Así pues, la mujer al estar expuesta a la violencia desde su seno familiar y en su vida de pareja, la hace propensa a desarrollar el estado psíquico de indefensión. Puesto que, a medida que la mujer se halle inmersa en el ciclo de abuso mayor será el nivel de indefensión aprendida que presente, ello debido a que la víctima normaliza la violencia y se cree incapaz de salir del contexto violento, aumentando paulatinamente el abuso (Acevedo, 2020).

Asimismo, Neyra y Perez (2022) señalan que a mayor grado de severidad de los actos de violencia será mayor la posibilidad de que las víctimas evidencien indicadores de estado de indefensión aprendida, es decir, cuanto más se ve afectada los pensamientos, sentimientos y opiniones de la mujer, mayor será la sumisión, temor, decepción, pérdida de control y dificultad de resolver la violencia.

Una causa de que se desarrolle el estado de indefensión aprendida es la reincidencia y repetidos sucesos violentos, ya sea físicos, psicológicos o sexuales, que se cristalizan en recurrentes denuncias o consultas en las entidades del estado (Vilchez 2022).

Es así que, en los hospitales estatales acuden para atención psicológica mujeres violentadas por su pareja, algunas solicitan atención con un motivo de consulta manifiesto diferente a la violencia, que en el transcurso de la entrevista y evaluación psicológica se evidencia como motivo de consulta latente los actos de violencia y los problemas psicológicos que estos producen como lo es la indefensión aprendida. Mientras que otro grupo de mujeres acuden a consulta porque deciden denunciar a su pareja y como parte del procedimiento judicial deben recibir tratamiento psicológico, pero este intento de poner fin a los actos de abuso, que vivieron durante años, no siempre tiene éxito, y siguen siendo víctimas de violencia porque en su mayoría deciden retomar su relación de pareja. Pues, según Obando (2019) existe un déficit de las autoridades públicas en el abordaje de la indefensión aprendida, trastorno psicológico que no tiene la importancia debida. Además, porque no existe mucha inversión en el abordaje y prevención de trastornos mentales en las mujeres agredidas por sus parejas (Cantillo y Mendoza, 2020).

Por tanto, la indefensión aprendida es un fenómeno psicológico de riesgo en las mujeres que sufren maltrato pues al creer que son incapaces de salir del contexto violento, aumentando gradualmente la violencia hasta el extremo de poder terminar en feminicidio (Cavalié, 2022).

En el Hospital “Belén” de Lambayeque, lugar donde se ejecutó la investigación, se encontraron mujeres víctimas de violencia que, según el personal de psicología que labora en dicho nosocomio, evidencian las siguientes **manifestaciones del problema**:

- Pasividad en las relaciones de amorosas.
- Desconfianza de sus propias habilidades y capacidades.
- Carencia de estrategias para afrontar problemas.
- Ideas pesimistas acerca de sí mismas.
- Bajo control de situaciones adversas y de bienestar personal.
- Confusión y desajuste emocional.
- Desmotivación, falta de esfuerzos cognitivos y conductuales frente a la violencia.

- Creencias y pensamientos distorsionados que afectan su comportamiento y terminan tolerando actos de violencia.
- Adaptación a la violencia que las hace muchas veces retomar su relación de pareja.
- Miedo persistente ante situaciones negativas incontrolables.
- Baja autoestima.
- Necesidad de afecto y aprobación.
- Déficit en las relaciones interpersonales.
- Falta de autonomía para empezar una actividad, por lo cual siempre consultan a su pareja.
- Presenciaron actos de violencia o fueron víctimas de maltratos, en su niñez, por sus progenitores.
- Proviene de familias donde predomina el machismo.

Ante lo descrito se llegó a formular el siguiente **problema de investigación**: Insuficiencias en el proceso cognitivo conductual incide en la indefensión aprendida en las mujeres víctimas de violencia de pareja.

De la aplicación del instrumento a las mujeres violentadas y a los profesionales de salud del hospital donde se llevó a cabo el estudio, se apreciaron las posibles causas del problema que conforman el **diagnóstico causal**, delimitando lo siguiente:

- Limitaciones en el diagnóstico contextual responsable en el desarrollo del proceso cognitivo conductual para la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.
- Insuficiente apropiación por parte de las mujeres víctimas de violencia de pareja del proceso cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida.
- Deficientes acciones de las entidades para el desarrollo del proceso cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida.
- Insuficiente actividades terapéuticas en el desarrollo del proceso cognitivo conductual para la indefensión aprendida y para la intervención de la violencia.
- Carencia de modelos proactivos en el proceso cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida, así como para salir del ciclo de violencia de pareja.

Por tanto, el **objeto de la investigación** es el proceso cognitivo conductual, a continuación se detalla algunas investigaciones que demuestran la efectividad de esta.

Ahora bien, la violencia genera consecuencias en las víctimas, pero son las de mayor impacto, las consecuencias que afecta la psique de la persona como la indefensión aprendida, que produce pérdida de control, actitud pasiva, dificultad para resolver problemas y alteraciones cognitivas, que hacen percibir a la violencia como un estilo de vida (Acevedo, 2020; Cavalié, 2022). Por ello, se considera que uno de los modelos psicológicos que ha obtenido efectos favorables en la reestructuración cognitiva, modificación de conductas y el aprendizaje de habilidades adaptativas frente a situaciones adversas es el proceso cognitivo conductual, pues según Habigzang et al. (2019) refieren que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) presenta pruebas de validez para la intervención de problemas psíquicos que genera la violencia.

Asimismo, Petersen et al. (2019), refieren que entre los diversos abordajes terapéuticos, la TCC presenta evidencias empíricas en la intervención de trastornos asociados a la violencia, más en aquellos trastornos con síntomas graves, como lo es la indefensión aprendida, producto de la exposición durante años de los actos de violencia.

Por tanto, la TCC se basa en que la conducta ya sea funcional o disfuncional es adquirida por aprendizaje por lo cual se puede modificar mediante los principios del aprendizaje, además, este enfoque no solo tiene en cuenta la conducta manifiesta sino también el entorno (Cantillo y Mendoza, 2020).

Las técnicas cognitivo conductual más empleadas en los programas para mujeres violentadas son: la técnica de exposición, las técnicas de respiración, las técnicas para el fortalecimiento de la autoestima, la técnica de reestructuración cognitiva y las técnicas de resolución de problemas (Aburto, 2021). Además, las técnicas de entrenamiento de habilidades sociales y la psicoeducación, esta última estrategia busca que las mujeres puedan reconocer experiencias antes no identificadas, como la violencia. Por ello, la importancia de dicha estrategia en la intervención del bienestar psicológico de las mujeres maltratadas pues permite reconocer a la violencia como dañina y erradicar la percepción de que no pueden salir de tal situación (Habigzang et al., 2019).

Cabe señalar, que uno de los propósitos del tratamiento cognitivo conductual es que la persona sea su propio terapeuta después de haber recibido el programa, con el fin de que reconozca pensamientos distorsionados y confrontar creencias irracionales. Además, que

pueda aplicar técnicas para solucionar sus dificultades y también pueda elaborar un plan de vida que le permita romper con el rol sumiso ante la violencia (Habigzang et al., 2019).

Así pues, se entiende que la TCC, permite intervenir en el estado psíquico de las mujeres violentadas por su pareja, modificando esquemas desadaptativos de no poder hacer nada frente a situaciones de violencia (Vilchez, 2022). Sin embargo, según la literatura científica existe un vacío en las investigaciones que aborden el proceso cognitivo conductual desde un diseño práctico y metodológico (Ubillús, 2022).

Por tanto, surge la importancia de estudiar como **campo de acción** de la investigación la dinámica del proceso cognitivo conductual.

1.2. Formulación del Problema

Insuficiencias en el proceso cognitivo conductual, incide en la indefensión aprendida en las mujeres víctimas de violencia de pareja.

1.3. Justificación e importancia del estudio

La investigación posee evidencia teórica porque se fundamentó en un marco referencial trascendente, como lo es el proceso cognitivo conductual, que muestra evidencia científica para abordar trastornos psicológicos en mujeres violentadas, es por ello que se planificó y ejecutó un programa teniendo como base dicho proceso, el cual permitió el tratamiento de la indefensión aprendida en las participantes del estudio.

Además, la investigación tiene relevancia práctica, porque durante el transcurso del estudio se determinó el nivel de indefensión aprendida, según factores, es así que se logró planificar, elaborar y ejecutar un programa de corte cognitivo conductual, según las rasgos propias de las féminas violentadas que fueron parte del estudio, lo cual permitió disminuir la indefensión aprendida que las conlleva a tolerar actos de violencia por parte de su pareja.

Así pues, la novedad científica radica en la dinámica del proceso cognitivo conductual mediante la planificación y aplicación del programa con enfoque cognitivo conductual, por lo

cual se realizó el diagnóstico contextual integral, la interpretación de los contenidos, la sistematización del proceso cognitivo conductual, logrando así la planificación y ejecución de sesiones psicológicas de prevención, apropiación y generalización para la intervención de la indefensión aprendida en mujeres violentadas.

Asimismo, la investigación presenta relevancia social porque se trabajó con una población vulnerable, como lo son las féminas maltratadas, ya que al conocer su nivel de indefensión aprendida se pudo formular y aplicar un programa cognitivo conductual, brindándoles técnicas y herramientas que les permitieron modificar aprendizajes desadaptativos, adquiridos de las constantes respuestas negativas en el intento de salir del ciclo de violencia. Ello mediante estrategias psicológicas que permitan a la mujer salir del estado psicológico de adaptación a la violencia propicio para que recuperen su bienestar integral.

A su vez, la investigación contribuye como aporte científico debido a que permitió conocer la estructura y relevancia práctica de un programa cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida en mujeres violentadas. Pues, según la literatura son escasas las investigaciones actuales que contribuyen en señalar la eficacia de programas con este tipo de enfoque, el cual aborda técnicas que permiten tratar las características peculiares de la indefensión aprendida.

Desde la perspectiva metodológica, la investigación contribuirá como antecedente para próximas investigaciones que aborden la variable de estudio indefensión aprendida. Además, permitió conocer la influencia estadística que tuvo el programa cognitivo conductual en la indefensión aprendida, así como, la validación y confiabilidad del instrumento utilizado.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivos General

Aplicar un programa cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Fundamentar epistemológicamente la dinámica del proceso cognitivo conductual y su evolución histórica.
- Determinar los niveles de indefensión aprendida, a nivel general y según factores, en mujeres víctimas de violencia de pareja.
- Elaborar un programa cognitivo conductual para la disminución de la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.
- Validar científicamente los resultados de la investigación mediante un preexperimento.

1.5. Hipótesis

Si se aplica un programa cognitivo conductual, que tenga en cuenta la relación entre la intencionalidad formativa y su sistematización, entonces se contribuye a disminuir la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Trabajos previos

La indefensión aprendida es un estado psíquico en que las mujeres violentadas reaccionan de forma indiferente ante situaciones que le generan dolor y malestar, ello debido a respuestas negativas de los constantes intentos por controlar dicha situación, lo cual produce que la persona no evite los estímulos adversos y aprenda a tolerarlos (Peña, 2019).

Según Cavalie (2022) la indefensión aprendida también llamada desesperanza o impotencia aprendida, es un estado o condición psicológica en el que la mujer al estar expuesta a una serie de situaciones desagradables, desarrolla un síndrome caracterizado en atribuir que los acontecimientos son difícil de controlar, que no existe ninguna solución para modificarlos, que cualquier sea el actuar siempre sucederá lo mismo. Es así que, la indefensión debilita la solución de problemas y la motivación para enfrentar los actos de violencia.

Más aún si desde la niñez la persona está expuesta a la indefensión aprendida, es decir, desde temprana edad adopta una postura pasiva y sumisa frente a situaciones desagradables, lo cual propiciará que la indefensión aprendida afecte el bienestar psicológico de la persona y la falta de motivación, quedando esta instaurada como un rasgo de personalidad (Medina, 2019).

Así también, en un análisis de la revisión de diversos artículos se concluyó que la indefensión aprendida es un trastorno psíquico en el que se resalta la involución en el aprendizaje a causa de la presencia de un estímulo aversivo para la persona. Es decir, es un estado psicológico que se caracteriza por el déficit de respuestas conductuales producto de situaciones desagradables (Barandiaran, 2020). En el caso de la violencia el estímulo aversivo sería los actos de agresión que pueden ser de diferente índole, ya sea física, psicológica o sexual; previo a la respuesta pasiva o de evitación de la violencia, la mujer muestra intentos por romper con este ciclo de violencia, sin embargo, estos intentos han sido negativos, por lo que la mujer se termina adaptando y evita las situaciones de violencia, además, ya no hace frente a la violencia por una desmotivación ante las respuestas negativas, en otras palabras, ya

no hace nada por ayudarse a ella misma pues se considera incapaz a pesar de contar con las capacidades o destrezas.

Cabe precisar que los factores que determinan la presencia de indefensión aprendida es el pesimismo y dificultad para resolver problemas, que hace referencia a pensamientos negativos y pesimistas, que están unidos a la dificultad para solucionar problemas y a manifestaciones somáticas que se reflejan en ansiedad, problemas digestivos y dificultad para comer. Otro factor de indefensión aprendida, es la percepción de control y calidad de vida, que refleja la presencia de adecuadas habilidades sociales para establecer relaciones interpersonales saludables, de control de las adversidades, de percepción general de una adecuada calidad de vida y ausencia de enfermedades. Cabe señalar, que para que exista indefensión aprendida debe haber una valoración o nivel bajo en este factor. El último factor, es confusión y aturdimiento, que hace referencia a estados de apatía, falta de energía, cambios o desajustes emocionales, problemas para pronosticar lo que sucederá y dificultad para generar relaciones interpersonales (Díaz-Aguado et al., 2004).

A partir de lo mencionado, y con el propósito de ahondar más en los antecedentes de esta problemática, se han tomado en cuenta, las siguientes investigaciones internacionales, nacionales y locales:

A **nivel internacional**, Cavalié (2022) ejecutó una investigación sobre indefensión aprendida, concluyó que dicha variable es un fenómeno psicológico presente en mujeres víctimas de maltrato, la cual está relacionada con síntomas psicopatológicos de ansiedad y depresión, y es un factor que explica porque prevalece la violencia. Además, señaló que las mujeres violentadas presentan menos alternativas de solución ante la violencia, en contraste de las mujeres que no lo son.

En relación al estudio efectuado por Burgos y Piza (2021) con el fin de describir los daños psicológicos en las mujeres que sufrieron violencia durante es aislamiento por COVID-19, en la ciudad de Guayaquil, se halló que los daños más relevantes son la depresión, la ansiedad y la indefensión aprendida. También, se concluyó que las participantes evidencian ansiedad y depresión, reflejadas en desesperanza, apatía, desmotivación, y ataques de pánico, las cuales forman parte del déficit emocional y motivacional de la indefensión aprendida, producto de periodos prolongados de violencia. Según la entrevista, las participantes del estudio sufrieron

abuso físico por parte de sus padres en su niñez, así como, abuso continuo durante su noviazgo y en su vida matrimonial, sus redes de apoyo social eran escasas y sus parejas sufrieron de violencia familiar, además, tenían problemas de desconfianza y de alcohol.

En Managua, Acevedo (2020) realizó una investigación con la finalidad de describir la indefensión aprendida y la depresión, en 50 féminas violentadas por su pareja. Los resultados reflejan que el 40% de participantes presentó un nivel leve de indefensión aprendida, el 34% un nivel moderado, el 16% un nivel grave y el 10% no evidencia síntomas. En conclusión, el 50% de participantes presentó nivel moderado y grave de indefensión aprendida. Además, se determinó que la indefensión aprendida es un medio que relaciona a la depresión con el estrés, pues las personas depresivas al tener problemas para afrontar situaciones estresantes las hacen propensas a desarrollar un estado de indefensión, ya que es un proceso donde la persona atribuye no poder controlar ni enfrentar los actos de violencia de su pareja. También, se concluyó que a medida que la mujer sea víctima de actos de violencia en grado severo, mayor será el nivel de indefensión aprendida que evidencie.

Peña (2019) realizó una investigación sobre dependencia emocional e indefensión aprendida, en 90 mujeres que sufrieron violencia familiar, residentes de México. Se halló que el 38% de las participantes presenta nivel bajo de indefensión aprendida, el 15% nivel muy bajo y el 2% nivel extremadamente bajo, en tanto que, el 34% de la muestra presentó nivel alto de indefensión aprendida, el 9% un nivel muy alto y el 2% un nivel extremadamente alto. En cuanto a las categorías, en la categoría pesimismo y dificultad para resolver problemas el nivel prevalente fue el nivel alto, con un 49% de la muestra. En la categoría percepción de control y calidad de vida el nivel predominante es el nivel bajo, con un 48%. En la categoría, confusión y aturdimiento predomina el nivel alto, con un 41%.

De acuerdo al estudio realizado por Garza y Gonzáles (2019), cuyo propósito fue describir los niveles de indefensión aprendida en mujeres que aceptaban o se negaban a recibir ayuda psicológica, en una muestra de 100 féminas internadas en un hospital de México. Se obtuvo que aquellas participantes que no aceptaron recibir apoyo psicológico presentan un nivel alto de indefensión aprendida. Además, se concluyó que al ser la violencia y la indefensión aprendida problemas multicausales, no es posible establecer un abordaje mediante protocolos únicos, ya que las necesidades de las víctimas son diferentes.

Por su parte, en Ecuador, Cepeda (2017) elaboró una investigación sobre indefensión aprendida y feminicidio, donde encontró que la indefensión aprendida es un estado mental que hace vulnerable a las mujeres maltratadas por su pareja, debido a que les genera alteraciones emocionales, motivacionales y cognitivas que afectan su actuar, adoptando una actitud pasiva. Además, se determinó que la severidad de los síntomas de la indefensión aprendida depende del tiempo de convivencia con el agresor y de la intensidad de las agresiones. Por ello, de los casos abordados, una de las participantes presentó nivel moderado de indefensión aprendida mientras que otra participante nivel leve. También, se llegó a la conclusión que existe indefensión aprendida en mujeres que han sido violentadas y que la indefensión aprendida es un factor previo al feminicidio.

A **nivel nacional**, Vilchez (2022) desarrolló una propuesta para disminuir la indefensión aprendida, es así que determinó que el 58,7% de las mujeres atendidas en un centro de emergencia muestran un nivel bajo de indefensión aprendida, el 27% un nivel medio y 14,3% un nivel alto. A pesar que gran porcentaje de las participantes presentó un nivel bajo, se encontró que aquellas que obtuvieron un nivel severo de indefensión aprendida, son aquellas que presentan un riesgo grave de violencia. Además, se concluyó que las mujeres del estudio que presentan indefensión aprendida probablemente provienen de ambientes familiares violentos o marcado por la desigualdad de género. Por otro lado, en su propuesta para disminuir la indefensión aprendida considera que la Terapia Cognitivo Conductual, permite intervenir en el estado emocional de las mujeres violentadas, modificando esquemas irracionales que las conducen a adaptarse a la violencia.

En Piura, Neyra y Perez (2022) efectuaron un estudio en 200 mujeres de un asentamiento humano, cuyo propósito fue estimar la relación entre violencia e indefensión aprendida. Se obtuvo que el 40% de las mujeres presentó un nivel alto de indefensión aprendida, lo que significa que dichas mujeres evidencian decepción, pérdida de control de la situación, insuficiencias para resolver problemas y adoptan una actitud pasiva con el fin de no molestar a su pareja. Además, se halló una asociación notable y elevada entre las variables de estudio, lo cual indica a mayor gravedad de la violencia mayor indicadores de indefensión aprendida presentará la víctima. También, se halló que las dimensiones pesimismo y dificultad para resolver problemas, percepción de control y calidad de vida, confusión y aturdimiento guardan relación significativa con la violencia.

En el Callao, Ynga (2021) realizó una investigación con el propósito de determinar la indefensión aprendida en 113 mujeres víctimas de violencia, se determinó que el 39.82% de las participantes presenta nivel normal de indefensión aprendida, el 23.01% un nivel leve, el 15.93% un nivel moderado y el 21.24% un nivel severo. Además, se concluyó que la indefensión aprendida debilita la autoestima, confianza y valía de la persona, generándole frustración y creencias irracionales de que nada puede hacer para lograr salir de la violencia, sintiéndose menoscabada, pesimista e indecisa.

Serna (2020) ejecutó un estudio con el fin de hallar la prevalencia de indefensión aprendida en 30 féminas violentadas que fueron atendidas en un hospital de Apoyo de Ayacucho, se obtuvo que el 43,3% de las mujeres presenta un nivel normal de indefensión aprendida, el 33,3% un nivel leve y el 23,3% un nivel moderado. Además, concluyó que las participantes podrían presentar algunos rasgos de indefensión aprendida, sin embargo, estarían negando su problemática.

En Tumbes, Barreto (2020) elaboró un trabajo, ante el incremento considerable de los casos de violencia durante la pandemia por COVID-19, en la que propone la defensa activa como una estrategia frente al estado mental de indefensión aprendida en mujeres que sufren actos de violencia. Esta propuesta implica cambiar el pensamiento irracional de indefensión aprendida, para ello se debe desterrar a nivel social estereotipos o creencias machistas, así como, a nivel personal la mujer debe desaprender patrones de desvalorización sobre ella misma. Además, la estrategia de defensa activa implica fortalecer la seguridad de la mujer, mediante el entrenamiento en habilidades físicas y psicológicas para su defensa personal y control de emociones.

También, Davila y Orihuela (2019) realizaron un estudio con el objetivo de conocer los niveles de indefensión aprendida en 400 mujeres que sufren violencia y viven en un asentamiento humano del Agustino, Lima. Se obtuvo que la categoría que mayor predominio en la muestra fue la categoría moderada, con un 44,8%, seguida de la categoría leve con un 24,8%, la categoría severa con un 18,8% y finalmente la categoría normal de indefensión aprendida con un 11,8%. Además, llegaron a la conclusión que las mujeres que presentan indefensión aprendida evidencian deseo de evitar situaciones desagradables como los actos de violencia, pues consideran que no tienen solución.

Por su parte, Medina (2019) realizó una investigación en una institución legal del Callao, en 150 féminas que fueron víctimas de violencia, de las cuales algunas viven con su agresor y otras se encontraban separadas. Se halló que ambos grupos de participantes presentan indefensión en forma de pesimismo y dificultad para solucionar problemas. Sin embargo, en los factores percepción de control de calidad de vida y confusión y aturdimiento, ambos grupos presentan diferencias significativas. Lo cual indica que las mujeres que están viviendo en otro lugar diferente al de su agresor presentan mayor percepción de control y calidad de vida con buena reinserción social y resolución de problemas, a diferencia de las que aún viven con su agresor. Ante estos hallazgos, se puede concluir que a medida que la mujer esté inmersa en la violencia presentará niveles altos de indefensión aprendida.

En Cajamarca, Huangal y Briceño (2018) hicieron un estudio para determinar la relación entre violencia conyugal e indefensión aprendida. Se concluyó que del total de la muestra el 71.4% de mujeres sufría violencia, de las cuales el 60% mostró nivel alto de indefensión en forma de pesimismo y dificultad para solucionar problemas; el 95,3% presentó nivel bajo de percepción de control y calidad de vida y el 76.47% mostró nivel alto de confusión y aturdimiento. Por tanto, se concluyó que las participantes evidencian indefensión aprendida, y que esta variable tiene relación significativa con la violencia.

A **nivel local**, Guerrero (2019) ejecutó un estudio sobre la indefensión en mujeres agredidas dentro de su entorno familiar, concluyó que la nueva ley N° 30364 de medidas de protección no favorece el bienestar integral de la mujer, pues está limitada a la emisión de una sentencia condenatoria o a la no formalización de la denuncia, por lo que el denunciado es absuelto, ya que los actos de violencia no son considerados graves sino como un delito o falta, lo cual genera que las medidas pierdan vigencia dejando en una condición de indefensión en la víctima de violencia. Así pues, el Juzgado de Familia de Lambayeque teniendo como sustento la ley mencionada dispuso 207 casos sin efectos de protección debido a que las denuncias no fueron formalizadas. Además, se comprobó que uno de los factores del incremento o reinserción de la violencia es la ineficacia del estado con respecto a las medidas de amparo para las mujeres que sufren violencia.

Marcelo (2019) realizó un investigación en 102 mujeres víctimas de violencia, en un Centro de Salud de Chiclayo, identificó que las participantes presentan sintomatología patológica en el proceso cognitivo conductual, especialmente en las áreas cognitiva, afectiva,

conductual y física; dentro de las variaciones cognitivo conductuales que presentaron, se destaca la presencia de desesperanza, ánimo decaído, sensación de indefensión permanente, culpa, enojo y baja autoestima. Por lo cual, elaboró un programa cognitivo y se empleó la técnica de dominio y agrado, asignación de tareas graduales, registro y práctica cognitiva, técnica de búsqueda de soluciones asertivas, las cuales permitieron modificar pensamientos irracionales, entrenamiento asertivo y reconocer la importancia del apoyo social.

También, Barboza y Suclupe (2023) ejecutaron un estudio que tuvo como propósito determinar la relación entre indefensión aprendida y dependencia emocional, la muestra estuvo conformada por 100 mujeres víctimas de violencia, que acudieron a denunciar en una comisaría de la Victoria, Chiclayo. Los resultados reflejaron que el 22% de las participantes obtuvo nivel alto de indefensión aprendida, el 52% nivel medio y el 26% nivel bajo. Además, señalan que las víctimas de violencia que presentan indefensión aprendida han adquirido conductas negativas que las limitan afrontar situaciones adversas que ocurren en su vida diaria, por lo tanto genera en ellas incapacidad de controlar o cambiar dichos eventos.

2.2. Teorías relacionadas al tema

2.2.1. Caracterización del Proceso Cognitivo Conductual y su dinámica

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es uno de los modelos más empleados en el tratamiento de diversos problemas psicológicos, se basa en ayudar a la persona a que modifique cogniciones, sensaciones, conductas y respuestas físicas desadaptativas por otras funcionales con el fin de abordar el trastorno mental. La TCC surge de dos teorías relevantes: la cognitiva y la conductual, es así que este modelo presenta un amplio bagaje de técnicas y herramientas que se pueden ejecutar según los indicadores psicológicos que presente la persona (Sánchez, 2008).

Asimismo, Fullana et al. (2012) define la TCC como un tipo de terapia psicológica que tiene en cuenta la presencia de pensamientos irracionales y conductas desadaptativas que conservan los síntomas asociados a los problemas mentales. En este tipo de terapia el profesional ayuda a la persona a poder identificar objetivos realistas y lo entrena a utilizar técnicas o herramientas psicológicas con el propósito de reducir sus síntomas psicológicos. Entre las técnicas más empleadas y que pertenecen a la TCC se encuentran: la técnica de

exposición, de reestructuración cognitiva o el adiestramiento en habilidades sociales. La TCC a diferencia de otras terapias es breve y directa, que tiene como propósito la modificación de cogniciones y conductas que aquejan a la persona, y utiliza tareas para realizar en casa, a fin de que la persona practique las destrezas adquiridas en la sesión.

Por tanto, la TCC se basa en ayudar a la persona a que cambie cogniciones irracionales, que luego le permitirán mejorar su estado emocional y cambiar conductas desadaptativas, ello mediante la aplicación de diversas técnicas, las cuales serán elegidas según el dominio del terapeuta y los síntomas de la persona. Es así que la TCC es una de las terapias más utilizadas y con mayor efectividad para la intervención de mujeres maltratadas, existen varias técnicas cognitivas conductuales pero va a depender de la sintomatología de la persona para elegir cual se aplica, el tratamiento dura entre 8 a 20 sesiones, las cuales pueden aplicarse de forma individual o grupal (Félix – Montes et al., 2020).

Objetivos de la Terapia Cognitivo Conductual

Los tratamientos cognitivos conductuales tienen dos grandes propósitos, el primero es cognitivo, que implica modificar creencias y pensamientos irracionales o negativos, que inciden en el malestar de la persona o en el afrontamiento inapropiado. El otro propósito es conductual, que implica modificar conductas y estrategias de afrontamiento, ya que estas mantienen el problema psicológico, para luego instaurar nuevas conductas funcionales (Losada et al., 2015).

Por otro lado, Polo y Díaz (2011) señalan que los principales objetivos de la TCC son:

- ***Reducir las cogniciones disfuncionales:*** se puede utilizar para ello el modelo cognitivo de Beck, donde se debe tener en cuenta tres elementos: el primero, las triadas cognitivas, que hace referencia a las cogniciones y actitudes pesimistas que tiene la persona sobre ella misma, sobre el entorno y su futuro. El segundo, los esquemas negativos: que se refiere a las cogniciones o pensamientos catastróficos y constantes que son generalizados por la persona debido a experiencias negativas pasadas, y de esta forma al generalizar juzga de la misma forma situaciones presentes y futuras. Finalmente, el tercero, las distorsiones cognitivas: que indica los pensamientos irracionales que llevan a la persona a tener una visión errada del entorno.

Es así que la persona al presentar el trastorno psicológico ya posee una respuesta firme y negativa hacia su entorno, y desde una lógica inadecuada, interpreta acontecimientos pasados y nuevos de manera inexacta. Además, de ello se le suma la indefensión aprendida, la cual señala que el paciente presenta una expectativa negativa que ha generalizado, la cual le señala que todo irá mal, al estar desmotivado y sin fuerzas siente que no podrá hacer nada frente a la situación, y termina por resignarse a dicha evento.

- **Mejorar la habilidad de resolución de problemas:** debido a que las personas con alteraciones psicológicas frente a situaciones estresantes evidencian dificultad en la capacidad para solucionar problemas, producto de una percepción negativa de las adversidades. Además, presentan una orientación de ver los problemas como una amenaza que no podrán resolverlos, por lo que empiezan a dudar de sus destrezas y habilidades que sumada a los sentimientos de apatía y frustración incrementan su actitud pasiva frente a los problemas.

- **Optimizar las tasas de reforzamiento positivo y aumentar las destrezas sociales y las relaciones sociales:** el déficit en las habilidades sociales no permite que la persona tenga refuerzos positivos por parte de su entorno social. Al inicio la actitud quejumbrosa del paciente atrae la atención de su entorno, pero con el pasar del tiempo estas se muestran incómodas para el ámbito social, lo cual genera la reducción de soporte social y por ende de refuerzos.

Perspectiva Fenomenológica de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Algunos autores significativos fundamentan que la TCC debe ser considerada como un conjunto de técnicas eficaces, que no se justifican a ningún modelo de intervención. Es así que, bajo el aspecto fenomenológico la TCC presenta cuatro rasgos propios (Ruiz et al., 2012):

Primero: la TCC es una terapia que se aplica dentro del ámbito de salud e interviene en las respuestas fisiológicas, afectivas, cognitivas y conductuales, que son aprendidas de forma inexacta. Dichas respuestas se han aprendido por experiencias pasadas y se ubican en el repertorio conductual. No obstante, las personas no siempre reconocen que los hábitos son aprendidos y consideran que no tienen poder sobre ellos. Por tanto, la TCC considera que la persona tiene responsabilidad de las respuestas que le generan malestar y que pueden

controlarlas.

Segundo: la TCC posee métodos, estrategias y programas para tratar diversos trastornos dentro del ámbito de la salud, cuya aplicación tiene un tiempo limitado.

Tercero: la TCC presenta en general procedimientos educativos, es decir, pueden ser aprendidos y entendidos por el paciente, ya que el tratamiento tiene una lógica.

Cuarto: la TCC tiene como esencia un carácter autoevaluator durante todo el tratamiento, es decir, constantemente la persona evalúa junto al terapeuta sus logros, aprendizajes o avances terapéuticos.

2.2.2. Evolución histórica del Proceso Cognitivo Conductual y su dinámica

A continuación se detalla la evolución histórica del proceso cognitivo conductual teniendo en consideración los siguientes elementos o indicadores de análisis:

- Característica o rasgo principal
- Autores más representativos
- Modelos y terapias

Mera (2015) señala que la TCC ha ido evolucionando constantemente, por ello consta de tres generaciones u olas relevantes, las cuales se caracterizan por ciertos sucesos y figuras representativas que han aportado modelos y terapias importantes en la aparición del modelo cognitivo conductual.

Primera generación (1897- 1959)

El principal objetivo de esta generación fue superar las restricciones y dificultades del modelo psicoanalítico, por lo que se buscó establecer una aproximación clínica fundamentada en los principios y las leyes de la conducta humana. En esta generación se destaca a la terapia conductual y entre sus figuras representativas se encuentra el padre del conductismo J.B. Watson y Skinner autor del conductismo radical u operante. Otro autor, relevante en esta generación es Wolpe, por su aporte al ejecutar trabajos en desensibilización sistemática (Mera, 2015). Además, en esta generación resalta la aportación de Pávlov con el

condicionamiento clásico (Ruiz et al., 2012).

Por consiguiente, se hablará de cada autor y sus aportaciones más significativas para el surgimiento posterior de la TCC:

Modelo del Condicionamiento Clásico de Iván Pávlov – 1897

Iván Pávlov nace en 1849, en Rusia, terminó sus estudios de doctorado en 1883 y una década después realizó investigaciones del aparato digestivo y el estudio de la segregación gástrica. Es así, que el condicionamiento clásico o respondiente fue descubierto por azar, a finales del siglo XX (1897), gracias a las investigaciones de Pávlov (Ruiz et al., 2012).

El estudio clásico de Pávlov consistía en realizar un sonido con una campana (Estímulo neutro – EN) por un tiempo antes de proporcionar el alimento (Estímulo incondicionado – EI) a un perro con mucha hambre, o de emitir una descarga de energía eléctrica (Estímulo incondicionado – EI) a un perro saciado. Luego de varias repeticiones y asociaciones entre el estímulo neutro e incondicionado, el perro que tenía hambre empezaba a salivar (Respuesta condicionada – RC) y el perro saciado huía al oír el sonido de la campana (Respuesta condicionada – RC). Esta reacción por parte del animal indicaba que se había producido el condicionamiento clásico que es un tipo de aprendizaje por emparejamiento, es decir, ante la asociación del EI con un EN, se emitirá una RC, es así que el EN se convierte en EC emitiendo por sí solo una respuesta aprendida por condicionamiento (Ruiz et al., 2012).

El conductismo de Watson – 1920

John Broadus Watson nació en 1878, empezó la revolución conductista en la segunda década del siglo XX (1920), por lo que es fundador de la escuela conductista que estaba en contra del estructuralismo y el funcionalismo. Watson afirmaba que los procesos mentales y de la conciencia no pueden ser analizados de manera objetiva, en cambio la conducta manifiesta sí, por lo cual sería el objeto de investigación de la psicología (Ardila, 2013; Ruiz et al., 2012).

Para Watson la psicología debe ser una ciencia objetiva, encargada de prever la conducta y controlarla. Los principios del conductismo, palabra acuñada por este autor, son

los siguientes: la materia de estudio de la psicología es la conducta manifiesta, que es la respuesta ante un estímulo. El método de la psicología debe ser el método experimental. No se debe tener en cuenta los paradigmas habituales que no describen la conducta y el último principio es que la conducta se puede explicar teniendo como base el condicionamiento clásico (Ruiz et al., 2012).

La psicología como ciencia no empieza con Watson, otros autores ya habían ejecutado trabajos desde una perspectiva neutral y habían estudiado el comportamiento, entre estos autores esta Pavlov, Bechterev, Thorndike, José Ingenieros y Piéron, sin embargo, Watson tuvo gran relevancia en la sociedad científica y marcó un antes y un después en el estudio de la conducta por sus estudios y publicaciones (Ardila, 2013).

Watson junto a Rayner, en 1920 publicaron el estudio realizado con el pequeño Albert. Este trabajo describe el origen de la fobia de Albert la cual fue adquirida por condicionamiento. La principal aportación del estudio fue que el miedo podía adquirirse por condicionamiento y que se podía generalizar la respuesta de temor ante la presencia de otros estímulos diferentes al estímulo condicionado inicial, además, de que el miedo podía persistir por un período prolongado de tiempo (Ruiz et al., 2012). El estudio empezó cuando Albert tenía once meses, previo al estudio se le realizaron pruebas con el propósito de conocer el área emocional del niño, para ello al pequeño se le presentó, por periodos cortos de tiempo y por primera vez animales como una rata, un conejo, entre otros, quedando en evidencia que el menor no tenía miedo a ninguno de estos animales (Polti, 2013).

El experimento consistió en asociar un estímulo que no producía ninguna respuesta, es decir era neutro (un roedor blanco) con un estímulo que producía una respuesta de miedo (el sonido de una barra de acero). Tras siete repeticiones sucesivas y emparejamientos de los estímulos, la rata producía temor en el pequeño, y esta misma respuesta aparecía ante otros estímulos similares a la rata blanca, como era el caso de un conejo, un perro o un abrigo de piel. El temor permanecía pasado 30 días del experimento y sin que se realizara otra vez el emparejamiento de los estímulos (Ruiz et al., 2012).

Modelo del Condicionamiento Operante de B.F. Skinner – 1953

Burrhus Frederick Skinner nació en 1904, junto a Pavlov son las figuras más

significativas en el surgimiento de la terapia de conducta (TC). Pues en 1953 publicó su libro *Science and human behavior*, el cual sería relevante en el origen de la terapia de conducta, en este libro se detalla cómo se ejecuta las nociones del condicionamiento operante para modificar el comportamiento y resolver ciertos problemas mentales. Skinner es estimado el psicólogo más prestigioso del siglo XX y rechazó la psicología tradicional de ahí que su propuesta sea el condicionamiento radical (Ruiz et al., 2012).

El condicionamiento operante tiene como principio que las conductas se aprenden y perduran de acuerdo al resultado que se obtenga, si es una consecuencia positiva la conducta se repetirá, Skinner define la conducta operante como aquella que puede ser controlada a través de la alteración de sus consecuencias, pero para que se pueda cambiar la conducta las consecuencias deben ser contingentes, es decir, deben ejecutarse inmediatamente después de la conducta expresada. Los procedimientos operantes básicos para la modificación de conducta son el reforzamiento, el castigo, la extinción y el control de estímulos (Ruales, 2012).

Cabe mencionar, que en el condicionamiento operante se emplean técnicas para instaurar y mantener comportamientos, entre ellas se destacan tres técnicas: moldeamiento, desvanecimiento y encadenamiento, se debe tener cuenta que previa aplicación de las técnicas se debe realizar la definición operacional de la conducta observable. Por otra parte, las técnicas para disminuir y erradicar la conducta son el costo de respuesta, tiempo fuera, saciedad o sobrecorrección. También, se hallan las técnicas de sistemas de organización de conducta, entre ellas están: economía de fichas y contrato de contingencias (Ruales, 2012).

Desensibilización sistemática de Joseph Wolpe - 1958

Joseph Wolpe desarrolló en 1958 la técnica de Desensibilización Sistemática (DS), es una herramienta que permite modificar la conducta y se aplica para tratar diversos tipos de fobias esta técnica se basa en un procedimiento de extinción de una conducta ansiosa, es decir, al exponer a la persona a un estímulo aversivo o fóbico se obtiene como resultado la extinción de la reacción ansiosa (Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016).

La DS implica enseñar a la persona a relajarse durante la confrontación de manera imaginaria con estímulo fóbico. La aplicación de esta técnica consta de tres elementos diferentes: el primero, adiestramiento en la relajación progresiva, el segundo, la elaboración

de un listado de miedos, desde el que genera mayor temor al menos ansioso. El tercero, desensibilización propiamente dicha, la cual implica presentar de manera imaginaria el estímulo que genera miedo, pero de manera gradual, mientras que la persona se encuentre relajada (Wolitzky-Taylor et al., 2010).

Desde una perspectiva teórica y a diferencia de otras técnicas la DS contribuye en disminuir las reacciones ansiosas a través de la relajación, la exposición progresiva y el aprendizaje persistente de una respuesta alternativa que sea estimulada dentro de un entorno que permite la generalización. Además, la DS es flexible en su procedimiento y presenta bases teóricas consolidadas como el condicionamiento clásico (Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016).

Segunda generación (1960 – 1983)

La principal característica de esta generación es considerar al pensamiento como el causante de la conducta, es así que se introduce el aspecto cognitivo en la terapia. En esta generación se destaca la teoría del aprendizaje social, cuyo autor más significativo es Bandura, la terapia cognitiva de Beck, la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis y la terapia de autoinstrucciones de Meichenbaum (Mera, 2015).

A continuación, se abordará las teorías de cada autor más representativo de la segunda generación para el surgimiento de la TCC:

Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis - 1961

Albert Ellis en 1955 propone la terapia racional, la que después, en 1961 la denominaría Terapia Racional Emotiva, con el fin de evidenciar la relación entre las cogniciones y las emociones, y responder así a la crítica que la confunden con el racionalismo. Finalmente, en 1994, el autor renombra su modelo por terapia racional emotiva conductual - TREC (Colop, 2016; Lega, et al. 2017).

La TREC trabaja las ideas o creencias irracionales mediante el esquema ABC, dichas ideas son producto de situaciones significativas para la persona, que con frecuencia generan malestar psicológico. Es así, que las creencias irracionales son constructos mentales que la persona crea mediante experiencias individuales, las cuales suelen producir consecuencias

emocionales y conductuales (Colop, 2016). Según la TREC, existen cuatro tipos de creencias irracionales, entre ellas se encuentran: los pensamientos demandantes, creencias catastróficas, baja tolerancia a la espera y evaluación personal, de los demás o de la sociedad (Ruiz et al., 2012).

La TREC surge en base a la creencia de que la conducta es regulada por las creencias de cada persona, y por la manera en cómo se interpreta los acontecimientos objetivos, es así que la terapia tendrá como propósito modificar las cogniciones disfuncionales o creencias irracionales que producen alteraciones psicológicas en la persona (Colop, 2016).

Ellis desarrolló el modelo ABC: donde los sucesos activadores (A) individualmente no producen reacciones afectivas, conductuales o cognitivas (C); debido a que éstas se suscitarán producto de las creencias o pensamiento (B) con respecto a dicho suceso activador. Es decir, A son los sucesos activadores, C la respuesta afectiva, conductual o cognitiva que se ejecuta y B las creencias que se tiene sobre A que son las que explican mayormente la respuesta que lleva a cabo C, siendo, B el mediador primordial entre A y C (Ruiz et al., 2012).

Con respecto a las técnicas empleadas en la TREC, se encuentran técnicas cognitivas entre ellas están las técnicas de confrontación y debate de creencias, el adiestramiento en autoinstrucciones y las técnicas de desviación cognitiva e imaginación. Entre las técnicas conductuales, se hallan el ensayo de conducta, refuerzo y castigo positivo o negativo, adiestramiento en habilidades sociales y estrategias de resolución de dificultades. Finalmente, dentro de las técnicas emocionales, se hallan la imaginación racional emotiva y las técnicas humorísticas. Por otro lado, las principales técnicas que se emplean para trabajar en casa se encuentran las técnicas cognitivas como el autorregistro, debatir grabaciones y biblioterapia. Entre las técnicas conductuales, se hallan la tarea de solución de peligros, ejercicios de metas fuera de lo corriente, autorefuerzo y autocastigo (Ruiz et al., 2012).

Terapia Cognitiva de Aaron Beck – 1963

Beck nació en 1921, desarrolló la Terapia Cognitiva a principios de los años sesenta. Este modelo cognitivo afirma que las personas ante un acontecimiento estimulante no reaccionan de forma involuntaria, sino que antes de ejecutar una respuesta describen el

estímulo, en función de patrones mentales o esquemas previos (Ruiz et al., 2012).

La Terapia Cognitiva de Beck, junto a la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis, se pueden considerar como los elementos esenciales de la segunda generación de la Terapia de Conducta, pues ante los alcances cognitivos que brindaron surge la necesidad de cambiar el término Terapia de Conducta por Terapia cognitivo conductual. Es así, que el enfoque cognitivo conductual presenta mayor poder aclaratorio que el modelo estímulo respuesta, al asociar los elementos cognitivos, conductuales, emocionales y aspectos sociales. La terapia cognitiva ha tenido avances progresivos por lo que es utilizada para una amplia gama de trastornos mentales (Ruiz et al., 2012).

La terapia cognitiva es dinámica, dirigida, estructurada y cuenta con un tiempo limitado, se emplea para diversos problemas psicológicos como la depresión, problemas relacionados con el dolor, ansiedad, entre otros. Además, se fundamenta en el sustento teórico de que las emociones y el comportamiento están definitivos por los pensamientos que la persona tiene al interpretar el mundo, es decir, sus cogniciones, verbales o no verbales, se basan en actitudes o pensamientos que son los esquemas generados de experiencias pasadas. Es así, que la terapia cognitiva, identifica y modifica los supuestos distorsionados y los falsos esquemas que se derivan de estas cogniciones. Por ello, se busca que el paciente se instruya en solucionar problemas que anteriormente consideró difíciles de tratar, ello mediante el cambio y reevaluación de sus creencias o esquemas mentales (Espinosa, 2019).

El propósito de las técnicas cognitivas es definir y contrarrestar las creencias irracionales y los supuestos disfuncionales que presenta el paciente. Es así que, el proceso de ejecución de las técnicas implica crear experiencias de aprendizaje que permitan al paciente: controlar las cogniciones automáticas negativas; reconocer las relaciones entre pensamientos, emociones y conductas; analizar las manifestaciones que favorecen o contradicen los pensamientos distorsionados; reemplazar estos pensamientos desviados por percepciones más objetivas; aprender a reconocer y cambiar las creencias irracionales que hacen que pueda distorsionar futuros eventos. La terapia cognitiva se ejecuta en 15 a 20 sesiones, usualmente una por semana, sin embargo, si los casos son severos se deben realizar dos sesiones por semana, asimismo, es necesario la terapia de apoyo una vez terminado la intervención (Espinosa, 2019).

Los elementos de la Terapia Cognitiva son los esquemas, que son patrones de pensamientos que describen la realidad que percibe la persona, los esquemas contienen creencias centrales que son las ideas sobre el propio ser, los demás, el entorno y el futuro. También, están las creencias intermedias, que son los supuestos que intervienen en los sentimientos, pensamientos y conductas de la persona. Otro elemento, son los pensamientos automáticos, son los productos cognitivos obtenidos del medio, los pensamientos, las creencias y los procesos mentales, dichos productos son de mayor acceso para la conciencia. Finalmente, están las distorsiones cognitivas que se refiere a interpretación irracional sobre el mundo (Ruiz et al., 2012).

Tercera generación (1984 – Actualidad)

Surge en los últimos 15-20 años, bajo el nombre de terapias contextuales, la característica relevante de las terapias de esta generación es que da importancia al contexto y a las contingencias naturales que experimenta la persona para facilitar el cambio. Se destacan la terapia dialéctica conductual por Linehan y la terapia de aceptación y compromiso por Hayes (Mera, 2015).

La terapia de aceptación y compromiso por Hayes – 1984

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) fue desarrollada por Hayes, quien publicó un artículo en 1984 sobre esta terapia, que es una forma de tratamiento experimental, comportamental y cognitivo, que se fundamenta en la Teoría de los Marcos Relacionales (Ruiz et al., 2012).

La ACT presenta dos conceptos centrales: El concepto de evitación experimental, que constituye una serie de conductas rígidas, generadas de una serie de regulación verbal ineficaz, para huir del sufrimiento a todo costo, por tanto se trata de controlar sentimientos y situaciones que los producen, todo ello explicaría por qué ciertas alteraciones psicológicas que producen sufrimiento se mantienen. El concepto de los valores personales, se refiere a las guías de actuación que direccionan a la realización personal (Ruiz et al., 2012).

Es así que, la ACT fomenta la aceptación mediante los valores personales, ya que estos son básicos para que la terapia tenga fundamento, tomando la terapia un enfoque existencial,

que a diferencia de otras terapias no lo tienen en cuenta. Por tanto, los valores personales son esenciales dentro de la terapia pues permiten eliminar las cogniciones y sensaciones que tienen control sobre la conducta disfuncional de la persona (Mera, 2015).

La ACT se desarrolló para tratar diversas alteraciones mentales en donde la evitación de la experiencia cumple una función importante, la cual se relaciona a eventos hostiles que en su mayoría son permanentes y difíciles de modificar. La ACT está incluida en las terapias cognitivo conductuales de la tercera generación, denominadas así, porque no pretenden eliminar los síntomas o la conducta problema, sino que se busca modificar la función de estas alterando el ambiente. Las tres nociones básicas de la ACT son la aprobación de los acontecimientos internos, la elección de valores que den significado al vivir y por último la planificación y ejecución de acciones concretas relacionados a los valores personales (Losada et al., 2015).

Por tanto, la ACT tiene como propósito enfocarse en la reacción flexible entre lo que se piensa y lo que se siente. Para ello, se requiere, primero, poseer de una técnica que permita al cliente distinguir su respuesta inflexible ante ciertos acontecimientos personales donde usualmente adopta una actitud de evitación. Como segundo aspecto, se encuentra el ayudar al cliente a crear espacios personales, con sus sensaciones y sus pensamientos. Por último, como tercer aspecto, se halla la técnica de consistente en la que se busca que el cliente defina sus cogniciones y afectos, además de ampliar su perspectiva con conductas que le permitan conectar y dar apertura a los diversos pensamientos y emociones que se logren presentar (Luciano et al., 2016).

La Terapia Dialéctica Conductual por Linehan – 1993

Marsha M. Linehan desarrolló la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) en 1993, esta terapia surge de la necesidad de crear un tratamiento para las conductas suicidas que presentan las personas con trastorno límite de la personalidad (Ruiz et al., 2012). El propósito de esta terapia es que la persona aprenda a canalizar sus emociones, para ello debe reducir las conductas desadaptativas de su estado anímico, así como, saber confiar y aceptar sus vivencias, conducta, emociones y esquemas cognitivos. Cabe mencionar, que la TCC tradicional se basa en lograr la solución de alteraciones psicológicas mediante la modificación de conducta y el cambio cognitivo, sin embargo, la terapia de Linehan propone la aprobación y validación para

desde ahí lograr el cambio (Mera, 2015).

Al ser diseñada la TDC para personas con trastorno límite de la personalidad, también permite la intervención de otras enfermedades asociadas a la desregulación emocional, que es el escaso control de emociones, es así que la terapia evidencia mayor sustento para tratar la ira, conductas suicidas, ansiedad y otros problemas psicológicos. El origen de esta terapia es la unión de la terapia cognitivo conductual con los principios del Zen, que están encaminados a la aprobación y validación (Soler et al., 2016).

La TDC es la primera en emplear algunas técnicas que son utilizadas en la actualidad, tales como el mindfulness o las herramientas de aceptación, que permiten a la persona el cambio y la aceptación (Soler et al., 2016).

A continuación, se muestra en síntesis la evolución histórica de la terapia cognitivo conductual, de acuerdo a los indicadores: característica o rasgo principal, autores más representativos y modelos y teorías.

Tabla 1

Evolución histórica de la terapia cognitivo conductual

Indicadores de análisis	Primera generación (1897- 1959)	Segunda generación (1960 – 1983)	Tercera generación (1984 –Actualidad)
Característica o rasgo Principal	El principal objetivo de esta generación fue superar las restricciones y dificultades del modelo psicoanalítico, por lo que se buscó establecer una aproximación clínica fundamentada en los principios y las leyes de la conducta humana.	La principal característica de esta generación es considerar al pensamiento como el causante de la conducta, es así que se introduce el aspecto cognitivo en la terapia.	Surge bajo el nombre de terapias contextuales, la característica principal de las terapias de esta generación es que da importancia al contexto y a las contingencias naturales que experimenta la persona para facilitar el cambio.

Autores más representativos	Pávlov, Skinner y Wolpe.	Watson, Bandura, Beck, Ellis, y Meichenbaum.	Linehan y Hayes
Modelos y terapias	En esta generación cobran importancia para la aparición de la Terapia Cognitiva Conductual los siguientes modelos y terapias: el modelo del condicionamiento clásico, el conductismo, el modelo del condicionamiento operante y la técnica de desensibilización sistemática.	En esta generación se destacan la teoría del aprendizaje social, la terapia cognitiva, la terapia racional emotiva conductual y terapia de autoinstrucciones.	Se destacan las siguientes terapias: la terapia dialéctica conductual y la terapia de aceptación y compromiso

Nota. Este cuadro muestra la evolución histórica de la terapia cognitivo conductual en base a tres generaciones y considerando sus indicadores de análisis. Tomado de Mera (2015).

A pesar de las investigaciones, el análisis y los aportes realizados al proceso Cognitivo Conductual se considera que aún existen insuficiencias relacionadas a la dinámica del proceso cognitivo conductual, que incluyen el aspecto teórico práctico, insuficiencias en el diagnóstico contextual, limitación teórica y falta de desarrollo e implementación de actividades pertinentes enfocadas a disminuir la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia.

2.2.3. Programa Cognitivo Conductual

Petersen et al. (2019), refieren que entre los diversos abordajes terapéuticos, la Terapia Cognitivo Conductual presenta evidencias objetivas en el tratamiento de trastornos psicológicos producto de la violencia, más en aquellos que presentan síntomas graves generados de la exposición durante años del maltrato.

La Terapia Cognitivo Conductual es la más empleada para la intervención de trastornos psicológico en mujeres maltratadas. Sus fases son: pretatamiento, en la cual se realiza una evaluación psicológica de la víctima mediante la aplicación de diversos tests psicológicos. El tratamiento, que se logra al aplicar técnicas, estrategias o modelos psicológicos que permitan abordar trastornos mentales. El postratamiento y el seguimiento que se ejecutan durante un mes o todo el año. Todas las intervenciones tienen como elemento

inicial la psicoeducación, entrenamiento de respiración, fortalecimiento de la valía personal, adiestramiento de habilidades sociales, fortalecimiento de elecciones ante decisiones, resolución de dificultades, técnicas cognitivas y de exposición (Félix-Montes et al., 2020).

Técnicas

El proceso terapéutico cognitivo conductual en mujeres violentadas implica sesiones con técnicas de exposición gradual, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, técnica del diálogo socrático, técnica de resolución de problemas, técnicas de entrenamiento de habilidades sociales, psicoeducación y técnicas de activación conductual. Las técnicas se aplicarán acorde a la sintomatología que presente la mujer víctima de violencia, para ello se debe realizar la evaluación psicológica y corroborar los resultados con la entrevista (Fullana et al., 2012; Félix-Montes et al., 2020; Habigzang et al., 2019).

Técnicas de Entrenamiento de Habilidades Sociales

Estas técnicas tienen como propósito que la persona aprenda estrategias y destrezas interpersonales para que cuente con capacidades personales como asertividad, buena autoestima, autonomía, toma de decisiones, que le permitan interactuar con su entorno de forma clara y precisa sin dejar vulnerar sus derechos, ni vulnerar los de los demás (Habigzang et al., 2019).

Técnica de Resolución de Problemas

Esta técnica se trabaja bajo cinco pasos: la orientación para el problema; la conceptualización de la dificultad; la propuesta de soluciones opcionales; la toma de decisiones; la ejecución de soluciones y verificación de los resultados. Es así, que la técnica permite que la persona pueda prever los resultados que se suscitarán en un acontecimiento, además, permite que la persona evalúe su capacidad de resolver situaciones adversas, para luego mejorarla alternativa de solución si considera que no fue la más pertinente (Habigzang et al., 2019).

Técnicas de Relajación

Estas técnicas tienen como propósito disminuir los niveles de activación ante situaciones estresantes, consiste en que la persona se instruya en controlar voluntariamente su ritmo respiratorio, de esa manera podrá autorregular su respiración ante situaciones adversas. Es importante recalcar que la respiración utilizada en las técnicas no es cualquiera, tiene que ser la respiración diafragmática, que es un proceso que se ejecuta en tres fases, la primera, inspiración, que consiste en tomar aire por las fosas nasales y llevarla hasta los pulmones, la segunda, pausa inspiratoria, esta es importante ya que permite que los pulmones estén en estado de inflación lo cual posibilita el intercambio gaseoso, la tercera, espiración, donde el aire se expulsa al exterior, y finalmente la cuarta, pausa espiratoria, donde los pulmones se mantienen en reposo (Ruiz et al., 2012).

Psicoeducación

La psicoeducación permite educar al paciente sobre su diagnóstico y sobre diversos temas, por ello es importante hablar sobre la violencia y el modelo cognitivo conductual, para que la persona pueda identificar pensamientos, sensaciones y comportamientos disfuncionales y cómo pueden reaccionar ante eventos estresantes. Esta estrategia permite a las mujeres reconocer experiencias antes no identificadas, como la violencia. Por ello, la importancia de la psicoeducación en la intervención psicológica de las mujeres maltratadas pues les permite reconocer los actos de violencia dejando de pensar que no podrán salir de esta situación perjudicial (Habigzang et al., 2019).

Reestructuración Cognitiva

La reestructuración cognitiva (RC) consiste en que el paciente, guiado del profesional de salud mental, reconozca y confronte sus cogniciones disfuncionales, de manera que sean reemplazadas por otras funcionales, es así que se busca disminuir o eliminar el malestar psicológico producto de tales pensamientos irracionales. En la RC las cogniciones son calificadas como supuestos y tanto el psicólogo como el paciente se dirigen a recolectar datos que establezcan si dichos supuestos son adecuados o válidos. El psicólogo en ningún momento señala que pensamientos alternativos son válidos, su función es realizar diversas preguntas y plantear actividades prácticas con el fin de que sea el propio paciente que determine la validez de dichos pensamientos (Bados y García, 2010).

2.3. Marco Conceptual

Aprendizaje: es la adquisición o modificación de conocimientos, creencias, conductas o destrezas, como resultado de la práctica o de los sucesos que se viven diario (Ayarza, 2019).

Confusión y aturdimiento: es un factor de la indefensión aprendida que hace referencia a estados de apatía, cambios o desajustes emocionales, problemas para pronosticar lo que sucederá y dificultad para generar relaciones interpersonales (Díaz-Aguado et al., 2004).

Deficiencia motivacional: se trata de una disminución de los esfuerzos, producto del aprendizaje de que la respuesta emitida no resolverá el problema y por ende no servirá de nada, quedando totalmente desmotivados, es así que las personas no reaccionan porque consideran que no podrán alcanzar la conducta deseada, a pesar de tener las cualidades y destrezas (Díaz-Aguado et al., 2004).

Estrategias de afrontamiento: hace referencia a los esfuerzos a nivel cognitivo o conductual que ejecuta la persona para contrarrestar los factores estresantes, son las herramientas con las que cuenta la persona para enfrentar de forma asertiva una situación conflictiva (Morales, 2022).

Indefensión aprendida: llamada desesperanza o impotencia aprendida, es un estado o condición psicológica en el que la mujer al estar expuesta a una serie de situaciones desagradables, desarrolla un síndrome caracterizado en atribuir que los sucesos son incontrolables, que no puede hacer nada para modificarlos, que haga lo que haga siempre se tendrá el mismo resultado (Cavalié, 2022).

Percepción de control y calidad de vida: este factor de la indefensión aprendida refleja la presencia de adecuadas habilidades sociales para establecer relaciones interpersonales saludables, de control de las adversidades, de percepción general de una adecuada calidad de vida y ausencia de enfermedades (Díaz-Aguado et al., 2004).

Pesimismo y dificultad para resolver problemas: es un factor de la indefensión

aprendida que hace referencia a pensamientos negativos y pesimistas, que están unidos a la dificultad para solucionar problemas y a manifestaciones somáticas que se reflejan en ansiedad, problemas digestivos y dificultad para comer (Díaz-Aguado et al., 2004).

Programa: es un conjunto de actividades estructuradas para prevenir un problema de salud mental o para resolver alguna enfermedad que atañe a la persona (Freiria y Feld, 2005).

Psicoeducación: es un proceso en el que el terapeuta describe al paciente y a sus familiares sobre la enfermedad, tratamiento y pronóstico, basado en información fiable y actual. Es una herramienta de cambio en la que no sólo se define el diagnóstico, sino también otras situaciones cotidianas que están relacionadas a la enfermedad de la persona, con el fin de disminuir su malestar psicológico (Godoy et al., 2020).

Psicoterapia: es un método terapéutico dirigido a personas con alteraciones en su bienestar psicológico, en donde el profesional de la salud mental interactúa con el paciente utilizando como recurso psicológico la palabra, este método busca que el paciente aprenda sobre su trastorno y su estado emocional, sus pensamientos y su conducta desadaptativa (Mayo Clinic, 2021).

Reestructuración Cognitiva: radica en que el paciente, guiado del profesional de salud mental, reconozca y confronte sus cogniciones disfuncionales, de manera que sean reemplazadas por otras funcionales con el fin de disminuir o erradicar el problema psicológico producto de tales pensamientos desadaptativos (Bados y García, 2010).

Terapia Cognitivo Conductual: es un modelo terapéutico que se basa en ayudar a la persona a que cambie cogniciones irracionales, que luego le permitirán mejorar su estado emocional y cambiar conductas desadaptativas, ello mediante la aplicación de diversas técnicas, las cuales serán elegidas según los síntomas que presente la persona (Félix – Montes et al., 2020).

Violencia de Pareja: se refiere al comportamiento agresivo o actos violentos de la pareja o ex pareja que causan lesiones físicas, malestar psicológico o daño sexual (OMS, 2021).

III. MÉTODO

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

El tipo de investigación según su **objetivo** es aplicada, ya que mediante la teoría del proceso cognitivo conductual se buscó diseñar un programa, con este enfoque, que permita solucionar el problema de la indefensión aprendida en una población vulnerable, como lo es la víctima de violencia (Arias y Covinos, 2021).

Según la **profundización del objeto** el estudio es explicativo, ya que se busca establecer las causas en que se produce el fenómeno de estudio, es decir, se centra en explicar por qué se suscita la indefensión aprendida y en qué circunstancias se presenta (Villanueva, 2022).

Asimismo, teniendo en cuenta los **tipos de datos recolectados** es una investigación mixta, debido a que implica una serie de procesos que permiten la obtención, análisis e interpretación de los resultados tanto cuantitativos y cualitativos, con el fin de dar solución a un problema. Es así, que se aplicó la Escala de Indefensión Aprendida para obtener datos cuantitativos, además se analizó datos cualitativos del proceso cognitivo conductual, todo ello permitió planificar y ejecutar un programa cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida en mujeres violentadas (Hernández- Sampieri y Mendoza, 2018).

También, la investigación según el **tipo de inferencia** es hipotético- deductivo pues parte de afirmaciones generales para llegar a una particular, que sería la hipótesis a verificar, lo cual permite generar un nuevo conocimiento y plantear soluciones al problema. Es decir, que se busca deducir que al aplicar un programa de corte cognitivo conductual permitió disminuir la problemática de indefensión aprendida en mujeres violentadas por su pareja (Sánchez, 2019).

Con respecto al **periodo temporal** la investigación es transversal, porque se buscó medir la variable de estudio, indefensión aprendida en un único y solo momento (Arias et al, 2022).

Finalmente, en cuanto al **diseño de investigación** es preexperimental porque el grado de control realizado es mínimo, es así que se aplicó a las mujeres violentadas un pretest, luego se ejecutó el programa cognitivo conductual y posterior a ello se aplicó el postest, todo esto con el fin de verificar la hipótesis que se planteó en la investigación (Hernández- Sampieri y Mendoza, 2018).

Tabla 2

Diseño preexperimental con pretest y postest en un solo grupo

DISEÑO PREEXPERIMENTAL			
PRETEST Y POSTEST			
	Pretest	Estímulo	Postest
GE	O1	X	O2

Nota. en esta tabla se aprecia el diseño preexperimental. Donde, GE: es el grupo experimental; O1: es el pretest; X: es el estímulo (Programa Cognitivo Conductual); finalmente, O2: es el postest.

3.2. Variables, Operacionalización

Variable independiente: Programa Cognitivo Conductual

Variable dependiente: Indefensión Aprendida

Operacionalización de variables: Adjuntadas en el Anexo 1.

3.3. Población, muestreo y muestra

Población.

La población estuvo compuesta por 35 mujeres víctimas de violencia de pareja, cuyas edades se encuentran entre 18 a 65 años y que fueron atendidas en el departamento de psicología del Hospital “Belén” de Lambayeque.

A fin de triangular la información, se tendrá en cuenta la información brindada de 7 profesionales de salud que laboran en dicho hospital.

Muestra.

La muestra será de tipo no probabilística, las mismas 35 mujeres víctimas de violencia de pareja que integran la población de estudio, cuyas edades se encuentran entre 18 a 65 años y que fueron atendidas en el servicio de psicología del Hospital “Belén” de Lambayeque. A su vez, para triangular la información, se contará con 7 profesionales que trabajan en dicho nosocomio, entre ellos 3 psicólogos y 4 trabajadores sociales, los cuales son los que brindan la atención asistencial a la víctima de violencia, de tal forma los participantes se muestran a continuación:

Tabla 3

Muestra seleccionada

N°	Participantes del estudio	Frecuencia
1	Mujeres violentadas	35
2	Profesionales de salud	7
Total		42

Nota. En esta tabla se muestra el número de fuentes de verificación para el desarrollo del estudio.

3.3.1. Criterios e Inclusión

- Mujeres víctimas de violencia de pareja que acepten mediante el consentimiento informado participar de la investigación.
- Mujeres víctimas de violencia de pareja, según el tamizaje de violencia, atendidas en el servicio de psicología del Hospital “Belén” de Lambayeque.
- Mujeres víctimas de violencia de pareja de 18 hasta 65 años de edad.
- Mujeres víctimas de violencia de pareja que no tengan discapacidades físicas o mentales para resolver la escala de indefensión aprendida.

3.3.2. Criterio de Exclusión

- Mujeres que no sean víctimas de violencia de pareja.
- Mujeres violentadas que no estén dentro del rango de 18 a 65 años.
- Mujeres violentadas que no desean participar de la investigación.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

3.4.1. Técnicas

Encuesta: es una técnica que contiene interrogantes o preguntas que buscan medir características o problemas de una población, así pues, la encuesta permite la recopilación de información de forma eficaz y en corto tiempo, para que luego dicha información sea procesada e interpretada, además, permite cuantificar la información obtenida (Casas et al., 2003).

Entrevista: es una técnica en la que el investigador establece una conversación con el participante con el propósito de recabar información, la entrevista permite obtener información completa, profunda y útil pues mediante preguntas abiertas o cerradas se puede aclarar dudas que permitan obtener la información requerida (Díaz-Bravo et al., 2013).

Análisis documental: es una técnica que implica utilizar procesos cognitivos para describir artículos y documentos de manera sistemática en un solo documento, es así que comprende el análisis de fuentes bibliográficas extrayendo datos relevantes de la variable de estudio (Dulzaides y Molina, 2004).

Observación directa: permite al investigador recopilar información directamente de la población o sujeto de estudio (Arias et al., 2022).

3.4.2. Instrumento

Según Díaz-Aguado et al. (2004) la Escala de Indefensión aprendida (EIA): tiene como propósito describir la percepción que tiene la persona sobre el control de los problemas y el estado psicológico de indefensión aprendida. La escala está constituida por 29 ítems

divididos en tres factores: pesimismo y dificultad para resolver problemas, percepción de control y calidad de vida, confusión y aturdimiento. Su aplicación puede ser personal o grupal, en un tiempo aproximado de 20 a 30 minutos.

Las respuestas de la escala son: “muy en desacuerdo”, “algo en desacuerdo”, “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “algo de acuerdo” y “muy de acuerdo”, las personas deberán seleccionar aquel grado que se aproxime a su conducta manifiesta.

En cuanto a las normas de corrección, la escala está compuesta por tres factores, para obtener los puntajes de estos se deben sumar el valor de las respuestas de cada una de las preguntas que pertenecen a cada factor. El factor 1: Pesimismo y dificultad para resolver problemas, está integrado por los siguientes 12 ítems: 5, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 24. El factor 2: Percepción de control y calidad de vida: lo constituyen los siguientes 10 ítems: 1, 3, (-) 6, 7, 8, 10, (-) 14, 22, 26, 27. El factor 3: confusión y aturdimiento, está integrado por los siguientes 7 ítems: 2, 4, (-) 18, (-) 23, 25, (-) 28, (-) 29.

Cabe mencionar que algunos ítems están formulados en sentido inverso, por ello para las puntuaciones se debe realizar su conversión de la siguiente manera: 5=1, 4=2, 3=3, 2=4 y 1=5, los ítems en sentido negativo son aquellos que presentan un signo (-) antes del ítem, los cuales son el 6, 14, 18, 23, 28 y 29.

Para determinar si la persona presenta indefensión aprendida debe manifestar niveles altos en el factor 1 y 3, y nivel bajo el factor 2, los demás casos se consideran que la persona no presenta el problema de indefensión aprendida. Para efectos de este estudio y su análisis, las mujeres que presentan este estado de indefensión se considerará que tienen un nivel alto de indefensión aprendida y aquellas que no presentan se las ubicará en un nivel bajo de indefensión aprendida.

Las normas de interpretación de los puntajes obtenidos en los tres factores se realizan según los siguientes puntajes: para el factor 1, del puntaje 12 al 39 es nivel bajo y del 40 al 60 nivel alto; para el factor 2, del 10 al 36 nivel bajo y del 37 al 50 nivel alto. Por último el factor 3, del 6 al 20 nivel bajo y del 21 al 35 nivel alto.

La Escala de Indefensión Aprendida ha sido utilizada por diversos estudios a nivel

nacional e internacional, además, ha sido adaptada en mujeres agredidas por su pareja. Cuenta con validez de contenido de un valor mayor a 0.79. En cuanto, a la confiabilidad de la escala presenta fiabilidad en el alfa de Crombach con el valor entre 0,76 y 0,81 (Díaz-Aguado et al., 2004).

Para realizar la investigación, se procedió a ejecutar una prueba piloto con una muestra de 36 mujeres víctimas de violencia de pareja, para lograr la adaptación de la Escala de Indefensión Aprendida al contexto. Una vez recogido los datos se elaboró una matriz haciendo uso del programa Excel, para luego ser procesados utilizando el software SPSS. Para encontrar la fiabilidad se invirtió los ítems negativos, los cuales fueron el ítems 1, 3, 7, 8, 10, 17, 18, 22, 23, 26, 27 y 29, luego se aplicó el estadístico Omega de Mc Donald obteniendo un coeficiente de 0,980, lo que indica que la escala denota validez y fiabilidad para medir la variable indefensión aprendida, en mujeres que sufrieron de violencia por parte de su pareja.

3.5. Procedimientos de análisis de datos

Se solicitó permiso al director del nosocomio donde se ejecutó el estudio, ello mediante una solicitud donde se pedía la autorización para el acceso a las mujeres que sufrían violencia por parte de su pareja y eran atendidas en el servicio de psicología.

Al inicio de la entrevista psicológica, se invitó a las féminas violentadas a ser parte del estudio y aquellas que dieron su aprobación, se les entregó el consentimiento informado donde se les explicó el objeto de la investigación y en qué consistía su participación, para luego aplicar la Escala de Indefensión aprendida, así como, ejecutar el programa cognitivo conductual.

Una vez recolectado los datos de la aplicación de la escala se elaboró una matriz haciendo uso del programa Excel. Se utilizó el software SPSS para estimar la frecuencia y porcentaje de la categoría general de la escala y para obtener los niveles por factores, los cuales serán presentados en tablas personalizadas. En cuanto, a la realización de gráficos se utilizó el programa Excel.

3.6. Criterios éticos

Se tendrá en cuenta los principios éticos establecidos por la Comisión Nacional para la protección de las personas en investigaciones biomédicas y del comportamiento (1979), que fueron plasmados en el Informe Belmont y son:

Respeto a las personas: se refiere al respeto por la libertad de la persona, ello implica, respetar su autonomía y voluntad de decidir participar en la investigación o no y de ser informados de manera adecuada sobre la investigación.

Beneficencia: implica que toda investigación debe incrementar los beneficios para la población de estudio y evitar ocasionarles perjuicios, malestar o daño.

Justicia: hace referencia a que las personas deben recibir el mismo trato durante la investigación, sin importar la educación, posición social o edad, sin distinciones y haciendo una distribución equitativa de acuerdo a lo que se merecen.

3.7. Criterios de rigor científico

Los criterios que se tuvieron en consideración son los que a continuación se mencionan (Noreña et al, 2012):

Validez: atañe a la interpretación verídica de los resultados, previa recolección de información mediante instrumentos validados y el análisis de los resultados a partir de fuentes teóricas obtenidas de bases de datos confiables y científicas.

Confiabilidad: hace referencia a la fiabilidad del instrumento utilizado y a la consistencia durante el tiempo de los resultados obtenidos, es decir, se aplicó un instrumento que es fiable porque se obtuvo resultados similares a otros estudios que miden la variable investigada.

Credibilidad: se logra cuando se obtiene información de los fenómenos o sucesos tal como los perciben las personas, volviendo así la información auténtica que servirá para estudios posteriores.

Confortabilidad: este criterio permite conocer el rol y criterio ético del investigador

durante la recolección de información, es así que los resultados del estudio reflejan que la información fue recolectada de forma veraz y válida por parte del investigador.

Relevancia: la investigación se ejecutó por la insuficiencia en el proceso cognitivo conductual, a nivel práctico, pues son escasos los estudios que reflejen la efectividad de programas que utilicen técnicas cognitivo conductual para el abordaje de la indefensión aprendida, en mujeres que sufren agresiones por parte de su pareja, de ahí la importancia del estudio pues permite nuevos hallazgos y la configuración de nuevas estrategias para abordar el problema.

IV. RESULTADOS

4.1. Fiabilidad del Instrumento de Recolección de Datos

Tabla 4

Fiabilidad de la Escala de Indefensión Aprendida (EIA)

Omega de McDonald	N de elementos
,987	29

Nota. Se aprecia el índice de fiabilidad obtenido en la EIA, estimado con el coeficiente Omega de McDonald.

En la Tabla 4, se observa que los resultados obtenidos sobre la fiabilidad que evidencia la Escala de Indefensión aprendida aplica a las 35 mujeres víctimas de violencia de pareja, demuestran que es confiable por presentar un coeficiente Omega de McDonald de 0,987, lo que significa que el instrumento cuenta con validez y fiabilidad para identificar la variable indefensión aprendida en mujeres víctimas violentadas.

Tabla 5

Fiabilidad de los factores de la Escala de Indefensión Aprendida (EIA)

Factor	Omega de McDonald	N de elementos
Pesimismo y dificultad para resolver problemas	,787	12
Percepción de control y calidad de vida	,768	10
Confusión y aturdimiento	,827	7

Nota. Se muestra el índice de fiabilidad de los tres factores de la Escala de Indefensión aprendida aplicando el estadístico Omega de McDonald.

En la Tabla 5, se aprecia que la fiabilidad obtenida en las dimensiones de la Escala de Indefensión Aprendida (EIA) son confiables, debido a que tienen un coeficiente Omega de Mc Donald mayor a 0,70, lo que indica que el instrumento posee validez y fiabilidad para identificar el nivel por factores de indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia.

4.2. Datos Sociodemográficos de la población de estudio

Tabla 6

Datos sociodemográficos

Grado de Instrucción	fi	%
Primaria	20	57,1%
Secundaria	11	31,4%
Técnica	4	11,4%
Ocupación	fi	%
Ama de casa	22	62,8%
Empleada	10	28,5%
Técnica	3	8,5%
Tipo de violencia	fi	%
Violencia física y psicológica	15	42,9%
Violencia psicológica	20	57,1%

Nota. Se detallan los datos sociodemográficos de las mujeres víctimas de violencia, teniendo en cuenta el grado de instrucción, ocupación y tipo de violencia.

En la Tabla 6, se evidencia que del total de la población de estudio el 57,1% de las mujeres víctimas de violencia estudió primaria completa y el 11,4% cuenta con estudios técnicos. Además, el 62,8% se desempeña como ama de casa y el 28,5% posee un empleo. También, el 42,9% fue víctima de violencia física y psicológica y el 57,1% fue víctima de violencia psicológica.

4.3. Resultados de pretest

Se diagnosticó el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual con el fin de recolectar información sobre la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden al Hospital “Belén” de Lambayeque, por lo cual se aplicó la Escala de Indefensión Aprendida con el propósito de recabar datos estadísticos acerca de la dinámica del objeto, por ello, se elaboró dos cuestionarios uno dirigido a las mujeres víctimas de violencia y otro dirigido al personal de salud que labora en el hospital. El instrumento se

aplicó a una muestra de 35 mujeres y 7 profesionales de la salud, dicho instrumento consta de 29 ítems, al igual que el cuestionario dirigido a los profesionales (Ver Anexo N° 3).

4.3.1. Resultados del pretest, sobre indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja

Tabla 7

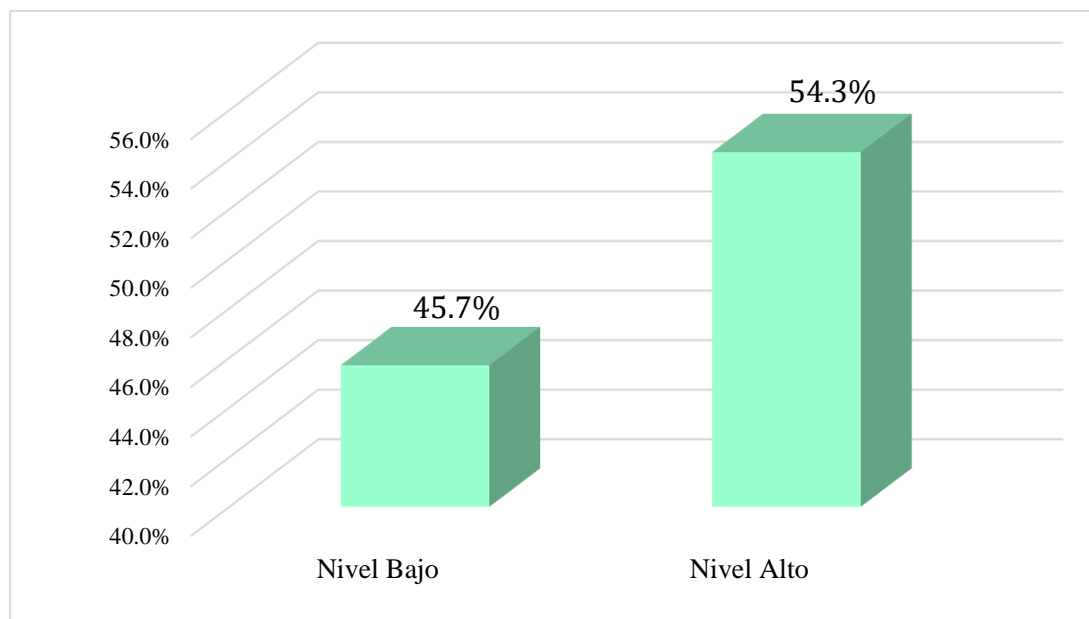
Distribución del nivel general de Indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Nivel de indefensión aprendida	fi	%
Nivel Bajo	16	45,7%
Nivel Alto	19	54,3%

Nota. La tabla muestra la frecuencia y porcentajes de los niveles generales de indefensión aprendida en las mujeres víctimas de violencia de pareja.

Figura 1

Porcentaje del nivel general de indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.



Nota. La figura muestra el porcentaje según el nivel general de indefensión aprendida en las mujeres víctimas de violencia de pareja.

En la Tabla 7 y en la figura 1, se aprecia que, de las 35 mujeres víctimas de violencia de pareja, el 54,3% presenta nivel alto de indefensión aprendida, mientras que el 45,7% presenta nivel bajo indefensión aprendida.

Tabla 8

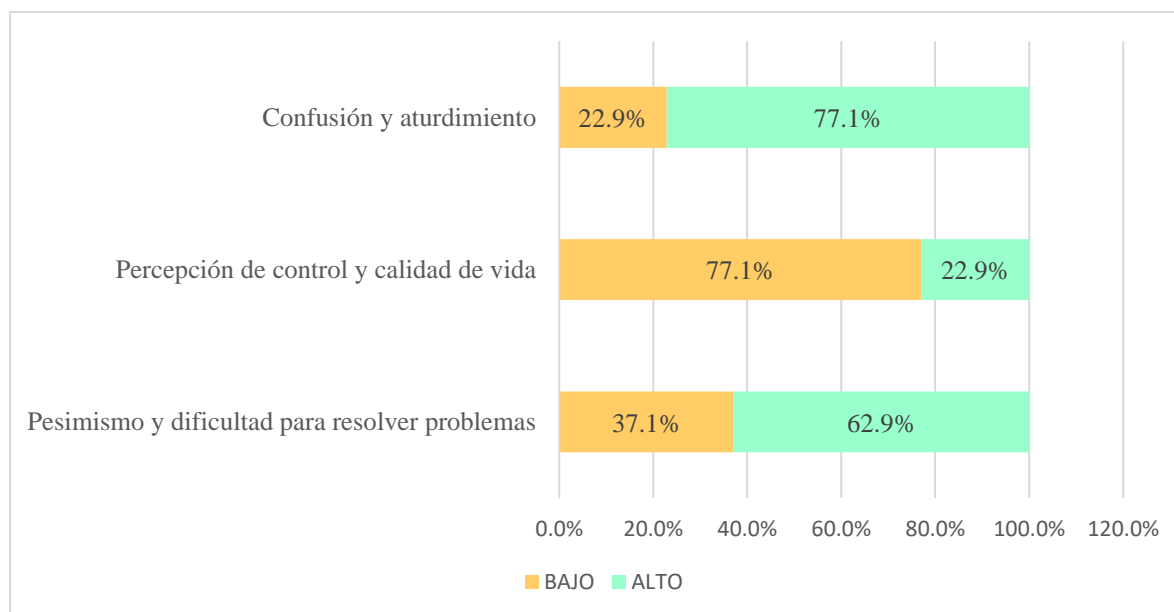
Distribución de los niveles de Indefensión aprendida, según factores, en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Factores	BAJO		ALTO	
	fi	%	fi	%
Pesimismo y dificultad para resolver problemas	13	37,1%	22	62,9%
Percepción de control y calidad de vida	27	77,1%	8	22,9%
Confusión y aturdimiento	8	22,9%	27	77,1%

Nota. En la tabla se aprecia la frecuencia y porcentaje de los niveles según cada factor de indefensión aprendida.

Figura 2

Porcentaje de Indefensión aprendida, según factores, en mujeres víctimas de violencia de pareja.



Nota. En la figura se aprecia el porcentaje de los niveles, según factor de indefensión aprendida.

En la Tabla 8 y en la Figura 2, se observa que en el factor 1: pesimismo y dificultad para resolver problemas el puntaje más elevado es el nivel alto, con un 62,9%, en el factor 2: percepción de control y calidad de vida el puntaje resaltante es el nivel bajo, con un 77,1% y en el factor 3: confusión y aturdimiento el nivel alto obtuvo mayor porcentaje, con un 77, 1%, dichos resultados explicarían porque el 54,3% de las participantes presenta indefensión aprendida, pues para que se considere la presencia del problema de indefensión aprendida la persona debe obtener un nivel alto en el factor 1 y 3, mientras que en el factor 2 debe presentar nivel bajo.

4.3.2. Resultados sobre la distribución de los niveles generales de indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja según la percepción de los profesionales de salud.

Tabla 09

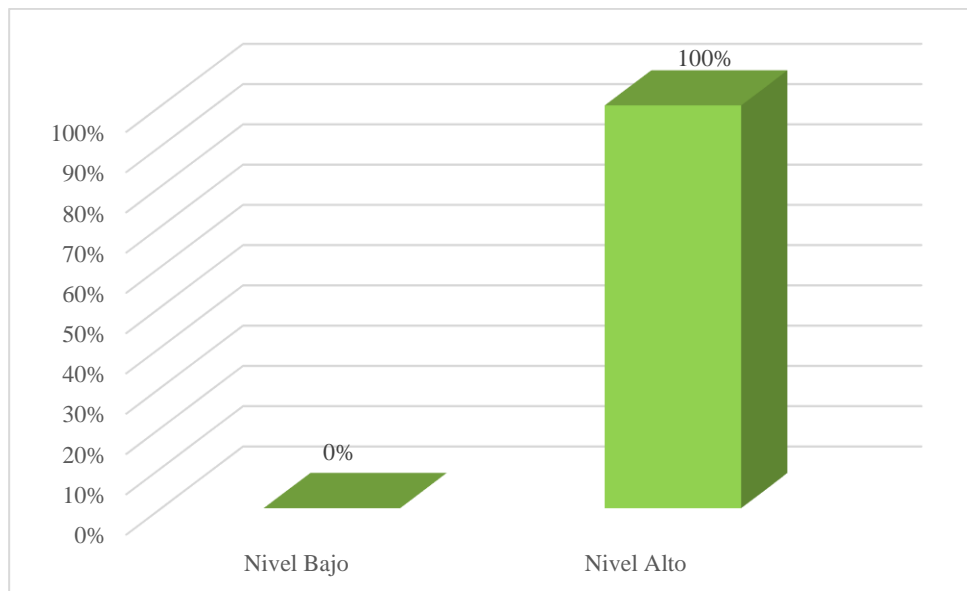
Distribución de los niveles generales de indefensión aprendida en las mujeres víctimas de violencia de pareja, según la percepción de los profesionales de salud.

Nivel de indefensión aprendida	fi	%
Nivel Bajo	0	0%
Nivel Alto	7	100%

Nota. Se evidencia los resultados de los niveles generales de indefensión aprendida en las mujeres víctimas de violencia de pareja, según la percepción de los profesionales de salud.

Figura 3

Porcentaje de los niveles generales de indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia, según la percepción de los profesionales de la salud.



Nota. Resultados del nivel general de indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia, según la percepción de los profesionales de la salud.

Los datos presentados en la Tabla 9 y en la Figura 3, evidencian los niveles generales de indefensión aprendida según la percepción de los profesionales de la salud, de los cuales el 100% percibe que las mujeres víctimas de violencia presentan nivel alto de indefensión aprendida.

Tabla 10

Distribución de la percepción de los niveles de indefensión aprendida, según factores, de los profesionales de la salud.

Factores	BAJO		ALTO	
	fi	%	fi	%
Pesimismo y dificultad para resolver problemas	0	0%	7	100%
Percepción de control y calidad de vida	7	100%	0	0%
Confusión y aturdimiento	0	0%	7	100%

Nota. Se evidencia la percepción de los niveles de indefensión aprendida, según factores, de los profesionales de la salud.

En la Tabla 10, se observa que, según la percepción de los profesionales de la salud, en el factor 1, pesimismo y dificultad para resolver problemas, así como, en el factor 3, confusión y aturdimiento, el 100% considera que las mujeres víctimas presentan un nivel alto. Además, el 100% considera que en el factor 2, percepción de control y calidad de vida, las mujeres violentadas evidencian un nivel bajo. Por tanto, los resultados reflejan que el 100% de los profesionales de la salud consideran que las mujeres víctimas de violencia presentan un nivel alto de indefensión aprendida.

4.3.3. Resumen de resultados según factores de indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja y en profesionales de la salud del Hospital “Belén” de Lambayeque.

Encuesta a mujeres víctimas de violencia de pareja y a profesionales de la salud

Tabla 11

Indefensión aprendida por factores. Encuesta aplicada a las mujeres víctimas de violencia y a los profesionales de la salud.

Nivel por factor	Instrumento aplicado para la recopilación de información	
	Encuesta a mujeres víctimas de violencia	Encuesta a profesionales de la salud

	fi	%	fi	%
Pesimismo y dificultad para resolver problemas				
Bajo	13	37,1%	0	0%
Alto	22	62,9%	7	100%
Percepción de control y calidad de vida				
Bajo	27	77,1%	7	100%
Alto	8	22,9%	0	0%
Confusión y aturdimiento				
Bajo	8	22,9%	0	0%
Alto	27	77,1%	7	100%
Total	35	100%	7	100%

Nota. En la tabla 11 se evidencia los resultados del pretest, aplicado a las mujeres víctimas de violencia y a los profesionales de la salud.

En la Tabla 11 se expone un resumen en frecuencias y porcentajes, teniendo en cuenta los niveles por factor de la variable indefensión aprendida, resultados que se adquirieron de la aplicación del instrumento a las mujeres víctimas de violencia de pareja y a los profesionales de la salud.

V. DISCUSIÓN

Al analizar los resultados obtenidos luego de aplicar el instrumento de evaluación, a las participantes, se encontró que el 54,3% de las mujeres víctimas de violencia presentan nivel alto de indefensión aprendida, mientras que el 45,7% evidencian nivel bajo. En cuanto, a la percepción de los profesionales de salud que laboran en el hospital estatal donde se ejecutó la investigación consideran que el 100% de las mujeres violentadas presentan nivel alto de indefensión aprendida. En ese sentido, los resultados encontrados coinciden con el estudio de Acevedo (2020), quien investigó la indefensión aprendida en mujeres violentadas e identificó que el 34% y 16% de las participantes, obtuvo un nivel moderado y grave respectivamente, sumando un total de 50% de las mujeres que presentan este estado psicológico de indefensión.

A su vez, según los resultados la mayor cantidad de participantes presentan la problemática de indefensión, lo cual se asemeja a los hallazgos encontrados en el estudio de Davila y Orihuela (2019), quienes determinaron que de las féminas violentadas, el 44,8% presenta nivel moderado y el 18,8% nivel severo, sumando un total de 63,6%. Por tanto, los resultados evidencian que la indefensión aprendida es un estado psíquico presente en las mujeres maltratadas por su pareja, así lo menciona Cavalié (2022) quien en su estudio concluyó que la indefensión aprendida es un estado mental presente en mujeres violentadas y es un factor que explica porque la víctima tolera actos de violencia y prevalece con su agresor.

Además, a nivel local la problemática de indefensión aprendida no es ajena a la encontrada en este estudio, ello a que también se evidenció porcentajes considerables de indefensión aprendida en la investigación de Barboza y Suclupe (2023) quienes determinaron que, el 22% de mujeres víctimas de violencia, que acudieron a denunciar a una comisaría de Chiclayo, presentaron nivel alto de indefensión aprendida y el 52% nivel medio, lo que refleja que un total de 74% de las participantes muestra indicadores de indefensión, un estado donde la víctima ha adquirido conductas negativas que limitan sus capacidades para afrontar situaciones adversas, por lo que recurren a entidades públicas como medio de solución ante la violencia, puesto que se consideran incapaces de romper con el ciclo de violencia por sí solas.

Sin embargo, los resultados difieren de la investigación realizada por Serna (2020), quien trabajó con mujeres violentadas atendidas en un hospital de apoyo y encontró que solo el 23,3% evidencian nivel moderado de indefensión. También, existe incompatibilidades de los resultados con el estudio de Peña (2019) ya que encontró que el 34% de mujeres que sufrieron violencia familiar presentó nivel alto de indefensión aprendida, el 9% un nivel muy alto y el 2% un nivel extremadamente alto. Es conclusión, el 45% de las participantes evidenció el problema de indefensión aprendida. Los hallazgos también difieren con los descritos por Neyra y Perez (2022), quienes encontraron el 40% de las mujeres que viven en un asentamiento humano presentan nivel alto de indefensión aprendida, lo que significa que dichas mujeres han perdido el control de los actos violentos, tienen dificultad en la resolución de problemas y adoptan una actitud pasiva con el fin de no incomodar a su pareja. Por su parte, Ynga en su investigación (2021) halló que el 37,17% de mujeres violentadas presentó nivel moderado y severo de indefensión aprendida, y sostiene que este estado psicológico debilita la autoestima, confianza y valía de la persona, generándole creencias irracionales de no poder hacer nada para salir de la violencia.

Por otro lado, se encontró diferencias con el estudio de Vilchez (2022) quien planteó una propuesta psicológica para disminuir la indefensión aprendida y determinó que el 27% de mujeres violentadas presenta un nivel medio y el 14,3% un nivel alto, es decir, el 41,3% presenta indicadores de indefensión aprendida. Además, sostuvo que la mayoría de mujeres que participaron en su investigación obtuvieron nivel bajo, posiblemente a que se encontraban en un riesgo leve de violencia, pues aquellas mujeres que obtuvieron un nivel alto de indefensión aprendida presentaban tendencia a un riesgo severo de violencia.

Es así que, ante las diferencias encontradas en los estudios se puede inferir que la indefensión aprendida está presente en las mujeres violentadas y afecta su estado psicológico, no obstante, en algunos estudios el nivel alto de indefensión aprendida no es tan prevalente en las mujeres violentadas, porque dependerá de las características de las mismas, y de la severidad de la violencia. Tal como se concluye en los estudios realizados por Neyra y Perez (2022), Acevedo (2020), Medina (2019), Huangal y Briceño (2018) y Cepeda (2017), quienes señalan que a mayor sea la gravedad de la violencia que sufra la mujer mayor es la probabilidad de que evidencia niveles altos de indefensión aprendida. Es así, que en el estudio predomina el nivel alto de indefensión aprendida, posiblemente a que el 57,1% de las mujeres sufre de violencia física y psicológica, con golpes, insultos y descalificativos.

Además, otras características de las participantes es no contar con ingresos económicos y depender de su pareja, puesto que el 66,8% es ama de casa, lo cual sería un factor de riesgo severo en la violencia, así como otros factores que menciona el protocolo de atención del Centro Emergencia Mujer, tales como la indefensión aprendida, la dependencia emocional y económica y la carencia de redes de apoyo tanto familiar y social, así como las características de los agresores entre ellas: amenazar a la víctima con arma, no querer terminar la relación, tener problemas de consumo de alcohol, etc., que hace que la violencia se pueda dar en mayor gravedad (Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables, 2021).

Con respecto a los factores de la indefensión aprendida se obtuvo que en el factor 1: pesimismo y dificultad para resolver problemas el puntaje más elevado es el nivel alto, con un 62,9%, en el factor 2: percepción de control y calidad de vida el puntaje resaltante es el nivel bajo, con un 77,1% y en el factor 3: confusión y aturdimiento el nivel alto obtuvo mayor porcentaje, con un 77,1%, cabe precisar que para que se considere la presencia del problema de indefensión aprendida las mujeres deben obtener niveles altos en el factor 1 y 3, mientras que en el factor 2 niveles bajos. Dichos resultados se asemejan con los datos obtenidos por Huangal y Briceño (2018) quienes encontraron que el 60% de las mujeres violentadas mostró nivel alto de indefensión en el factor 1; el 95,3% presentó nivel bajo en el factor 2 y el 76.47% mostró nivel alto en el factor 3. Es así que, tal como lo señala Neyra y Perez (2022), en su investigación, los factores de la indefensión aprendida guardan relación significativa con la violencia, debido a que la víctima presenta dificultad para resolver problemas, temor, pensamientos irracionales e inestabilidad emocional.

No obstante, los hallazgos obtenidos según los factores difieren del estudio de Peña (2019), ya que en el factor 1 el 49% de mujeres violentadas obtuvo nivel alto, en el factor 2 el 48% nivel bajo y el factor 3 el 41% nivel alto. Aunque los porcentajes no se asemejan a los encontrados en la investigación se evidencia la presencia de indicadores de indefensión aprendida en la población de estudio, los cuales requieren ser tratados con el fin de que la víctima recupere su bienestar emocional y mejore su calidad de vida.

Por tanto, cabe la necesidad de realizar un programa para disminuir la indefensión aprendida, según Vilchez (2022), la Terapia Cognitivo Conductual permite tratar el estado

emocional de las mujeres maltratadas, modificando pensamientos irracionales y desaprender patrones de conducta que las hacen adaptarse a la violencia.

VI. APORTE PRÁCTICO

“Programa cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja”

Se planificó y aplicó este programa como respuesta a la problemática sobre indefensión aprendida que presentan las mujeres víctimas de violencia de pareja que asisten al Hospital “Belén” de Lambayeque, para lo cual se diagnosticó mediante la Escala de Indefensión Aprendida y se contrastó desde lo teórico el proceso Cognitivo Conductual.

La violencia de pareja es una problemática social que hasta el momento no se ha logrado erradicar y afecta en su mayoría, a las mujeres (OMS, 2021), dicha problemática genera consecuencias graves en las víctimas, siendo las de mayor impacto las de carácter psicológica, como la indefensión aprendida, la cual hace que las mujeres toleren la violencia (Acevedo, 2020).

Burgos y Piza (2021) señalan a la indefensión aprendida como uno de los daños psicológicos más relevantes en las mujeres violentadas durante el confinamiento por COVID- 19. Es así que, la indefensión aprendida es un estado psicológico de riesgo en las mujeres que sufren maltrato pues al creer que son incapaces de salir del contexto violento, aumentando gradualmente la violencia hasta el extremo de terminar en feminicidio (Cavalié, 2022).

A medida que la mujer esté inmersa en la violencia presentará niveles altos de indefensión aprendida (Medina, 2019). Ahora bien, las mujeres víctimas de violencia que asisten al Hospital “Belén” de Lambayeque, presentaron características peculiares de indefensión aprendida, que les hicieron tolerar actos de violencia, por el aprendizaje ante respuestas negativas que las llevaron a creer que hagan lo que hagan no podrán salir del ciclo de la violencia. Entre las características se encuentran pensamientos irracionales, pesimismo, pasividad en su relación de pareja, dificultad para solucionar problemas, síntomas fisiológicos como dolores de cabeza, baja percepción de control de los actos de violencia, pobre calidad de vida, dificultad en sus relaciones interpersonales, baja autoestima, confusión y aturdimiento. Es por ello, que surgió la necesidad de aplicar un programa de corte cognitivo conductual, con el fin de disminuir la indefensión aprendida en las mujeres maltratadas. Además, porque el programa cognitivo

conductual muestra relevancia científica para abordar la indefensión aprendida en una población vulnerable como lo son las mujeres víctimas de violencia.

6.1. Fundamentación del aporte práctico

El programa se ejecutó con el propósito de contextualizar y sistematizar el proceso cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida, en mujeres víctimas de violencia de pareja. El proceso cognitivo conductual se basa en que la conducta ya sea adaptativa o desadaptativa es aprendida y se puede cambiar o modificar asumiendo los principios del aprendizaje, además, este enfoque se interesa por el comportamiento observable y el entorno de las personas (Cantillo y Mendoza, 2020).

Por tanto, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es un modelo terapéutico que se basa en ayudar a la persona a que cambie cogniciones, y por ende cambie el área emocional y conductual, ello mediante diversas técnicas que dependerán de los síntomas de la persona. Es así que la TCC es una de las terapias más utilizadas y con mayor efectividad para la intervención de mujeres maltratadas, existen varias técnicas cognitivas conductuales pero va a depender de la sintomatología de la persona para elegir cual se aplicará, el tratamiento dura entre 8 a 20 sesiones, las cuales se pueden aplicar de forma individual o grupal (Félix – Montes et al., 2020).

Este programa tiene como base la propuesta desarrollada por Vilchez (2022) para disminuir la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia, dicha propuesta plantea 12 sesiones, y entre las técnicas cognitivo conductuales que establece se encuentran la psicoeducación, la técnica de respiración y relajación, el modelo ABC, la técnica de reestructuración cognitiva, la técnica de resolución de problemas y la técnica de habilidades sociales. Las cuales tiene como propósito informar sobre la indefensión aprendida, generar autonomía y toma de decisiones, enseñar estrategias de afrontamiento, reducir síntomas asociados a la violencia, modificar esquemas disfuncionales y reconstruir un proyecto de vida.

Marcelo (2019) señala que las técnicas cognitivo conductual para trabajar con mujeres violentadas son la técnica de dominio y agrado, asignación de tareas graduales, registro y

práctica cognitiva, técnica de búsqueda de soluciones asertivas, las cuales permiten modificar pensamientos irracionales, entrenar la asertividad y reconocer la importancia del apoyo social.

Por su parte, Mera y Ríos (2018) realizaron una propuesta de un programa cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia, entre las técnicas que utilizó en su programa fue la reestructuración cognitiva, las tareas en casa, el modelo ABC, los autoregistros y la técnica de relajación, las cuales permiten fortalecer la autoestima de las mujeres, que aprenden estrategias asertivas y aprender a relajarse para tomar de decisiones.

6.2. Construcción del aporte práctico

Dentro de los resultados, se obtuvo niveles altos en los factores de indefensión aprendida en las mujeres víctimas de violencia de pareja, cuya información fue corroborada por siete profesionales de la salud que laboran en el Hospital “Belén” de Lambayeque. Por tanto, se planteó el programa cognitivo conductual con el objetivo de disminuir los niveles de indefensión aprendida, mediante el fortalecimiento de los factores pesimismo y dificultad para resolver problemas, percepción de control y calidad de vida y confusión y aturdimiento.

Es así como, el programa cognitivo conductual se divide en 6 etapas, las cuales se detallan a continuación:

Etapa I: Introducción – Fundamentación

Se describió la situación del problema a resolver, detallando la ubicación del entorno. Además, se contextualizó las bases teóricas del proceso cognitivo conductual que se consideró como lineamientos para la planificación y elaboración del programa propuesto.

Etapa II: Diagnóstico

Se da a conocer el contexto de la problemática que se pretende resolver, describiendo la sintomatología que presentan las mujeres víctimas de violencia, siendo estas relevantes para determinar los objetivos, actividades y técnicas cognitivos conductuales que se realizarán en cada una de las sesiones del programa. Para ello, se utilizó una serie de herramientas de investigación, como:

- a. **Revisión de bibliografía:** implica la búsqueda y análisis de información sobre el tema de estudio, a partir de fuentes bibliográficas como artículos científicos, tesis, informes, libros entre otros.
- b. **Cuestionario:** se utilizó la Escala de Indefensión Aprendida, la cual fue revisada y validada por tres jueces expertos, además, dicho cuestionario fue validado en una muestra piloto de 36 mujeres con características similares a la población de estudio. Finalmente, los cuestionarios fueron aplicados a 35 mujeres violentadas y a 7 profesionales de salud que laboran en el hospital donde se ejecutó la investigación.
- c. **Juicio de expertos:** se realizó la validación de contenido de las escalas psicométricas, para ello, se solicitó la opinión de 3 jueces expertos, dichas escalas están dirigidas a las mujeres víctimas de violencia y otra a los profesionales de la salud.
- d. **Construcción metodológica:** proceso que describe la estructura del programa, detallando los objetivos, actividades y técnicas a utilizar, teniendo como base las características particulares de la población de estudio y la problemática que presentan. Para esto, se incluyó los objetivos planteados por cada factor e indicadores, siendo estos:
 - **Pesimismo y dificultad para resolver problemas:** es un factor de la indefensión aprendida que hace referencia a pensamientos negativos y pesimistas, que están unidos a la dificultad para solucionar problemas y a manifestaciones somáticas que se reflejan en ansiedad, problemas digestivos y dificultad para comer.
 - **Percepción de control y calidad de vida:** este factor de indefensión aprendida indica la presencia de adecuadas habilidades sociales para establecer relaciones interpersonales saludables, de control de las adversidades, de percepción general de una adecuada calidad de vida y ausencia de enfermedades.
 - **Confusión y aturdimiento:** es un factor de la indefensión aprendida que hace referencia a estados de apatía, falta de energía, cambios o desajustes emocionales, problemas para pronosticar lo que sucederá y dificultad para generar relaciones interpersonales.

Resultado del diagnóstico:

Factor Pesimismo y dificultad para resolver problemas

- Pensamientos irracionales con respecto a no poder hacer nada para salir del ciclo de la violencia

- Pensamientos negativos de que no pueden hacer las cosas bien
- Dificultad para resolver problemas
- Presentan manifestaciones somáticas como ansiedad, problemas digestivos, dificultad para comer
- Miedo ante situaciones negativas como los actos de violencia

Factor Percepción de control y calidad de vida

- Déficit de habilidades sociales
- Pasividad en la relación de pareja
- Inadecuadas relaciones interpersonales y déficit de red de apoyo social
- Baja autoestima
- Sentimientos negativos hacía sí misma
- Baja percepción de una adecuada calidad de vida
- Pobre control de situaciones de adversas como la violencia

Factor Confusión y aturdimiento

- Estados de apatía
- Cambios o desajustes emocionales
- Miedo al fracaso y falta de motivación para emprender conductas adaptativas hacia la violencia
- Dificultad para establecer una relación saludable con su pareja

Etapa III: Objetivo General

Sistematizar el proceso cognitivo conductual, mediante el diagnóstico de los factores pesimismo y dificultad para resolver problemas, percepción de control y calidad de vida y confusión y aturdimiento, para el tratamiento de la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden al Hospital “Belén” de Lambayeque.

Etapa IV: Planeación estratégica

Teniendo en consideración el diagnóstico realizado mediante el pretest, se identificaron indicadores de nivel alto de indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia que

fueron atendidas en el Hospital “Belén” de Lambayeque. A su vez, se encontraron niveles altos en el factor pesimismo y dificultad para resolver problemas y en el factor confusión y aturdimiento. Asimismo, se obtuvo que las mujeres presentan niveles bajos de percepción de control y calidad de vida. Por ende, se planificó el programa cognitivo conductual dirigido a la prevención y tratamiento de la indefensión aprendida en mujeres violentadas, puesto que es una problemática social que afecta el bienestar integral de las víctimas, lo cual repercute en su desarrollo personal, familiar y social. Es así que, se planeó de manera estratégica el programa titulado “Libertad mental en acción”, el cual está dividido en 4 fases, 1 fase establece la alianza terapéutica y 3 fases dinamizan un factor de la indefensión aprendida. El programa consta con 12 sesiones, cada sesión con bases del modelo cognitivo conductual dirigidas a disminuir los indicadores de indefensión aprendida que presenta la población de estudio.

Proceso 1: Contextualización integral de la terapia cognitivo conductual

Objetivo: contextualizar integralmente la indefensión aprendida y el proceso cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Fase 1: Establecimiento de la alianza terapéutica

Objetivo: Establecer vínculos entre el profesional y las mujeres víctimas de violencia proponiendo normas de convivencia. Además, brindar psicoeducación sobre la indefensión aprendida y la terapia cognitivo conductual que permita a las mujeres identificar pensamientos, emociones y conductas para realizar las técnicas que se implementarán en el programa.

Objetivos específicos

Sesión 1: Brindar información sobre la indefensión aprendida y la terapia cognitiva conductual mediante la psicoeducación para facilitar la aplicación del programa.

Sesión 2: Proporcionar técnicas cognitivos conductuales que serán empleadas durante el programa y que permiten la disminución de síntomas fisiológicos para un mejor reconocimiento de pensamientos disfuncionales.

Proceso 2: Sistematización de la terapia cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida

Objetivo: sistematizar la terapia cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Fase 2: Pesimismo y dificultad para resolver problemas

Objetivo: Modificar pensamientos irracionales y generar la capacidad de resolver problemas mediante técnicas cognitivo conductuales que permitan el afrontamiento de situaciones de violentas.

Objetivos específicos

Sesión 3: Identificar pensamientos irracionales que mantienen el estado de indefensión aprendida ante los actos de violencia y modificarlos por pensamientos racionales.

Sesión 4: Reducir el temor ocasionado de situaciones de violencia vividas mediante la aplicación de la desensibilización sistemática.

Sesión 5: Generar la capacidad de identificar y resolver problemas ante situaciones conflictivas.

Fase 3: Confusión y aturdimiento

Objetivo: Promover el bienestar psicológico de las mujeres a través del autocontrol, expresión emocional y la identificación de patrones de conductas desadaptativos.

Sesión 6: Expresar sentimientos y pensamientos hacia su agresor y brindar psicoeducación sobre relaciones de pareja saludable.

Sesión 7: Fomentar el autocontrol emocional ante pensamientos negativos para el manejo de situaciones de riesgo.

Sesión 8: Identificar patrones de conducta desadaptativos ante las situaciones de violencia y motivar al cambio.

Fase 4: Percepción de control y calidad de vida

Objetivo: Mejorar la calidad de vida de las mujeres a través del fortalecimiento de habilidades sociales y el establecimiento de redes de apoyo que le permitan tomar acción para su funcionamiento global.

Sesión 9: Fortalecer la autoestima cambiando pensamientos negativos de sí mismas por pensamientos positivos.

Sesión 10: Aprender técnicas para ser asertivos y evitar la manipulación.

Sesión 11: Reconocer la importancia de tener una red de apoyo ante situaciones conflictivas.

Sesión 12: Elaborar un proyecto de vida identificando objetivos realistas y un plan de acción para ejecutarlos.

Tabla 12

Cuadro síntesis sobre el sistema de procedimiento del programa

PRIMERA FASE	ESTABLECIMIENTO DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA	
Objetivo general: Establecer vínculos entre el profesional y las mujeres víctimas de violencia proponiendo normas de convivencia. Además, brindar psicoeducación sobre la indefensión aprendida y la terapia cognitivo conductual que permita a las mujeres identificar pensamientos, emociones y conductas para realizar las técnicas que se implementarán en el programa.		
Indicadores: Interrelación, acercamiento, indefensión aprendida, terapia cognitivo conductual y psicoeducación.		
Sesión 1	Título: “Aprender sobre mi libertad mental”	Objetivo: Brindar información sobre la indefensión aprendida y la terapia cognitiva conductual mediante la psicoeducación para facilitar la aplicación del programa.
Sesión 2	Título: “Aprendiendo herramientas	Objetivo: Proporcionar técnicas cognitivas conductuales que serán empleadas durante el programa y que permiten la disminución de síntomas

para mi liberación mental”	fisiológicos para un mejor reconocimiento de pensamientos disfuncionales.
----------------------------	---

SEGUNDA FASE

PESIMISMO Y DIFICULTAD PARA RESOLVER PROBLEMAS

Objetivo general: Modificar pensamientos irracionales y generar la capacidad de resolver problemas mediante técnicas cognitivo conductuales que permitan el afrontamiento de situaciones de violentas.

Indicadores: Pensamientos irracionales, resolver problemas, técnicas cognitivo conductuales.

Sesión 3	Título: “Construir pensamientos saludables”	Objetivo: Identificar pensamientos irracionales que mantienen el estado de indefensión aprendida ante los actos de violencia y modificarlos por pensamientos racionales.
Sesión 4	Título: “Enfrentar mis miedos”	Objetivo: Reducir el temor ocasionado de situaciones de violencia vividas mediante la aplicación de la desensibilización sistemática.
Sesión 5	Título: “Aprendo a resolver problemas”	Objetivo: Generar la capacidad de identificar y resolver problemas ante situaciones conflictivas.

TERCERA FASE

CONFUSIÓN Y ATURDIMIENTO

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico de las mujeres a través del autocontrol, expresión emocional y la identificación de patrones de conductas desadaptativas.

Indicadores: Bienestar psicológico, autocontrol, expresión emocional, conductas desadaptativas.

Sesión 6	Título: “Ordeno mis sentimientos”	Objetivo: Expresar sentimientos y pensamientos hacia su agresor y brindar psicoeducación sobre relaciones de pareja saludable.
Sesión 7	Título: “El bloqueo de emergencia”	Objetivo: Fomentar el autocontrol emocional ante pensamientos negativos para el manejo de situaciones de riesgo.
Sesión 8	Título: “No repetir conductas del pasado”	Objetivo: Identificar patrones de conducta desadaptativos ante las situaciones de violencia y motivar al cambio.

CUARTA FASE

PERCEPCIÓN DE CONTROL Y CALIDAD DE VIDA

Objetivo general: Mejorar la calidad de vida de las mujeres a través del fortalecimiento de habilidades sociales y el establecimiento de redes de apoyo que le permitan tomar acción para su funcionamiento global.

Indicadores: calidad de vida, habilidades sociales (autoestima y asertividad), red de apoyo y proyecto de vida.

Sesión 9	Título: “Aprendiendo a valorarme”	Objetivo: Fortalecer la autoestima cambiando pensamientos negativos de sí mismas por pensamientos positivos.
-----------------	---	---

Sesión 10	Título: “Aprendiendo a ser asertivo”	Objetivo: Aprender técnicas para ser asertivos y evitar la manipulación.
------------------	--	---

Sesión 11	Título: “Conociendo a mis aliados”	Objetivo: Reconocer la importancia de tener una red de apoyo ante situaciones conflictivas.
------------------	--	--

Sesión 12	Título: “Mi proyecto de vida”	Objetivo: Elaborar un proyecto de vida identificando objetivos realistas y un plan de acción para ejecutarlos.
------------------	---	---

Nota. En la tabla se sintetiza el sistema de procedimiento del programa cognitivo conductual en 4 fases, por indicadores, con sus respectivos títulos y objetivos.

Tabla 13*Descripción detallada de la sesión 1*

Sesión 1			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	<p>Inicio de la sesión: Se da la bienvenida a las participantes y se realizará la presentación del programa cognitivo conductual, dando a conocer el objetivo y en que consiste la intervención de las participantes. Además, se establecen las “reglas de oro” para fomentar la convivencia saludable durante las sesiones grupales.</p> <p>Dinámica de presentación: “La telaraña”, las participantes se formarán en círculo, se entrega a una un ovillo de lana, quien tendrá que responder ¿Cuál es su nombre?, ¿Cuántos hijos tiene? y ¿Qué espera del programa?. Luego, tomará la punta del ovillo y lo lanzará a otra persona, quien debe presentarse respondiendo las mismas preguntas. La acción se realizará hasta que se presenten todas las mujeres quedando así enlazadas en una especie de telaraña.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicóloga encargada - Mujeres <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plumones - Papelotes - Ovillo de lana - Folletos - Vídeo: https://www.youtube.com/watch?v=-eq_QPrzaQ0 	15 min
Desarrollo	<p>Las participantes visualizan el vídeo de la metáfora de Jorge Bucay denominada: “El elefante encadenado”. Después, se solicita su participación, mediante las siguientes interrogantes ¿De qué trata el vídeo? ¿Qué mantenía atado al elefante si tenía la fuerza para huir? ¿Te sientes identificada con el elefante? ¿En qué situaciones de tu vida en pareja?</p> <p>Se brinda psicoeducación de la indefensión aprendida, de la violencia y sus tipos. Así como, se explica como la indefensión aprendida permite tolerar actos de violencia. También, se explica que un modelo eficaz para tratar la indefensión aprendida es la terapia cognitivo conductual, por lo que se brinda psicoeducación sobre este modelo, para que las participantes aprendan a identificar pensamientos, emociones y conductas.</p>		25 min

	Se solicita a las participantes de manera voluntaria opinar sobre el tema y se absuelven dudas.		
Final	Final: se proporciona a las participantes un folleto que contiene la información sobre los temas abordados en la sesión.		5 min

Nota. Actividades ejecutadas en la sesión 1.

Tabla 14

Descripción detallada de la sesión 2

Sesión 2			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	<p>Inicio de la sesión: Se da la bienvenida a las mujeres y se realiza una revisión de la sesión anterior sobre la terapia cognitivo conductual y se enseña a las participante a identificar situaciones, pensamientos y respuestas (emocionales y conductuales). Mediante un caso sobre violencia, donde se identificará la situación violenta, que pensamientos y respuestas emocionales y fisiologías surgen ante los actos violentos.</p> <p>Después, se brindará una retroalimentación, enfatizando que la relajación es una herramienta para afrontar situaciones de riesgo y disminuir los síntomas fisiológicos ante la violencia, que según el instrumento aplicado algunas de las participantes presentan. Además, se detallará que es una técnica que se utilizará en las siguientes sesiones del programa, por tanto es importante el entrenamiento de la misma.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicóloga encargada - Mujeres <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Música - Silla - Cronómetro - Ficha de autoregistro de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson 	15 min
Desarrollo	<p>Se explica y aplica la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se informa que la relajación muscular de Jacobson es una técnica fisiológica que permite disminuir la tensión muscular y emocional para afrontar situaciones de violencia. - La técnica consiste en hacer ejercicios de tensión (apretar, ajustar o tensar ciertas partes del cuerpo) y luego realizar la relajación 		20 min

	<p>muscular (soltar lentamente y sentir la relajación). Posterior a ello, se realiza la respiración abdominal suave (inhalar y exhalar).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es así que primero se realiza la tensión, luego la relajación muscular y se termina con la respiración, empezando por los brazos, cara, cuello, hombros, abdomen y piernas. 		
Final	<p>Cierre: se explica a las participantes la importancia de practicar la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson en tres momentos del día o cuando experimenten sensaciones de tensión. Además, se enseña a las participantes el llenado de la ficha de autorregistro del ejercicio de relajación (Anexo 7), donde anotarán el nivel de relajación logrado después de la práctica de la técnica.</p>		10 min

Nota. Actividades ejecutadas en la sesión 2.

Tabla 15

Descripción detallada de la sesión 3

Sesión 3			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	<p>Se da la bienvenida a las participantes y se realiza una revisión de la ficha de autorregistro de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, identificando los éxitos y dificultades presentados en dicho proceso.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicóloga encargada - Mujeres <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lapiceros - Ficha de autorregistro del modelo ABCDE. 	10 min
Desarrollo	<p>Presentación del tema: Se realiza una explicación breve del modelo ABC, teniendo en cuenta los tres elementos plantados por el modelo (situación vivida, pensamiento y respuestas emocionales o conductuales).</p> <p>Se brinda una ficha de autorregistro donde las participantes deberán practicar la técnica identificando situaciones de violencia que sufrieron durante toda su vida, desde su infancia hasta su adultez, así como, los pensamientos irracionales y las emociones que les generaron.</p>		30 min

	<p>Una vez explicado la primera parte del modelo ABC se expone la segunda parte del modelo DE, donde se tendrá mayor énfasis en los pensamientos irracionales que impiden poner fin a los actos de violencia, ideas que las participantes han interiorizado, aprendido y generalizado. Tales como: “No voy a poder conseguirlo”, “No soy capaz” “Siempre he sufrido de violencia”. Luego, se debate y discute dichas ideas irracionales mediante el debate socrático y el debate empírico, para modificar dichos pensamientos irracionales por pensamientos racionales.</p> <p>Se pide que una de las participantes comparta la situación que identificó y se trabaja en conjunto el modelo ABCDE para que las demás logren terminar la actividad.</p>		
Final	El facilitador invita a las participantes a seguir practicando el modelo ABCDE ante situaciones estresantes que le ocurran durante la semana y anotarlas en la ficha de autorregistro (Anexo 8)		5 min

Nota. Actividades ejecutadas en la sesión 3.

Tabla 16

Descripción detallada de la sesión 4

Sesión 4			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Se realiza la retroalimentación del llenado de la ficha de autorregistro del modelo ABCDE y de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.	Humanos: - Psicóloga encargada - Mujeres	5 min
Desarrollo	Se explica a las participantes que para desaprender conductas desadaptativas y obtener resultados favorables se debe exponer a situaciones temidas para enfrentarlas. Se aplica la desensibilización sistemática: - Se solicita a las participantes identificar una situación de violencia que sufrieron y experimentaron demasiado temor, puede ser las situaciones identificadas en la sesión anterior.	Materiales - Hoja bond - Lapiceros - Silla - Cronómetro	30 min

	<p>Para luego construir una lista de estímulos perturbadores de tal situación, se ayudarán respondiendo en una hoja bond las siguientes preguntas: ¿Cuál era el rostro de mi pareja, cómo era su expresión facial? ¿Por qué empezó esa discusión? ¿Qué hizo mi pareja, empezó a insultarme o a golpearme? ¿Qué hice ante la reacción de mi pareja? ¿Cómo me sentí ante los actos de violencia?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se enseña a las participantes a construir imágenes mentales de los estímulos perturbadores. - Se establece una forma de comunicación no verbal, en donde las participantes deberán levantar su mano como señal de que han construido la imagen mental que se solicitará. - Se aplica la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson de manera abreviada. Una vez que las participantes se encuentren relajadas se pedirá que construyan la imagen mental perturbadora la cual corresponde a la respuesta de la primera pregunta, levantarán su mano como señal de que han terminado de construir la imagen mental. Después, se procede a aplicar nuevamente la técnica de relajación, y se presenta el segundo estímulo perturbador, así sucesivamente hasta terminar en un estado de relajación. De este modo, las participantes aprenderán una nueva asociación, lo que antes le generaba miedo ahora queda controlado por un estado de calma mediante la técnica de relajación. 		
Final	Se realiza la retroalimentación de la técnica aplicada y se solicita la participación voluntaria de algunas mujeres para comentar como se sintieron durante la aplicación de la técnica.		10 min

Nota. Actividades ejecutadas en la sesión 4.

Tabla 17*Descripción detallada de la sesión 5*

Sesión 5			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Se proyectará un vídeo sobre la resolución de conflictos y se invitará a la reflexión del mismo, mediante la siguiente pregunta: ¿Cómo actúas ante los conflictos?	Humanos: - Psicóloga encargada - Mujeres	10 min
Desarrollo	Se brinda psicoeducación de la técnica de resolución de problemas (RP), se trabaja los cinco pasos de la resolución de problemas a través de la estrategia “la ruleta de soluciones” donde se proponen alternativas y estrategias para resolver problemas, entre ellas hablar de cómo te sientes, ir a otra parte, contar hasta 10 para calmarme y la técnica relajación muscular progresiva de Jacobson. Posteriormente, las participantes elaborarán una lista de dos problemas que las hacen propensas a tolerar actos de violencia, se solicita que una de las participantes comparta el problema identificado y junto al público se solucionará siguiendo los 5 pasos aprendidos para la resolución de problemas. Luego, las participantes tendrán que resolver uno de sus problemas siguiendo los pasos.	Materiales - Vídeo “el puente” https://www.youtube.com/watch?v=M775K3jZneM - Ruleta de soluciones - Ficha de la técnica de resolución de problemas - Lapiceros.	30 min
Final	Se dejará como tarea para casa resolver el otro problema identificado en la sesión, siguiendo los 5 pasos para la resolución de problemas (Anexo 9).		5 min

Nota. Actividades ejecutadas en la sesión 5.

Tabla 18*Descripción detallada de la sesión 6*

Sesión 6			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Se realiza una breve revisión de la tarea asignada para casa sobre los 5 pasos para la resolución de problemas. Después, se busca la participación activa mediante la	Humanos: - Psicóloga encargada	10 min

	pregunta: ¿Qué es una relación de pareja saludable?	- Mujeres	
Desarrollo	Se solicita a las participantes crear una imagen mental de su agresor, identificando sus características físicas y su forma de tratarlas. Luego, tendrán que dibujar a su agresor en una hoja bond y escribir lo que sienten y piensan sobre él. Se solicita a las participantes unirse con otra y compartir su dibujo y expresar sus emociones y pensamientos. Una vez, terminada la actividad, se realiza el feedback correspondiente. Presentación del tema: psicoeducación sobre relaciones de pareja saludable, sin violencia y consecuencias psicológicas como el estado de indefensión aprendida.	Materiales - Hojas bond - Lápiz - Mural - Pósit	35 min
Final	Las participantes, desde su experiencia, deberán crear frases alusivas a la prevención de la violencia y pegarlas en un mural.		10 min

Nota. Actividades ejecutadas en la sesión 6.

Tabla 19

Descripción detallada de la sesión 7

Sesión 7			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Dinámica “el dado de las emociones”: algunas de las participantes tirarán el dado e identificarán la emoción que se visualizan en la imagen y contarán en que situaciones experimentan dicha emoción.	Humanos: - Psicóloga encargada - Mujeres	10 min
Desarrollo	Se expondrá: - Definición de emociones básicas. - Se explicará cómo los pensamientos influyen en el estado emocional, por ejemplo, si se piensa “no soy capaz de hacer nada bien”, entonces se sentirá desmotivación, sin embargo, si se piensa “lo podré lograr”, entonces se sentirá alegre y con ganas de conseguir sus metas.	Materiales - Dado de las emociones - Cartulina - Lapiceros - Colores	25 min

	<ul style="list-style-type: none"> - Se refuerza técnicas de autocontrol antes vistas como: la técnica de relajación. Así mismo, se explica y aplica la herramienta “El bloqueo de emergencia”, que la utilizarán cuando tengan pensamientos negativos o intrusivos, la estrategia consiste en hacer una tarjeta con pensamientos positivos, elegir un estímulo de bloqueo (una palmada, levantar la mano, decir “Stop” o “basta”), luego, realizar, el bloqueo interno con el estímulo elegido y cambiar el foco de atención para sustituirlo por el pensamiento positivo. 		
Final	Las participantes expondrán como se sintieron al realizar esta técnica y se invita a que la pongan en práctica.		10 min

Nota. Actividades ejecutadas en la sesión 7.

Tabla 20

Descripción detallada de la sesión 8

Sesión 8			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Se realiza un repaso de la sesión anterior. Luego, las participantes deberán identificar los logros que han obtenido durante toda su vida y escribirlos en una hoja bond, se refuerza la actividad señalando algunos logros más que las participantes puedan haber obtenido y no identificado.	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> - Psicóloga encargada - Mujeres Materiales <ul style="list-style-type: none"> - Hoja bond - Lapiceros - Plumón - Fichas - Folletos 	15 min
Desarrollo	Se brindará a cada participante una hoja y un plumón, donde identifiquen en una línea del 1 al 10 en qué nivel se encuentra su miedo al fracaso para romper con el ciclo de la violencia, donde 1 es nada y 10 es mucho. Además, identifican qué acciones hicieron en el pasado para poner fin a la violencia, por ejemplo, denunciar, avisar a sus padres, nada simplemente perdonaron a su agresor. Se realiza la retroalimentación de la dinámica, enfatizando en la importancia de desaprender patrones de conducta desadaptativos, confiar en sus capacidades		25 min

	<p>e intentar acciones que le permitan incrementar su seguridad personal y no tolerar actos de violencia.</p> <p>Se entrega una hoja a las participantes donde identificarán ventajas de no tolerar la violencia y las desventajas de tolerar la violencia.</p>		
Final	<p>Se proporciona un folleto informativo de las entidades que brindan soporte social, psicológico y judicial a las mujeres víctimas de violencia de pareja. Además, se practica la técnica de dominio y agrado, consiste en que cada participante identificará una actividad que domine y que también le genere placer realizarla. Una actividad realista que deberá ejecutar e incluso pueden emplear como emprendimiento, como realizar un postre, realizar manualidades, tejer, etc.</p>		5 min

Nota. Actividades ejecutadas en la sesión 8.

Tabla 21

Descripción detallada de la sesión 9

Sesión 9			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	<p>Se inicia la sesión abordando los aspectos tratados en la sesión anterior. Después, las participantes en una hoja bond escribirán su nombre, a continuación realizarán un dibujo con el cual se identifiquen, en la parte inferior del dibujo escribirán cualidades y debilidades que las describan. Posteriormente, se pedirá a 3 las participantes de forma voluntaria que presenten su dibujo y respondan a las siguientes interrogantes: ¿Qué representa para ti el dibujo?, Con respecto a la cualidad elegida ¿Cómo se evidencia esa cualidad en tu vida?, Con respecto a la debilidad ¿Cómo se evidencia esa debilidad en tu vida?</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicóloga encargada - Mujeres <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hojas bond - Lapiceros - Cartulina - Colores - Vídeo: “Cuatro pilares para cuidar tu autoestima . Walter Riso, psicólogo 	10 min
Desarrollo	<p>Presentación del tema: psicoeducación sobre la autoestima y pautas para desarrollarla. Luego, se solicita a las participantes identificar pensamientos negativos acerca de sí mismas,</p>		20 min

	<p>modificándolos por pensamientos positivos.</p> <p>Se refuerza la actividad señalando que la visión negativa de sí mismas puede suscitarse de la exposición a la violencia. Así mismo, esta visión puede ser un factor de riesgo para tolerar los actos de violencia, debido a que al evitar realizar los intentos por romper con el ciclo de la violencia se pueden considerar incapaces, creando una imagen negativa de sí mismas y de sus capacidades.</p>	<p>y escritor” https://www.youtube.com/watch?v=8iOo3ii0RTM</p>	
Final	<p>Se brinda una cartulina y colores a las participantes para que creen frases que utilizarán para autoelogiarse.</p> <p>Se deja como tarea visualizar el vídeo: “Cuatro pilares para cuidar tu autoestima. Walter Riso, psicólogo y escritor”.</p>		15 min

Nota. Actividades ejecutadas en la sesión 9.

Tabla 22

Descripción detallada de la sesión 10

Sesión 10			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	<p>Inicio de la sesión: mediante preguntas se corrobora el cumplimiento de tarea asignada, sobre la visualización del vídeo y se resuelven dudas.</p> <p>“Teléfono malogrado”: se dividirán dos filas y se entregará a las participantes un caso donde se expone un rumor ficticio, el cual deberá contarse de manera silenciosa, al oído, una por una, hasta la última persona de la fila, quien se pondrá de pie y dirá el rumor, corroborando si el rumor es el mismo para luego realizar el feedback de la dinámica.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Psicóloga encargada -Mujeres <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Folleto de las técnicas para ser más asertivo. - Sobres con los casos de los estilos de comunicación asertivo, pasivo y agresivo. 	15 min
Desarrollo	<p>Presentación del tema: Psicoeducación de los estilos de comunicación: asertivo, pasivo y agresivo, se fomenta que las participantes identifiquen que estilo de comunicación usualmente utilizan. Además, se brindan técnicas para ser más asertivos y evitar la manipulación, tales</p>		25 min

	<p>como: disco rayado, banco de niebla, aplazamiento asertivo, pregunta asertiva y acuerdo asertivo.</p> <p>Mediante la dinámica “La perfecta actuación” se forma 3 grupos, se entrega a cada grupo un sobre que contiene un caso de los estilos de comunicación, las participantes tendrán que identificar a que estilo de comunicación pertenece y luego dramatizar el caso. Las observadoras darán un feedback positivo, enfocando la dramatización del estilo pasivo y agresivo y proponiendo técnicas asertivas. Luego, el psicólogo emite retroalimentación de la dinámica.</p>		
Final	<p>Se enseña la técnica de respiración diafragmática, se explica la importancia de utilizar dicha técnica antes de emplear las técnicas asertivas, se incentiva a las participantes a aplicar lo aprendido. Finalmente, se brinda un folleto informativo sobre las técnicas asertivas para afrontar una discusión.</p>		10 min

Nota. Actividades ejecutadas en la sesión 10.

Tabla 23

Descripción detallada de la sesión 11

Sesión 11			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	<p>Inicio de la sesión: se realiza el seguimiento de las técnicas aplicadas en la sesión pasada. Después, se llevará a cabo la dinámica “Ser un buen amigo”, consiste en que las participantes tendrán sus manos levantadas con los pies separados, en esa posición dirán “quiero ser un buen amigo” tres veces. Luego, se pregunta a las participantes si lograron ser amable con los demás. Se repite el ejercicio señalando que ahora se realizará con un tono de voz alto y mirando a la derecha, luego mirando hacia la izquierda. Se vuelve a preguntar si se logró ser un buen amigo, ante la negativa. Se enseñan formas de serlo, como saludar de la mano a la otra persona, sonreír, ofrecerle ayuda, dar elogios o preguntarle</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicóloga encargada - Mujeres <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caso 1 “María” - Caso 2 “Jackelinn e” - Papelotes - Plumones - Ficha “Mi red de apoyo” 	10 min

	cómo se siente. Se invita a las participantes a realizar los gestos entre ellas.	- Hojas bond - Lapiceros	
Desarrollo	<p>Se forman dos grupos y se entrega un caso a cada grupo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caso 1: “María una mujer de 42 años, que se define como una persona insegura, incapaz de dejar a su esposo, justificando que no lo hace por el bienestar de sus hijos, reconoce que se encuentra aislada de los demás para evitar problemas con su esposo, debido a que este se enoja cuando ella va a visitar a su familia o cuando habla con un amigo, porque rápidamente le dice que le está haciendo infiel con esa persona, por lo que prefiere quedarse sola en casa haciendo las actividades del hogar”. 2. Caso 2: “Jackelinne tiene 35 años, sufre de violencia por parte de su esposo, sin embargo, asiste a la iglesia, suele jugar voleibol con sus vecinas y es integrante de un comedor popular, y mediante apoyo social aprendió a tejer y a hacer postres, que suele vender en su casa. Señala que siente tranquilidad cuando comparte actividades recreativas con sus amigas o cuando aprende nuevas cosas, se siente útil”. <p>Cada grupo tendrá que leer el caso, resolver las siguientes preguntas según el caso que le tocó y exponer:</p> <p>Caso 1: ¿Identifica la red de apoyo social de María? ¿Cómo podría fortalecer María su red de apoyo? ¿Crees que es importante la red de apoyo social? ¿Por qué?</p> <p>Caso 2: ¿Identifica la red de apoyo social de Jackelinne? ¿Cómo logró Jackelinne fortalecer su red de apoyo? ¿Crees que es importante la red de apoyo social? ¿Por qué?</p>		30 min

Final	Se asigna a las participantes realizar la ficha “Mi red de apoyo”, que consiste en que cada participante debe colocar su nombre en la parte central del círculo y en cada figura geométrica señalar el nombre de quien considera es integrante de su red de apoyo (Anexo 10).		10 min

Nota. Actividades ejecutadas en la sesión 11.

Tabla 24

Descripción detallada de la sesión 12

Sesión 12			
Momento	Descripción de actividades	Medios y materiales	Tiempo
Inicio	Inicio de la sesión: se efectúan preguntas para verificar lo que las mujeres han aprendida hasta el momento, después se realiza el seguimiento de las indicaciones brindadas en la sesión anterior. Para después aplicar la dinámica “ globos en el aire ” donde se establece como meta a las participantes no dejar caer ningún globo al suelo, hasta que termine la música.	Humanos: - Psicóloga encargada - Mujeres Materiales - Globos - Música “La gran fiesta – Olga Tanón”: https://www.youtube.com/watch?v=Re93tMg6sfc	15 min
Desarrollo	Se expondrá los siguientes puntos. - La importancia de las metas u objetivos en la vida. - Importancia del proyecto de vida como factor protector ante situaciones de riesgo, debido a que las personas que sufren de violencia suelen tener descuido de vínculos familiares, crisis de pareja, distanciamiento de amistades, etc. - Utilizar las metas como herramienta de motivación. - Como realizar un proyecto de vida. Se entrega la ficha de trabajo (Anexo 11) y se incentiva a las mujeres a realizar su proyecto de vida, identificando objetivos relistas en el área personal/espiritual, familiar, social/recreacional y laboral. Así como, el plan de acción para lograr cada objetivo propuesto, sobretodo en el área laboral, es así que se planteará la posibilidad	- Ficha de proyecto de vida	35 min

	de buscar algún empleo o emprender algún negocio.		
Final	Se solicita la participación voluntaria de las mujeres para expresar cómo se sintieron durante la ejecución del programa y qué aprendizaje llevan consigo. Se realiza un compartir y se escucha la canción “La gran fiesta” de Olga Tañón.		10 min

Nota. Actividades ejecutadas en la sesión 12.

Etapa V: Instrumentación

El programa se implementó mediante la contextualización y sistematización del proceso cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja, así como, mediante la planificación estratégica, para lo cual se solicitó permiso al director del Hospital “Belén” de Lambayeque, además, se contó con el apoyo de profesionales de salud (psicólogos y trabajadores sociales). Es así que se logró planificar y ejecutar el programa cognitivo conductual con el propósito de disminuir la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia.

Tabla 25

Actividades ejecutadas del Programa Cognitivo Conductual

N°	Actividad	Responsable	Producto	Plazo a ejecutar
1	Solicitar el permiso al director del Hospital “Belén” de Lambayeque para ejecutar la investigación.	Investigadora	Solicitud de permiso para realizar la investigación.	Abril
2	Informar a los psicólogos que se ejecutará la investigación.	Director del Hospital “Belén” de Lambayeque.	Constancia de autorización para realizar la investigación.	Abril
3	Coordinar con los psicólogos para el acceso a la aplicación del instrumento.	Investigadora	Calendario con fechas para aplicar el programa	Abril

			cognitivo conductual.		
4	Aplicación del cuestionario a las mujeres víctimas de violencia de pareja y a los profesionales de salud.	Investigadora	Diagnóstico del estado actual de indefensión aprendida.	Abril Mayo	-
5	Elaboración y aplicación del programa cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia.	Investigadora	Programa que contiene 12 sesiones enfocadas en disminuir los niveles de indefensión aprendida, mediante técnicas cognitivo conductuales.	Junio Agosto	-
6	Evaluación mediante el postest de indefensión aprendida y análisis de resultados posterior a la aplicación del programa cognitivo conductual.	Investigadora	Diagnóstico del estado actual después de la aplicación del programa cognitivo conductual.	Agosto	

Nota. Descripción detallada de las actividades ejecutadas del programa cognitivo conductual.

Tabla 26

Estimación del Programa Cognitivo Conductual

Procesos	Información de logro	Juicio de medición	Evidencias
Contextualización integral de la terapia cognitivo conductual	Socializar conceptos y técnicas de la terapia cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida.	- El 90% de las participantes valoraron como óptima cada una de las fases ejecutadas. - El 92% de las participantes valoraron como “Excelente” la exposición sobre indefensión aprendida,	- Lista de asistencia - Fotografías - Material audiovisual.

Sistematización de la terapia cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida

Sistematizar la terapia cognitivo conductual para mejorar el pesimismo y dificultad para resolver problemas, la percepción de control y calidad de vida y el estado de confusión y aturdimiento.

- logrando adquirir mayor conocimiento sobre dicho estado psicológico.
 - El 87% de las mujeres manifestaron haber instaurado cada técnica cognitiva conductual para disminuir la indefensión aprendida.
 - El 85% de las mujeres refieren haber adquirido técnicas para resolver problemas y evitar situaciones de riesgo.
 - El 87% de las mujeres lograron modificar pensamientos irracionales que hace que toleren la violencia, mediante la reestructuración cognitiva.
 - El 86% de las mujeres comentó tener mayor control emocional y aceptación de sus capacidades para superar el estado de indefensión aprendida.
 - El 80% de las mujeres refirió tomar mayor conciencia de generar relaciones interpersonales saludables
- Lista de asistencia
 - Fotografías
 - Material audiovisual
-

- haciendo uso de técnicas asertivas.
- El 70% de las mujeres logró identificar su red de apoyo social como factor protector para superar el estado psicológico de indefensión aprendida.
 - El 89% de las mujeres calificaron como eficaces y necesarias las técnicas cognitivo conductuales aplicadas en el programa.

Nota. La tabla muestra la valoración del programa cognitivo conductual por las mujeres víctimas de violencia, basados en el juicio de medición.

Tabla 27

Presupuesto del programa cognitivo conductual

N°	Materiales e insumos	Cantidad	Precio por unidad	Precio total
1	Millar de hoja bond	3	S/20.00	S/60.00
2	Millar de hojas de colores	1	S/50.00	S/50.00
3	Block de cartulina A4	2	S/20.00	S/40.00
4	Papelotes	20	S/0.60	S/12.00
5	Cartón dúplex	4	S/3.00	S/12.00
6	Plumones	15	S/3.00	S/45.00
7	Caja de 50 lapiceros	1	S/35.00	S/35.00
8	Caja de lápices	3	S/6.00	S/18.00
9	Caja de colores	5	S/8.00	S/40.00
10	Bolsa de globos	1	S/15.00	S/15.00

11	Tijeras	2	S/2.00	S/4.00
12	Silicona líquida	2	S/8.00	S/16.00
13	Ovillo de lana	1	S/6.00	S/6.00
14	Memoria USB	1	S/50.00	S/50.00
15	Impresiones	500	S/0.50	S/250.00
16	Polos	35	S/10.00	S/350.00
17	Fotocheck	35	S/1.00	S/35.00
18	Pasajes por día	20	S/20.00	S/400.00
19	Refrigerio para los participantes	80	S/20.00	S/1.600.00
Total de costos directos				S/3.038.00

Nota. Descripción de los gastos realizados para implementar las sesiones del programa cognitivo conductual.

Etapa V: Criterios de evaluación

En cuanto a la evaluación cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida en mujeres agredidas por su pareja, se procedió a entregar el consentimiento informado a las participantes y los profesionales de salud, donde constaban de manera voluntaria participar e integrarse en el proceso del programa cognitivo conductual y a los lineamientos de evaluación.

Por ende, se miden tres criterios de evaluación:

1era etapa

Se procedió a aplicar la Escala de Indefensión Aprendida (EIA) dirigida a las mujeres violentadas, es así que se obtuvo el estado actual de las participantes antes de la aplicación del programa, debido a que el objetivo del estudio, es recolectar información sobre el nivel de indefensión aprendida, de manera general y según factores, para luego aplicar un programa. La escala consta de 29 ítems, divididos en los tres factores y dos niveles alto y bajo.

2da etapa

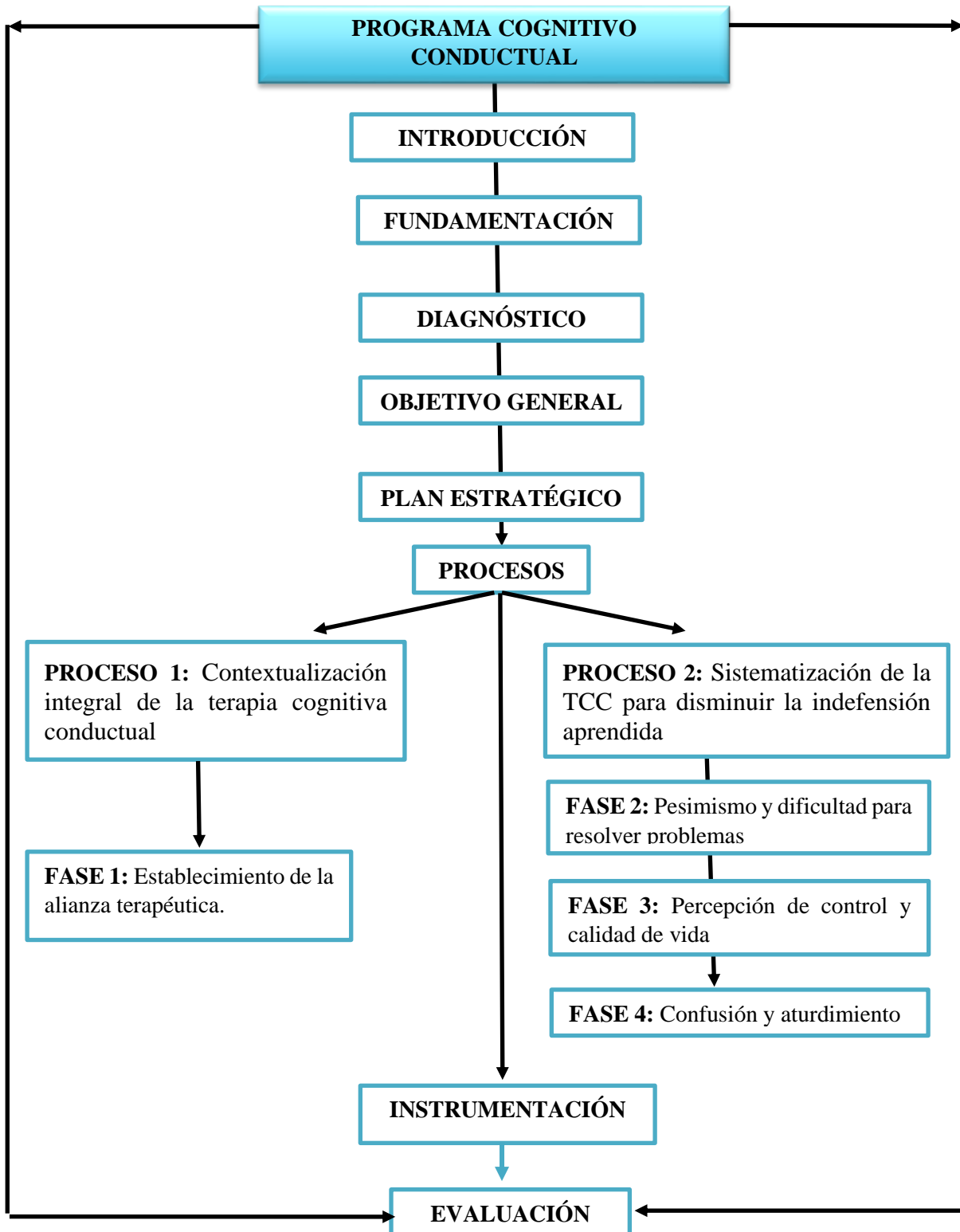
Se evalúa las sesiones del programa cognitivo conductal mediante la exploración de experiencias y de las tareas asignadas para casa, donde la psicóloga ejecuta algunas preguntas sobre los temas y técnicas abordadas en cada sesión con el objetivo de corroborar y reforzar los saberes adquiridos, además, se realiza una retroalimentación resolviendo las dudas que puedan surgir.

3ra etapa

Se lleva a cabo la evaluación del programa, de las fases, las técnicas cognitivas conductuales y los conocimientos adquiridos, ello mediante la aplicación del post test, con el fin de determinar si se alcanzó disminuir la indefensión aprendida en la población de estudio.

Figura 4

Distribución del aporte práctico



Nota. Se esquematiza el resumen la distribución del aporte práctico

Etapa VI: Valoración y Corroboración de los Resultados

El programa Cognitivo Conductual se ejecutó en su totalidad, se dividió en dos procesos en un total de 4 fases: el primer proceso abarcó la contextualización integral de la terapia cognitivo conductual y el segundo proceso, la sistematización de la terapia cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida.

3.4.1. Corroboración estadística de los resultados

Tabla 28

Cuadro comparativo de los resultados, en dos momentos de la evaluación a las mujeres víctimas de violencia de pareja.

Nivel	Bajo		Alto	
	fi	%	fi	%
Pre-Test	16	45,7%	19	54,3%
Post-Test	29	82,9%	6	17,1%

Nota. En la tabla se aprecia los niveles de indefensión aprendida en dos momentos de la investigación, antes y posterior a la aplicación del programa.

En la Tabla 28 se evidencia que, durante la evaluación del pretest, el 54,3% de mujeres víctimas de violencia presenta nivel alto de indefensión aprendida, mientras que el 45,7% presentó un nivel bajo. Posterior a la aplicación del programa, los resultados muestran lo esperado, debido a que el 82,9% de mujeres presenta nivel bajo de indefensión aprendida.

Tabla 29

Cuadro comparativo de los resultados, según factores, en dos momentos de la evaluación a las mujeres víctimas de violencia de pareja.

Nivel por factor	Momento de evaluación			
	Antes de aplicación del Programa		Posterior de aplicación del Programa	
	fi	%	fi	%
Pesimismo y dificultad para resolver problemas				
Bajo	13	37,1%	29	82,9%
Alto	22	62,9%	6	17,1%
Percepción de control y calidad de vida				
Bajo	27	77,1%	9	25,7%
Alto	8	22,9%	26	74,3%
Confusión y aturdimiento				
Bajo	8	22,9%	28	80,0%
Alto	27	77,1%	7	20,0%
Total	35	100%	35	100%

Nota. Se observa la comparación según factores de indefensión aprendida, antes y después de la aplicación del programa.

En la Tabla 29 refleja los resultados obtenidos antes y después de la aplicación del programa, evidenciando los resultados esperados en cada factor. Cabe especificar que se considere la presencia del problema de indefensión aprendida cuando existe nivel alto en el factor 1 y 3, mientras que nivel bajo en el factor 2. Es así que, en el Factor 1: Pesimismo y dificultad para resolver problemas antes de la aplicación del programa las mujeres víctimas de violencia presentaban nivel alto de indefensión aprendida, con un 62,9%, en tanto que, después de la aplicación del programa solo el 17,1% presentó nivel alto. En el Factor 2: Percepción de control y calidad de vida, antes de la aplicación del programa el 77,1% de las participantes obtuvieron un nivel bajo, mientras que posterior a la aplicación se redujo a 25,7%. Por último, en el Factor 3: Confusión y aturdimiento inicialmente el 77,1% de las mujeres presentaba un nivel alto, el cual se modificó después de la administración del programa a 20,0%.

Tabla 30

Cuadro comparativo de los resultados, es dos momentos de la evaluación, aplicado a los profesionales de la salud.

Nivel	Bajo		Alto	
	fi	%	fi	%
Pre-Test	0	0%	7	100%
Post-Test	6	85,7%	1	14,3%

Nota. Se muestran los resultados comparativos en cuanto a los niveles de indefensión aprendida, desde la perspectiva de los profesionales de la salud.

En la Tabla 30, se aprecia que los resultados iniciales, el 100% de los profesionales de salud perciben un nivel alto de indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia, en tanto que después de la aplicación del programa cognitivo conductual solo el 14,3% señala un nivel alto.

Tabla 31

Cuadro comparativo según factores, de los dos momentos de evaluación, aplicado a los profesionales de la salud.

Nivel por factor	Momento de evaluación			
	Antes de aplicación del Programa		Posterior de aplicación del Programa	
	fi	%	fi	%
Pesimismo y dificultad para resolver problemas				
Bajo	0	0%	6	85,7%
Alto	7	100%	1	14,3%
Percepción de control y calidad de vida				
Bajo	7	100%	2	28,6%
Alto	0	0%	5	71,4%
Confusión y aturdimiento				
Bajo	0	0%	6	85,7%
Alto	7	100%	1	14,3%

Total	7	100%	7	100%
-------	---	------	---	------

Nota. Tabla de análisis de los cambios, logrados luego de aplicarse el programa, según la perspectiva de los profesionales de la salud.

En la Tabla 31 evidencia que la aplicación del programa, según los profesionales de la salud, logró disminuir la indefensión aprendida en las mujeres, debido a que según los resultados iniciales el 100% de los profesionales de salud, notaban un nivel alto en el Factor 1, Pesimismo y dificultad para resolver problemas, y en el Factor 3, Confusión y aturdimiento, posterior a la aplicación de programa disminuyó al 14,3%. Además, el 100% de profesionales percibió un nivel bajo en el Factor 2, Percepción de control y calidad de vida, después de la ejecución del programa el nivel bajo se redujo al 28,6%.

Tabla 32

Prueba de Normalidad Shapiro –Wilk

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Pretest	0,972	35	0,493
Postest	0,945	35	0,082

Nota. En esta tabla se evidencia los resultados de la aplicación de normalidad Shapiro Wilk, se aplicó esta prueba por ser la cantidad de participantes menor a 50.

En la Tabla 32, se observa que el nivel de significancia establecido en el pretest y postest, son mayor al nivel de significancia 0.05, con un 0,493 y 0,082 respectivamente, por lo que no se rechaza la H_0 , lo que significa que los puntajes del pretest y postest tienen distribución normal, por tanto para la corroboración de diferencias significativas entre los puntajes del pretest y postest se utilizará la prueba T.

Tabla 33

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas						T	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia					
					Inferior	Superior				
Par 1	PRE - POST	9,51429	8,01606	1,35496	6,76067	12,26790	7,022	34	0,0000000419	

Nota. Se aprecia el impacto del programa cognitivo conductual obtenido a través de los resultados del pretest y postest usando la prueba T para muestras relacionadas, debido a la normalidad de los datos.

En la Tabla 33, tras el procesamiento realizado con la prueba T y teniendo en cuenta un nivel de significancia de 0.05 se puede determinar que se rechaza la H_0 por obtenerse valores de significancia menores al 0.05, aceptándose la existencia de diferencias significativas en el pretest y postest. Por tanto, mediante el intervalo de confianza del 95% se concluye que el programa cognitivo conductual ha dado los efectos esperados. Además, al ser el valor t positivo, el pretest es mayor al postest, lo cual es lo esperado de que los puntajes del postest sean menores para decir que después de aplicado el programa se logró disminuir la indefensión aprendida que presentan las participantes.

VII. CONCLUSIONES

- Se fundamentó de manera científica y metodológica el proceso cognitivo conductual, esto implica brindar herramientas y técnicas que permitan modificar pensamientos irracionales y conductas desadaptativas que hacen tolerar la violencia. Asimismo, se exploró la evolución histórica considerando etapas e indicadores, lo que permitió identificar avances y deficiencias en la aplicación de programas de corte cognitivo conductual.
- Se determinó los niveles de indefensión aprendida de manera general, se obtuvo que el 54,3% de las mujeres se ubican en un nivel alto de indefensión aprendida, además se determinó los niveles por factores, cabe mencionar que para que se presente el estado de indefensión aprendida debe existir niveles altos en el factor 1 y 3 y niveles bajos en el factor 2. Es así que, en el factor 1, el 62,9% de participantes obtuvo un nivel alto; en el factor 2, el 77,1% presentó un nivel bajo y en el factor 3 el 77,1% reflejó un nivel alto.
- Se diseñó un programa cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja, este programa constó de cuatro fases divididas en 12 sesiones que incorporan técnicas y herramientas cognitivas conductuales alineadas con los objetivos establecidos. Posterior a la aplicación del programa se constató que el 82,9% obtuvo un nivel bajo de indefensión aprendida y el 85,7% de los profesionales de salud señalan porcentajes similares de nivel bajo de indefensión aprendida, lo cual significa que el programa tuvo los efectos esperados.
- Se validó los datos obtenidos del estudio mediante la ejecución de un pre experimento, para lo cual se aplicó el pre test, el programa cognitivo conductual y el post test, para la corroboración de diferencias significativas se utilizó la prueba T, encontrándose valores de significancia menores al 0.05, aceptándose diferencias significativas entre las evaluaciones previas y posteriores, lo que indica que el programa cognitivo conductual permitió disminuir la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia.

VIII. RECOMENDACIONES

- Implementar el programa cognitivo conductual en otras entidades estatales de salud, aledañas a la ciudad de Lambayeque, que compartan las características particulares de la población de estudio con el fin de prevenir y tratar es estado de indefensión aprendida en víctimas de violencia.
- Elaborar un nuevo diseño de investigación para hallar aquellos factores predictores y grupos más susceptibles a niveles altos de indefensión aprendida.
- A los psicólogos realizar seguimiento a las mujeres víctimas de violencia, con el fin de asegurarse de que sigan practicando las técnicas cognitivo conductual que han aprendido. Además, se sugiere aborden el estado de indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia, que acuden por primera vez al servicio de psicología.
- A los trabajadores sociales ayudar a las participantes que no tienen empleo a gestionar y obtener apoyo sociolaboral, con el fin de mejorar el control ante situaciones de riesgo y su calidad de vida.

REFERENCIAS

- Aburto, A. (2021). *Revisión Sistemática: Programas cognitivos conductuales en mujeres víctimas de violencia de pareja* [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/72679>
- Acevedo, K. (2020). Indefensión aprendida y depresión en mujeres víctimas de violencia conyugal en los centros de mujeres IXCHEN del departamento de Managua. *Dialnet*, 5(3), 334-356. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7863435>
- Ardila, R. (2013). Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913. *Revista latinoamericana de Psicología*, 45(2), 315-319. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80528401013>
- Arias, J., y Covinos, M. (2021). *Diseño y Metodología de la Investigación* (1.^a ed.). ENFOQUES CONSULTING. <http://hdl.handle.net/20.500.12390/2260>
- Arias, J., Holgado, J., Tafur, T., y Vasquez- Pauca, M. (2022) *Metodología de la Investigación: El método ARIAS para desarrollar un proyecto de tesis* (1.^a ed.). Editorial INUDI. <http://hdl.handle.net/20.500.12390/3109>
- Ayarza, J. (2019). *Teorías del aprendizaje en la educación* [Trabajo Académico, Universidad Nacional de Tumbes]. Repositorio de la Universidad Nacional de Tumbes. <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/1389>
- Bados, A., y García, E. (2010). *La Técnica de la reestructuración cognitiva*. [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci% c3% b3n.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%c3%b3n.pdf)
- Barandiaran, B. (2020). “Indefensión aprendida”: una revisión sistemática de la literaturacientífica [Trabajo de investigación, Universidad Privada del Norte]. Repositorio de la Universidad Privada del Norte. <https://hdl.handle.net/11537/27076>
- Barreto, M. (2020). Defensa activa frente a la indefensión aprendida en mujeres violentadas en tiempos de COVID-19. *SCIÉENDO*, 23(4), 287-292. <https://doi.org/10.17268/sciendo.2020.034>
- Barboza, C., y Suclupe, I. (2023). *Desesperanza aprendida y dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de la comisaría La Victoria, Chiclayo*. [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/116909>

- Burgos, L., y Piza, G. (2021). *Análisis del daño psicológico en las mujeres víctimas de violencia de género durante el confinamiento del covid-19: estudio de casos*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Guayaquil]. Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/55624>
- Cantillo, I., y Mendoza, M. (2020). *Programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja: una revisión sistemática* [Tesis de Licenciatura, Universidad de la Costa]. Repositorio de la Universidad de la Costa. <https://repositorio.cuc.edu.co/handle/11323/7415>
- Cepeda, P. (2017). *Análisis de la relación entre la indefensión aprendida y el femicidio. Estudio realizado desde la psicología cognitivo-conductual y el enfoque de género, con dos casos paradigmáticos de femicidio en el Ecuador en los meses de febrero a julio de 2016* [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Institucional de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13112>
- Casas, A., Repullo, J., y Donato, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 31(8), 527-538. <https://core.ac.uk/download/pdf/82245762.pdf>
- Cavalié, M. (2022). Inteligencia Emocional, Solución de Problemas y Desesperanza en mujeres víctimas de violencia. *Revista Desvalimiento Psicosocial*, 9 (1), 1-15. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/6289>
- Colop, A. (2016). *Terapia racional emotiva conductual y sentimiento de culpa (Estudio realizado con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, que acuden a psicoterapia al Centro Landivariano de Psicología de la cabecera departamental de Quetzaltenango)* [Tesis de Licenciatura, Universidad Rafael Landívar]. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/42/Colop-Alejandra.pdf>
- Comisión Nacional para la protección de los seres humanos en estudios biomédicos y del comportamiento de los E.U.A. (1979). INFORME BELMONT: principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. *Revista Médica Herediana*, 4(3). <https://doi.org/10.20453/rmh.v4i3.424>
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA. (2020). *Documento técnico para la atención telepsicológica, servicio de orientación, consejería e*

- intervención breve para consumidores de sustancias psicoactivas*. DEVIDA, Lima.
- Davila, M., y Orihuela, T. (2019). *Desesperanza Aprendida en Mujeres Víctimas de Violencia de un Asentamiento Humano del distrito de El Agustino, 2019* [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/40891>
- Díaz-Aguado, M., Martínez, R., Martín, G., Alvarez-Monteserín, M., Paramio, E., Rincón, C., y Sardinero, F. (2004). Indefensión aprendida, escasa calidad de vida y dificultades en la educación familiar. *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia*, 3(7), 123-162. http://www.injuve.es/sites/default/files/081-122-Violencia3_7.pdf
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>
- Dulzaides, M., y Molina, A. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. *Acimed*, 12(2). <http://eprints.rclis.org/5013/1/analisis.pdf>
- Espinosa, L. (2019). *Intervención en terapia cognitiva, de Aaron T. Beck, en pacientes con depresión, de un centro de salud de la ciudad de Panamá* [Tesis de Maestría, Universidad de Panamá]. Repositorio Institucional de la Universidad de Panamá. <http://up-rid.up.ac.pa/id/eprint/1722>
- Félix-Montes, L., Gavilán-Centeno, R., y Ríos-Cataño, C. (2020). Tratamiento psicológico en mujeres víctimas de violencia conyugal. *Persona*, 23(2), 41-55. [https://doi.org/10.26439/persona2020.n023\(2\).4829](https://doi.org/10.26439/persona2020.n023(2).4829)
- Freiria, J., y Feld, J. (2005). *Los programas de intervención para el desarrollo del pensamiento creativo* [Sesión de conferencia]. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-051/211.pdf>
- Fullana, M., Fernández, L., Bulbena, A., y Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017>

- Garza, C., y González, I. (2019). *Desesperanza aprendida y aceptación de apoyo psicológico en mujeres víctimas de violencia familiar* [Sesión de conferencia]. IX Congreso Estudiantil y IV Congreso Internacional de Investigación en Psicología. Facultad de Psicología – CUVED, México.
<https://cued.unam.mx/divulgacion/index.php/ceciip/ceciipix/paper/view/693>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Guerrero, D. (2019). *Indefensión de las Víctimas de Violencia Familiar por el Condicionamiento de la Vigencia de las Medidas de Protección en la LEY N° 30364*[Tesis de Maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. <https://hdl.handle.net/20.500.12893/7405>
- Habigzang, L., Gomes, M., y Zamagna, M. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 249-264.
<https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (1.^a ed.). McGraw-Hill Interamericana.
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Ab_uso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf
- Huangal, D., y Briceño, D. (2018). *Violencia Conyugal e Indefensión Aprendida en madres de familia de una Institución Educativa Cajamarca 2017* [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrel]. Repositorio Institucional de la UPAGU. <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/678>
- Lega, L., Sorribes, F., y Calvo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual* (1.^a ed.). Ediciones Paidós.
https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/36/35532_TERAPIA_R

- Losada, A., Márquez, M., Romero, R., López, J., Fernández, V., y Nogales, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 26(1), 41-48. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2015.02.001>
- Luciano, C., Ruiz, F., Gil, B., y Ruiz, L. (2016). Dificultades y barreras del terapeuta en el aprendizaje de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *International journal of psychology and psychological therapy*, 16(3), 357-373. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56049049010.pdf>
- Mayo Clinic (2021). *Psicoterapia*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/psychotherapy/about/pac-20384616>
- Marcelo, E. (2019). *Programa cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia de pareja con depresión atendidas en un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz, 2017*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/6937>
- Medina, P. (2019). *Relación entre estilos de afrontamiento, indefensión aprendida e inadaptación en mujeres víctimas de violencia doméstica del Instituto de Medicina Legal del Callao* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/15559>
- Mera, C. (2015). *Los Trabajos más Relevantes de la Historia de la Psicología en el Siglo XXI* [Tesis de Maestría, Universidad de Cádiz]. Repositorio Institucional de la UCA. <http://hdl.handle.net/10498/17685>
- Mera, S., y Ríos, L. (2018). *Propuesta de un programa cognitivo conductual en la autoestima en mujeres víctimas de violencia familiar*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/7025>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2021). *Protocolo de atención del Centro de Emergencia Mujer*. <https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2021/03/protocolo-atencion-del-Centro-Emergencia-Mujer->

LP.pdf

- Morales, L. (2022). Estrategias de afrontamiento, vías de protección del bienestar en tiempos de pandemia. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 7 (307), 1-11. <https://doi.org/10.32351/rca.v7.307>
- Neyra, G., y Perez, N. (2022). *Violencia de género y desesperanza aprendida en mujeres de un asentamiento humano de Piura, 2022*. [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/96251>
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J., y Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor e éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948006>
- Obando, V. (2019). *Análisis del síndrome de indefensión aprendida como eximente de responsabilidad penal en víctimas de violencia de género* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León]. Repositorio Institucional de la UNAN-LEÓN. <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/7561>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Peña, V. (2019). *Relación entre dependencia emocional e indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar* [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de México]. Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma del Estado de México. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/105655>
- Petersen, M., Zamora, J., Fermann, LL., Crestani, P., y Habigzang, L. (2019). Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: revisão sistemática. *Psicologia Clínica*, 31(1), 145-165.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-56652019000100008
- Polo, J., y Díaz, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>

- Polti, I. (2013). *Ética en la investigación: análisis desde una perspectiva actual sobre casos paradigmáticos de investigación en psicología* [Sesión de conferencia]. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-054/51.pdf>
- Roselló, J., y Bernal, G (2007). *Manual de tratamiento para la terapia de cognitivo conductual de la depresión*. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras. https://i4health.paloalto.edu/downloads/CBT_adolescents_individual_participante_es.pdf
- Ruales, V. (2012). *Efectividad en la terapia cognitivo conductual con técnicas basadas en el condicionamiento operante para el mejoramiento de autoestima en niños con TDAH* [Tesis de Licenciatura, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Institucional de la Universidad Central del Ecuador <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/2273>
- Ruiz, Á., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Desclée De Brouwer. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>
- Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica* (1a. ed.). México: Editorial el Manual Moderno.
- Sánchez, F. (2019). Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Diseños. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 13(1), 102-122. <https://doi.org/10.19083/ridu.2019.644>
- Serna, I. (2020). *Desesperanza prevalente en mujeres víctimas de violencia familiar en un hospital de apoyo, Ayacucho, 2019*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Los Ángeles Chimbote]. Repositorio Institucional de la ULADECH CATÓLICA. <https://hdl.handle.net/20.500.13032/15923>
- Soler, J., Eliges, M., y Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y modificación de Conducta*, 42(165-66), 35-49. <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2793>
- Ubillús, J. (2022). *Programa cognitivo conductual para disminuir la dependencia*

- emocional en las mujeres víctimas de violencia del distrito de Jumbilla* [Tesis de Maestría, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional de la Universidad Señor de Sipán. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/9562>
- Vallejo-Slocker, L., y Vallejo, M. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Acción psicológica*, 13(2), 157-168. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.16539>
- Vilchez, S. (2022). *Propuesta para prevenir la desesperanza aprendida en relaciones de parejas en usuarias de un centro de emergencia mujer de Lima, 2021*. [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/82169>
- Villanueva, F. (2022). *Metodología de la Investigación*. Klik Soluciones educativas.
- Wolitzky-Taylor, K., Horowitz, J., Powers, M., y Telch, M. (2010). Estrategias psicológicas en el tratamiento de fobias específicas: Un metaanálisis. *Revista de toxicomanías*, 61, 3-20. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3626200>
- Ynga, M. (2021). *DESESPERANZA APRENDIDA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DEL CENTRO DE EMERGENCIA DE LA MUJER BELLAVISTA Y CALLAO–CALLAO 2020*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma De Ica]. Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma De Ica. <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/876>

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de las variables (Enfoque mixto)

Variable independiente	Dimensiones	Indicadores
Programa cognitivo conductual	Introducción – Fundamentación	<ul style="list-style-type: none"> - El programa cognitivo conductual se realizará en el Hospital “Belén” de Lambayeque y tiene como propósito disminuir la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja. - Ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia. - Teoría en que se fundamenta el aporte propuesto.
	Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dinámica del proceso cognitivo conductual. - Diagnosticar la dimensión pesimismo y dificultad para resolver problemas. - Diagnosticar la dimensión percepción de control y calidad de vida. - Diagnosticar la dimensión confusión y aturdimiento.
	Planteamiento del objetivo general	<ul style="list-style-type: none"> - Sistematizar el proceso cognitivo conductual, mediante el pesimismo y dificultad para resolver problemas, percepción de control y calidad de vida, y confusión y aturdimiento, para disminuir la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.
	Planeación estratégica o sistema de procesamiento	<p>ETAPA 1: contextualización integral de la terapia cognitivo conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fase I: Establecimiento de la alianza terapéutica <p>ETAPA 2: Sistematización del desarrollo del proceso cognitivo conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fase II: Pesimismo y dificultad para resolver problemas. - Fase II: Confusión y aturdimiento - Fase III: Percepción de control y calidad de vida.
	Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> - Cronograma de ejecución de cada fase - Descripción de la fase - Responsables - Fecha de implementación
	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Descripción de lo evaluado - Patrones de logro

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Fuente de verificación
Indefensión Aprendida	Condición psicológica en el que la mujer al estar expuesta a una serie de situaciones desagradables, desarrolla un síndrome caracterizado en atribuir que los acontecimientos son incontrolables, que no puede hacer nada para cambiarlos, que haga lo que haga siempre sucederá lo mismo (Cavalié,	La persona se encuentra en un estado de indefensión aprendida cuando presenta pesimismo y dificultad para resolver los problemas, así mismo presenta una percepción inadecuada del control y calidad de vida, y muestra confusión y aturdimiento (Díaz et al.,	Pesimismo y dificultad para resolver problemas	Dificultad para la resolución de problemas	Escala de Indefensión Aprendida –EIA	35 mujeres víctimas de violencia pareja. 7 profesionales que trabajan en el Hospital “Belén” de Lambayeque
				Presentan manifestaciones somáticas		
				Miedo ante situaciones negativas como los actos de violencia		
				Presentan pensamientos catastróficos y pesimistas		
			Percepción de control y calidad de vida	Adecuadas habilidades sociales (asertividad y autoestima)		
				Control de las adversidades		
				Valoración de la calidad de vida		
			Confusión y aturdimiento	Dificultad para generar relaciones interpersonales		
				Estados de apatía		
				Cambios o desajustes emocionales		
				Miedo al fracaso		

	2022).	2004).	Falta de energía o motivación	
--	--------	--------	-------------------------------	--

Anexo 2: Matriz de consistencia – Enfoque Mixto

Título: Programa cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Formulación del Problema	Objetivos	Técnicas e Instrumentos
<p>Insuficiencias en el proceso cognitivo conductual, incide en la indefensión aprendida en las mujeres víctimas de violencia de pareja.</p>	<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar un programa cognitivo conductual para disminuir la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja. <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fundamentar epistemológicamente la dinámica del proceso cognitivo conductual y su evolución histórica. - Determinar los niveles de indefensión aprendida, a nivel general y según factores, en mujeres víctimas de violencia de pareja. - Elaborar un programa cognitivo conductual para la disminución de la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja. - Validar científicamente los resultados de la investigación mediante un preexperimento. 	<p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observación - Entrevista - Encuesta - Análisis documental <hr/> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ficha de observación - Escala de indefensión aprendida (EIA) - Ficha de tamizaje-violencia familiar y maltrato infantil - Ficha bibliográfica

	Hipótesis: Si se aplica un programa cognitivo conductual, que tenga en cuenta la relación entre la intencionalidad formativa y su sistematización, entonces se contribuye a disminuir la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.			
Diseño de la Investigación	Población y muestra		Variables y dimensiones	
Investigación será de tipo aplicada, explicativa, enfoque mixto, transversal con diseño pre experimental (pre test y pos test).	Población:	Muestra	Variable independiente	Dimensiones
	35 mujeres víctimas de violencia de pareja.	No probabilística 35 mujeres víctimas de violencia de pareja.	Programa cognitivo conductual	- Introducción-fundamentación - Diagnóstico - Planteamiento del objetivo general - Planteamiento estratégico - Instrumentación - Evaluación
			Variable dependiente	Dimensiones

	7 profesionales que laboran en hospital donde se realizará la investigación.	7 profesionales que trabajan en el hospital donde se realizará la investigación, que incluye 3 psicólogos y 4 trabajadores sociales.	Indefensión Aprendida	<ul style="list-style-type: none"> - Pesimismo y dificultad para resolver problemas - Percepción de control y calidad de vida - Confusión y aturdimiento
--	--	--	-----------------------	---

Anexo 03: Instrumentos

ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA

Instrucciones: La escala está dirigida a mujeres víctimas de violencia de pareja, su objetivo es diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual que tiene como fin recabar información sobre la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.

A continuación, encontrará una serie de preguntas las cuales buscan diagnosticar la indefensión aprendida, mediante tres dimensiones: Pesimismo y dificultad para resolver problemas, Percepción de control y calidad de vida, y Confusión y aturdimiento. Por favor, lea atentamente cada pregunta, piense cuál es su conducta habitual en relación con lo que se expone en cada pregunta y conteste. Responda con sinceridad, su respuesta puede determinarse marcando una (X), según usted considere, siendo:

1= Muy en

desacuerdo

2= Algo

en desacuerdo

3 =Ni de acuerdo ni en

desacuerdo

4=Algo de acuerdo

5=Muy de acuerdo.

VARIABLE INDEFENSIÓN APRENDIDA		Escala de medición				
Dimensión 1: Pesimismo y dificultad para resolver problemas		1	2	3	4	5
PDRP 1.1	Haga lo que haga me cuesta mucho que mi familia me entienda.					
PDRP 1.2	A menudo siento palpitaciones.					
PDRP 1.3	Habitualmente tengo pocas ganas de comer.					
PDRP 1.4	Tengo problemas para tomar decisiones.					

PDRP 1.5	Frecuentemente tengo ansiedad (nerviosismo, angustia, etc).					
PDRP 1.6	A menudo me percibo aislada de los demás.					
PDRP 1.7	Cuando surge un problema con mi familia me cuesta mucho resolverlo.					
PDRP 1.8	Casi nunca tengo pensamientos o sentimientos negativos.					
PDRP 1.9	Frecuentemente siento molestias en el estómago.					
PDRP 1.10	A veces creo que la vida no vale nada.					
PDRP 1.11	Pienso frecuentemente que no puedo o no sé hacer nada.					
PDRP 1.12	Haga lo que haga los problemas que tengo no mejoran.					
Dimensión 2: Percepción de control y calidad de vida		1	2	3	4	5
PCCV 2.1	Generalmente logro resolver los conflictos que surgen en mi familia.					
PCCV 2.2	Si al principio no consigo lo que me propongo, sigo intentándolo.					
PCCV 2.3	Me cuesta mucho conocer a nuevas personas.					
PCCV 2.4	Me considero integrada en la sociedad.					
PCCV 2.5	Me relaciono con facilidad con la gente.					
PCCV 2.6	Sé lo que puedo esperar de las situaciones en las que me encuentro.					
PCCV 2.7	Continuamente pienso que todo me sale mal.					
PCCV 2.8	Me siento contenta cuando tengo que conseguir objetivos nuevos.					
PCCV 2.9	Tengo control sobre mi vida.					
PCCV 2.10	Mi calidad de vida es aceptable.					

Dimensión 3: Confusión y aturdimiento		1	2	3	4	5
CC 3.1	Me relaciono con poca gente.					
CC 3.2	Frecuentemente paso de estados de alegría a una gran tristeza sin motivo aparente.					
CC 3.3	Soy bastante optimista.					
CC 3.4	Casi nunca me duele la cabeza.					
CC 3.5	Todo lo que hago me cuesta un gran esfuerzo.					
CC 3.6	Generalmente sé lo que me va a pasar en la situación en la que me encuentro.					
CC 3.7	Tomo decisiones con facilidad.					

ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA -DIRIGIDO AL PERSONAL DE SALUD

Instrucciones: La escala está dirigida al personal de salud del Hospital “Belén” de Lambayeque y tienen como objetivo diagnosticar el estado actual de la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja, con el fin de recabar información desde otra fuente de verificación.

A continuación, encontrará una serie de preguntas las cuales buscan diagnosticar la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja. Por favor, lea atentamente cada pregunta, piense cuál es la conducta habitual de las mujeres violentadas en relación con lo que se expone en cada pregunta y conteste. Responda con sinceridad, su respuesta puede determinarse marcando una (X), según usted considere, siendo:

1= Muy en

desacuerdo2= Algo

en desacuerdo

3 =Ni de acuerdo ni en

desacuerdo4=Algo de acuerdo

5=Muy de acuerdo.

VARIABLE INDEFENSIÓN APREDIDA		Escala de medición				
Dimensión 1: Pesimismo y dificultad para resolver Problemas		1	2	3	4	5
PDRP 1.1	Las mujeres violentadas perciben que hagan lo que hagan, cuesta mucho que su familia las entienda.					
PDRP 1.2	Las mujeres violentadas a menudo sienten palpitaciones.					
PDRP 1.3	Las mujeres violentadas habitualmente tienen pocas ganas de comer.					
PDRP 1.4	Las mujeres violentadas tienen problemas para tomar decisiones.					

PDRP 1.5	Las mujeres violentadas frecuentemente tienen ansiedad (nerviosismo, angustia...).					
PDRP 1.6	Las mujeres violentadas a menudo se aíslan de los demás.					
PDRP 1.7	Cuando las mujeres violentadas presentan un problema con su familia es difícil poder resolverlo.					
PDRP 1.8	Las mujeres violentadas en su mayoría presentan pensamientos o sentimientos negativos.					
PDRP 1.9	Las mujeres violentadas frecuentemente padecen de molestias gastrointestinales.					
PDRP 1.10	Las mujeres violentadas a veces creen que la vida no tiene valor.					
PDRP 1.11	Las mujeres violentadas piensan frecuentemente que no pueden o no saben hacer nada.					
PDRP 1.12	Las mujeres violentadas piensan que los problemas que tienen nunca se acaban.					
Dimensión 2: Percepción de control y calidad de vida		1	2	3	4	5
PCCV 2.1	Generalmente las mujeres violentadas logran resolver conflictos que surgen dentro de su familia.					
PCCV 2.2	Las mujeres violentadas suelen ser perseverantes en busca de logros.					
PCCV 2.3	Las mujeres violentadas usualmente tienen dificultad para poder interrelacionarse.					
PCCV 2.4	Las mujeres violentadas se perciben integradas en la sociedad.					
PCCV 2.5	Las mujeres violentadas se relacionan con facilidad con la gente.					
PCCV 2.6	Las mujeres violentadas tienen el control de las situaciones en las que se encuentran.					
PCCV 2.7	Las mujeres violentadas tienen pensamientos derrotistas o pesimistas.					
PCCV 2.8	Las mujeres violentadas se sienten contentas cuando tienen que conseguir objetivos nuevos.					
PCCV 2.9	Las mujeres violentadas consideran que tienen el control de su vida.					

PCCV 2.10	Tienen las mujeres violentadas una calidad de vida aceptable.					
--------------	---	--	--	--	--	--

Dimensión 3: Confusión y aturdimiento		1	2	3	4	5
CC 3.1	Las mujeres violentadas se relacionan con poca gente.					
CC 3.2	Las mujeres violentadas frecuentemente pasan de estados de alegría a tristeza sin motivo aparente.					
CC 3.3	Las mujeres violentadas son bastante optimistas.					
CC 3.4	Las mujeres violentadas casi nunca padecen de dolor la cabeza.					
CC 3.5	Las mujeres violentadas consideran que necesitan de mucho esfuerzo para lograr algo.					
CC 3.6	Generalmente las mujeres violentadas intuyen lo que va a pasar de la situación en la que se encuentran.					
CC 3.7	Las mujeres violentadas toman decisiones con facilidad.					

Anexo 04: Instrumentos de validación no experimental por Juicio de Expertos

Instrumento 1: ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA - ADAPTADO- DIRIGIDO A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA



ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA - ADAPTADO- DIRIGIDO A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

1. NOMBRE DEL JUEZ		MARITHA FIORELLA JARAMILLO SANTA CRUZ
2.	PROFESIÓN	PSICÓLOGA
	GRADO ACADÉMICO	MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	10 años
	CARGO	PSICÓLOGA CLÍNICA Y DOCENTE UNIVERSITARIA
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA INDEFENSIÓN APRENDIDA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Deysi Jackeline Bances Tuñoque
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO	1. Guía de entrevista () 2. Cuestionario (x) 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo () 5. Ficha documental	
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	<u>GENERAL:</u> Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual que tiene como fin recabar información sobre la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.	

	<p><u>ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión pesimismo y dificultad para resolver problemas en mujeres víctimas de violencia de pareja. - Evaluar el factor percepción de control y calidad de vida en mujeres víctimas de violencia de pareja. - Diagnosticar la dimensión confusión y aturdimiento en mujeres víctimas de violencia de pareja.
--	--

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (X) en “SI” si está de ACUERDO o en “NO” si está en DESACUERDO que los ítems tengan pertinencia, relevancia y claridad, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.

DIMENSIÓN / ÍTEMS		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
Nº	DIMENSIÓN 1: Pesimismo y dificultad para resolver problemas	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
PDRP 1.1	Haga lo que haga me cuesta mucho que mi familia me entienda.	X		X		X		
PDRP 1.2	A menudo siento palpitaciones.	X		X		X		
PDRP 1.3	Habitualmente tengo pocas ganas de comer.	X		X		X		
PDRP 1.4	Tengo problemas para tomar decisiones.	X		X		X		
PDRP 1.5	Frecuentemente tengo ansiedad (nerviosismo, angustia, etc).	X		X		X		
PDRP 1.6	A menudo me percibo aislada de los demás.	X		X		X		

PDRP 1.7	Cuando surge un problema con mi familia me cuesta mucho resolverlo.	X		X		X		
PDRP 1.8	Casi nunca tengo pensamientos o sentimientos negativos.	X		X		X		
PDRP 1.9	Frecuentemente siento molestias en el estómago.	X		X		X		
PDRP 1.10	A veces creo que la vida no vale nada.	X		X		X		
PDRP 1.11	Pienso frecuentemente que no puedo o no sé hacer nada.	X		X		X		
PDRP 1.12	Haga lo que haga los problemas que tengo no mejoran.	X		X		X		
Nº	DIMENSIÓN 2: Percepción de control y calidad de vida	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
PCCV 2.1	Generalmente logro resolver los conflictos que surgen en mi familia.	X		X		X		
PCCV 2.2	Si al principio no consigo lo que me propongo, sigo intentándolo.	X		X		X		
PCCV 2.3	Me cuesta mucho conocer a nuevas personas.	X		X		X		
PCCV 2.4	Me considero integrada en la sociedad.	X		X		X		
PCCV 2.5	Me relaciono con facilidad con la gente.	X		X		X		
PCCV 2.6	Sé lo que puedo esperar de las situaciones en las que me encuentro.	X		X		X		
PCCV 2.7	Continuamente pienso que todo me sale mal.	X		X		X		
PCCV 2.8	Me siento contenta cuando tengo que conseguir objetivos nuevos.	X		X		X		
PCCV 2.9	Tengo control sobre mi vida.	X		X		X		

PCCV 2.10	Mi calidad de vida es aceptable.	X		X		X		
N°	DIMENSIÓN 3: Confusión y aturdimiento	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
CC 3.1	Me relaciono con poca gente.	X		X		X		
CC 3.2	Frecuentemente paso de estados de alegría a una gran tristeza sin motivo aparente.	X		X		X		
CC 3.3	Soy bastante optimista.	X		X		X		
CC 3.4	Casi nunca me duele la cabeza.	X		X		X		
CC 3.5	Todo lo que hago me cuesta un gran esfuerzo.	X		X		X		
CC 3.6	Generalmente sé lo que me va a pasar en la situación en la que me encuentro.	X		X		X		
CC 3.7	Tomo decisiones con facilidad.	X		X		X		

El presente instrumento es (precisar si hay suficiencia):

SUFICIENTE Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

11 de diciembre del 2022.



Maritha F. Jaramillo Santa Cruz
Mg. Psicología
C. Ps. P. 22363

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo **Nota: Suficiencia, cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión, la cantidad de afirmaciones (Sí) está en un 90% a 100%**

**ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA - ADAPTADO-
DIRIGIDO A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE
PAREJA**

1. NOMBRE DEL JUEZ		Lucila Elsa Arnao Morales
2.	PROFESIÓN	Psicóloga
	GRADO ACADÉMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	22 años
	CARGO	Psicóloga del Hospital “Belén” de Lambayeque
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA INDEFENSIÓN APRENDIDA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Deysi Jackelinne Bances Tuñoque
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		<ol style="list-style-type: none"> 1. Guía de entrevista () 2. Cuestionario (x) 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo () 5. Ficha documental
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		<p><u>GENERAL:</u></p> <p>Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual que tiene como fin recabar información sobre la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.</p>

	<p style="text-align: center;"><u>ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión pesimismo y dificultad para resolver problemas en mujeres víctimas de violencia de pareja. - Evaluar el factor percepción de control y calidad de vida en mujeres víctimas de violencia de pareja. - Diagnosticar la dimensión confusión y aturdimiento en mujeres víctimas de violencia de pareja.
--	---

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (X) en “SI” si está de ACUERDO o en “NO” si está en DESACUERDO que los ítems tengan pertinencia, relevancia y claridad, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.

DIMENSIÓN / ÍTEMS		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
N°	DIMENSIÓN 1: Pesimismo y dificultad para resolver problemas	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
PDRP 1.1	Haga lo que haga me cuesta mucho que mi familia me entienda.	X		X		X		
PDRP 1.2	A menudo siento palpitaciones.	X		X		X		
PDRP 1.3	Habitualmente tengo pocas ganas de comer.	X		X		X		
PDRP 1.4	Tengo problemas para tomar decisiones.	X		X		X		
PDRP 1.5	Frecuentemente tengo ansiedad (nerviosismo, angustia, etc).	X		X		X		
PDRP 1.6	A menudo me percibo aislada de los demás.	X		X		X		

PDRP 1.7	Cuando surge un problema con mi familia me cuesta mucho resolverlo.	X		X		X		
PDRP 1.8	Casi nunca tengo pensamientos o sentimientos negativos.	X		X		X		
PDRP 1.9	Frecuentemente siento molestias en el estómago.	X		X		X		
PDRP 1.10	A veces creo que la vida no vale nada.	X		X		X		
PDRP 1.11	Pienso frecuentemente que no puedo o no sé hacer nada.	X		X		X		
PDRP 1.12	Haga lo que haga los problemas que tengo no mejoran.	X		X		X		
N°	DIMENSIÓN 2: Percepción de control y calidad de vida	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
PCCV 2.1	Generalmente logro resolver los conflictos que surgen en mi familia.	X		X		X		
PCCV 2.2	Si al principio no consigo lo que me propongo, sigo intentándolo.	X		X		X		
PCCV 2.3	Me cuesta mucho conocer a nuevas personas.	X		X		X		
PCCV 2.4	Me considero integrada en la sociedad.	X		X		X		
PCCV 2.5	Me relaciono con facilidad con la gente.	X		X		X		
PCCV 2.6	Sé lo que puedo esperar de las situaciones en las que me encuentro.	X		X		X		
PCCV 2.7	Continuamente pienso que todo me sale mal.	X		X		X		
PCCV 2.8	Me siento contenta cuando tengo que conseguir objetivos nuevos.	X		X		X		
PCCV 2.9	Tengo control sobre mi vida.	X		X		X		

PCCV 2.10	Mi calidad de vida es aceptable.	X		X		X		
N°	DIMENSIÓN 3: Confusión y aturdimiento	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
CC 3.1	Me relaciono con poca gente.	X		X		X		
CC 3.2	Frecuentemente paso de estados de alegría a una gran tristeza sin motivo aparente.	X		X		X		
CC 3.3	Soy bastante optimista.	X		X		X		
CC 3.4	Casi nunca me duele la cabeza.	X		X		X		
CC 3.5	Todo lo que hago me cuesta un gran esfuerzo.	X		X		X		
CC 3.6	Generalmente sé lo que me va a pasar en la situación en la que me encuentro.	X		X		X		
CC 3.7	Tomo decisiones con facilidad.	X		X		X		

El presente instrumento es (precisar si hay suficiencia):

SUFICIENTE Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

12 de Diciembre del 2022.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
Mg. Lucila E. Arriaga Morales
C.P.S.P. N° 8446
PSICOLOGA

Sello y Firma del Juez

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo **Nota: Suficiencia, cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión, de la cantidad de afirmaciones (Sí) está en un 90% a 100%**

**ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA - ADAPTADO-
DIRIGIDO A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE
PAREJA**

1. NOMBRE DEL JUEZ		ESMERALDA SUCLUPE BANCES
2.	PROFESIÓN	PSICÓLOGA
	GRADO ACADÉMICO	MAGISTER
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	15 AÑOS
	CARGO	PSICÓLOGA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CHICLAYO
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA INDEFENSIÓN APRENDIDA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Deysi Jackelinne Bances Tuñoque
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		6. Guía de entrevista () 7. Cuestionario (x) 8. Lista de Cotejo () 9. Diario de campo () 10. Ficha documental
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		<u>GENERAL:</u> Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual que tiene como fin recabar información sobre la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.

	<p style="text-align: center;"><u>ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión pesimismo y dificultad para resolver problemas en mujeres víctimas de violencia de pareja. - Evaluar el factor percepción de control y calidad de vida en mujeres víctimas de violencia de pareja. - Diagnosticar la dimensión confusión y aturdimiento en mujeres víctimas de violencia de pareja.
--	---

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (X) en “SI” si está de ACUERDO o en “NO” si está en DESACUERDO que los ítems tengan pertinencia, relevancia y claridad, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.

DIMENSIÓN / ÍTEMS		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
N°	DIMENSIÓN 1: Pesimismo y dificultad para resolver problemas	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
PDRP 1.1	Haga lo que haga me cuesta mucho que mi familia me entienda.	X		X		X		
PDRP 1.2	A menudo siento palpitaciones.	X		X		X		
PDRP 1.3	Habitualmente tengo pocas ganas de comer.	X		X		X		
PDRP 1.4	Tengo problemas para tomar decisiones.	X		X		X		
PDRP 1.5	Frecuentemente tengo ansiedad (nerviosismo, angustia, etc).	X		X		X		
PDRP 1.6	A menudo me percibo aislada de los demás.	X		X		X		

PDRP 1.7	Cuando surge un problema con mi familia me cuesta mucho resolverlo.	X		X		X		
PDRP 1.8	Casi nunca tengo pensamientos o sentimientos negativos.	X		X		X		
PDRP 1.9	Frecuentemente siento molestias en el estómago.	X		X		X		
PDRP 1.10	A veces creo que la vida no vale nada.	X		X		X		
PDRP 1.11	Pienso frecuentemente que no puedo o no sé hacer nada.	X		X		X		
PDRP 1.12	Haga lo que haga los problemas que tengo no mejoran.	X		X		X		
N°	DIMENSIÓN 2: Percepción de control y calidad de vida	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
PCCV 2.1	Generalmente logro resolver los conflictos que surgen en mi familia.	X		X		X		
PCCV 2.2	Si al principio no consigo lo que me propongo, sigo intentándolo.	X		X		X		
PCCV 2.3	Me cuesta mucho conocer a nuevas personas.	X		X		X		
PCCV 2.4	Me considero integrada en la sociedad.	X		X		X		
PCCV 2.5	Me relaciono con facilidad con la gente.	X		X		X		
PCCV 2.6	Sé lo que puedo esperar de las situaciones en las que me encuentro.	X		X		X		
PCCV 2.7	Continuamente pienso que todo me sale mal.	X		X		X		
PCCV 2.8	Me siento contenta cuando tengo que conseguir objetivos nuevos.	X		X		X		
PCCV 2.9	Tengo control sobre mi vida.	X		X		X		

PCCV 2.10	Mi calidad de vida es aceptable.	X		X		X		
N°	DIMENSIÓN 3: Confusión y aturdimiento	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
CC 3.1	Me relaciono con poca gente.	X		X		X		
CC 3.2	Frecuentemente paso de estados de alegría a una gran tristeza sin motivo aparente.	X		X		X		
CC 3.3	Soy bastante optimista.	X		X		X		
CC 3.4	Casi nunca me duele la cabeza.	X		X		X		
CC 3.5	Todo lo que hago me cuesta un gran esfuerzo.	X		X		X		
CC 3.6	Generalmente sé lo que me va a pasar en la situación en la que me encuentro.	X		X		X		
CC 3.7	Tomo decisiones con facilidad.	X		X		X		

El presente instrumento es (precisar si hay suficiencia)

SUFICIENCIA Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

16 de Diciembre del 2022.

The image shows a handwritten signature in blue ink over a circular official stamp. The stamp contains the text 'Esmeraldas Suclupe Banco', 'Psicólogos', and 'C.P.S.P. 13305'.

Sello y Firma del Juez

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo **Nota: Suficiencia, cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión, de la cantidad de afirmaciones (Sí) está en un 90% a 100%**

**Instrumento 2: ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA -
ADAPTADO-DIRIGIDO AL PERSONAL DE SALUD**



**ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA –
ADAPTADO-DIRIGIDO AL PERSONAL DE
SALUD**

1. NOMBRE DEL JUEZ		MARITHA FIORELLA JARAMILLO SANTA CRUZ
2.	PROFESIÓN	PSICÓLOGA
	GRADO ACADÉMICO	MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	10 años
	CARGO	PSICÓLOGA CLÍNICA Y DOCENTE UNIVERSITARIO
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA INDEFENSIÓN APRENDIDA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Deysi Jackelinne Bances Tuñoque
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		<p>1. Guía de entrevista ()</p> <p>2. Cuestionario (x)</p> <p>3. Lista de Cotejo ()</p> <p>4. Diario de campo ()</p> <p>5. Ficha documental</p>
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		<p><u>GENERAL</u></p> <p>Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual que tiene como fin recabar información sobre la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.</p>

	<p><u>ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión pesimismo y dificultad para resolver problemas en mujeres víctimas de violencia de pareja. - Evaluar el factor percepción de control y calidad de vida en mujeres víctimas de violencia de pareja. - Diagnosticar la dimensión confusión y aturdimiento en mujeres víctimas de violencia de pareja.
--	--

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (X) en “SÍ” si está de ACUERDO o en “NO” si está en DESACUERDO que los ítems tengan pertinencia, relevancia y claridad, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.

DIMENSIÓN / ÍTEMS		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
Nº	DIMENSIÓN 1: Pesimismo y dificultad para resolver problemas	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
PDRP 1.1	Las mujeres violentadas perciben que hagan lo que hagan, cuesta mucho que su familia las entienda.	X		X		X		
PDRP 1.2	Las mujeres violentadas a menudo sienten palpitaciones.	X		X		X		
PDRP 1.3	Las mujeres violentadas habitualmente tienen pocas ganas de comer.	X		X		X		
PDRP 1.4	Las mujeres violentadas tienen problemas para tomar decisiones.	X		X		X		
PDRP 1.5	Las mujeres violentadas frecuentemente tienen ansiedad (nerviosismo,	X		X		X		

	angustia...).							
PDRP 1.6	Las mujeres violentadas a menudo se aíslan de los demás.	X		X		X		
PDRP 1.7	Cuando las mujeres violentadas presentan un problema con su familia es difícil poder resolverlo.	X		X		X		
PDRP 1.8	Las mujeres violentadas en su mayoría presentan pensamientos o sentimientos negativos.	X		X		X		
PDRP 1.9	Las mujeres violentadas frecuentemente padecen de molestias gastrointestinales.	X		X		X		
PDRP 1.10	Las mujeres violentadas a veces creen que la vida no tiene valor.	X		X		X		
PDRP 1.11	Las mujeres violentadas piensan frecuentemente que no pueden o no saben hacer nada.	X		X		X		
PDRP 1.12	Las mujeres violentadas piensan que los problemas que tienen nunca se acaban.	X		X		X		
N°	DIMENSIÓN 2: Percepción de control y calidad de vida	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
PCCV 2.1	Generalmente las mujeres violentadas logran resolver conflictos que surgen dentro de su familia.	X		X		X		
PCCV 2.2	Las mujeres violentadas suelen ser perseverantes en busca de logros.	X		X		X		
PCCV 2.3	Las mujeres violentadas usualmente tienen dificultad para poder interrelacionarse.	X		X		X		

PCCV 2.4	Las mujeres violentadas se perciben integradas en la sociedad.	X		X		X		
PCCV 2.5	Las mujeres violentadas se relacionan con facilidad con la gente.	X		X		X		
PCCV 2.6	Las mujeres violentadas tienen el control de las situaciones en las que se encuentran.	X		X		X		
PCCV 2.7	Las mujeres violentadas tienen pensamientos derrotistas o pesimistas.	X		X		X		
PCCV 2.8	Las mujeres violentadas se sienten contentas cuando tienen que conseguir objetivos nuevos.	X		X		X		
PCCV 2.9	Las mujeres violentadas consideran que tienen el control de su vida.	X		X		X		
PCCV 2.10	Tienen las mujeres violentadas una calidad de vida aceptable.	X		X		X		
N°	DIMENSIÓN 3: Confusión y Aturdimiento	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
CC 3.1	Las mujeres violentadas se relacionan con poca gente.	X		X		X		
CC 3.2	Las mujeres violentadas frecuentemente pasan de estados de alegría a tristeza sin motivo aparente.	X		X		X		
CC 3.3	Las mujeres violentadas son bastante optimistas.	X		X		X		
CC 3.4	Las mujeres violentadas casi nunca padecen de dolor la cabeza.	X		X		X		

CC 3.5	Las mujeres violentadas consideran que necesitan de mucho esfuerzo para lograr algo.	X		X		X		
CC 3.6	Generalmente las mujeres violentadas intuyen lo que va a pasar de la situación en la que se encuentran.	X		X		X		
CC 3.7	Las mujeres violentadas toman decisiones con facilidad.	X		X		X		

El presente instrumento es (precisar si hay suficiencia):

SUFICIENTE Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

11 de diciembre del 2022.



Maritha F. Jaramillo Santa Cruz
Mg. Psicología
C. Ps. P. 22363

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo **Nota: Suficiencia, cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión, de la cantidad de afirmaciones (Sí) está en un 90% a 100%**

**ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA –
ADAPTADO-DIRIGIDO AL PERSONAL DE
SALUD**

1. NOMBRE DEL JUEZ		Lucila Elsa Arnao Morales
2.	PROFESIÓN	Psicóloga
	GRADO ACADÉMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	22 años
	CARGO	Psicóloga del Hospital “Belén” de Lambayeque
<p>TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA INDEFENSIÓN APRENDIDA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA</p>		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Deysi Jackelinne Bances Tuñoque
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		<p>1. Guía de entrevista ()</p> <p>2. Cuestionario (x)</p> <p>5. Lista de Cotejo ()</p> <p>6. Diario de campo ()</p> <p>5. Ficha documental</p>
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		<p><u>GENERAL</u></p> <p>Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual que tiene como fin recabar información sobre la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.</p>

	<p><u>ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión pesimismo y dificultad para resolver problemas en mujeres víctimas de violencia de pareja. - Evaluar el factor percepción de control y calidad de vida en mujeres víctimas de violencia de pareja. - Diagnosticar la dimensión confusión y aturdimiento en mujeres víctimas de violencia de pareja.
--	--

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (X) en “SÍ” si está de ACUERDO o en “NO” si está en DESACUERDO que los ítems tengan pertinencia, relevancia y claridad, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.

DIMENSIÓN / ÍTEMS		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
Nº	DIMENSIÓN 1: Pesimismo y dificultad para resolver problemas	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
PDRP 1.1	Las mujeres violentadas perciben que hagan lo que hagan, cuesta mucho que su familia las entienda.	X		X		X		
PDRP 1.2	Las mujeres violentadas a menudo sienten palpitaciones.	X		X		X		
PDRP 1.3	Las mujeres violentadas habitualmente tienen pocas ganas de comer.	X		X		X		
PDRP 1.4	Las mujeres violentadas tienen problemas para tomar decisiones.	X		X		X		
PDRP 1.5	Las mujeres violentadas frecuentemente tienen ansiedad (nerviosismo,	X		X		X		

	angustia...).							
PDRP 1.6	Las mujeres violentadas a menudo se aíslan de los demás.	X		X		X		
PDRP 1.7	Cuando las mujeres violentadas presentan un problema con su familia es difícil poder resolverlo.	X		X		X		
PDRP 1.8	Las mujeres violentadas en su mayoría presentan pensamientos o sentimientos negativos.	X		X		X		
PDRP 1.9	Las mujeres violentadas frecuentemente padecen de molestias gastrointestinales.	X		X		X		
PDRP 1.10	Las mujeres violentadas a veces creen que la vida no tiene valor.	X		X		X		
PDRP 1.11	Las mujeres violentadas piensan frecuentemente que no pueden o no saben hacer nada.	X		X		X		
PDRP 1.12	Las mujeres violentadas piensan que los problemas que tienen nunca se acaban.	X		X		X		
N°	DIMENSIÓN 2: Percepción de control y calidad de vida	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
PCCV 2.1	Generalmente las mujeres violentadas logran resolver conflictos que surgen dentro de su familia.	X		X		X		
PCCV 2.2	Las mujeres violentadas suelen ser perseverantes en busca de logros.	X		X		X		
PCCV 2.3	Las mujeres violentadas usualmente tienen dificultad para poder interrelacionarse.	X		X		X		

PCCV 2.4	Las mujeres violentadas se perciben integradas en la sociedad.	X		X		X		
PCCV 2.5	Las mujeres violentadas se relacionan con facilidad con la gente.	X		X		X		
PCCV 2.6	Las mujeres violentadas tienen el control de las situaciones en las que se encuentran.	X		X		X		
PCCV 2.7	Las mujeres violentadas tienen pensamientos derrotistas o pesimistas.	X		X		X		
PCCV 2.8	Las mujeres violentadas se sienten contentas cuando tienen que conseguir objetivos nuevos.	X		X		X		
PCCV 2.9	Las mujeres violentadas consideran que tienen el control de su vida.	X		X		X		
PCCV 2.10	Tienen las mujeres violentadas una calidad de vida aceptable.	X		X		X		
N°	DIMENSIÓN 3: Confusión y Aturdimiento	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
CC 3.1	Las mujeres violentadas se relacionan con poca gente.	X		X		X		
CC 3.2	Las mujeres violentadas frecuentemente pasan de estados de alegría a tristeza sin motivo aparente.	X		X		X		
CC 3.3	Las mujeres violentadas son bastante optimistas.	X		X		X		
CC 3.4	Las mujeres violentadas casi nunca padecen de dolor la cabeza.	X		X		X		

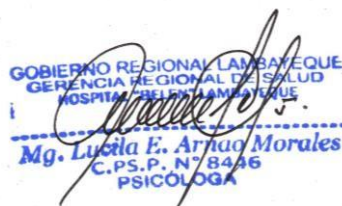
CC 3.5	Las mujeres violentadas consideran que necesitan de mucho esfuerzo para lograr algo.	X		X		X		
CC 3.6	Generalmente las mujeres violentadas intuyen lo que va a pasar de la situación en la que se encuentran.	X		X		X		
CC 3.7	Las mujeres violentadas toman decisiones con facilidad.	X		X		X		

El presente instrumento es (precisar si hay suficiencia):

SUFICIENTE Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

12 de Diciembre del 2022.



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
Mg. Lucila E. Arriaga Morales
C.P.S.P. N° 8446
PSICÓLOGA

Sello y Firma del Juez

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo **Nota: Suficiencia, cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión, de la cantidad de afirmaciones (Sí) está en un 90% a 100**

**ESCALA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA –
ADAPTADO-DIRIGIDO AL PERSONAL DE
SALUD**

1. NOMBRE DEL JUEZ		ESMERALDA SUCLUPE BANCES
2.	PROFESIÓN	PSICÓLOGA
	GRADO ACADÉMICO	MAGISTER
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	15 AÑOS
	CARGO	PSICÓLOGA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CHICLAYO
<p>TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA INDEFENSIÓN APRENDIDA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA</p>		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Deysi Jackelinne Bances Tuñoque
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		<p>1. Guía de entrevista ()</p> <p>2. Cuestionario (x)</p> <p>7. Lista de Cotejo ()</p> <p>8. Diario de campo ()</p> <p>5. Ficha documental</p>
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		<p><u>GENERAL</u></p> <p>Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual que tiene como fin recabar información sobre la indefensión aprendida en mujeres víctimas de violencia de pareja.</p>

	<p><u>ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar la dimensión pesimismo y dificultad para resolver problemas en mujeres víctimas de violencia de pareja. - Evaluar el factor percepción de control y calidad de vida en mujeres víctimas de violencia de pareja. - Diagnosticar la dimensión confusión y aturdimiento en mujeres víctimas de violencia de pareja.
--	--

A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (X) en “SÍ” si está de ACUERDO o en “NO” si está en DESACUERDO que los ítems tengan pertinencia, relevancia y claridad, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.

DIMENSIÓN / ÍTEMS		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
Nº	DIMENSIÓN 1: Pesimismo y dificultad para resolver problemas	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
PDRP 1.1	Las mujeres violentadas perciben que hagan lo que hagan, cuesta mucho que su familia las entienda.	X		X		X		
PDRP 1.2	Las mujeres violentadas a menudo sienten palpitaciones.	X		X		X		
PDRP 1.3	Las mujeres violentadas habitualmente tienen pocas ganas de comer.	X		X		X		
PDRP 1.4	Las mujeres violentadas tienen problemas para tomar decisiones.	X		X		X		
PDRP 1.5	Las mujeres violentadas frecuentemente tienen ansiedad (nerviosismo,	X		X		X		

	angustia...).							
PDRP 1.6	Las mujeres violentadas a menudo se aíslan de los demás.	X		X		X		
PDRP 1.7	Cuando las mujeres violentadas presentan un problema con su familia es difícil poder resolverlo.	X		X		X		
PDRP 1.8	Las mujeres violentadas en su mayoría presentan pensamientos o sentimientos negativos.	X		X		X		
PDRP 1.9	Las mujeres violentadas frecuentemente padecen de molestias gastrointestinales.	X		X		X		
PDRP 1.10	Las mujeres violentadas a veces creen que la vida no tiene valor.	X		X		X		
PDRP 1.11	Las mujeres violentadas piensan frecuentemente que no pueden o no saben hacer nada.	X		X		X		
PDRP 1.12	Las mujeres violentadas piensan que los problemas que tienen nunca se acaban.	X		X		X		
N°	DIMENSIÓN 2: Percepción de control y calidad de vida	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
PCCV 2.1	Generalmente las mujeres violentadas logran resolver conflictos que surgen dentro de su familia.	X		X		X		
PCCV 2.2	Las mujeres violentadas suelen ser perseverantes en busca de logros.	X		X		X		
PCCV 2.3	Las mujeres violentadas usualmente tienen dificultad para poder interrelacionarse.	X		X		X		

PCCV 2.4	Las mujeres violentadas se perciben integradas en la sociedad.	X		X		X		
PCCV 2.5	Las mujeres violentadas se relacionan con facilidad con la gente.	X		X		X		
PCCV 2.6	Las mujeres violentadas tienen el control de las situaciones en las que se encuentran.	X		X		X		
PCCV 2.7	Las mujeres violentadas tienen pensamientos derrotistas o pesimistas.	X		X		X		
PCCV 2.8	Las mujeres violentadas se sienten contentas cuando tienen que conseguir objetivos nuevos.	X		X		X		
PCCV 2.9	Las mujeres violentadas consideran que tienen el control de su vida.	X		X		X		
PCCV 2.10	Tienen las mujeres violentadas una calidad de vida aceptable.	X		X		X		
N°	DIMENSIÓN 3: Confusión y Aturdimiento	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
CC 3.1	Las mujeres violentadas se relacionan con poca gente.	X		X		X		
CC 3.2	Las mujeres violentadas frecuentemente pasan de estados de alegría a tristeza sin motivo aparente.	X		X		X		
CC 3.3	Las mujeres violentadas son bastante optimistas.	X		X		X		
CC 3.4	Las mujeres violentadas casi nunca padecen de dolor la cabeza.	X		X		X		

CC 3.5	Las mujeres violentadas consideran que necesitan de mucho esfuerzo para lograr algo.	X		X		X		
CC 3.6	Generalmente las mujeres violentadas intuyen lo que va a pasar de la situación en la que se encuentran.	X		X		X		
CC 3.7	Las mujeres violentadas toman decisiones con facilidad.	X		X		X		

El presente instrumento es (precisar si hay suficiencia):

SUFICIENCIA Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

16 de Diciembre del 2022.

Sello y Firma del Juez

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo **Nota: Suficiencia, cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión, de la cantidad de afirmaciones (Sí) está en un 90% a 100%**

Anexo 05: Carta de Autorización



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
HOSPITAL BELÉN
1.0 DIRECCION EJECUTIVA



Firmado digitalmente por YESQUEN ALBURQUERQUE Jesus Alfonso FIR
17614547 hard
Unidad: 1.0 DIRECCION EJECUTIVA
Cargo: DIRECTOR DEL HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Fecha y hora de proceso:24/04/2023 - 16:41:36

Id seguridad: 7220254

Chiclayo 24 abril 2023

CONSTANCIA CERTIFICACION N° 000083-2023-GR.LAMB/GERESA/HB.L/DE [4568543 - 3]

CONSTANCIA

EL DIRECTOR DEL HOSPITAL “BELÉN” DE LAMBAYEQUE HACE CONSTAR:

Que, Psic. **DEYSI JACKELINNE BANCES TUÑOQUE**, estudiante de la maestría en Psicología Clínica de la Universidad Señor de Sipán, ha sido autorizada para realizar en ésta Institución su proyecto de investigación denominado “**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA INDEFENSIÓN APRENDIDA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA**”.

Se expide la presente, para los fines que la interesada considere conveniente.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
HOSPITAL BELEN
1.0 DIRECCION EJECUTIVA

CONSTANCIA CERTIFICACION N° 000083-2023-GR.LAMB/GERESA/HB.L/DE [4568543 - 3]

Firmado digitalmente
JESUS ALFONSO YESQUEN ALBURQUERQUE
DIRECTOR DEL HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
Fecha y hora de proceso: 24/04/2023 - 16:41:36

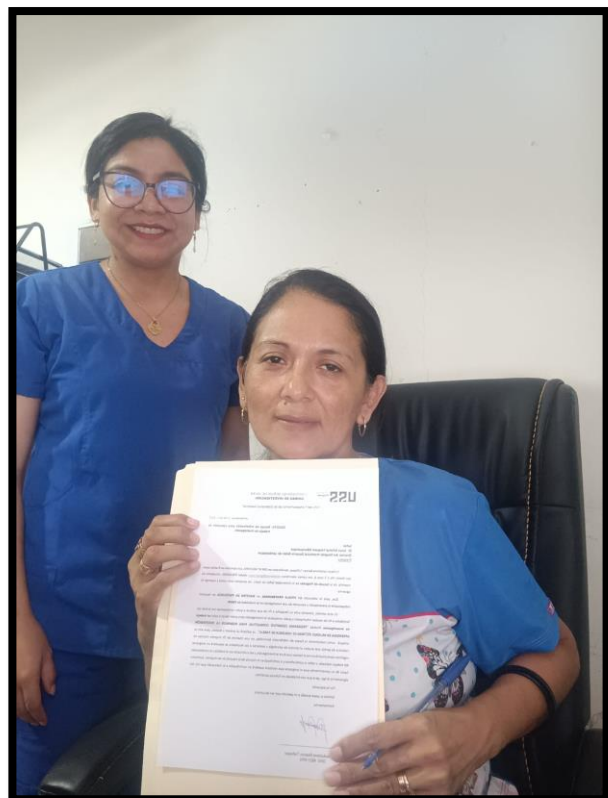
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Gobierno Regional Lambayeque, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sisgedo3.regionlambayeque.gob.pe/verifica/>

VoBo electrónico de:

- 9.0 UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
MILUSKA JUDITH TERAN MEDINA
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA
24-04-2023 / 15:39:34

Anexo 06: Evidencias de la aplicación de investigación

Evidencia de la previa coordinación con la jefa del servicio de psicología del Hospital “Belén” de Lambayeque.



SESIÓN 1: “Aprender sobre mi libertad mental”



SESIÓN 2: “Aprendiendo herramientas para mi liberación mental”



SESIÓN 3: “Construir pensamientos saludables”



SESIÓN 4: “Enfrentar mis miedos”



SESIÓN 5: “Aprendo a resolver problemas”



SESIÓN 6: “Ordeno mis sentimientos”



SESIÓN 7: “El bloqueo de emergencia”



SESIÓN 8: “No repetir conductas del pasado”



SESIÓN 9: “Aprendiendo a valorarme”



SESIÓN 10: “Aprendiendo a ser asertivo”



SESIÓN 11: “Conociendo a mis aliados”



SESIÓN 12: “Mi proyecto de vida”





Anexo 07: Evidencias de la aplicación de investigación

Ficha de autorregistro de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson

Nivel de relajación subjetivo obtenido	10																					
	9																					
	8																					
	7																					
	6																					
	5																					
	4																					
	3																					
	2																					
	1																					
	0																					
Veces	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°	
Días	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO			
Observaciones																						

Nota. Después de aplicar la técnica registre el nivel de relajación obtenido, colocando un punto en el número que corresponda, donde 0 equivale a “muy relajado” y 10 “muy tenso”. Al finalizar la semana, proceda a unir los siete puntos (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA, 2020).

Anexo 08: Evidencias de la aplicación de investigación

Ficha de autoregistro del modelo ABCDE

	A	B	C	D	E
Fecha y hora	Situación vivida	Pensamiento/recuerdo inmediato	Respuesta emocional y conductual	Cuestionamiento del pensamiento	Pensamiento alternativo/emoción

Nota. Ficha de autorregistro del modelo ABCDE extraída del documento técnico para la atención telepsicológica (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA, 2020).

Anexo 09: Evidencias de la aplicación de investigación

Ficha de los 5 pasos para resolver problemas

Paso 1: Orientación para el problema (conocer y aceptar que existe un problema)

Paso 2: Definición y la formulación del problema

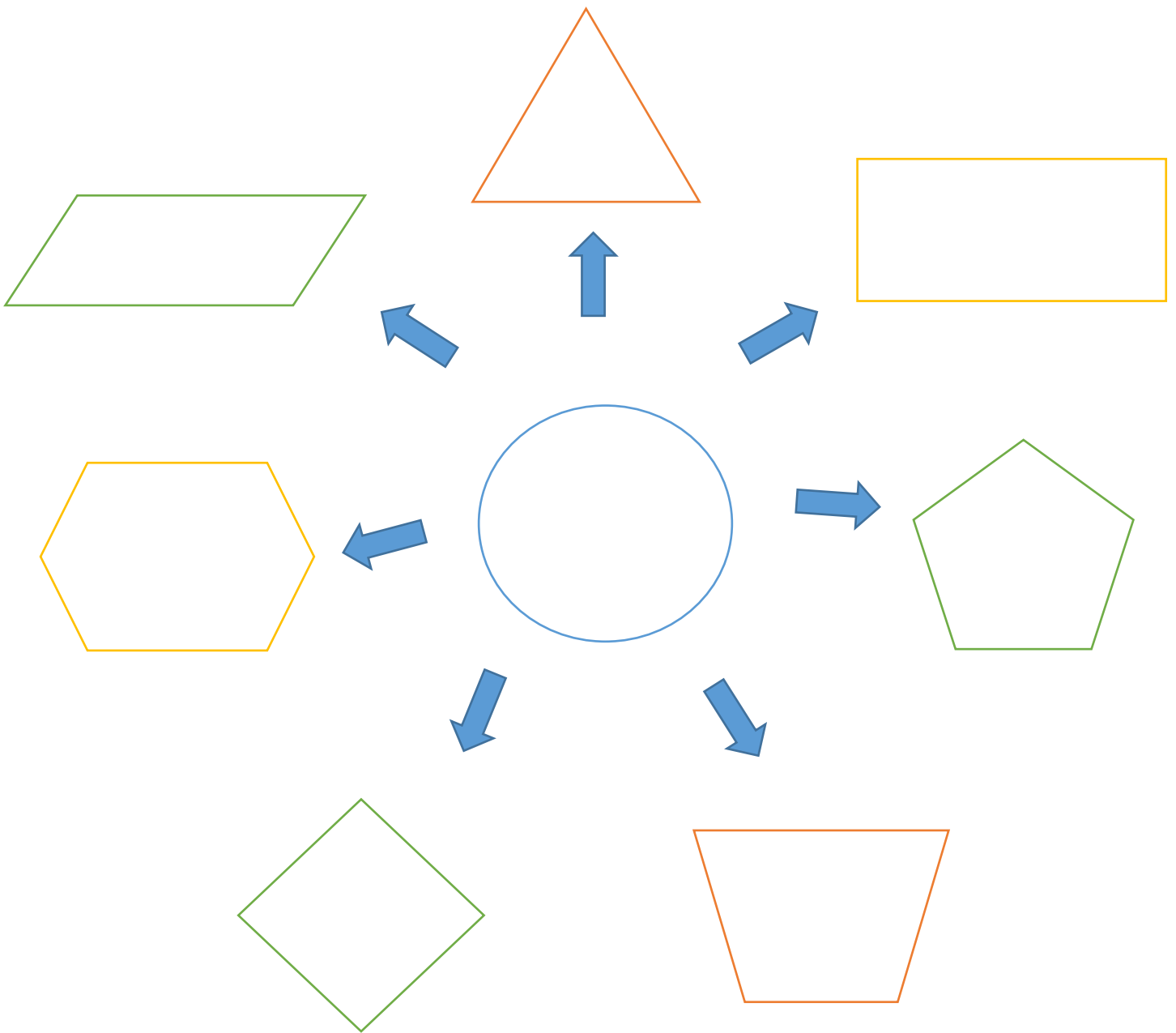
Paso 3: Realizar un listado de soluciones alternativas

Paso 4: Toma de decisiones (elegir la alternativa más adecuada)

Paso 5: Poner en acción la alternativa de solución elegida y verificar el resultado

Anexo 10: Evidencias de la aplicación de investigación

Ficha “Mi red de Apoyo”



Nota. Ficha extraída de Manual de tratamiento para la terapia de cognitivo conductual (Rosselló y Bernal, 2007).

Anexo 11: Evidencias de la aplicación de investigación

Ficha de proyecto de vida

Identifica los objetivos que te propones realizar, así como el plan de acción para cada objetivo propuesto.

ÁREAS	Objetivos	Plan de acción
Personal/ espiritual		
Familiar		
Social/ recreacional		
Laboral		

Nota. Ficha de proyecto de vida extraída del documento técnico para la atención telepsicológica (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA, 2020).

Anexo 12: Aprobación del Informe de Tesis



ACTA DE APROBACIÓN DEL INFORME DE TESIS

El **DOCENTE** Dr. Juan Carlos Callejas Torres del curso de **Seminario de Tesis II**,
asimismo el **Asesor ESPECIALISTA** Mg. Perez Martinto Pedro Carlos.

APRUEBAN:

La Tesis: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA INDEFENSIÓN
APRENDIDA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA”.

Presentado por: Bach. Deysi Jackelinne Bances Tuñoque de la Maestría en Psicología
Clínica.

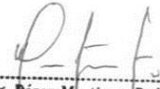
Chiclayo, 16 de octubre de 2023.



.....
Dr. Juan Carlos Callejas Torres
Orcid 0000-0001-8919-1322
Renacyt P0098518
Scopus Author ID 57222188256

Dr. Juan Carlos Callejas Torres

Docente de Curso



.....
Mg. Pérez Martinto, Pedro Carlos
Esp. Educación Inclusiva e Investig.
Res. 0948-2018-SUNEDU-02-15-02

Mg. Perez Martinto Pedro Carlos

Asesor Especialista

Anexo 13: Acta de Originalidad de Informe de Tesis



ACTA DE SEGUNDO CONTROL DE REVISIÓN DE SIMILITUD DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, **NILA GARCÍA CLAVO**, Jefe de Unidad de Investigación y Responsabilidad Social de Posgrado, he realizado el segundo control de originalidad de la investigación, el mismo que está dentro de los porcentajes establecidos para el nivel de Posgrado según la Directiva de similitud vigente en USS; además certifico que la versión que hace entrega es la versión final del informe titulado: **PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LA INDEFENSIÓN APRENDIDA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA** elaborado por el (la) estudiante **BANCES TUÑOQUE DEYSI JACKELINNE**.

Se deja constancia que la investigación antes indicada tiene un índice de similitud del **15%** verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el software de similitud TURNITIN. Por lo que se concluye que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con lo establecido en la Directiva sobre índice de similitud de los productos académicos de investigación vigente.

Pimentel, 7 de marzo de 2024



USS _____
Dra. García Clavo Nila
Jefe de Unidad de Investigación
y Responsabilidad Social - Posgrado
DNI N° 43815291