



ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL
DESARROLLO SOCIO EMOCIONAL EN MUJERES
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DEL CASERÍO LA
JALQUILLA - CAJAMARCA**

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

Autor:

**Bach. Quijano Muñoz Diego Miguel
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8516-1289>**

Asesor:

**Mg. Carmona Brenis Karina Paola
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4164-9124>**

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

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL DESARROLLO SOCIO
EMOCIONAL EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DEL CASERÍO LA
JALQUILLA – CAJAMARCA**

APROBACIÓN DE LA TESIS



MG. JARAMILLO ARICA PEDRO SEGUNDO

Presidente del jurado de tesis



MG. BERNAL MARCHENA PAOLA

MILAGROS

Secretaria del jurado de tesis



MG. CARMONA BRENIS LUISA DE LOS

KARINA PAOLA

Vocal del jurado de tesis



Universidad
Señor de Sipán

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quien suscribe la **DECLARACIÓN JURADA**, soy Quijano Muñoz Diego Miguel **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 autora del trabajo titulado:

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL DESARROLLO SOCIO EMOCIONAL EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DEL CASERÍO LA JALQUILLA – CAJAMARCA

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, conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación con las citas y referencias bibliográficas, respetando el derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y auténtico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

QUIJANO MUÑOZ DIEGO MIGUEL	DNI: 70089811	
-----------------------------------	---------------	---

Pimentel, 19 de MARZO 2024.

REPORTE DE SIMILITUD TURINITIN

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**INFORME DE TESIS APROBADO - QUIJA
NO MUÑOZ DIEGO MIGUEL.docx**

RECuento DE PALABRAS

19513 Words

RECuento DE CARACTERES

108574 Characters

RECuento DE PÁGINAS

88 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

727.8KB

FECHA DE ENTREGA

Jan 26, 2024 9:10 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jan 26, 2024 9:11 AM GMT-5

● 8% de similitud general

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

- 8% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de trabajos entregados
- 1% 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 DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
DEDICATORIA.....	viii
AGRADECIMIENTO.....	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1. Realidad Problemática	12
1.2. Trabajos Previos.....	16
1.3 Teorías relacionadas con el tema.....	22
1.3 Marco Conceptual.....	36
1.4 Formulación del Problema	40
1.5 Justificación e Importancia de Estudio	40
1.6 Hipótesis.....	41
1.7 Objetivos	41
II. MATERIAL Y METODO	43
2.1 Tipo y diseño de Investigación.....	43
2.2 Población y Muestra	43
2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	44
2.4 Procedimientos de análisis de datos.....	44
2.5 Criterios Éticos	45
2.6 Criterios de Rigor Científico	45
IV. RESULTADOS	49
V. CONSTRUCCIÓN DEL APORTE PRÁCTICO	84
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	97
6.1. Conclusiones.....	97
6.2. Recomendaciones	98
REFERENCIAS	99
ANEXOS	106

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Para ser feliz necesito sentirme amado	49
Tabla 2 ¿Siente que tiene que estar más tiempo con su pareja?	50
Tabla 3 ¿Ha notado que, a pesar de los insultos, siempre perdona a su pareja?.....	50
Tabla 4 ¿Me cuesta entablar nuevas amistades, por frecuentar más tiempo con mi pareja?.....	51
Tabla 5 Me siento angustiado (a) cuando discuto con mi pareja, por temor a terminar la relación?.....	51
Tabla 6 ¿Evito Conflictos por miedo a quedarme sola?	52
Tabla 7 ¿Estoy de acuerdo con lo que él dice, aunque muchas veces no tenga la razón, por miedo a terminar la relación?	52
Tabla 8 ¿Soy consciente de los abusos, pero no comunico nada por temor a la separación?	53
Tabla 9 ¿Me cuesta tomar decisiones?	53
Tabla 10 ¿Me siento inseguro al momento de afrontar situaciones?	54
Tabla 11 ¿Desconfío de mis capacidades?	54
Tabla 12 ¿Me cuesta entablar nuevas amistades?	55
Tabla 13 ¿Evito lugares donde concurra mucha gente?	56
Tabla 14 ¿Converso muy poco con familiares o allegados?.....	56
Tabla 15 ¿He perdido comunicación con antiguas amistades?.....	57
Tabla 16 ¿Me siento inferior al resto?.....	57
Tabla 17 ¿Pienso que todo lo que sucede alrededor es culpa mía?.....	58
Tabla 18 ¿Tengo pensamientos negativos constantemente?.....	58
Tabla 19 ¿Me encuentro insatisfecho conmigo mismo?	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 ¿Ha notado que el paciente tiene problemas de autovaloración?.....	60
Figura 2 ¿Ha notado que el paciente frecuenta más tiempo con su pareja?	60
Figura 3 ¿A pesar de los constantes abusos, ha notado que el paciente perdona cada uno de esos eventos?	61
Figura 4 ¿Ha notado que no socializa con facilidad, y pasa más tiempo con su pareja?	61
Figura 5 ¿Ha notado angustiada a la paciente cuando discute con su pareja?.....	62
Figura 6 ¿Se ha percatado que la paciente evita conflictos por temor a terminar la relación conyugal con su pareja?	63
Figura 7 ¿Ha notado que la paciente siempre está de acuerdo con su agresor, aunque este no tenga la razón, por evitar una posible separación?	63
Figura 8 ¿La paciente le comunica sus constantes abusos, ocasionados por su pareja?	64
Figura 9 ¿Siente que a la paciente le cuesta tomar decisiones?	65
Figura 10 ¿Ha notado cierta inseguridad en la paciente al momento de afrontar situaciones?	65
Figura 11 ¿Ha notado en la paciente desconfía en sus propias capacidades?.....	66
Figura 12 ¿Ha notado que a la paciente le cuesta entablar nuevas relaciones?	66
Figura 13 ¿Siente que la paciente evita ciertos lugares donde concurra mucha gente, o eventos sociales?	67
Figura 14 ¿Ha notado que la paciente ya no se comunica o tiene contacto con amistades pasadas?	67
Figura 15 ¿Ha notado en la paciente precaria comunicación en el entorno familiar?.....	68
Figura 16 . ¿Ha notado en la paciente sentimientos de inferioridad frente al resto?	69
Figura 17 ¿Ha notado que el paciente se culpa constantemente frente a situaciones que suscitan a su alrededor? ...	69
Figura 18 ¿Ha percibido pensamientos negativos frecuentes en la paciente?	70
Figura 19 ¿Percibe ideas de insatisfacción en la paciente consigo misma?	71

DEDICATORIA

A mis padres; por ser mi soporte emocional, por su apoyo incondicional y ser los cimientos en mi vida profesional. A mi esposa y mi hija, la razón principal de superación constante y a la casa de estudio por brindarme los conocimientos necesarios para afrontar los restos de la vida.

El Autor

AGRADECIMIENTO.

A dios por ser mi guía, e iluminarme el camino de la sabiduría y el bien, y ser constante en el cumplimiento de mis objetivos.

A mi asesor, por reforzar mis aprendizajes y orientarme en los momentos difíciles

El Autor

RESUMEN

Según datos estadísticos; los índices de violencia en el Perú son alarmantes, información procedente del CEM y el MIMP; indican un incremento significativo de casos reportados en relación a mujeres víctimas de acoso, y lamentablemente hasta la fecha los lineamientos tomados para afrontar esta problemática son precarios, poniendo en evidencia las falencias notorias en la implementación de proyectos de salud que brinden solución y que contribuyan con la reducción de sucesos a nivel nacional. Frente a ello; se tomó la iniciativa de implementar un programa; con el objetivo principal de disminuir la sintomatología latente en pacientes víctimas de abuso, fomentar el desarrollo socio emocional, y brindar tratamiento individualizado frente a rasgos depresivo – ansiosos, para ello; se realizó una investigación cuantitativa de tipo cuasi experimental, y diseño descriptivo, se identificó la población objetivo, luego de un pre diagnóstico especializado, teniendo como referencia eventos reportados recientemente en entidades del estado encargados para su abordaje, se tomó como muestra; un total de 30 mujeres víctimas de violencia del caserío la Jalquilla, provincia San Ignacio – departamento de Cajamarca, luego de la pre selección, se trabajó con cada una de ellas utilizando una serie de estrategias cognitivo conductuales con el propósito de concluir con los objetivos pre establecidos, después de la intervención del programa, se ejecutó un post test, para identificar aprendizajes y observar resultados esperados, los cifras estadísticas demostraron una evidente mejoría, con ello, se logró brindar las herramientas necesarias de afrontamiento, adquisición de técnicas de auto ayuda para contrarrestar los efectos de posibles patologías por estrés durante un evento traumático, estructurando y reforzando su autoestima, y del mismo modo al seguridad y confianza en sí mismas.

Palabras Clave: Violencia, Trauma, Seguridad, Confianza, Acoso.

ABSTRACT

According to statistical data; the rates of violence in Peru are alarming, information from the CEM and the MIMP; indicate a significant increase in reported cases in relation to women victims of harassment, and unfortunately to date the guidelines taken to deal with this problem are precarious, highlighting the notorious shortcomings in the implementation of health projects that provide solutions and that contribute to the reduction of events at the national level. Facing it; the initiative was taken to implement a program; with the main objective of reducing the latent symptomatology in patients victims of abuse, promoting socio-emotional development, and providing individualized treatment against depressive-anxious traits, for this; a quantitative research of a quasi-experimental type was carried out, and a descriptive design, the target population was identified, after a specialized pre-diagnosis, taking as a reference events recently reported in state entities in charge of its approach, it was taken as a sample; a total of 30 women victims of violence from the village of La Jalquilla, San Ignacio province - Cajamarca department, after the pre-selection, we worked with each of them using a series of cognitive behavioral strategies with the purpose of concluding with the pre-selection objectives. established, after the intervention of the program, a post test was carried out, to identify learning and observe expected results, the statistical figures showed an evident improvement, with this, it was possible to provide the necessary coping tools, acquisition of self-help techniques for counteract the effects of possible pathologies due to stress during a traumatic event, structuring and reinforcing their self-esteem, and in the same way their security and self-confidence.

Keywords: Violence, Trauma, Security, Confidence, Bullying.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

La interacción intrafamiliar es el pilar de un sano y estructurado crecimiento emocional en cada integrante de dicho ámbito, contribuyendo con el desarrollo de habilidades interpersonales, la formación en valores y la convivencia empática.

Sin embargo, existen diversos factores de riesgo que comprometen estos mecanismos de convivencia, originando dificultades de socialización, y generando conflictos internos, que por lo general ocasiona dificultades en el desarrollo socio emocional, la aparición de trastorno mentales, inseguridad en la toma de decisiones, desconfianza e índices de autoestima en decadencia, efecto de un constante vulneración y abuso psicológico. La Organización Mundial de la Salud; señala que actualmente 1 de cada 3 mujeres sufre o es víctima de violencia a nivel mundial, del mismo modo manifiesta que un tercio de la población de mujeres entre los 15 y 49 años de edad fue víctima de violencia física y/o psicológica (OMS, 2021).

En la actualidad durante el presente año se han registrado más de sesenta y seis mil casos de violencia en el Perú, de tipo sexual, económica, física y psicológica. Incidencia con gran predominancia en los departamentos de Lima, Cuzco y Arequipa; una cifra alarmante que pone en riesgo la salud pública, y genera un malestar social que requiere una intervención inmediata para reducir drásticamente los casos latentes (MIMP, 2021).

Uno de estos causales o factores de incidencia que desencadenan este tipo de conductas hostiles, se vincula con las actitudes sexistas, donde la figura masculina (patriarcal); adquiere autoridad, relevancia y es el estereotipo de género que predomina e influye en gran escala dentro del entorno social, todo ello arraigado a una cultura generacional, donde se asimila e interioriza esta clase de conductas agresivas como parte del contexto y se ve reforzada con el comportamiento de victimización que adquiere el sexo femenino durante la convivencia socio familiar (Bosch et. al, 1999).

Cabe mencionar que, aunque el machismo predomina en la jerarquía de factores incidentes, no se le atribuye una influencia directa como predictor de violencia hacia el sexo femenino, sino más bien a consecuencia directa del comportamiento de culpabilidad que interioriza la mujer frente sucesos que desencadenan algún tipo de violencia (Durán et. al, 2014). Esto es un claro ejemplo del sometimiento que incide en el aumento de conductas hostiles y fomenta el maltrato de género.

Adicionalmente a ello, existe un tipo de violencia que es aceptado como parte de la convivencia y cultura generacional, que en muchos de los casos refuerza las conductas de acoso, y genera a largo plazo comportamiento violentos que incitan al odio, agresividad y maltrato psicológico, desencadenando en conflictos conyugales y deterioro emocional dentro del entorno familiar, esta actitud sexista denominada benévola, no suscita hostigamiento evidente o perceptible, simplemente es interiorizado de acuerdo a la repartición de roles en base a la crianza desde el hogar, lo que dificulta la erradicación de este pensamiento erróneo y distorsionado en la mujer, limitando a una posible intervención inmediata frente a un riesgo inminente (Montañez et. al, 2015). Es posible evidenciar la influencia directa de la crianza en el hogar, y la atmosfera familiar en la instauración del machismo benévolo y la aceptación inconsciente por parte del sexo opuesto.

Por otro lado, Bonilla & Rivas (2019); Manifiestan la relevancia o el papel crucial que ocupan los sesgos cognitivos (distorsiones en el pensamiento) en la conducta hostil, como desencadenante de una tolerancia al machismo hostil, ya que el sexo masculino no es capaz de interpretar o ser consciente de sus actitudes agresivas, generando violencia desbordante y más aún si predomina un comportamiento sumiso en la mujer. Cabe mencionar que las mujeres que ocupan el lugar de observadoras, o perciben las situaciones de violencia y son conscientes de ser víctimas de abuso, tienden a eludir este tipo de acosos, evitando que se genere algún circulo de maltrato constante y secuelas en la convivencia conyugal y familiar (Sánchez et. al, 2020).

Dicho esto, no se descarta la influencia de la presión social, al momento de interiorizar conductas hostiles, y que buscar modelos externos, dentro de los círculos sociales, fomenta la ejecución de conductas nocivas y desafiantes, es decir; que en la medida que intentamos pertenecer a un grupo,

adquirimos o adoptamos comportamiento similares recurrentes característicos del entorno social, y repercute negativamente en el contexto familiar (Mejía et. al, 2019).

En el caserío “Jalquilla”, San Ignacio - Cajamarca. De la población en general un 40% aproximadamente son madres de familia, y mediante la evaluación previa y el análisis de casos observados, como en base a un seguimiento exhaustivo fue posible determinar que:

- 2 de cada 5 mujeres fue víctima de algún tipo de violencia, evidenciándose casos críticos relacionados con abuso (Psicológico, sexual y físico).
- Índices de autoestima bajo
- Problemas vinculados con inseguridad
- Falta de desconfianza en la toma de decisiones
- Problemas relacionados con trastorno de ansiedad generalizado, trastorno obsesivo compulsivo y TEPT
- Comportamiento sumiso e introvertido.
- Aceptación del machismo benévolo como parte de su cultura, arraigado generacionalmente.
- Sexismo latente por parte de sexo masculino, predominando significativamente el machismo hostil y agresivo.
- Problemas de convivencia familiar
- Se evidencio dificultades emocionales y comportamentales en mujeres víctimas de abuso vinculados con desconfianza e inseguridad.
- Familias disfuncionales
- Problemas de conyugales, en relación a la desconfianza ocasionando celos enfermizos (celotipia).

De ahí el **problema de investigación** esté relacionado con: Insuficiencia en el proceso cognitivo conductual limita, el desarrollo socio emocional.

En base a la planificación y ejecución de instrumentos se pudo determinar las posibles causas del problema:

- Precarias estrategias terapéuticas de afrontamiento en el desarrollo esperado del aspecto socio emocional en el **proceso cognitivo conductual**.
- Deficiencia en la utilización y practica psicoterapéutica en el control y manejo socio emocional en mujeres víctimas de abuso, durante el **proceso cognitivo conductual**.
- Ausencia de estrategias terapéuticas en madres víctimas de abuso, para el manejo del desarrollo emocional en la ejecución del **proceso cognitivo conductual**.
- Conducta de victimización, y sexismo benevolente arraigado generacionalmente, aceptado como parte de su cultura dentro del contexto en el **proceso cognitivo conductual**.

Teniendo como **objeto de investigación**: El proceso cognitivo conductual, que se centra en el control y manejo de la cognición (pensamientos), con el propósito de modificar las conductas (acciones) inadecuadas o negativas, es decir; instaurar estos mecanismos de intervención psicoterapeuta para mediar o contrarrestar los efectos emocionales y sociales en las mujeres afectadas o víctimas de abuso.

Es así que, Gillihan (2018), menciona que la TCC; es un importante tratamiento psicoterapeuta, donde mediante el control emocional es posible modificar o lograr un manejo positivo e integral de la conducta, y que el paciente sea capaz de encontrar la fuente o el meollo detonante del brote patológico actual, es decir; que adquiera las herramientas necesarias, para sobrellevar y tener un control de su psique, y así sea capaz de contrarrestar la sintomatología desbordante del trastorno latente.

Por otro lado, Hernández (2007), detalla la importancia de la modificación de los pensamientos distorsionados o irracionales que invaden al paciente con ansiedad, TOC, depresión o algún trastorno por estrés por traumático, es decir; se trata de identificar estos patrones cognitivos intrusos y reemplazarlos por ideas racionales, o pensamientos adaptativos. Cabe mencionar que este tipo de situaciones se evidencian de manera automática, en los quehaceres del día a día, es así que; resalta los vínculos estrechos entre la (cognición, la emoción, y la conducta), y de cómo la alteración de uno de ellos puede modificar el desempeño del resto, es decir qué; si modificamos las distorsiones cognitivas, es posible observar un cambio en la emoción y por consiguiente una modificación de la conducta, únicamente reemplazando un pensamiento negativo.

El problema temporal de la eficacia de la TCC; se centró en que todos los métodos y estrategias tuvieron que ser adaptadas al público hispano, ya que anteriormente solo era posible profundizar en la información de los recursos de EE. UU, ya que sus cimientos se encontraban en dicho estado, gracias a las investigaciones recientes y a la labor de muchos especialistas en salud mental, es que hoy en día ya es posible utilizar y ejecutar este método en diversos países del mundo, y no únicamente en USA. Por otro lado, la TCC, se centra en la modificación gradual de los esquemas cognitivos, es decir; si tratamos de modificar estos parámetros intentando que el paciente en lugar de evitar una situación o evento traumático, lo asimile e interiorice gradualmente, este proceso desactivara el modo de alerta del individuo, evitando el desborde de la sintomatología (Rodriguez et. al, 2011)

En base a ello, es posible determinar los escasos estudios realizados abordando la problemática actual, y la falta de mecanismos metodológicos planificados en cuanto a la dinámica del proceso.

Es así que el **campo de acción de la investigación** es la dinámica del proceso cognitivo conductual.

1.2 Trabajos Previos

Hoy en día el desarrollo socio emocional, es un tema de gran significancia que implica una serie de mecanismos que influyen drásticamente en una mejor calidad de vida, tales como; el crecimiento personal, la adquisición de habilidades interpersonales, seguridad y confianza. Frente a ello se vienen realizando una serie de estudios significativos para mejorar estos aspectos y fomentar un crecimiento exponencial.

El desarrollo emocional, implica un crecimiento sustancial en diversos aspectos vinculados con la adquisición de habilidades sociales, incremento de la seguridad en la toma de decisiones, la autoconfianza, predominando un aumento de la autoestima, la autovaloración y la capacidad de manejo y control de conflictos, del mismo modo, evitar el brote de rasgos depresivos, ideas de minusvalía, infravaloración y pensamientos suicidas. Dicho esto, es posible observar la

importancia que posee el reconocer, conocer, controlar y manejar el desarrollo social y emocional, frente a sucesos o eventualidades traumáticas como los abusos físicos y psicológicos incurridos en mujeres víctimas de violencia.

Es importante el abordaje inmediato frente a este malestar social, que viene incrementando exponencialmente y se agudiza aún más durante el confinamiento social, ya que la convivencia es más constante, los conflictos conyugales son más frecuentes, y la aparición de trastornos psicológicos frente al abuso son inevitables. Por otro lado, Vargas (2017); menciona el deterioro y los efectos a largo plazo ocasionados por la violencia constante en la atmosfera familiar, destacando como principal suceso; la aparición de un posible trastorno por estrés postraumático (TPEPT), es decir; efecto de la experimentación de un suceso traumatizante, que altero el estado emocional, repercutiendo en el desarrollo personal, social y laboral, es así que; se aprecia un desequilibrio y afectación en dicho aspecto, que implica la utilización de un proceso de intervención y abordaje inmediato para brindar solución frente al malestar latente. Dicho esto, vemos la importancia del manejo y control emocional, para reducir sustancialmente la aparición de algún trastorno, la sintomatología desbordante, y la utilización de la resiliencia como mecanismo de afrontación.

A nivel internacional autores como:

Yang (2020), en su estudio aplicado a individuos de diversas nacionalidades, se concluyó que; un gran porcentaje de mujeres víctimas de abuso, evidenciaban a largo plazo cuadros característicos de depresión mayor, como secuelas significativas del maltrato constante y los traumas adquiridos durante la etapa de convivencia conyugal. Por tanto, es posible apreciar el deterioro emocional, y la falta de manejo, control y afrontamiento de situaciones conflictivas, generando dificultades en la toma de decisiones, y re incidiendo en conductas nocivas.

Kulka (2020), en su estudio abordado a 43 mujeres víctimas de maltrato perpetrado por su cónyuge, fue posible determinar cómo secuelas predominantes; síntomas evidentes de ansiedad generalizada (TAG), Rasgos depresivos y estrés post traumático (TEPT), afectando notoriamente

la calidad de vida, en el ámbito social, laboral y personal. Un claro ejemplo de una ruptura emocional, provocada por la aparición de un evento traumático.

Lara (2019), en su investigación experimental, donde evaluaron un total de 340 mujeres; con una edad promedio de 38 años, de las cuales el 50% eran víctimas de violencia y el porcentaje restante no, con el propósito de determinar las secuelas emocionales de la afectación entre el grupo victimario y el de control, destacando si existe diferencias significativas entre ambos equipos; es así que se determinó: rasgos sustancialmente notorios de secuelas vinculadas con maltrato psicológico y físico en ambos grupos, pero la sintomatología era más evidente en el grupo afectado, por otro lado; este equipo evidenció; rasgos de depresión severo y grave a comparación del control; quienes solo manifestaron síntomas mínimos. Del mismo modo, en relación a la sintomatología ansiosa, con presencia de algún TPET; fue alarmante en las mujeres víctimas de violencia, quienes manifestaron secuelas sustanciales y que requerían de intervención psicoterapéutica. Frente a ello, es posible determinar el grado de influencia que ocasiona las agresiones psicológicas y físicas en las pacientes víctimas de maltrato, y las secuelas en muchos de los casos irreversibles generados por actos de hostilidad, conductas machistas y de supremacía.

Márquez (2019); planifico y ejecuto una evaluación a 6 mujeres víctimas de violencia; entre los 25 y 41 años, concluyendo después del estudio; como resultado general, evidenciaban conductas de minimización, negociación y disociación. Es decir; se observaba un deterioro cognitivo evidente, en relación a los eventos violentos suscitados durante la convivencia conyugal, percibiendo nivel de autoestima precario, desconfianza e inseguridad en la toma de decisiones, mujeres que tenían un auto concepto de infravaloración y minusvalía. De esta manera, es posible determinar el deterioro socio emocional como secuelas de un exceso de abusos en el entorno familiar, y la incapacidad para abordar y afrontar estos sucesos.

Yang et al. (2021), ejecutó una investigación con un promedio total de 506 participantes, quienes desarrollaron un cuestionario en relación a las actitudes hacia la violencia de genero hacia el sexo femenino, los evaluados fueron individuos de nacionalidad china y española, se determinó lo siguiente: la población oriental quienes manifestaron más conductas proactivas hacia las agresiones al sexo opuesto, evidenciaron ser menos conscientes del año o los actos hostiles

perpetrados, a comparación de los individuos europeos. Por otro lado, la edad, el género y la cultura fueron determinantes significativos en la adopción de comportamientos machistas, cabe mencionar; que a pesar de las normas de convivencia de la sociedad, los parámetros o leyes que protegen los derechos a la salud integral y de la vida, aún el patriarcado, y los roles generacionales influyen en gran medida en la generación de conductas agresivas.

A nivel nacional

Ponce (2019), Enfatiza la importancia de la regulación emocional, ya que el sexo femenino tiende a adoptar conductas vinculadas con dependencia emocional – afectiva; fomentando con ello: comportamientos de inseguridad, inestabilidad emocional, conductas de victimización, baja autoestima y miedo al abandono, es decir; infra valorizando su rol como pareja, la confianza en sí misma, e interiorizando pensamientos negativos y de minusvalía. Frente a ello es posible determinar una ruptura emocional, efecto de una dependencia afectiva latente.

Castillo (2017), en su investigación cuantitativa ejecutada en la ciudad de Huaraz, con un promedio de 55 mujeres de entre 18 y 64 años de edad, donde se concluyó: la importancia de la autoestima durante la convivencia conyugal, y como se ve significativamente deteriorada cuando existe un acto o suceso violento; influyendo en 5 aspectos: (auto respeto, auto aceptación, autoevaluación, auto concepto y autoconocimiento), sabemos que cada uno de estos indicadores corresponden al proceso de formación y estructuración de una autoestima esperada, pero cuando existe violencia intrafamiliar; cada uno de ellos se ve notoriamente afectado.

Zeballos et al. (2021). En su investigación observacional y transversal, donde analizo un promedio de 288 mujeres víctimas de violencia puérperas en la ciudad de Arequipa, con el objetivo de determinar los niveles de depresión, y afectación socio emocional, para ello se utilizó como instrumentos de evaluación la escala de Edimburgo y el índice de violencia de pareja; frente a ello se concluyó: una prevalencia significativa en paciente con rasgos depresivos, frente a los actos de violencia psicológica y física recurrentes en el entorno familiar, es decir; existe una probabilidad muy elevada de que las mujeres presenten sintomatología ansioso depresiva si forman parte de un entorno hostil .

Quispe et al (2018), en su investigación observacional; que tuvo como objetivo delimitar la prevalencia de violencia extrema en el Perú en relación a los casos de femicidio, como los indicadores de riesgo predominantes, para ello; se tomaron en cuenta la incidencia de casos a nivel nacional en los 24 departamentos del Perú incluida la provincial constitucional del Callao, trabajando con un promedio de 758 sucesos de homicidio hacia el sexo femenino, en relación a ello se concluyó: los índices de afectación con tentativa de lesión grave fueron predominantes en las zonas rurales del país y los departamentos de la cordillera, donde evidentemente según estudios pasados, la prevalencia de conductas machistas es notoria, ya que la convivencia en base a la representación patriarcal, y la adquisición de costumbres sexistas intergeneracionales es evidente en estos lugares específicos. Del mismo modo, fue posible determinar que durante los meses enero, agosto y noviembre, suscitan los actos de agresión con picos significativos a comparación del resto del año.

Carrion & Aranda (2022), realizaron una investigación con diseño no experimental de corte transversal, y un muestreo no probabilístico; donde evaluaron 302 mujeres con un promedio de edad entre los 18 a 60 años víctimas de Violencia, se concluyó lo siguiente: que a mayor índice de actos de agresión hacia el sexo femenino, menor son las estrategias o herramientas de afrontamiento que utilizan las femeninas para afrontar dichas situaciones de riesgo, es decir; que ello implica un mayor desgaste emocional, los niveles de estrés, preocupación y sintomatología ansiosa lo que repercute de forma negativa en su comportamiento resiliente, para resolver problemas ligados con acoso familiar.

A nivel local

Escalante & Quiroz (2021); en su investigación cuantitativa; donde evalúan a un promedio 320 mujeres con signos de violencia en la ciudad de Cajamarca, tiene como propósito determinar la relación entre la dependencia afectiva emocional con los sucesos de violencia, en los resultados de la indagación se evidencio los siguiente: mujeres que se encuentran estrechamente aferradas emocionalmente hacia su pareja; actúan de manera sumisa frente a situaciones de maltrato, no perciben estas conductas de agresividad como nocivas, y les resulta difícil separarse, del mismo

modo se observa que el tipo de maltrato con más significancia es el abuso psicológico con un 96% a comparación del maltrato físico y sexual.

Saldaña (2019), en su investigación cuantitativa, donde se evaluaron 144 mujeres víctimas de violencia y que actualmente se encuentren en una relación de pareja, frente a los resultados se obtuvo lo siguiente: una relación significativa entre los casos de depresión asociados a episodios de violencia, donde el 56.7% de las mujeres encuestadas presentan rasgos depresivos graves, y que se encuentran vinculados a situaciones extremas de agresividad dentro del entorno familiar. Con ello es posible determinar la relación estrecha entre los casos trastorno depresivo, con los episodios de maltrato conyugal en el hogar.

Infante & Arribasplata (2020). En su investigación en relación a los factores socio culturales que influyen en la violencia de genero hacia la mujer, en una ciudad del departamento de Cajamarca, en la cual se concluyó: la influencia directa de la dependencia económica como facto principal y desencadenante en caso de violencia, ya que adoptan actitudes de sumisión, del mismo las costumbres generacionales que en dichas zonas aun prevalecen, donde los roles maritales no se distribuyen de forma equitativa, sino más bien otorgándole prioridad al sexo masculino, adoptando comportamientos de manipulación, hostigamiento y posesión.

Aguilar & Vásquez (2021). En su investigación en relación a la autoestima y los índices de violencia en mujeres, se trabajó con un promedio de 100 pacientes de sexo femenino, aplicando la escala de autoestima de Rosengberg y el cuestionario de violencia conyugal, frente a los resultados de la evaluación se determinó lo siguiente: a medida que los niveles de violencia intrafamiliar aumentan, los niveles de autoestima disminuyen, corroborando el vínculo entre ambos aspectos, es decir; se observa rasgos precarios de confianza y seguridad en sí misma, del mismo modo; guarda estrecha relación con las costumbres y tradiciones de algunas zonas rurales, ya que estas conductas machistas se aceptan, interiorizan y asimilan generacionalmente.

Alvarado (2021). En su tesis probabilística, donde se evaluaron un promedio de 319 estudiantes con problemas de violencia intrafamiliar en el hogar, utilizando como medida de evaluación; el cuestionario de violencia familiar (VIFA) y el inventario de autoestima de coopersmith, como

objetivo primordial de la investigación fue: determinar la influencia significativa de los niveles de autoestima en situaciones de acoso, concluyendo: que existe una relación evidente de problemas en la autoconfianza y seguridad, cuando se presentan situaciones de riesgo violentas en casa, o cuando los pacientes fueron partícipes de algún tipo de agresión. Es así que, podemos destacar la influencia directa de los actos de agresión intrafamiliar en la conducta y estado emocional de los pacientes, y la desfragmentación de su autoestima.

1.3 Teorías relacionadas con el tema

1.3.1 Caracterización del proceso cognitivo conductual

Como tal, el proceso cognitivo conductual, es un mecanismo de intervención para brindar solución a un malestar latente, adquirir herramientas de afrontamiento y solucionar adversidades, desde una perspectiva basada en la modificación del pensamiento (cognición), y actuando sobre el comportamiento (conducta). Dicho esto, la psicología, se centra en el estudio de la conducta humana, desde cada una de sus partes que lo conforman, (cognición, conducta y pensamiento), actuando en conjunto para modificar conductas inadecuadas o negativas del individuo con el propósito de un bienestar general e intrapersonal.

Dicho esto, esta teoría, se centra en la capacidad para instaurar o inculcar nuevos comportamientos en el ser humano, como efecto o consecuencia de un problema en específico, que afecta significativamente su “psique”, es por ello, que se efectúan este tipo de modelos con el propósito de afectar sustancialmente conductas negativas o pensamientos distorsionados y modificarlos por actitudes, comportamientos y pensamientos positivos. Hay que tener en cuenta que; la conducta en sí, como parte principal de esta metodología es; la acción fundamental que efectuamos en el día a día y se ve determinada en base a la cognición, y de cómo esta se estructura con determinadas acciones, pensamientos, trastornos, traumas y sucesos aleatorios en el transcurso de nuestras vidas, y todo ello, moldeado por las emociones, que son el vínculo que determina notoriamente la intensidad del comportamiento en sí.

La Teoría Cognitivo Conductual (TCC), tiene sus cimientos en la teoría del aprendizaje, ya que se ve determinada por la adquisición de conductas, durante el desarrollo, es decir; influye

notoriamente las experiencias durante el crecimiento o evolución del individuo, y de cómo aprenden y actúan en base a lo adquirido. Con esto enfatiza, lo esencial que viene a ser la forma o estilo en que cada persona absorbe cada eventualidad, siendo determinante en su conducta, y la estrategia de intervención empleada frente a cada caso en específico. Dicho esto, este modelo se fundamenta por 3 pilares esenciales que caracterizan su especificidad.

1.3.1.1 Modelo del Condicionamiento Clásico

Este modelo asociativo, se fundamenta por el vínculo entre un estímulo condicionado y otro incondicionado, asociando una conducta. Esta teoría planteada por primera vez por el filósofo de origen ruso Iván Páblav. Mediante el estudio de la salivación de los caninos, es justamente ahí; cuando se inicia el proceso de condicionamiento, ya que; se percató de que estos mismo comenzaban a salivar no solo cuando existía la presencia de la comida, si no también cuando existían diversos factores vinculados con el alimento, es decir; al percibir el olor, el sonido, o cuando presentía la presencia del sujeto que les brindaba el estímulo condicionador.

Es así que, pablov logra descubrir los fundamentos básicos de esta teoría, y fue capaz de asociar esta conducta de salivación no solo al sonido, sino también a cualquier factor externo (estímulo Neutro) que provocase esta reacción en el canino. Cabe destacar que un principio crucial para que se ejecute a cabalidad este procedimiento era la constancia y repetición de dicha actividad. Se tenía en cuenta lo siguiente: se presentaba el estímulo neutro (en este caso un diapason), aproximadamente medio segundo antes de la presencia de la comida (estímulo incondicionado), también existía el efecto del estímulo condicionado sobre el organismo sea de manera simultánea con el estímulo alterno, esto predispone a que suscite una duración extensa de la salivación en el sujeto de prueba.

Por otro lado, existen 4 principios fundamentales dentro de dicha teoría que enmarcan la esencia de este procedimiento:

- Principio de la Adquisición: Durante esta etapa el sujeto (canino); vincula el estímulo incondicionado con el estímulo neutro, es decir; el animal asocia algún sonido con la entrega

del alimento, y se manifiesta y se persiste con esa conducta durante un tiempo prolongado, hasta observar la reacción inconsciente del animal, cabe destacar que, a mayor frecuencia, mayor probabilidad de observar dicho comportamiento.

- Principio de generalización: en la siguiente fase, el sujeto ya se encuentra condicionado con el factor neutro, y se trata de que vincule con cualquier factor externo, teniendo en cuenta que se producirá la presencia del alimento frente a cualquier circunstancia. Es importante la aplicación de este procedimiento, para que el sujeto logre asociar cualquier estímulo neutro, aunque sufra variaciones, y así lograr concluir eficazmente con la reacción esperada (salivación).
- Principio de Discriminación: este principio se basa en la discriminación, como su propio nombre lo menciona, ya es en esta fase cuando el sujeto no solo logra emparejar semejanzas, si no también es capaz de distinguir y diferenciar. Un ejemplo sería cuando una persona a corta edad logra generalizar las conductas positivas, respeto, solidaridad, amabilidad, sonrisas, pero al mismo tiempo en esta fase; es capaz de diferenciar en las conductas positivas de su progenitora en comparación con las del resto.
- Principio de Extinción: durante esta última fase, es posible evidenciar que si no existe la presencia del estímulo externo que condiciona al sujeto a producir una reacción inconsciente por un tiempo prolongado; esta última reacción desaparece, es decir; si el cerebro percibe la ausencia de un estímulo que condiciona a una conducta esperada, vuelve a su estado neutro y no genera ninguna reacción alterna de ningún tipo.

Frente a ello, es posible determinar la importancia del condicionamiento clásico, al momento de obtener una respuesta esperada de forma inmediata, nos percatamos de que puede aplicarse en la vida diaria, y en cualquier circunstancia a pesar de la influencia directa de algún factor externo. Gracias a esta teoría de Pavlov, pudo esclarecer muchos comportamientos en niños, y de cómo fue posible modificar y adaptarlos con el propósito de obtener respuestas positivas.

1.3.1.2 Teoría del condicionamiento Operante

Este postulado, tiene como pionero a Burrhus Frederick Skinner; quien fue un docente y profesor en psicología, categorizado como el mayor exponente en el ámbito de salud mental a nivel mundial. Planteo la teoría del conductismo; centrándose en el comportamiento o la conducta de todo ser vivo, este mismo; utilizo el método inductivo para esclarecer sus estudios con respecto a la teoría del condicionamiento operante. Por otro lado, denomina al condicionamiento operante como el procedimiento con el fin de tener manejo y control conductual, es decir; la capacidad para poder modificar o moldear el comportamiento mediante una serie de pasos, teniendo en cuenta el entorno donde se desenvuelve el sujeto, y mediante la utilización de un refuerzo externo.

Este postulado, tiene como consigna el reforzamiento de una respuesta, posteriormente a que se haya emitida una conducta, y la capacidad de generar nuevas conductas externas, que no se encuentren dentro de las limitaciones y capacidad de sujeto, sino más bien, implementar nuevos comportamientos adquiridos, a dicho proceso; se lo clasifica como “moldeamiento”, que es la capacidad para moldear conductas manejando el entorno donde se desenvuelve el sujeto.

Cabe destacar que, para la extinción completa de una conducta, solo es necesario retirar o suprimir el reforzamiento, que es evidentemente lo que ocasiona una conducta esperada, entonces mediante este procedimiento, es posible eliminar completamente un comportamiento. Hay que comparar este mecanismo en el día a día, poniendo el ejemplo con un niño; este individuo presenta un adicción a los videojuegos, entonces para lograr erradicar esta dependencia negativa, el supervisor (madre), retira o elimina por completo el reforzador, lo que ocasiona una conducta de desesperación y rabieta en el menor, al principio será muy intensa y prolongada, pero posteriormente se adaptara a las nuevas circunstancias, implementando así una nueva conducta y reduciendo drásticamente la rabieta en el menor y la adicción. Entones, es posible apreciar mediante este ejemplo, la utilidad y significancia que tiene la extinción dentro de la supresión permanente de una conducta hostil o negativa en un niño.

Cabe destacar que, al igual que en el condicionamiento clásico, en esta nueva teoría se utiliza el mecanismo de generalización, que tiene sus fundamentos en ocasionar una misma reacción o conducta esperada, a pesar de condicionar con diferentes factores sin importar su similitud, es

decir; logramos la misma respuesta sin importar el tipo de estímulo, ya que mediante un proceso de adaptación somos capaces de condicionar al sujeto para que la respuesta inmediata sea la misma y no se suprima. Un claro ejemplo sería, si condicionamos a un niño a decir: “Pa”, al momento que observa la figura paterna (padre), también mediante este mecanismo de generalización, podemos condicionar al niño a que utilice otro termino, quizás “ba”, “cha”, “ga”, entonces, cualquiera fuese le termino que utilice es posible alterar, obteniendo la misma respuesta. Cabe mencionar, que dentro esta teoría también se aplica el mecanismo de discriminación al igual que en lo postulado en el condicionamiento clásico de Ivan pablov, aprendiendo de esta manera a distinguir mediante diversos factores, pero obteniendo el mismo resultado.

Skinner, también nos menciona sobre algunos programas de reforzamiento, que son procedimientos en base a su postulado, es decir; diversas formas en la que es posible aplicar el refuerzo para modificar eficazmente una conducta alterna:

- **Refuerzo de Razón Fija:** Este postulado se basa en reforzar una conducta luego de un cierto número de respuestas, es decir; se produce un reforzamiento posterior a la reacción de x número de respuestas.
- **Refuerzo de razón variable:** Se refuerza una conducta de forma variada, y no fija o exacta, es decir; que se presenta un refuerzo al comportamiento esperado, cada cierto número inexacto de respuestas positivas.
- **Refuerzo de intervalo fijo:** En este caso, se fija un refuerzo fijo, pero después de cada cierto tiempo, de forma exacta.
- **Refuerzo de intervalo variable:** se refuerza un comportamiento cada cierto tiempo, pero teniendo en cuenta un promedio fijo.

1.3.2.3 Teoría del aprendizaje social

En este apartado, que tiene como pionero de investigación a Albert Bandura, un psicólogo canadiense, enfatiza a estudiar la manera en como los procesos cognitivos, o factores que intervienen en dicho ámbito influyen significativamente en el desarrollo social del individuo, dicho

esto; es posible apreciar la influencia de las habilidades cognitivas dentro del ámbito interpersonal (Vasta et. al, 2008).

Supone que los individuos son sujetos proactivos, organizados, comprensibles, y del mismo modo considera la auto regulación como cimiento base, para lograr el éxito, y que el ambiente no influye directamente en sus conductas o por cuestiones internas. Por otro lado, menciona la significancia que tiene el **ensayo y error** en la experiencia adquirida, destacando algunos mecanismos de verificación, siendo la inactiva; el resultado directo de las acciones del sujeto, la social; la comparación con el entorno y el resto de individuos en base a las experiencias propias, y finalmente la verificación lógica; donde se da la equiparación con algunos ejemplos o estereotipos representacionales (Del rio et. al, 2004).

Entonces, en base a lo postulado por esta teoría, es posible destacar la importancia y el rol que cumplen los procesos cognitivos y la influencia del medio en el comportamiento del sujeto, es decir; que unifica estos dos aspectos, como condicionantes en la conducta del ser humano, y de cómo se estructura y moldea, para generar actitudes esperadas. La autodeterminación juega un papel fundamental en lo que concierne a esta postura, y deja a un lado la idea de que el ser humano es una maquina o un robot; condicionado por diversos estímulos que alteran el comportamiento, sino más bien, que tiene la capacidad de pensar, evaluar, tomar decisiones, es decir seres auto regulables. Es así que, Bandura afirma que el comportamiento se moldea y mimetiza en base a la experiencia y los modelos que encuentra en su entorno, mediante una serie de mecanismos, como la observación, el análisis y la comprensión, como ejemplo: tenemos el caso de un niño, que aprende en base a lo observado e interioriza conductas nuevas, y por ende dichos comportamientos adquiridos se pueden modificar y ajustar en base los estímulos que se presenten. Entonces nos damos cuenta, que la imitación por observación es un punto sustancial dentro de la adquisición de nuevas conductas, y que estas mismas se pueden adaptar y e interiorizar (Philip, 1997).

1.3.2.4 Terapia Cognitiva

Esta teoría tiene como pionero principal Aaron beck, quien es un psiquiatra destacado, que basó sus estudios en relación a la depresión, y posteriormente en diversos trastornos del estado de ánimo

como de la personalidad, implementando como parte de su estrategia de intervención la terapia cognitiva. Este postulado tiene su fundamento en modificar los pensamientos equívocos y distorsionados de los pacientes, con respecto a su errónea manera de percibir e interpretar los sucesos del entorno, Beck; utiliza un método denominado: “estructuración cognitiva”, que tiene como propósito sustancial moldear las creencias desordenadas del sujeto con respecto a la realidad actual que lo rodea, buscando moldear eficazmente esos pensamientos y ordenando correctamente los esquemas cognitivos del mismo.

También se lo conoce como “terapias relacionales” o “reestructuración cognitiva”. Por otro lado, Beck postula que, en base a su teoría, el ser humano no produce una respuesta automática frente a una situación determinada, sino más bien; utiliza una serie de mecanismos cognoscitivos (evaluar, observar, clasificar e interpretar), antes de tomar una decisión y evocar una respuesta. Es así que, determina la importancia y sustancialidad de los procesos de cognición en la conducta moldeada del ser humano, y de cómo mediante una serie de pasos terapéuticos es posible cambiar la percepción de la situación para que se torne más real y adecuada.

Dentro de los esquemas cognitivos, Aaron menciona que, durante el procesamiento de información interiorizado mediante la experimentación y análisis de la realidad, suscitan una serie de mecanismos distorsionados que modifican la percepción de esta misma en un sujeto con problemas de diversa índole, Beck, denomina a este proceso de asimilación errónea de la información “distorsiones cognitivas”, los cuales se logran modificar mediante la intervención psicoterapéutica de su postulado.

Frente a ello, Beck, proporciona en su teoría, un tema vinculado a la percepción de la información; denominado “creencias”, que es el tipo de información que el sujeto asimila como real y verídica, es decir; son supuestos y afirmaciones que interpreta el individuo para comprender la situación o realidad que concibe de su entorno, esta información se moldea y se interioriza con la experiencia. Beck menciona dos tipos de creencias:

Creencias Centrales: son un tipo de supuestos que tienen un lapso de duración perdurable, o que se acentúan por un periodo de tiempo extenso, es decir; los pensamientos del sujeto que tiene sobre

sí mismo, que difícilmente se pueden moldear o modificar, un ejemplo claro sería; “Soy un inútil”, es probable que exista cierto nivel de dificultad para lograr variar este concepto, ya que forma parte de la identidad del individuo

Creencias Periféricas: este tipo de creencias se ven modificadas o moldeadas en base a la influencia de los supuestos centrales, es decir; son las actitudes, normas o sospechas que modifican la forma de ver la realidad o situación actual, y repercute en la conducta emocional del sujeto.

1.3.2.5 Terapia Racional – Emotiva

En este apartado, encontramos a Albert Ellis psicólogo reconocido de nacionalidad americana, que centro sus estudios en este postulado de gran significancia. Esta teoría menciona; se rige por tres fundamentos esenciales, que diversifican o ejemplifican el propósito en sí de esta técnica, siendo; (sentirse bien, seguir sintiendo se mejor, y seguir mejorando), dentro ellas tenemos a tres pilares fundamentales de afrontamiento racional que propone este mecanismo: Auto aceptación incondicional(AI); es decir; es la capacidad que tiene el sujeto para evaluarse y valorar los pensamientos automáticos emocionales, todo ello centrado en la premisa de, el motivo de la subsistencia. Básicamente es la habilidad del ser humano, de valorarse, estimarse, respetarse y aceptarse, a pesar de ciertas dificultades latentes que consideremos impedimentos para un óptimo desenvolvimiento. Del mismo modo tenemos la Aceptación incondicional del otro (AIO), es decir; la capacidad para valorar los pensamientos, actitudes y comportamientos del resto, sin juzgar o discriminar las conductas que percibamos negativas del nuestro entorno, a pesar de que existan diferencias a grandes rasgos con lo que se estima dentro de los parámetros estipulados por la sociedad, ligado a ello, la habilidad de ser empáticos y comprensibles frente a la situación del resto. Finalmente, Aceptación Incondicional de la vida (AIV), este apartado postula; el nivel de aceptación de la circunstancia de la vida, y de nuestra propia situación, a pesar de las dificultades o problemas existentes en cualquier ámbito, como parte de nuestra realidad, interiorizar y valorar cualquier aspecto (Ellis, 2014)

1.3.2 Determinación de las tendencias históricas del proceso – cognitivo conductual y su dinámica.

En relación al desarrollo y evolución de esta metodología, se tomó en cuenta tres fundamentos o pilares cruciales que determinan la sustancialidad o base del proceso cognitivo conductual; (concepción, conducta y emoción). A partir de ello, el PCC; ha sufrido diversas modificaciones y moldeamientos, buscando mejorar sustancialmente para extender los campos de aplicación, es decir; siendo una técnica más eficiente, y brindando herramientas de afrontamiento, como soluciones esperadas a problemas conductuales del ser humano, no solo basándose en trastornos del estado anímico, sino también de patologías de la personalidad.

La TCC, tiene sus orígenes desde la vertiente de dos corrientes, por un lado, la teoría cognoscitiva y ligado a ello el postulado conductista, es decir; con la teoría del condicionamiento.

Etapas 1. Nacimiento de la Terapia Cognitivo Conductual, 1940 – 1950

En la década de los 40, según reportes de Tolman, es cuando se inicia los estudios centrados significativamente en la parte cognitiva, este autor sugería que los animales eran capaces de generar un aprendizaje sin la necesidad de utilizar un condicionamiento, es decir; que estos mismo formaban en el cerebro: “mapas cognitivos” del entorno que los rodeaban. Además de ello, Tolman realizó diversos estudios en relación al aprendizaje, mediante la utilización de laberintos en ambientes controlados (laboratorios), fue capaz de determinar que a medida que se realizaban varios intentos, el sujeto cometía menor errores, y por ende era capaz de lograr el objetivo requerido con más frecuencia, es por ello que logró concluir mediante esta experimentación; que los animales de laboratorio formaban esquemas mentales a medida que ejecutaban las actividades y cometían errores, gracias a esto pudo comprobar la relación significativa entre la filosofía conductista y cognitiva. A pesar de ello, Tolman no se fundamentaba en la hipótesis de la existencia directa de procesos mentales o cognitivos, sino más bien atribuía este comportamiento de aprendizaje a modificaciones neuronales y filosóficas (Vargas, 2001).

Por otro lado, en la década de los 50, es cuando se inician los estudios, y de cómo se evidencia la influencia directa de los procesos cognitivos (pensamientos), sobre la conducta, y, por ende,

modificando o moldeando estos mecanismos de procesamiento de información es posible adaptar una conducta alterna, e interiorizarla como parte de un comportamiento positivo, todo ello se consideró en la ciencia básica de algunos psicólogos conductistas. Para Beck en la década de los 80, menciona que la teoría conductista se limitaba en gran medida y no lograba abarcar temas cognitivos, emocionales y afectivos, lo que dificultaba exponencialmente llegar a una comprensión total del origen central del problema latente del sujeto (Beck, 1970).

Etapa 2. Desarrollo de la terapia cognitivo conductual, 1960 - 1980

Es así que, en la década de los 60, con el brote de nuevos trastornos clínicos, más complejo que requerían de una intervención avanzada, inmediata y eficaz, es que se toma énfasis en diseñar nuevos modelos de aplicación psicoterapéutica vinculados con la modificación de pensamientos, sabemos que la influencia de teorías como Tolman; con la teoría propositiva, cautela con los principios del aprendizaje social; se utilizaba un ámbito de la psicología experimental, en base a pruebas rigurosas en ambientes controlados, manejaban temas vinculados con la atención, memoria percepción; concluyendo que todos estos mecanismos influían directa e indirectamente sobre la conducta del sujeto, cuando se moldeaba correctamente. Del mismo modo, se realiza investigaciones profundas y rigurosas en el ámbito de la psicología clínica, ampliando los campos de intervención, es decir; no solo en el ámbito médico, sino también en áreas menos investigadas como; (comunitario, psicología de la salud, organizacional, infantil, y adulto mayor etc. (Becoña et. al, 1997).

En el año 1962, Albert Ellis publica in libro denominado: “Razón y emoción en psicoterapia”, precursor de los posteriores estudios basados en este postulado en la psicología cognitiva y conductual, 8 años después mediante la publicación de una serie de manuales basados en el análisis, comprensión, interpretación y aplicación de terapias cognitivas conductuales, dirigidas por Kendall, Hollon, Mahoney y Meichenbaum y el manual de tratamiento de Beck en la década de 1979, empleado en el trastorno depresivo. Las TCC, surgen como alternativa o solución a los estudios equívocos basados en el psicoanálisis; el cual buscaba brindar solución a los problemas mediante la indagación del inconsciente y la regresión a las primeras etapas de la vida, como parte del proceso de intervención con el propósito de tratar patologías, por otro lado, para Scott e Ingram

en el año 1990, mencionaban que este “PCC”; se basaba en tres principios fundamentales que destacaban por su eficacia, siendo: las respuestas ajustadas del individuo más a las representaciones de los procesos cognitivos que provocaba en evento, que a los eventos en sí, del mismo modo, el tipo de aprendizaje se encuentra conciliado cognitivamente, y esta misma cognición determina la conducta, emociones y pensamientos del sujeto, con ciertos vínculos afectivos, y no exclusivamente cognitivos (Becoña et. al, 1997).

Etapa 3. Integración y Establecimiento definitivo de la Terapia Cognitivo Conductual, 1980 – actualidad.

Marzillier, un psicoterapeuta británico reconocido mundialmente, en la década de 1980, enfatizo tres elementos parte del proceso de cognición, destacando; “Eventos Cognitivos”; los cuales son los supuestos, creencias, emociones como también imágenes que fluctúan en la conciencia, por otro lado, los “procesos Cognitivos”; calificándolos como la transformación o moldeamiento de la información del entorno dentro del psique, es ahí, donde se utiliza todos los procesos de cognición (atención, interpretación, memoria, abstracción y codificación), y finalmente las “estructuras cognitivas”, constituidas por las creencias, actitudes, es decir; la conducta interiorizada del sujeto en base a la interiorización de la información, interpretación y consolidación de los esquemas cognoscitivos acompañados de la personalidad del individuo (Meinchenbaum, 1985).

Existen tres grandes grupos que clasifican a las terapias cognitivos conductuales durante esa época, aportando evidencias en base a estudios sustanciales, teniendo como pionero de estos principios a Mahoney y ArKnoff, ellos mencionan a: **Las terapias de reestructuración cognitiva**; abarcando a la teoría de racional emotiva de Albert Ellis, la terapia cognitiva de Beck, la reestructuración racional – sistemática de Goldfried y el entrenamiento auto instruccional de Donal Meinchenbaum, todos ellos; aportando gran sustancialidad dentro de sus teorías; conceptos significativos para el abordaje y tratamiento de patologías conductuales. Por otro lado, en relación a las **Terapias de afrontamiento en el manejo de situaciones**, tenemos el modelado encubierto de Joseph cautela, el manejo y habilidades para afrontar situaciones de Marvin Golfried, las teorías de la ansiedad de Richard Suinn; para el control, como del mismo modo; y finalmente la terapia para el manejo del estrés de Donald. Como categoría final tenemos a **las terapias de resolución de problemas**: la

psicoterapia de Goldfried & Zurilla basada en la solución de problemas, la técnica de Spivack, basada igualmente en solución de problemas y finalmente la licencia personal de Mahoney. Cabe destacar que todos estos postulados correspondientes a cada vertiente aportan datos esenciales para el manejo y resolución de dificultades latentes, y que durante muchos años se utilizaron para tratar patologías clínicas, y fueron base para posteriores investigaciones hasta la actualidad (Becoña, 1993).

1.3.3 Programa Cognitivo Conductual

La psicología, es la ciencia que estudia el comportamiento del ser humano, en base a la influencia del medio que lo rodea y los factores externos e internos que interfieren con el establecimiento de la conducta. Por tal, se encarga de utilizar una serie de mecanismo y herramientas para brindar solución a un malestar latente, problema, trastorno o patología que interfiera significativamente con el desenvolvimiento normal del sujeto y altere en gran medida su estilo de vida.

Es por ello, que diversos especialistas en salud mental, durante décadas vienen implementando teorías y técnicas de intervención para mejorar la calidad de vida de las personas, mediante el modelamiento del pensamiento (procesos cognitivos), e interfiriendo en la conducta. En base a ello, dentro de las estrategias de intervención se le ha dado gran énfasis al programa cognitivo conductual, ya que es un método que modifica las estructuras cognitivas del sujeto con el propósito de cambiar un comportamiento o conducta, básicamente, lo que busca la TCC es; lograr que el individuo pueda percibir, interpretar y asimilar su entorno de forma real, mediante la adquisición de herramientas de afrontamiento, moldeamiento sus pensamientos, cogniciones, y emociones, logrando un comportamiento más óptimo y positivo. Por otro lado, este programa se centra en trabajar el “aquí” y el “ahora”, y evita utilizar técnicas de regresión cognitiva del inconsciente. El procesamiento de la información externa se caracteriza por una serie de aspectos que se mencionan a continuación:

- El comportamiento esta predeterminado por el procesamiento de información de la cognición humana.

- Hay que saber distinguir entre los procesos y las estructuras, ya que ambos guardan una estrecha relación, pero con significados y concepciones distintas. Por un lado, los procesos son las operaciones mentales que contribuyen con los rasgos cognitivos del individuo, mientras que las estructuras; son aspectos permanentes que caracterizan o definen la identidad del individuo.
- Dentro estos esquemas cognitivos, detallan 4 puntos principales para que se pueda ejecutar un procesamiento adecuado de la información, siendo; Receptor sensorial (en el encargado de recibir la información externa), memoria inmediata (retiene la información por un tiempo limitado y corto), y finalmente la capacidad de almacenamiento de información a largo plazo (guarda recuerdos, pensamientos y emociones por un tiempo prolongado)

Hay que resaltar, que uno los objetivos principales del PCC, es identificar mediante el análisis e interpretación los pensamientos automáticos que se encuentran equívocos o distorsionados, que se muestran invasivos, mientras el sujeto se encuentra en una situación que genere un recuerdo inmediato al evento traumático o suceso que genero la patología, cabe destacar, que los sujetos que presentar trastornos vinculados con el estados anímico (ansiedad), son más propensos a evocar este tipo de pensamientos negativos y autodestructivos, y estos últimos pueden estar caracterizados por sensaciones de; desaliento, desmotivación, minusvalía y por lo generar ocasionando evitación. Este tipo de pensamientos se encuentran estrechamente ligados a un razonamiento ilógico, es por ello que el propósito de la aplicación de este procedimiento, va dirigido a modificar estos supuestos automáticos erróneos, que por lo general ocasionan que el paciente recaiga nuevamente en la sintomatología del trastorno latente, entonces; se pretende que el sujeto detecte estos errores y se consciente de ello, para modificar estas distorsiones cognitivas por pensamientos positivos, agradables, fomentando una conducta adaptativa (Hernández et. al, 2007).

1.3.3.1 Principios de la TCC

Los cimientos están basados en la teoría del conductismo; centrada en el aprendizaje, ejecutando experimentos en ambientes controlados. Dicha terapia conductista se caracteriza por utilizar una estrategia extremista, basado sus estudios en el condicionamiento operante y clásico, en la actualidad se utilizan solamente datos e información teórica con respecto a estos temas, y de cómo

fueron cimientos para formar los supuestos perfeccionados en la actualidad, más que utilizarlos hoy en día como parte de una estrategia de aplicación.

Circunstancialmente en la década de los 50, Wolpe, específicamente en el año 1958, planteó una estrategia sistemática para resolver temas vinculados con las fobias, denominado “desensibilización sistemática”, el cual fue un procedimiento muy llamativo, ya que durante cada sesión el supervisor (psicólogo), intentaba generar situaciones imaginarias, en relación al evento o suceso traumático del paciente, es decir; planificaba un ambiente muy similar a la situación real que originó el malestar, para intentar encontrar mediante la evaluación e interpretación el cambio o modificación del pensamiento. Del mismo modo, existe un modelo de DS, que intenta erradicar sintomatología latente ansiosa, mediante la exposición gradual al evento traumático, reduciendo notoriamente durante el transcurso de las sesiones, los síntomas de ansiedad y erradicándola en su totalidad, a este mecanismo se denomina: “saturación” (Hernández et. al, 2007).

Para Beck Aaron, 2012, en sus estudios con respecto a trastornos de la ansiedad, ejemplifica el modelo cognitivo conductual, manifestando puntos cruciales dentro de esta temática, vinculados con los esquemas cognitivos conceptuales, identificándose como creencias, supuestos o normas, este tipo de pensamientos nos permiten evidenciar a gran escala el nivel de amenaza que representa para el sujeto el evento productivo, y de cómo asimila, evalúa y valora la situación. Es decir, son los supuestos irracionales que se presentan en relación al nivel de alerta, que evidencia el paciente, en ciertas experiencias, situaciones o representaciones del trauma.

Uno de los principios clave de esta terapia, es que las experiencias son distintas, y se asimilan de diversas maneras en base al entorno, situación, factores externos, personalidad, y conducta del paciente, es por ello que se evalúa mediante una entrevista previa y en base al historial clínico del sujeto; que tipo de estrategia cognitiva, se adecua y genera resultados satisfactorios. Cabe destacar, que, durante el proceso de recepción de la información, el individuo generara o presentara diversos pensamientos, creencias, supuestos distorsionados y por ende conductas atípicas, como parte del evento traumático que ocasiono cierta sintomatología (Moix et. al, 2009).

Algunas de las características representativas que evidencian la sustancialidad de esta terapia se consideran las siguientes:

- La terapia cognitivo conductual, se centra en trabajar netamente los pensamientos, acciones, supuestos y distorsiones cognitivas del paciente, para modificar una conducta negativa, es decir; modificar o moldear los esquemas cognitivos para estructura una nueva conducta, y mejorar la calidad de vida del sujeto.
- Dicha intervención, se ve mediada sustancialmente por la existencia de esquemas cognitivos, donde sucede una serie de procesos que intervienen significativamente en la asimilación, comprensión y alteración de la conducta, ya que mediante el moldeamiento de estos esquemas es posible observar un cambio notorio del comportamiento.
- Uno de los principios básicos, es que, durante el lapso de las sesiones del proceso cognitivo conductual, hay que enfatizar en el tema de los hábitos, sabemos que, como proceso de intervención, requiere un tiempo estimado para su efectividad a largo plazo. Es por ello, que se sugiere que, durante este tiempo, el paciente tiene que seguir una serie de pasos, y cambiar hábitos a los que anteriormente estaba acostumbrado, ya que esto contribuirá con una evolución eficaz.
- Trabaja en el aquí y ahora, más que en la búsqueda del origen del trauma, es decir; aborda la sintomatología actual y la forma en cómo responde el sujeto frente a factores estresores, modificando sustancialmente sus pensamientos para obtener resultados esperados.

1.3 Marco Conceptual

Agresividad: El termino de agresividad proviene del latín “agredire”, que tiene como significado: “ir hacia”, posteriormente en Francia en la década de 1793 se acuño y consolido el término “agresivo”; que proviene directamente del término “agresión”, esto se correlaciona con el término “Pulsión”; que denota una tendencia fija de “atacar”, o hacer daño a alguien, dicho esto, tiene que existir la presencia de dos sujetos (el que agrede y el agredido). En resumen, desde la perspectiva

conductual (psicológica), se denomina agresividad; al trastorno o discapacidad provisional o establecida que genera hostilidad hacia la víctima con actitudes de enfrentamiento y hostigamiento (Zaczyk, 2002).

Autoestima: Es la capacidad del individuo para afrontar adversidades o superar dificultades con eficacia, confiar en las habilidades de uno mismo para aplicar idóneamente los procesos de cognición y por ende tomar las decisiones correctas. Del mismo modo, el respeto y el auto afecto, son características significativas dentro del marco conceptual que supone tener un buen nivel de autoestima, y hay que tener en cuenta que; si existe dificultades latentes en este aspecto, es posible evidenciar características vinculadas con la incapacidad de afrontar los desafíos de la vida, o sentirse incapaz de enfrentar dichos riesgos, por la misma auto desconfianza, inseguridad, desvalorización y con minusvalía. Dicho esto, la autoestima cumple un papel fundamental dentro de la convivencia familiar y conyugal, ya que determina fehacientemente el nivel de cohesión, relación afectiva, capacidad en la toma de decisiones, y el amor propio (Branden, 2001)

Confianza: Es la capacidad y la fe en uno mismo para lograr ciertas cosas (objetivos), y por otro lado, la falta de esta misma; limitara a concluir muchas cosas a la posteridad, y existiría la presencia de los miedos y demás temores que opacarían en gran medida el desempeño eficaz de este principio. Por esto mismo, se considera fundamental ejercer estas conductas adaptativas, que determinan congruentemente comportamientos adecuados y positivos, como también refuerzan significativamente la seguridad en uno mismo, en la toma de decisiones correctas (Luhmann, 2005)

Control emocional: La emoción es un mecanismo, o proceso psicológico adaptativo, que cumple la función sobrellevar situaciones de supervivencia dentro del entorno donde se desenvuelve el sujeto. Por otro lado, durante el desarrollo de esta articulación de convivencia, no es posible poder observar, medir o controlar en cierto modo, pero si se implementa o se pone en práctica cuando estamos en una situación de alarma o peligro, es decir; son mecanismo de defensa frente a una situación de riesgo o que pone en peligro nuestra vida. Sabemos que nuestro cerebro, en base a la sustancialidad que le demos a los sucesos, se encarga de brindar la importancia debida para emplear la emoción correcta, es así que, enfatizamos en brindarle la importancia necesaria en el control y manejo de estos mecanismos de supervivencia, con el objetivo de mejorar nuestra calidad

de vida, las relaciones interpersonales, y la convivencia conyugal como familiar (Fernandez et. al, 2013).

Cognición: Es la capacidad inherente del ser humano para procesar información, mediante la utilización de diversos mecanismos, con el propósito de lograr un aprendizaje esperado, todo ello, mediante la percepción de variados receptores externos, los cuales se van adquiriendo e interpretando mediante la experiencia y de la mano con influencia del entorno. El término “cognición”, viene del latín “cognoscere”; que evidentemente se interpreta como “conocer”, es decir que vincula a todo conocimiento nuevo adquirido mediante las experiencias, con el fin de obtener un aprendizaje efectivo. En la etapa del proceso cognitivo es fundamental para lograr modificar conductas negativas, ya que se moldea mediante una serie de mecanismos (recuperado: <https://www.cognifit.com/es/cognicion>)

Dependencia Emocional: Si lo implementamos en base a la convivencia conyugal, hablamos de poner en significancia la pareja sobre todas las cosas, darle demasiada importancia o sustancialidad, como también; un deseo constante y perseverante de acoso afectivo, es decir; la necesidad impulsiva de recibir amor, cariño y afecto a gran escala.

Impulsividad: Son ciertos rasgos específicos de la personalidad, caracterizados por la incapacidad o debilidad para controlar las pulsiones, ocasionando conductas o comportamiento hostiles. Este mecanismo de reacción emocional, esta pre establecido o se moldea desde la niñez, teniendo como punto clave la crianza desde el hogar, la imagen o formación en base al entorno familiar y social donde se desenvuelve el menor. Sin embargo, tiene sus orígenes en relación a los genes, y predisposición en base al árbol genético familiar. Entonces la impulsividad es un rasgo adquirido, que se moldea teniendo como base la educación, como también la imagen del entorno donde se desenvuelve el sujeto, el aprendizaje, experiencia, madurez emocional y la influencia de los principios culturales (Celma et. al, 2012).

También se considera; una idealización, generando un concepto de superioridad hacia el sexo opuesto, lo que conlleva a una conducta de desvalorización, pasividad, sumisión, baja autoestima, e inseguridad en uno mismo, y finalmente un miedo irracional hacia el abandono, temor

descontrolarle a la soledad o la falta de cariño externo. Todo esto conlleva; a la desesperación constante de querer o pretender agradar a la pareja y pensamientos distorsionados, con las creencias de que no se logra satisfacer al 100% con las expectativas del otro (Castello, 2012).

Programa: Se denomina programa, a un conjunto de procesos y estrategias específicas para brindar solución a un malestar latente, estos pasos, suponen una organización perfectamente delimitada para estructurar correctamente dicha metodología. Por otro lado, es fundamental elaborar un buen diagnóstico antes de planificar y ejecutar un programa de intervención, ya sea de cualquier tipo, como también; la elaboración sustancial de objetivos específicos y concretos que delimiten el motivo de estudio (Medina, 2004).

Psicoterapia: Es el proceso que emplea el psicoterapeuta (Psicólogo), para brindar solución a una problemática latente. Es un encuentro que tiene el paciente consigo mismo (intrapersonal), mediante la guía u orientación de un especialista en salud mental, teniendo en cuenta una comunicación fluida, y la aplicación de diversos mecanismos de intervención (entrevista, evaluación, raport, consejería, interpretación, análisis, diagnóstico y tratamiento). Del mismo modo, es guiar u orientar al paciente a un desarrollo socio – personal, y de cómo el individuo percibe el medio que lo rodea (entorno), como lo asimila, reconoce e interpreta, con el fin de mejorar su calidad de vida, dentro el entorno intrapersonal, familiar, social y laboral (Zohn et. al, 2013).

Sexismo: Es un estilo de comportamiento o prejuicio que destaca por una polarización entre la agresividad o hostilidad hacia el sexo opuesto (mujeres), caracterizándose; por creer erróneamente que son el género incapaz, sumiso, o desvalorizando su función o papel de desempeño en el entorno familiar y social, con influencia directa desde la crianza en el hogar, es decir; que se alimenta o moldea en base al aprendizaje y la imagen que proyecta la familia. El patriarcado, o rol de autoridad que cumple el padre de familia es de gran significancia como predictor de conductas violentas en generaciones posteriores y de cómo proyectan esos comportamientos negativos y erróneos en la sociedad, cabe destacar, que el término “sexismo”, proviene del vocablo “machismo”, como coloquialmente se lo conoce (Glick et. al, 1996).

TCC (Terapia Cognitivo Conductual): Se considera un tipo de intervención o tratamiento psicológico de gran significancia, posee los cimientos en la psicología integral y conductas vinculadas con las emociones. El propósito general de esta temática es lograr esclarecer las causas del problema o malestar de cada individuo, como brindar las herramientas necesarias para que el sujeto pueda emplear durante su día a día, y así contrarrestar las sintomatologías latentes del trauma adquirido. La TCC, tiene gran efectividad en el tratamiento de trastornos relacionados con la ansiedad, depresión y algunas patologías de la personalidad, es una estrategia potente que genera resultados alentadores frente a los trastornos psicológicos más comunes (Gillihan, 2018).

Violencia Familiar: Si hablamos de violencia familiar, tenemos que referirnos principalmente al abuso y hostigamiento infantil, como también de género, aunque ello también implica a cada uno de los integrantes de la familia. Desde este marco, entendemos la significancia que implica conocer el estado emocional de cada uno de ellos, cuando son víctimas de acoso, y de qué manera se desenvuelven en el medio frente a la presencia evidente de un evento traumático, generado por violencia. Este tipo de agresión se destaca por manifestarse de forma física, económica, sexual y psicológica, destacando esta última por su nivel de incidencia y las repercusiones negativas que acarrea un largo plazo, manifestando problemas a nivel emocional a gran escala (Polaino, 2013).

1.4 Formulación del Problema

Insuficiencia en el proceso cognitivo conductual, limita el manejo y control del desarrollo emocional.

1.5 Justificación e Importancia de Estudio

El propósito de este método de investigación, es lograr mediante la planificación y ejecución de programa de intervención inmediato, reducir a gran escala las repercusiones socio emocionales en las mujeres víctimas de abuso o violencia, ya que es evidente el número de casos suscitados mensualmente en el entorno, convirtiéndose en un problema social, que abarca muchos aspectos y genera efectos negativos no solo en el sexo femenino, si no también problemas emocionales, adaptativos e interpersonales en los hijos, ya que ellos absorben de manera inconsciente en el

entorno que los rodea, siendo más propensos a generar problemas de cognitivos de aprendizaje, emocionales, sociales y evolutivos a lo largo de los años.

Frente a dicha problemática, es que se planea intervenir para brindar una posible solución al malestar latente, cabe mencionar, que el fin de la investigación de estudio, no solo se centra en la planificación y ejecución de un “PCC”, si no también ser la base central para estudios posteriores en relación al tema central de investigación.

1.6 Hipótesis

“Si se Aplica un programa cognitivo conductual que tenga en cuenta la relación entre la conducta y rasgos de personalidad, entonces se contribuye al desarrollo socio emocional en mujeres víctimas de violencia del caserío “La jalquilla – San Ignacio”

1.6.2 Variables

1.6.2.1 Variables

- **Variable Independiente:** Programa Cognitivo Conductual
- **Variable Dependiente:** Desarrollo Socio Emocional

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo General

Aplicar un programa cognitivo conductual para el manejo y control del desarrollo socio emocional en mujeres víctimas de violencia.

1.7.2 Objetivos Específicos

- Fundamentar egiptológicamente el proceso cognitivo conductual y su dinámica.
- Caracterizar las tendencias históricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica.

- Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso de desarrollo del manejo y control del estado emocional en mujeres víctimas de violencia del caserío “La Jalquilla – San Ignacio”.
- Aplicar un programa cognitivo conductual para el control y manejo del estado emocional.
- Validar por criterios de expertos el proceso cognitivo conductual.
- Ejemplificar parcialmente la planificación y ejecución del plan de intervención cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia del caserío “La jalquilla – San Ignacio”.

II. MATERIAL Y METODO

2.1 Tipo y diseño de Investigación

Objetivo: Es un estudio aplicativo, ya que se pretende ejecutar un programa cognitivo conductual; para brindar solución al problema actual.

Profundización en el Objeto: Estilo de investigación explicativa, ya que pretende describir la problemática, indagar los causales y plantear una solución mediante la aplicación de un proceso cognitivo conductual (programa).

Tipo de datos empleados: En este caso se consideró mixta, porque se pretende cuantificar en un momento inicial, para posteriormente cualificar los datos al momento de realizar el análisis e interpretación de resultados.

Grado de manipulación de variables: Pre experimental, ya que se utilizarán sujetos no aleatoriamente, si no pre establecidos para la intervención experimental, poniendo a prueba la hipótesis causal.

Tipo de Inferencia: Hipotético – deductivo

Periodo de ejecución del programa: transversal, ya que se ejecutará la medición en un lapso determinado.

2.2 Población y Muestra

La población objetivo estará conformado por 30 mujeres víctimas de abuso psicológico y físico, siendo un grupo reducido que es parte de la población en general, del mismo modo se evaluara a los familiares de las víctimas para contrastar la información obtenida de las pacientes, dicho esto se tomara en cuenta ciertos aspectos:

Criterios de inclusión:

- Sexo Femenino.
- El rango de edad fluctúa entre los 18 y 55 años de edad.
- Mujeres víctimas de violencia.

Criterios de Exclusión:

- No se considerará el sexo masculino.
- Que no se encuentren entre las edades antes mencionadas.
- Únicamente mujeres víctimas de violencia

2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Se consideró el método Teórico y Empírico.

Métodos teóricos:

- Análisis y Síntesis: Se empleará durante el desarrollo de la investigación con el propósito de describir el proceso cognitivo conductual.
- Abstracto concreto: Es el resumen conciso de los aspectos teóricos, y por ende la percepción del proceso cognitivo conductual.
- Histórico Lógico: Se emplea con el objetivo de delimitar las preferencias históricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica.

Métodos Empíricos:

- Observación: Ejecutar las visitas domiciliarias a la población objetivo, como indica en la muestra.
- Encuesta: Se utiliza dicho instrumento de sondeo, con el fin de determinar la caracterización del proceso cognitivo conductual.

2.4 Procedimientos de análisis de datos

Posteriormente a la aplicación del instrumento, se calificará y se almacenaran los datos en el software IBM SPSS, con el propósito de procesar toda la información y averiguar los índices de confiabilidad, el contraste de las hipótesis, los gráficos, tablas, para posteriormente pasar por un proceso minucioso de evaluación, análisis e interpretación de los resultados antes mencionados.

2.5 Criterios Éticos

Chamarro (2007), menciona que la ética; es un conjunto de principios que determinan la conducta, que tienen como propósito guiar al individuo a comportarse en base a los lineamientos de la sociedad o lo que se puede considerar “el bien” y moralmente positivo. Es por ello que a continuación se mencionan algunos criterios éticos a tomar en cuenta durante el desarrollo de esta investigación:

Respeto: Se respetará la decisión de la población muestra, si en caso no deseen participar del programa, no se condicionará a nadie de los sujetos que presenten una negativa. Es un estudio sin fines de lucro, ya que se busca el apoyo incondicional y solidario de la población objetivo, a participar por un bien común y en beneficio de cada uno de ellos.

Confidencialidad: Los datos de los evaluados, serán completamente discretos, se aplicará el principio de confiabilidad, reservando su información personal, y no utilizándola para otro tipo de estudios.

Imparcialidad: Se realizará un análisis, coherente, veraz y real de los resultados obtenidos de la investigación, mediante una evaluación exhaustiva y rigurosa

Beneficencia: Es crucial como uno de los objetivos primordiales de la investigación, lograr un beneficio o contribuir con el desarrollo social de la población evaluada, generando resultados positivos y lograr un gran cambio.

2.6 Criterios de Rigor Científico

Durante el proceso de recojo de la información, se actuará de manera meticulosa, metódica y estrategias, respetando cada uno de los principios de investigación, para garantizar la calidad y confiabilidad del producto final. Por otro lado, en la implementación de la información recaudada, se tomó en cuenta investigaciones de carácter científico, así mismo, este estudio será aplicado en investigaciones posteriores, para reforzar aún más las bases o cimientos del programa, y se amplió los ámbitos de ejecución.

Resultados de Confiabilidad

Reliability:

Omega ,885

Item means, standard deviations, estimated loadings, and reliability if item deleted:

	Mean	SD	Loading	Omega
p1	3,276	1,486	,501	,889
p2	3,207	1,398	,718	,884
p3	3,034	1,322	,736	,879
p4	2,724	1,222	,799	,875
p5	3,138	1,246	,881	,873
p6	2,966	1,149	,747	,875
p7	2,931	1,223	,454	,886
p8	2,862	1,187	,200	,892
p9	2,690	1,137	,784	,875
p10	2,828	1,311	,759	,878
p11	2,828	1,136	,772	,875
p12	2,966	1,085	,670	,876
p13	3,172	1,037	,709	,875
p14	2,690	1,105	,620	,879
p15	2,828	1,167	,864	,873
p16	2,931	,998	,653	,876
p17	3,069	1,100	,566	,880
p18	2,862	1,093	,730	,875
p19	2,793	,902	,349	,882

Análisis de la Confiabilidad.

El instrumento elaborado por el investigador fue sometido a este proceso con la finalidad de probar la confiabilidad del mismo y poder llevar a cabo la investigación.

La herramienta empleada para determinar la confiabilidad del instrumento DIAGNOSTICO DIRIGIDO A PACIENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA fue el Coeficiente OMEGA que se basa en el análisis de la consistencia interna y que fue seleccionado teniendo como base las características de la investigación.

Se debe resaltar que el valor del coeficiente obtenido se halla entre $0.7 < r \leq 1$, “El instrumento se puede considerar confiable”.

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LOS INDICES DE VIOLENCIA DEL DE LAS MUJERES VICTIMAS

Análisis del COEFICIENTE OMEGA DE MC DONALD’S

En la tabla siguiente, se presentan los resultados del análisis de confiabilidad, calculado a través del Coeficiente **OMEGA DE MC DONALD’S**

TABLA N° 1.- Estadísticos de Confiabilidad

OMEGA DE MC DONALD’S	N de elementos
Valor 0,885	Valor 30

Tal como se observa, el Cuestionario elaborado por el investigador para evaluar LOS INDICES DE VIOLENCIA de LAS MUJERES VICTIMAS ha obtenido un Coeficiente OMEGA MC DONALD’S de 0.885, de 19 ítems evaluados.

Análisis de Indicadores

TABLA N° 2. Estadísticas resumen de los Ítems en relación con el Test Completo

	Mean	SD	Loading	Omega
p1	3,276	1,486	,501	,889
p2	3,207	1,398	,718	,884
p3	3,034	1,322	,736	,879
p4	2,724	1,222	,799	,875
p5	3,138	1,246	,881	,873
p6	2,966	1,149	,747	,875
p7	2,931	1,223	,454	,886
p8	2,862	1,187	,200	,892
p9	2,690	1,137	,784	,875
p10	2,828	1,311	,759	,878
p11	2,828	1,136	,772	,875
p12	2,966	1,085	,670	,876
p13	3,172	1,037	,709	,875
p14	2,690	1,105	,620	,879
p15	2,828	1,167	,864	,873
p16	2,931	,998	,653	,876
p17	3,069	1,100	,566	,880
p18	2,862	1,093	,730	,875
p19	2,793	,902	,349	,882

IV. RESULTADOS

Para la ejemplificación del estado actual de la dinámica del proceso del desarrollo socio emocional, se planificó y ejecutó un cuestionario dirigido a las mujeres víctimas de violencia del caserío la Jalquilla, como también a los familiares de dichas mujeres, con el propósito de determinar las insuficiencias en el proceso del desarrollo socio emocional, y así; obtener datos estadísticos en relación a la variable a trabajar, dentro de la encuesta se abordó temas cruciales vinculados a “dependencia emocional afectiva”, “temor al abandono”, “sentimientos de inseguridad”, conducta sumisa” y “Baja autoestima”.

ENCUESTA DIRIGIDA A MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA

Tabla 1 *Para ser feliz necesito sentirme amado*

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	5	16,7
	C.N	5	16,7
	A.V	7	23,3
	C.S	4	13,3
	S	9	30,0
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

En base a los datos observados en la tabla, se percibe: que un 16% respondieron positivamente, otro 16% mencionaron frecuentar; pero en una medida casi omisa, un 23% percibe pensamientos recurrentes, un 13% menciona; que estos pensamientos están presentes en la mayoría de situaciones, y un 30% de la población total, siendo un índice predominante puntuó una respuesta negativa frente a la consigna planteada.

Tabla 2 *¿Siente que tiene que estar más tiempo con su pareja?*

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	4	13,3
	C.N	6	20,0
	A.V	7	23,3
	C.S	6	20,0
	S	7	23,3
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

La tabla muestra una tendencia de respuestas esperadas (negativas) donde un 43% de los resultados obtenidos (13), han confirmado la ejecución frecuente de la consigna solicitada, donde un 20% afirma recurrente sumisión hacia el conyugue y un 23% establece dependencia total hacia su pareja.

Tabla 3 *¿Ha notado que, a pesar de los insultos, siempre perdona a su pareja?*

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	4	13,3
	C.N	7	23,3
	A.V	8	26,7
	C.S	6	20,0
	S	5	16,7
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

En base a los resultados de la tabla se evidencia; un 62% de las respuestas esperadas donde se afirma un grado de sumisión y dependencia significativo, a comparación de un 36% que piensa lo contrario, donde un 23.3% manifiesta no ser recurrente en dicha conducta y un escaso 13.3% difiere de la consigna solicitada.

Tabla 4 *¿Me cuesta entablar nuevas amistades, por frecuentar más tiempo con mi pareja?*

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	5	16,7
	C.N	8	26,7
	A.V	10	33,3
	C.S	4	13,3
	S	3	10,0
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

En relación a los datos obtenidos en la tabla, es posible determinar un índice significativo en relación a las respuestas negativas con un porcentaje del 56.6%, con un puntaje obtenido de (17), en comparación de las respuestas positivas, donde predomina el valor de Casi nunca, con un puntaje de (8). Frente a ello se observa una predominancia en la precaria capacidad para entablar nuevas amistades.

DIMENSION DEPENDENCIA EMOCIONAL – AFECTIVA:

En base al análisis e interpretación de los resultados es posible determinar niveles significativos de dependencia conyugal; imagen del precario concepto sobre sí misma, es decir; baja autoestima y desconfianza, lo que evoca en comportamientos de sumisión y necesidad de afecto.

Tabla 5 *Me siento angustiado (a) cuando discuto con mi pareja, por temor a terminar la relación?*

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	2	6,7
	C.N	9	30,0
	A.V	7	23,3
	C.S	7	23,3
	S	5	16,7
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

Frente a los resultados de la tabla se percibe; un índice del 30% de respuestas obtenidas (9), con afirmaciones positivas en relación a la consigna, pero un 46.6% afirma evidenciar esa sensación recurrente; obteniendo un resultado (14), y un 16.7% confirma sentirse angustiado persistentemente frente a una discusión conyugal, haciendo un total del 63.3% de mujeres que perciben ese malestar latente.

Tabla 6 *¿Evito Conflictos por miedo a quedarme sola?*

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	2	6,7
	C.N	10	33,3
	A.V	7	23,3
	C.S	8	26,7
	S	3	10,0
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

La tabla muestra una tendencia de respuestas esperadas en un 60%, donde la víctima admite evitar situaciones conflictivas por temor al abandono, con un índice de frecuencia del (7); en raras ocasiones, un puntaje de (8); donde se efectúa con frecuencia la conducta y finalmente una respuesta de (3), donde siempre se evita este tipo de circunstancias. Por otro lado, tenemos un indicador de (2), en respuesta negativa.

Tabla 7 *¿Estoy de acuerdo con lo que él dice, aunque muchas veces no tenga la razón, por miedo a terminar la relación?*

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	6	20,0
	C.N	2	6,7
	A.V	11	36,7
	C.S	9	30,0
	S	2	6,7
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

En base a los resultados de la tabla se percibe; un índice predominante del 73.4% en relación al área de recurrencia, evidenciando una respuesta esperada, así mismo; un resultado del 26% donde se evidencia una respuesta negativa en relaciona la consigna solicitada, donde; el indicador de negatividad ocupa un (6), a comparación del valor AV que tiene una frecuencia de (11).

Tabla 8 ¿Soy consciente de los abusos, pero no comunico nada por temor a la separación?

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	5	16,7
	C.N	6	20,0
	A.V	7	23,3
	C.S	11	36,7
	S	1	3,3
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

La tabla muestra una tendencia de respuestas esperadas, evidenciando un índice del 63.3%, donde la frecuencia de incidencia significativa ocupa un puntaje de (11), a comparación de las respuestas positivas que ocupa un porcentaje del 36.7%.

DIMENSION TEMOR AL ABANDONO:

En base al análisis de los resultados, es posible determinar; el miedo inherente a la soledad, y la sensación de necesidad de afecto, para sentirse bien consigo misma, efecto de su precaria seguridad en sí misma.

Tabla 9 ¿Me cuesta tomar decisiones?

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	6	20,0
	C.N	6	20,0
	A.V	8	26,7
	C.S	10	33,3
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

En base a los resultados de la tabla se percibe; un índice significativo del 33.3% de prevalencia del valor casi siempre, con un total del 60% de respuestas esperadas, ocupando un puntaje de respuesta (10) en el nivel máximo esperado, a comparación del valor opuesto Nunca; donde se obtuvo un porcentaje de 20% con una respuesta de (6).

Tabla 10 ¿Me siento inseguro al momento de afrontar situaciones?

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	4	13,3
	C.N	11	36,7
	A.V	4	13,3
	C.S	7	23,3
	S	4	13,3
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

La tabla muestra una tendencia del 50% de respuestas negativas en relación a la consigna, con un índice del 36.7% de escasas de frecuencia, con un puntaje de (11), a comparación de los resultados obtenidos en el valor de casi siempre (recurrencia), donde el puntaje es de (7), con un porcentaje del 23%.

Tabla 11 ¿Desconfío de mis capacidades?

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	3	10,0
	C.N	10	33,3
	A.V	7	23,3
	C.S	8	26,7
	S	2	6,7
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

En base a los datos de la tabla se evidencia; un índice del 56.7% de incidencia en relación a la percepción sobre sus capacidades optimas, con un puntaje de (8), en el valor de casi siempre, observando la frecuencia positiva, a comparación del valor Casi Nunca, donde se obtuvo un promedio del 33.3%, con una respuesta de (10), denotando predominancia en la tabla de frecuencia.

DIMENSION SENTIMIENTOS DE INSEGURIDAD:

En base al análisis de los resultados fue posible determinar; sensación de desconfianza e inseguridad en sí misma, principalmente en la toma de decisiones; para mejorar su realidad o situación actual, todo ello ligado a un precario auto concepto y pensamientos de inferioridad.

Tabla 12 *¿Me cuesta entablar nuevas amistades?*

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	2	6,7
	C.N	9	30,0
	A.V	8	26,7
	C.S	9	30,0
	S	2	6,7
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

En base a los resultados obtenidos en la tabla se percibe; un índice de prevalencia del 63.4% de incidencia en repuestas esperadas, ocupando un porcentaje mayor el valor de Casi Siempre; donde se obtiene un puntaje de (9), a comparación de los resultados con respuestas positivas donde el porcentaje se evidencia en un 36.7%, con una frecuencia mayor de (9).

Tabla 13 *¿Evito lugares donde concurra mucha gente?*

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	1	3,3
	C.N	7	23,3
	A.V	11	36,7
	C.S	8	26,7
	S	3	10,0
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

La tabla muestra una tendencia significativa del 73.4% de respuestas esperadas, con un puntaje obtenido de (22), donde el valor con predominancia es el de frecuencia (11), del mismo modo se percibe un índice del 23.3% en relación al valor Casi nunca, con un puntaje obtenido de (7). A comparación de las respuestas negativas, tenemos un porcentaje de 26.6% de respuestas positivas frente a la consigna solicitada.

Tabla 14 *¿Converso muy poco con familiares o allegados?*

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	4	13,3
	C.N	10	33,3
	A.V	8	26,7
	C.S	5	16,7
	S	3	10,0
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

En base a los resultados de la tabla se percibe; un índice de 53.4% de prevalencia en relación a las respuestas negativas (esperadas), frente al 46.6% de respuestas positivas, es posible evidenciar una precaria diferencia, cabe mencionar que el valor con predominancia es el de Casi Nunca con un porcentaje del 33.3% y un puntaje de (10), mientras que en las respuestas negativas se observa un nivel de 16.7% con un resultado de (5).

Tabla 15 *¿He perdido comunicación con antiguas amistades?*

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	4	13,3
	C.N	9	30,0
	A.V	11	36,7
	C.S	4	13,3
	S	2	6,7
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

La tabla muestra una tendencia predominante de respuestas esperadas del 56.7% en base a la precaria y escasa comunicación con personas allegadas, por otro lado, se percibe un índice del 30% de respuestas positivas donde se confirma el nexo recurrente, con un puntaje de (9).

DIMENSION CONDUCTA SUMISA:

En base al análisis de los datos estadísticos se percibe; evidente comportamiento de sumisión, con conductas de retraimiento y aislamiento, denotando la falta de comunicación con su círculo social y familiar, y la ausencia de habilidades interpersonales y el poco interés de efectuarlo

Tabla 16 *¿Me siento inferior al resto?*

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	2	6,7
	C.N	9	30,0
	A.V	7	23,3
	C.S	12	40,0
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

En base a los resultados de la tabla se percibe; un índice significativo del 40% en relación al bajo concepto sobre sí mismo, y el sentimiento de inferioridad frente al resto, por otro lado, se obtuvo

un porcentaje del 23% con un puntaje de (7) en relación a la frecuencia de pensamientos de minusvalía.

Tabla 17 *¿Pienso que todo lo que sucede alrededor es culpa mía?*

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	2	6,7
	C.N	8	26,7
	A.V	7	23,3
	C.S	11	36,7
	S	2	6,7
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

La tabla evidencia una tendencia significativa del 66.7% de respuestas esperadas negativas, donde el valor con predominancia (Casi Siempre) ocupa el 36.7% con un puntaje obtenido de (11), mientras que en las respuestas positivas el valor Casi nunca evidencia un porcentaje del 26.7% con un puntaje de (8). En relación a ello es posible determinar la predominancia de culpabilidad frente a cualquier suceso recurrente.

Tabla 18 *¿Tengo pensamientos negativos constantemente?*

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	3	10,0
	C.N	8	26,7
	A.V	10	33,3
	C.S	7	23,3
	S	2	6,7
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

En la tabla se percibe un índice notorio de respuestas esperadas (negativas), en relación a los pensamientos pesimistas y la distorsión cognitiva con respecto a la percepción de la realidad, con

puntaje total de (19); representando en un porcentaje de 63.3%, a comparación de las respuestas positivas con una evidente puntuación del 36.7%, y un puntaje de (11).

Tabla 19 ¿Me encuentro insatisfecho conmigo mismo?

		Frecuencia	Porcentaje
Valores	N	1	3,3
	C.N	11	36,7
	A.V	11	36,7
	C.S	6	20,0
	S	1	3,3
	Total	30	100,0

Fuente: Elaborado por el autor. Encuesta a mujeres víctimas de violencia. 2022

En base a los resultados presentados en la tabla se percibe; un índice del 60% en relación a las respuestas esperadas (negativas), determinando la sesión de insatisfacción consigo misma y el precario valor que tiene frente a la sociedad, del mismo modo; se evidencia un puntaje de (12), en relación a las respuestas positivas.

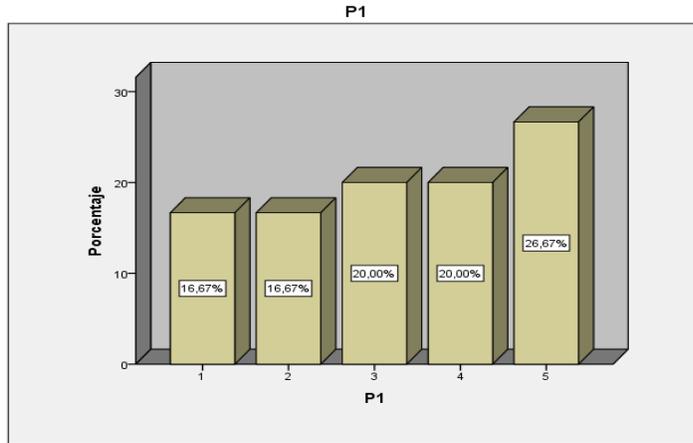
DIMENSION AUTOESTIMA BAJA:

En base al análisis de los resultados obtenidos se evidencia; rasgos de autoestima baja, como efecto de su deficiente valor sobre sí misma, pensamientos de minusvalía, desconfianza e inseguridad, del mismo modo la predominancia de pensamientos negativos y distorsiones cognitivas.

ENTREVISTA A LOS FAMILIARES

Se encuestaron 30 familiares, la misma cantidad en relación a cada víctima de violencia, con el propósito de contrastar información obtenida mediante el pre test aplicado a las mujeres víctimas de abuso del caserío la jalquilla.

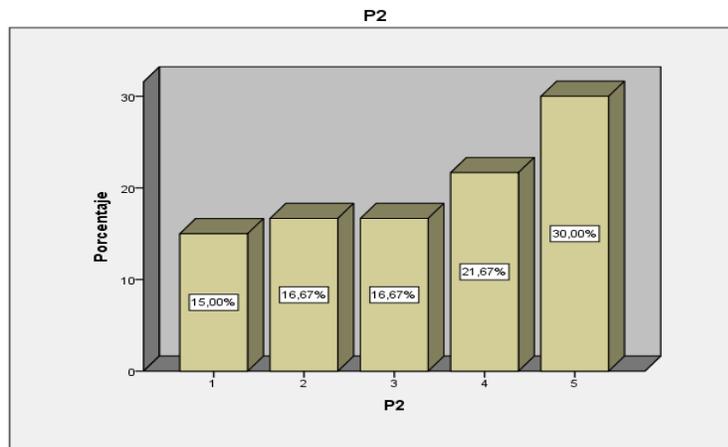
Figura 1 ¿Ha notado que el paciente tiene problemas de autovaloración?



Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

La tabla muestra una tendencia con respuestas esperadas en el valor de Siempre, con un porcentaje significativo del 26.67%, a comparación del valor opuesto (Nunca), donde los resultados evidencian un porcentaje del 16.67%, frente a ello es posible determinar la percepción de los familiares frente al precario concepto de las mujeres víctimas de abuso.

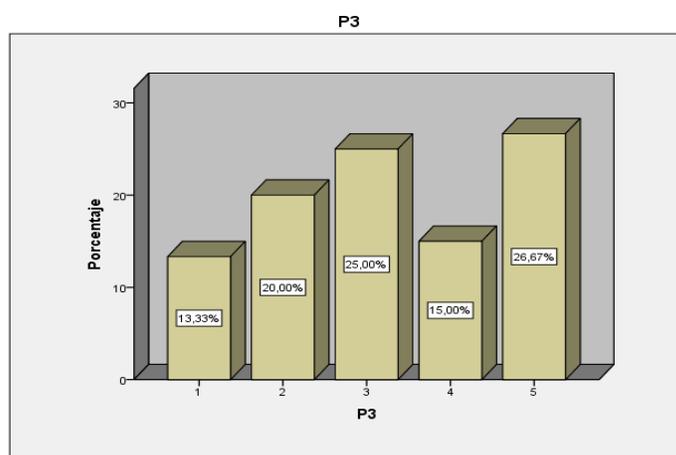
Figura 2 ¿Ha notado que el paciente frecuenta más tiempo con su pareja?



Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

En base a la tabla es posible observar: una tendencia significativa hacia las respuestas esperadas (negativas), con un porcentaje del 30% a comparación de los valores positivos que únicamente ocupan un 15%, frente a ello se concluye que: los familiares perciben que el tiempo que las víctimas frecuentan con su agresor es significativo.

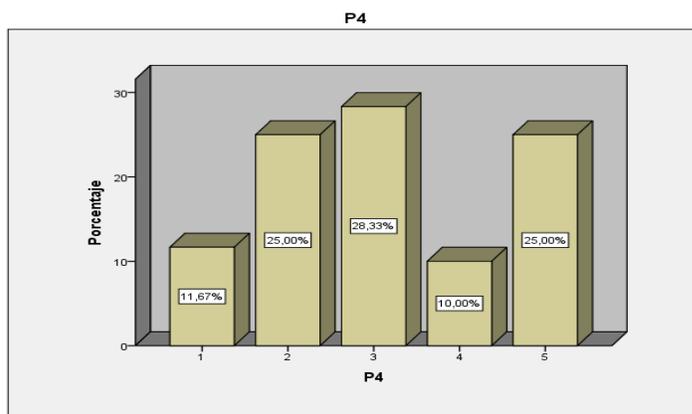
Figura 3 ¿A pesar de los constantes abusos, ha notado que el paciente perdona cada uno de esos eventos?



Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

En base a los datos se observa; una tendencia evidente de respuesta esperadas con un porcentaje estimado del 26.67%; dentro del valor Siempre, y un 25%, en relación al valor A veces, con ello es posible determinar un total del 51.67% de respuestas negativas corroborando: la dependencia afectiva y actitud de sumisión frente a las agresiones.

Figura 4 ¿Ha notado que no socializa con facilidad, y pasa más tiempo con su pareja?



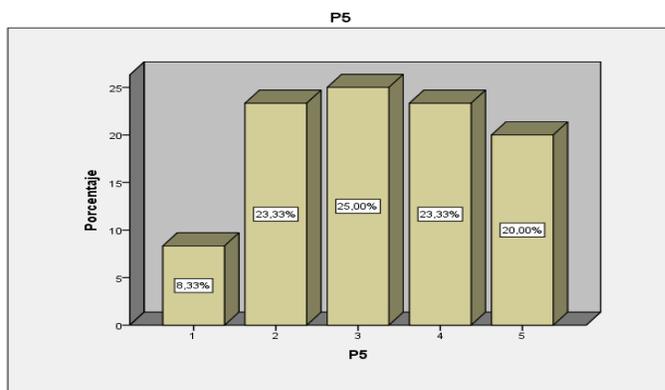
Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

En relación a los datos de la tabla se percibe: un índice notorio en relación a respuestas negativas sumando un total de 63.33%, donde el valor con mayor nivel es (A veces) con un porcentaje estimado del 28.33%, con ello se determina; la percepción en relación al tiempo que dedica la víctima con el agresor que con su círculo social.

DIMENSION DEPENDENCIA EMOCIONAL – AFECTIVA:

En relación al análisis de los resultados obtenidos se percibe; niveles significativos de conductas de sumisión, apego emocional y necesidad de afecto por parte de las mujeres víctimas de abuso, percibido por parte de los familiares.

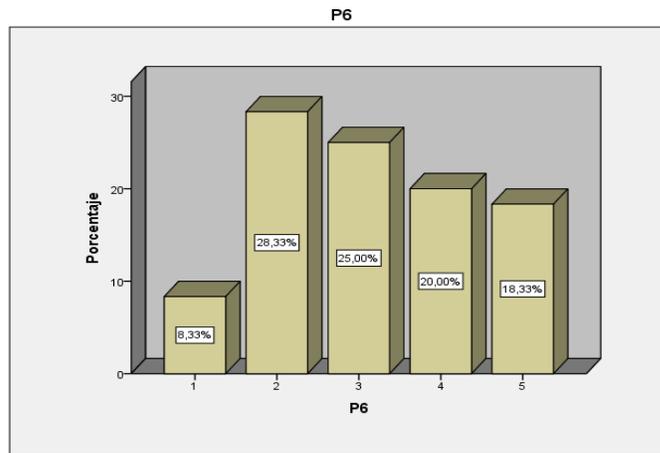
Figura 5 ¿Ha notado angustiada a la paciente cuando discute con su pareja?



Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

La tabla muestra un índice significativo en relación a las respuestas esperadas con una suma total del 68.33% ocupando un porcentaje elevado a comparación de las respuestas opuestas, con ello se observa los eventos de angustia que perciben los familiares en relación a los conflictos de pareja.

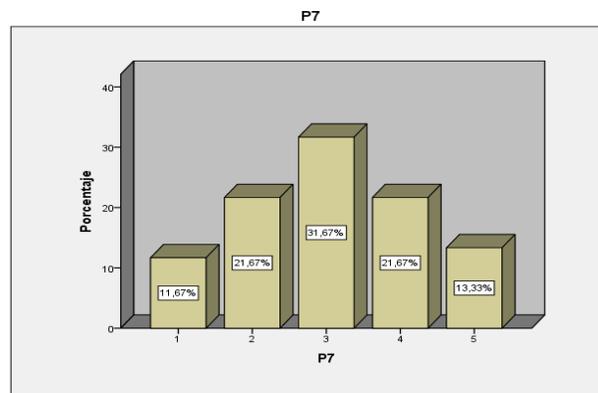
Figura 6 ¿Se ha percatado que la paciente evita conflictos por temor a terminar la relación conyugal con su pareja?



Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

Frente a los resultados de la tabla se observa un porcentaje estimado del 63.3% de respuestas esperadas a comparación del 8.33% de las consignas opuestas, sin embargo, es posible visualizar un índice del 28.33% en relación al valor (A veces), lo que determina la frecuencia de recurrencia de la conducta evidente, es decir; que los familiares se percatan que las victimas prefieren evitar situaciones conflictivas por temor al abandono.

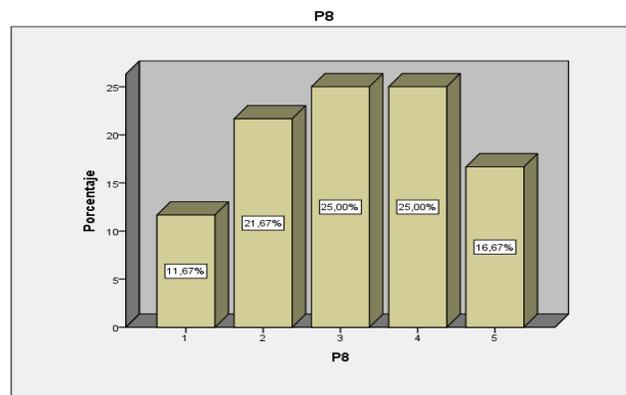
Figura 7 ¿Ha notado que la paciente siempre está de acuerdo con su agresor, aunque este no tenga la razón, por evitar una posible separación?



Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

En base los resultados de la tabla se observa cifras significativas en relación a las respuestas esperadas con un índice total del 66.67%, donde le valor con más significancia es (A veces), con un total del 31.67%, frente a ello se evidencia que en base a la información de los familiares donde se percibe un comportamiento pasivo y sumiso frente a las decisiones que tome el agresor por miedo al abandono.

Figura 8 ¿La paciente le comunica sus constantes abusos, ocasionados por su pareja?



Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

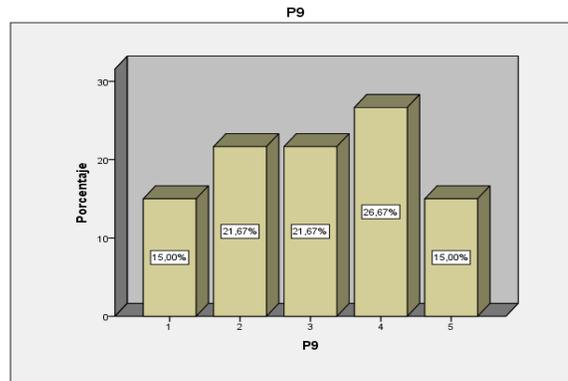
En base a los resultados de la tabla se percibe una tendencia significativa de respuestas esperadas con un índice total del 66.67%, adicionalmente a ello; en relación a las respuestas positivas en base a la consigna se evidencia un porcentaje total 11.67%, con ello se determina los puntajes evidentes que denotan la falta de comunicación y establecimiento de lazos de confianza con el propósito de comentar los sucesos de violencia suscitados en el hogar.

DIMENSION TEMOR AL ABANDONO:

En base al análisis de los resultados se observa: comportamientos de apego ansioso, miedo inherente a quedarse solo, y desconfianza e inseguridad en sus propias capacidades lo que

genera temor y dependencia afectiva hacia su cónyuge, todo ello percibido por los familiares durante la convivencia.

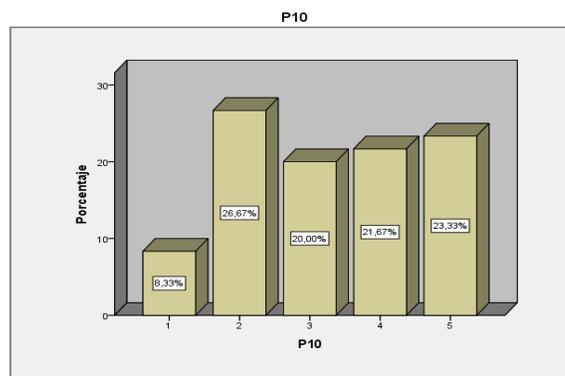
Figura 9 ¿Siente que a la paciente le cuesta tomar decisiones?



Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

En base a los resultados de la tabla se evidencia una tendencia significativa en relación a las respuestas esperadas con un índice promedio total del: 63.34%, a comparación del 36.67% de las respuestas contrarias, denotando: la percepción de inseguridad en la toma de decisiones que perciben los familiares en las víctimas de abuso. Cabe destacar que el valor con mayor índice es (Casi siempre), con un puntaje exacto del 26.67%.

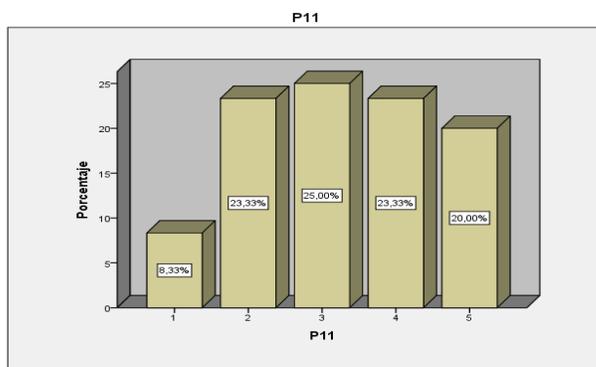
Figura 10 ¿Ha notado cierta inseguridad en la paciente al momento de afrontar situaciones?



Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

La tabla muestra una tendencia evidente de respuestas esperadas con un porcentaje sumatorio del 65%, percibiendo rasgos de desconfianza e inseguridad en la toma de decisiones, sin embargo, el valor con más notoriedad es (Casi nunca), con un puntaje exacto del 26.67%

Figura 11 ¿Ha notado en la paciente desconfía en sus propias capacidades?



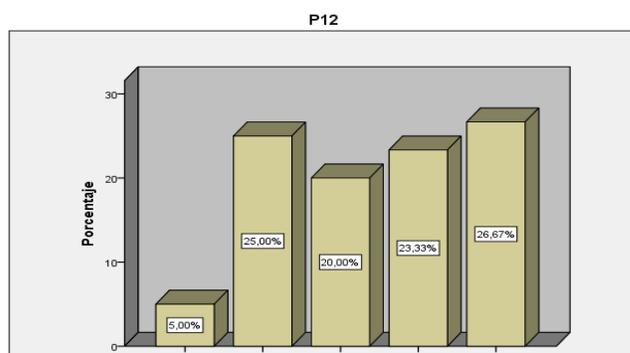
Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

La tabla muestra una tendencia significativa del 68.33% con respecto a las respuestas esperadas, a comparación del puntaje contrario con un índice estimado del 8.33%, con ello se demuestra; la percepción en relación al precario valor, y auto desconfianza que observan los familiares en el aspecto conductual de las víctimas de violencia.

DIMENSION SENTIMIENTOS DE INSEGURIDAD:

En base al análisis de los resultados fue posible determinar; precaria confianza en sus capacidades, inseguridad en la toma de decisiones, y evidentes rasgos de baja autoestima, todo ello percibido por los familiares durante la convivencia.

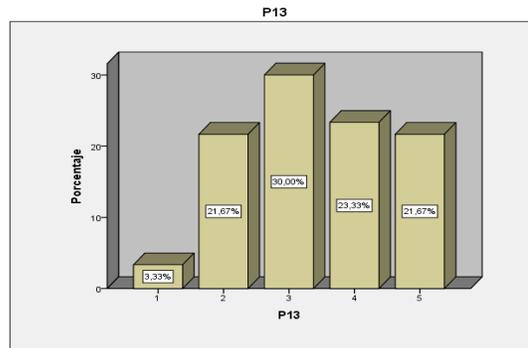
Figura 12 ¿Ha notado que a la paciente le cuesta entablar nuevas relaciones?



Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

En relación a los resultados de la tabla se evidencia; un porcentaje significativo en relación al valor (Siempre), con porcentaje estimado del 26.67% y con una suma total de respuesta esperadas del 70%, con ello se corrobora la deficiente amplitud de su círculo social, y apego dependiente hacia su agresor.

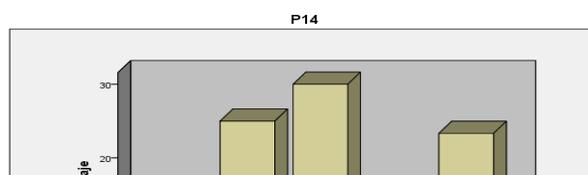
Figura 13 ¿Siente que la paciente evita ciertos lugares donde concurra mucha gente, o eventos sociales?



Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

La tabla muestra una tendencia de respuestas esperadas muy alta con un total de significancia del 75%, y un porcentaje del 3.33% en relación a las respuestas opuestas, con ello es posible determinar un gran margen de diferencia y corroborando la consigna solicitada, indicando; el sentimiento de inseguridad, dificultades de confianza en sí misma y problemas asociados con sintomatología ansiosa.

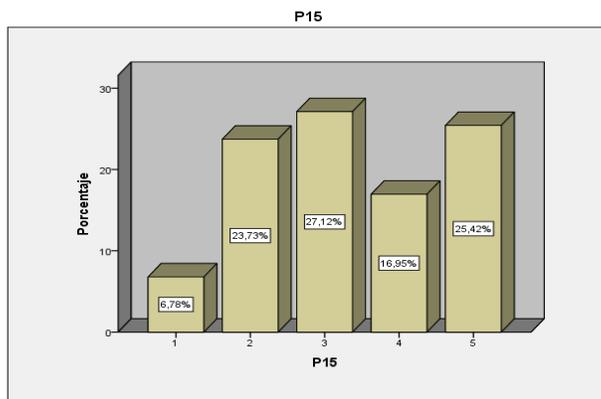
Figura 14 ¿Ha notado que la paciente ya no se comunica o tiene contacto con amistades pasadas?



Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

La tabla muestra un índice notorio total del 68.33% en relación a las respuestas positivas con un nivel de significancia en su puntaje máximo del 30%, correspondiente al valor (A veces), y en relación a las repuestas opuestas con un porcentaje del 6.67%, con ello se corrobora la escaza frecuencia que perciben los familiares vinculada al contacto que tiene la víctima con relaciones pasadas.

Figura 15 ¿Ha notado en la paciente precaria comunicación en el entorno familiar?



Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

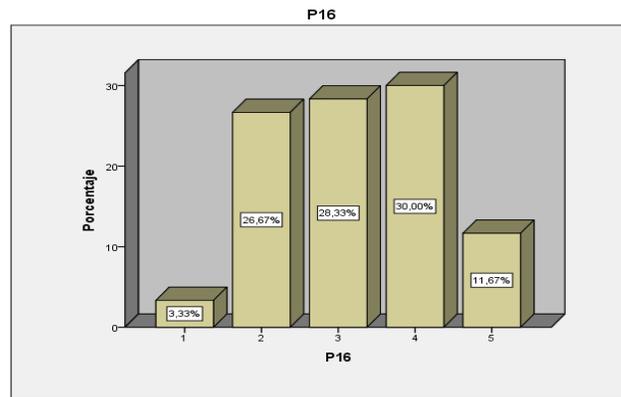
En base a los resultados de la tabla se percibe un índice significativo del 25.42% en relación al valor (Siempre), con un puntaje total de respuestas esperadas del 69.49%, evidenciándose un margen notorio a comparación del indicador (Nunca), donde los resultados demuestran un

porcentaje del 6.78%, con ello es posible determinar la poca relación o precario nexo afectivo que presenta la víctima entorno a su círculo familiar.

DIMENSION CONDUCTA SUMISA:

En base al análisis de los datos estadísticos de la información brindada por los familiares, se percibe conductas de cohibición, retraining, aislamiento, comportamiento pasivo, y pensamientos de minusvalía.

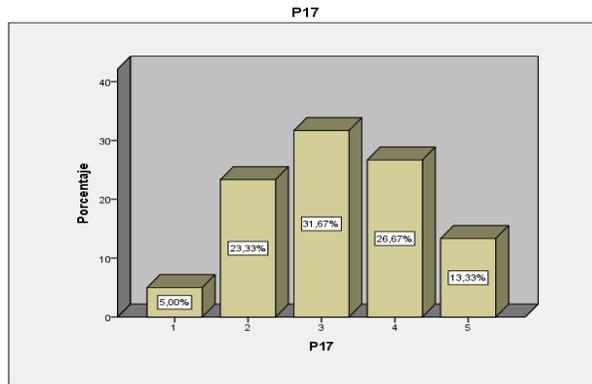
Figura 16. ¿Ha notado en la paciente sentimientos de inferioridad frente al resto?



Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

La tabla muestra una tendencia de respuestas esperadas con un índice total del 70%, donde la respuesta con mayor significancia es el valor (Casi siempre), alcanzando un puntaje del 30% y en relación al valor (A veces); un resultado promedio del 28.33%, con ello es posible delimitar niveles de autoestima baja, con pensamientos de minusvalía, y sentimientos de inferioridad.

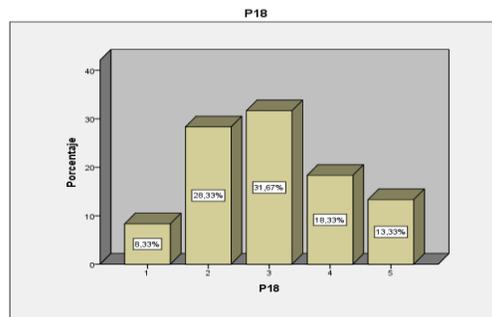
Figura 17 ¿Ha notado que el paciente se culpa constantemente frente a situaciones que suscitan a su alrededor?



Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

La tabla muestra una tendencia evidente de respuestas esperadas acumulando un porcentaje total del 71.67%, en relación a los puntajes correspondientes a los resultados opuestos, los cuales alcanzan un promedio del 5%, frente a ello es posible determinar los sentimientos de culpabilidad y desvalorización que perciben los familiares de las víctimas de violencia.

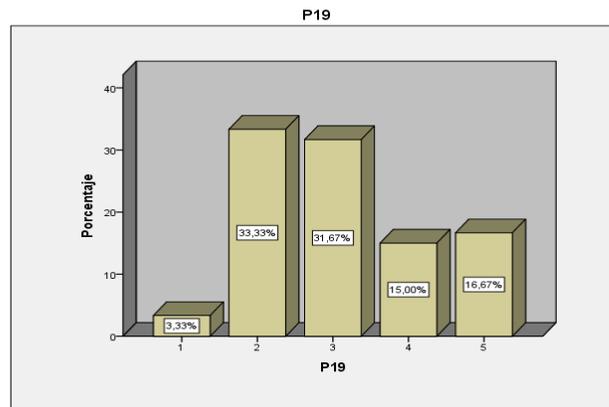
Figura 18 ¿Ha percibido pensamientos negativos frecuentes en la paciente?



Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

En base a los resultados se percibe un total de respuestas esperadas del 63.33%, donde el valor con más predominancia es (A veces), con un puntaje del 31.67%, a comparación de las respuestas positivas (opuestas), donde el índice alcanzado es del 8.33%, con ello es posible determinar las cognitivas y pensamientos negativos frente a la realidad existente.

Figura 19 ¿Percibe ideas de insatisfacción en la paciente consigo misma?



Fuente: Elaborado por el Autor. Encuesta aplicada a los familiares

La tabla evidencia un índice significativo de respuestas negativas (esperadas), de un total del 63.34%, a comparación de las respuestas positivas, donde el puntaje promedio es de 3.33%, con ello es posible determinar la percepción e ideas de sumisión, y precario auto concepto de sí mismas, que los familiares perciben en las víctimas de abuso.

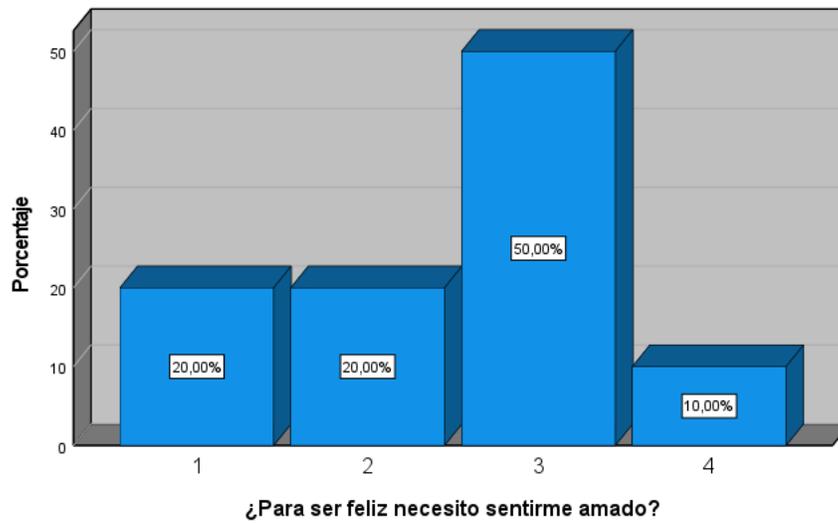
DIMENSION AUTOESTIMA BAJA:

En base al análisis de los resultados obtenidos por parte de la información brindada de cada uno de los familiares se observa, evidentes signos de desconfianza e inseguridad en sí misma, ideas de minusvalía, pensamientos de inferioridad, precaria auto valoración y distorsiones cognitivas, todo ello percibido durante los espacios de convivencia.

Resultados del Post Test

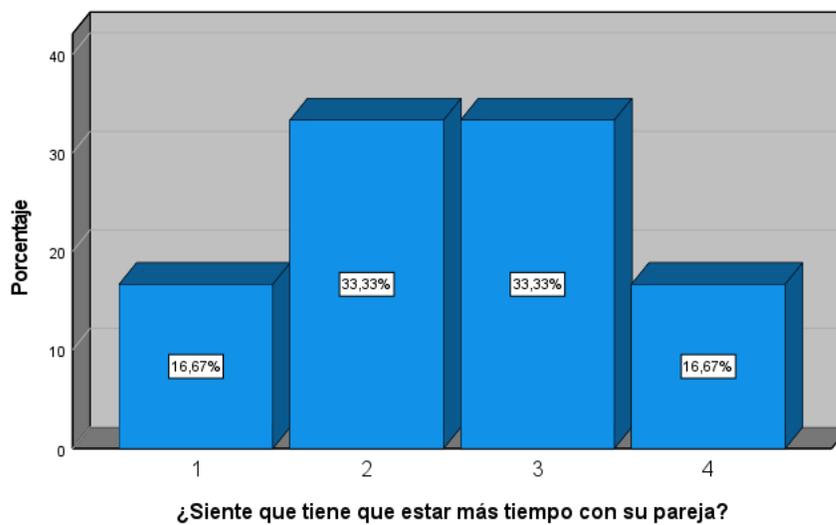
PREGUNTA 1

¿Para ser feliz necesito sentirme amado?



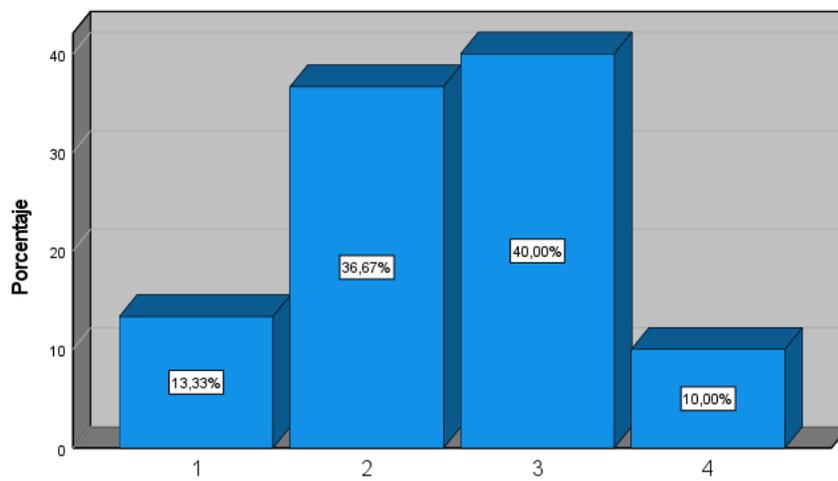
PREGUNTA 2

¿Siente que tiene que estar más tiempo con su pareja?



PREGUNTA 3

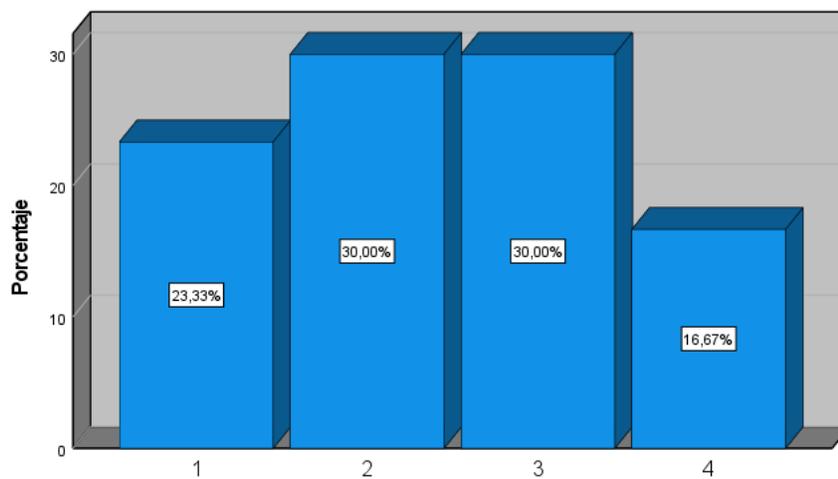
¿Ha notado que a pesar de los insultos, siempre perdona a su pareja?



¿Ha notado que a pesar de los insultos, siempre perdona a su pareja?

PREGUNTA 4

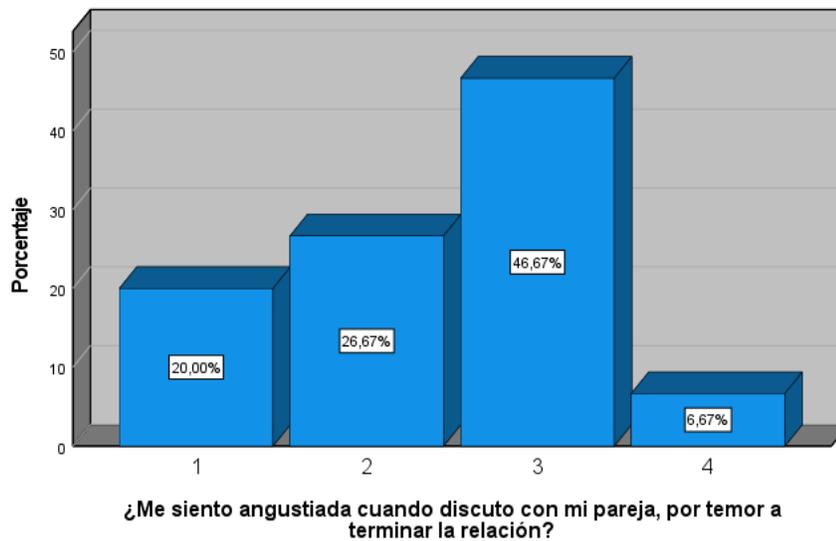
¿Le cuesta entablar nuevas amistades, por frecuentar más tiempo con su pareja?



¿Le cuesta entablar nuevas amistades, por frecuentar más tiempo con su pareja?

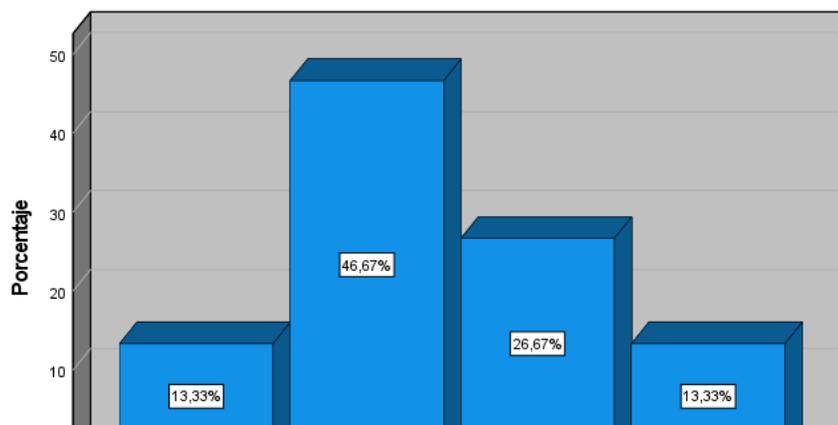
PREGUNTA 5

¿Me siento angustiada cuando discuto con mi pareja, por temor a terminar la relación?



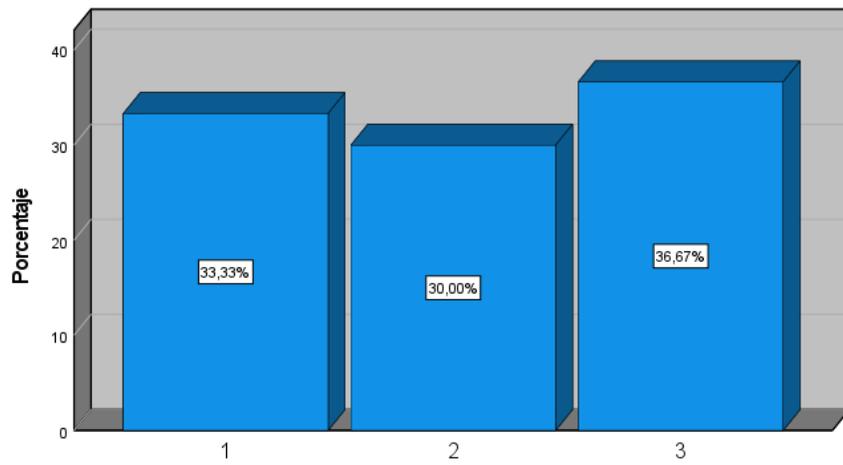
PREGUNTA 6

¿Evito conflictos, por miedo a quedarme sola?



PREGUNTA 7

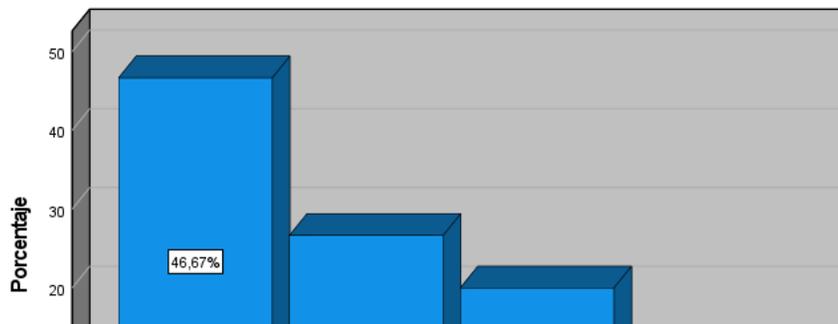
¿Estoy de acuerdo con lo que él dice, aunque muchas veces no tenga la razón, por miedo a terminar la relación?



¿Estoy de acuerdo con lo que él dice, aunque muchas veces no tenga la razón, por miedo a terminar la relación?

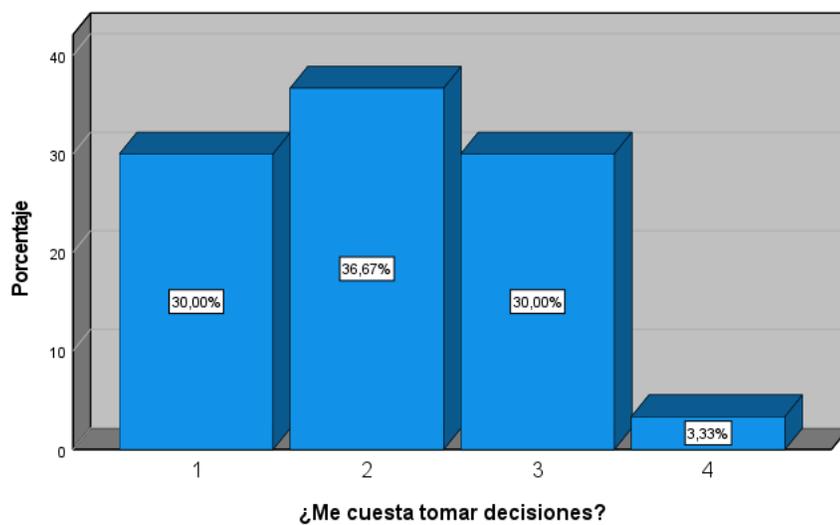
PREGUNTA 8

¿Soy consciente de los abusos, pero no comunico nada por temor a la separación?



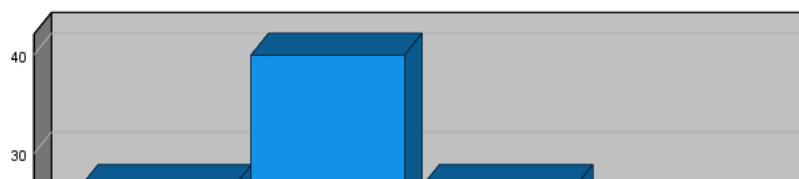
PREGUNTA 9

¿Me cuesta tomar decisiones?



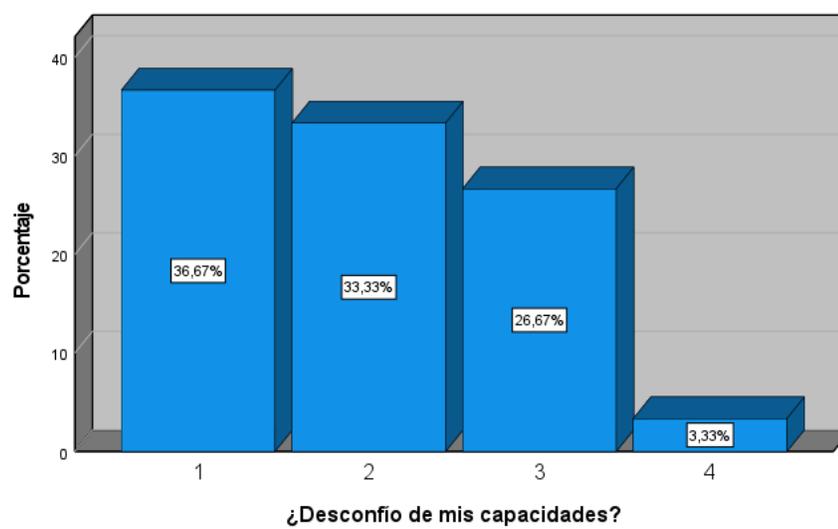
PREGUNTA 10

¿Me siento insegura al momento de afrontar una situación?



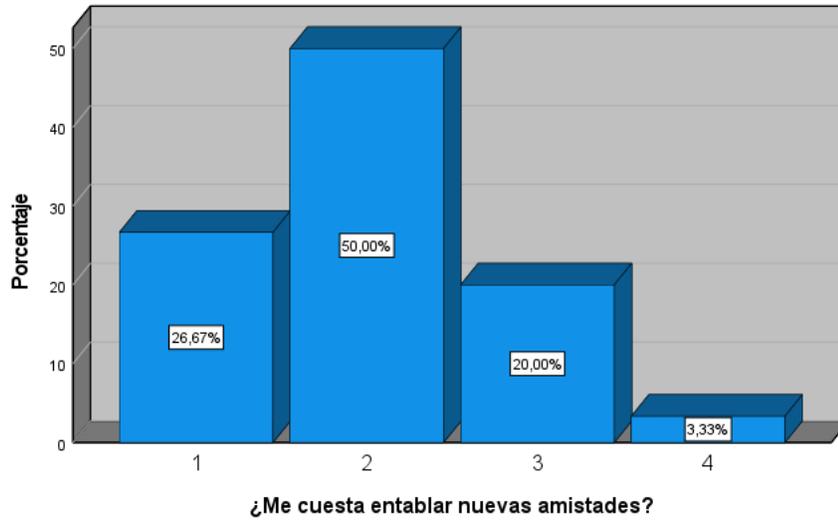
PREGUNTA 11

¿Desconfío de mis capacidades?



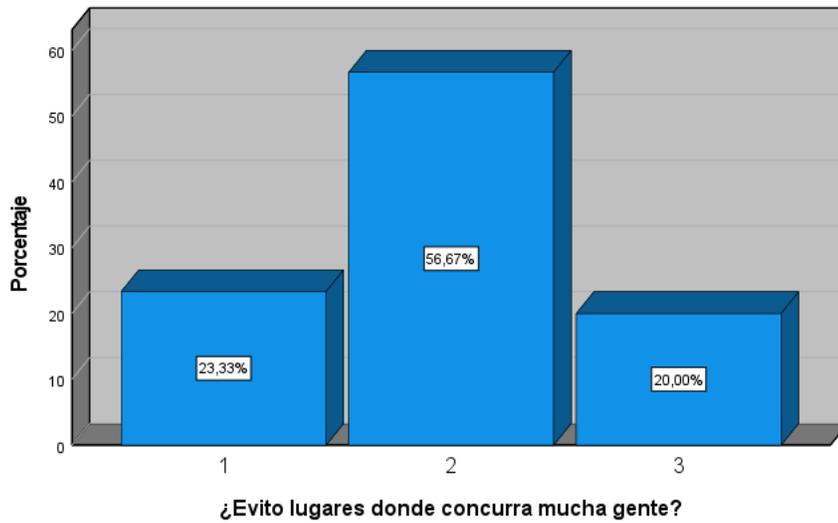
PREGUNTA 12

¿Me cuesta entablar nuevas amistades?



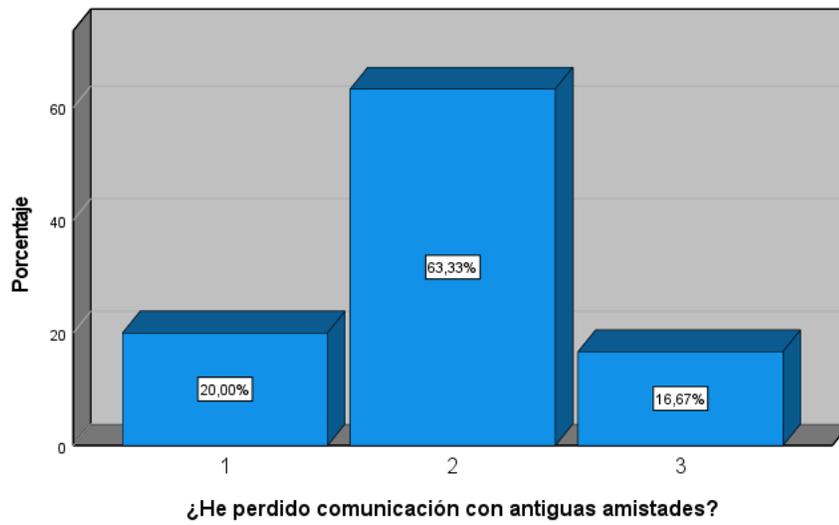
PREGUNTA 13

¿Evito lugares donde concurra mucha gente?



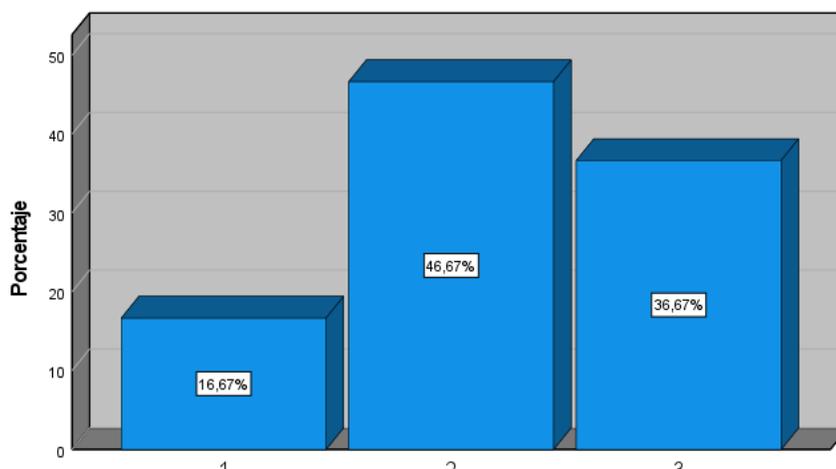
PREGUNTA 14

¿He perdido comunicación con antiguas amistades?



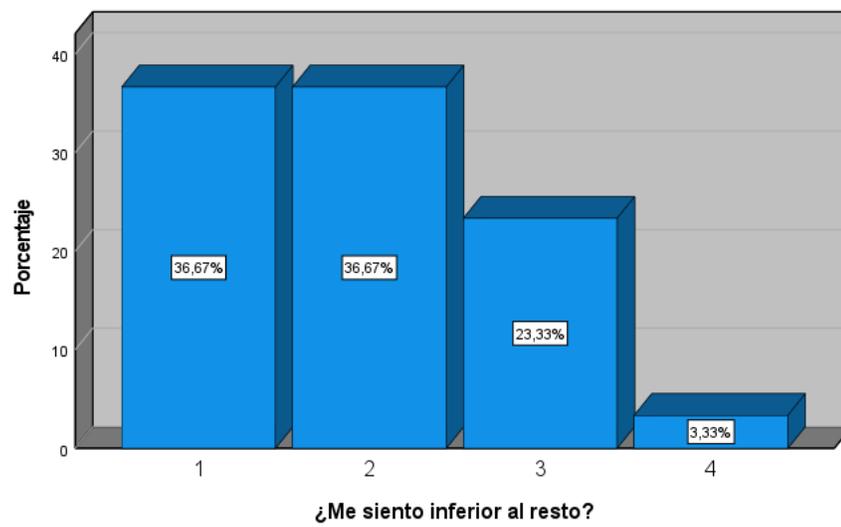
PREGUNTA 15

¿Converso muy poco con familiares o allegados?



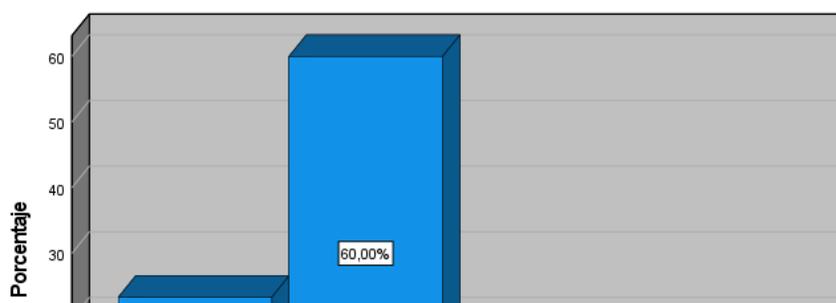
PREGUNTA 16

¿Me siento inferior al resto?



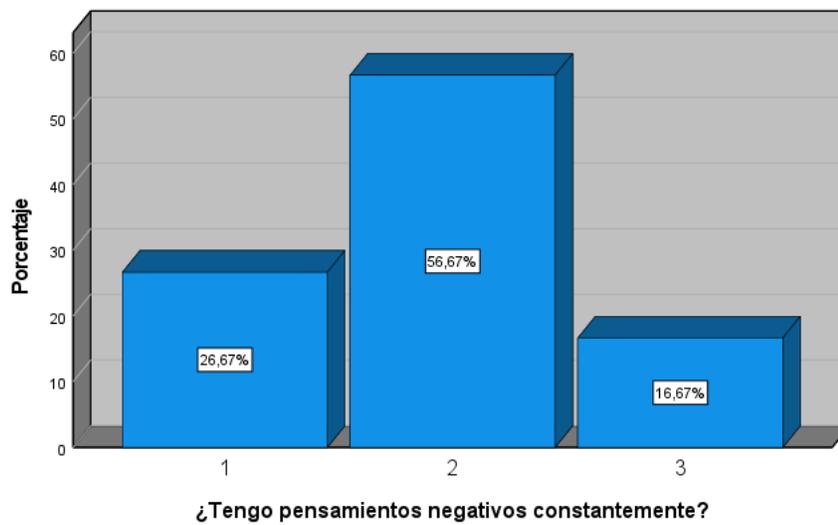
PREGUNTA 17

¿Pienso que todo lo que sucede alrededor es culpa mía?



PREGUNTA 18

¿Tengo pensamientos negativos constantemente?



PREGUNTA 19

¿Me encuentro insatisfecho conmigo mismo?



En base al análisis de las tablas, después de la aplicación del post test; fue posible determinar un nivel significativo con porcentajes mayores en relación a los valores: (Nunca, Casi nunca, y A veces), con un margen notorio a comparación de las respuestas opuestas, evidenciándose un resultado esperado después de la aplicación del programa cognitivo conductual con más del 70% de las mujeres víctimas de abuso, evidenciaron un notable progreso en relación a la adquisición de herramientas de afrontamiento en relación al desarrollo emocional integro de cada una de ellas, un indicador positivo que demuestra la efectividad del programa de intervención, y los mecanismos implementados dentro del proceso, Por otro lado, en relación a la dimensión: “Dependencia emocional – Afectiva”; se percibió índices elevados en relación al valor: Casi Nunca y A veces, con resultados superiores en total de más del 65%, por otro lado dentro de la dimensión: “ Temor al abandono”, del mismo modo índices significativos de más del 70% con el valor predominante del Casi Nunca y Nunca, del mismo modo cifras notorias vinculadas a la dimensión: “Sentimientos de Inseguridad y conducta sumisa”, con un porcentaje mayor al 70% en respuestas predominantes del valor: “Casi Nunca”, y finalmente en la dimensión: “Baja Autoestima”, donde se visualiza niveles evidentes en relación al valor : “Nunca”. Frente ello es posible observa un desarrollo esperado con resultados positivos.

4.2 Discusión de Resultados

En base a los resultados de la evaluación final, es posible evidenciar un cambio significativo en relación al estadio emocional inicial antes de ejecutar el programa, las mujeres víctimas de abuso presentaban notorios síntomas de dificultades conductuales en relación a una desfragmentación emocional como secuela evidente de un maltrato persistente y marcado. Gran parte de la población; percibía estas conductas hostiles como parte de su cultura, ya que la crianza desde el hogar tenía cierta orientación machista, y se practicaba generacionalmente, muchas pacientes presentaban síntomas característicos del síndrome de Estocolmo; lo que no le permitía ser conscientes del abuso y agresiones constantes por parte del agresor. Mediante la aplicación de este programa de intervención, se propuso contribuir con la estructuración, fortalecimiento y desarrollo de los cimientos emocionales que marcaban la conducta sumisa y depresiva en gran porcentaje de mujeres, logrando obtener resultados óptimos y esperanzadores, frente a ello; se ejecutaron una serie de estrategias con vertientes cognitivo conductuales; moldeando los pensamientos y percepciones distorsionadas con el objetivo de cambiar una conducta en beneficio de su salud integral, fueron 30 mujeres evaluadas que formaron parte de este modelo de tratamiento, de las cuales más del 75% obtuvieron una mejora significativa; adquiriendo herramientas de afrontamiento, reduciendo notoriamente los rasgos depresivo ansiosos, y fomentando los vínculos con el entorno familiar, del mismo modo; fue evidente el incremento en ciertas dimensiones que eran parte de su crecimiento emocional; tales como la dependencia emocional hacia su conyugue, destacando su identidad, al toma de decisiones y la capacidad para afrontar situaciones difíciles, del mismo modo; se erradico el miedo a quedarse solas, ya que fueran capaces de darse cuenta de la convivencia nociva durante la relación, y del mismo modo la seguridad en sí mismas, es decir; que no existe la necesidad de tener a alguien más en su vida para ser felices o depender económica, física y emocionalmente de un individuo, por otro lado; se observó un cambio significativo en la percepción de sí mismas, el valor que tienen frente a ellas y su entorno, y con ello; las relaciones interpersonales, la supresión de conductas aisladas y sumisas, y un aumento sustancial de los niveles de autoestima. Es así; que con ello podemos demostrar la eficacia del PCC, frente a casos de violencia, ya que con ello podemos afrontar situaciones de riesgos, mejorar la convivencia, reforzar conductas de inseguridad y confianza, fomentando un desarrollo socio emocional integro.

V.CONSTRUCCIÓN DEL APORTE PRÁCTICO

Dentro de este apartado se delimita la fundamentación, el propósito, la estructuración, la planeación y ejecución de instrumentos de medición, la evaluación y los pasos del aporte practico:

“Programa cognitivo conductual para el desarrollo socio emocional, en mujeres víctimas de violencia del Caserío la Jalquilla – Cajamarca”.

El Programa Cognitivo Conductual para el desarrollo socio emocional en mujeres víctimas de violencia del Caserío la jalquilla – Cajamarca, muy sustancial para la adquisición de herramientas de afrontación y superación frente a sucesos de violencia, reduciendo significativamente los episodios de los mismos, y las secuelas emocionales parte de los constantes abusos.

Después de una exhaustiva evaluación, aplicando los métodos de observación, análisis, verificación de datos estadísticos y aplicación de encuestas, fue posible determinar los índices evidentes de violencia hacia la mujer suscitados en el caserío la jalquilla, y los rasgos depresivo – ansiosos que se percibían como secuelas de frecuentes abusos físicos y psicológicos, es de crucial importancia destacar; la labor de la familia y la actitud empática adoptada frente a esta lamentable situación, para contrarrestar el número de víctimas que son parte de los datos estadísticos y reducir los efectos que enmarcan este tipo de comportamientos hostiles por parte de su agresor. Por otro lado, durante la entrevista a las mujeres víctimas de maltrato, fue posible contratar la información vertida por los familiares, y corroborar la existencia evidente de casos de abuso, y la sintomatología presente en cada una de ellas como parte de la violencia persistente suscitada en el entorno familiar

5.1 Fundamentación del Aporte practico

En relación a los parámetros de convivencia, es necesario destacar la sana convivencia; como el conjunto de patrones que permiten coexistir, mediante armonía, comprensión, empatía, dialogo fluido, fomentando los nexos de afectividad para un sano desarrollo emocional en cada uno de los integrantes del círculo familiar.

Amor et al. (2022), menciona que los indicios de trastornos depresivos. Ansiosos y emocionales, condicionan a generar conductas de dependencia, y apego emocional, aferrando a la víctima a ser sometida a diferentes sucesos que atenten con su integridad física y psicológica, y fomentando comportamientos de sumisión. Frente a ello cabe mencionar, el rol que cumple la familia, al momento de estereotipar este tipo de comportamientos, ya que en su mayoría es aceptado generacionalmente y forma parte de la cultura, como patrones de convivencia.

También cabe mencionar; que los sucesos traumáticos durante la infancia, predisponen a conductas de victimización y formar parte de los índices de violencia, con ello se evidencia la asimilación de comportamientos violentos en casa, como parte de la convivencia, normalizando estas conductas hostiles, causando que acepten durante la convivencia conyugal este tipo de actos (Rodríguez & Alarco, 2021).

Por otro lado, se ha demostrado en estudios anteriores la eficacia de los programas para la reducción de los índices de letalidad y reforzamiento emocional en mujeres víctimas de violencia; obteniendo resultados óptimos, donde la mejoría es evidente, los pensamientos de auto lesión se suprimen y se estructura la confianza y seguridad en cada una de ellas, por ende; este tipo de estrategias de intervención contribuyen significativamente con el desarrollo integral de las pacientes víctimas de abuso, y mejora sustancialmente su calidad de vida (Vaca et. al, 2020).

Rizo et al. (2020); en su investigación; menciona la influencia directa del síndrome de Estocolmo en los casos de violencia no reportados por las víctimas, y de qué manera influye en el proceso de recuperación frente a la intervención psicoterapéutica, como también; repercute en el incremento de casos, y el número de feminicidios en lo que va del año, con ello se puede constatar; el apego y a la dependencia emocional que viven las víctimas de acoso, al no percatarse que son parte de episodios de violencia y se encuentran inmersas en un círculo de hostilidad y agresión.

El miedo a la separación, el temor a quedarse solo, la necesidad de afecto para sentirse amado, y la inseguridad en la toma de decisiones para la afrontación de dificultades; son uno de los rasgos característicos en mujeres que fueron víctimas de abuso, y que hoy en día se encuentran sumergidas en un círculo de apego emocional, que les impide reconocer lo que les está sucediendo y actuar de

manera correcta frente a ello, otras de los rasgos más comunes que se generan a consecuencias de los sucesos de maltrato constantes, es el Trastorno por estrés pos traumático (TPEPT); siendo una patología que se adquiere por la vivencia de un evento traumático o que marco significativamente su vida, generando miedos y dificultades conductuales que afectan sustancialmente su calidad de vida (Rías & Bonilla, 2020).

Para Santandreu & Ferrer (2014), la aplicación de la TCC (Terapia Cognitivo Conductual), frente a casos con secuelas conductuales relacionados a TPEPT, ha demostrado resultados positivos, y gran recuperación en pacientes víctimas de violencia, ya que se trabaja en base a la percepción, los pensamientos y distorsiones cognitivas en relación al trauma, cabe mencionar; que los casos donde surgieron rasgos evidentes de este trastorno, son en mujeres que experimentaron abuso físico y sexual, a diferencia de las personas que fueron víctima de acoso psicológico, concluyendo de este modo; el impacto emocional que genera un acontecimiento o hecho violento a largo plazo.

Cabe mencionar que la TCC, ha demostrado gran efectividad frente a casos relacionados con traumas, y rasgo depresivo – ansioso, ya que su método de intervención focaliza el trauma y trabaja en el aquí y ahora, cambiando la percepción de las ideas, creencias y pensamientos distorsionados, de mismo modo, reduce significativamente la sintomatología que es parte del TEPT, fomenta una recuperación efectiva y un buen pronóstico a largo plazo en pacientes víctimas de acoso (Cáceres et. al, 2011).

Estructura del aporte Practico

En base al análisis de los resultados obtenidos por medio de las técnicas de intervención, observando los rasgos que son parte de los actos de violencia, y en relación a los trastornos adquiridos y desarrollados como efecto de las secuelas del abuso, fue posible desarrollar un programa Cognitivo Conductual con el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes, estructurar y reforzar las habilidades interpersonales, contribuyendo con un desarrollo socio emocional, disminuyendo la sintomatología latente como efecto de los abusos constantes, se ha tomado en cuenta los siguientes pasos:

- I. La etapa I: Diagnostico
- II. La etapa II: Objetivo General
- III. La etapa III: Planeación Estratégica
 - a) Fases de la estrategia
 - b) Técnicas para la ejecución del programa cognitivo conductual
- IV. La etapa IV: Instrumentación
- V. Etapa V: Criterios de Evaluación.

5.1.2 Diagnostico

La implementación del programa cognitivo conductual se ejecuta en base a un testeo del contexto y un análisis de la situación actual, mediante la realización de estrategias para la recaudación de información, realizando de este modo un pre diagnóstico, con el propósito de determinar la problemática actual y brindar solución oportuna. Frente a ello, fue posible delimitar los índices estimados de mujeres víctimas de violencia, y las estructuras familiares donde se desarrollan, encontrando cifras alarmantes de abuso, y percibiendo notoriedad de comportamientos sexistas que desencadenan en conductas violentas; donde prima la superioridad, distinción de roles, y la victimización.

Cabe mencionar; la ausencia de programas sociales, o la intervención de proyectos en beneficio de la población que brinden solución y modifiquen la situación actual de la comunidad. Los actos de violencia son un factor decisivo y causal de los constantes feminicidios, y secuelas emocionales a largo plazo, donde la depresión ocupa el primer lugar y la principal razón del número de muertes dentro de la zona.

Este diagnóstico como parte de las etapas de planificación y ejecución del programa, para determinar el índice de frecuencia de casos de abuso, y las cifras exactas de víctimas de abuso, como del mismo modo, como punto de inicio de la dinámica del proceso del programa cognitivo conductual, se consideraron algunos indicadores evolutivos:

- Caracterizar a las mujeres víctimas de violencia en relación al desarrollo social alcanzados frente a la aplicación del programa cognitivo conductual.
- Caracterizar a las mujeres víctimas de violencia en relación al desarrollo interpersonal frente a la aplicación del programa cognitivo conductual.
- Caracterizar a las mujeres víctimas de violencia en relación al desarrollo emocional frente a la aplicación del programa cognitivo conductual.
- Delimitar las características que interfirieren en el desarrollo socio emocional de las mujeres víctimas de abuso.
- Aplicar en la solución de dificultades vinculadas al desarrollo socio emocional en relación al programa cognitivo conductual.

5.1.3 Planteamiento del Objetivo General

Contribuir con el sano desarrollo socio emocional en mujeres víctimas de violencia en el caserío la Jalquilla – Cajamarca, teniendo en cuenta las habilidades interpersonales.

5.1.4 Planeación Estratégica

Frente a la situación actual, en la evidente presencia de rasgos depresivo – ansiosos, y posibles trastornos por estrés pos traumático, efecto de los abusos constantes, se planifico la ejecución del programa cognitivo conductual, para reducir significativamente la sintomatología latente, dicho método de intervención consta de 10 sesiones, las cuales son las siguientes:

I. FASE 1:

Intervención y evaluación Individualizada: Se pretende abordar cada caso en específico para determinar el nivel de afectación emocional, conocer los rasgos más

comunes, y estará a mi cargo, con el propósito de tamizar la situación actual del paciente.

II. **Fase 2:**

Aplicación de la TCC: Ejecutar las estrategias cognitivo conductual personalizadas, adecuadas a la situación particular de cada caso, con el objetivo de mediar la sintomatología persistente.

III. **Fase 3:**

Estrategias para la estructuración de la autoestima: Ejecutar la técnica de autovaloración – reconocimiento de destrezas y debilidades, para identificar los índices de confianza en el paciente, y su capacidad de afrontación social.

IV. **Fase 4:**

Reforzamiento de las habilidades interpersonales: Por medio de la planificación y ejecución de charlas de aprendizaje; instaurar herramientas de socialización con la finalidad de fomentar la seguridad en sí mismas y la capacidad para desenvolverse en un el entorno socio familiar.

V. **Fase 5:**

Estrategias para la supresión de rasgos depresivos: Mediante la técnica cognitivo conductual; el cuadro de doble entrada, identificar el trauma persistente, y desfragmentarlo con el propósito de obtener herramientas para la afrontacion de situaciones que evocan el evento traumático.

VI. **Fase 6:**

Estrategias para la modificación de pensamientos de minusvalía e inferioridad: Mediante la aplicación de estrategias cognitivo conductuales, incrementar la confianza, la identidad y el auto concepto de sí mismas, con el propósito de generar confianza en la toma de decisiones.

VII. **Fase 7:**

Estrategias para la supresión de pensamientos negativos: Mediante mecanismos cognitivo conductuales, erradicar las ideas pesimistas, que generan conductas de conformismo e impiden progreso, para afrontar situaciones desafiantes que mejoren la calidad de vida del paciente.

VIII. **Fase 8:**

Mecanismos para la supresión de distorsiones cognitivas: Mediante la aplicación de procesos cognitivos conductuales, eliminar las creencias y pensamientos que alteran la percepción de la realidad, ocasionando ideas irracionales.

IX. **Fase 9:**

Taller de sensibilización en relación a temas de desarrollo socio emocional: Brindar charlas de sensibilización y concientización en relación a temas de superación emocional, reforzamiento de autoestima, habilidades sociales y bienestar emocional.

X. **Fase 10:**

Charla de aprendizaje y Pos evaluación: Brindar charlas de aprendizaje, reforzamiento y retroalimentación, con el propósito de enfatizar todo lo aprendido, reconocer debilidades, generar nuevos conocimientos y la adquisición de herramientas de afrontamiento, y finalmente la evaluación final para corroborar que toda la información brindada se haya instaurado y generado aprendizajes efectivos para el bienestar común.

A. Fases del Programa Cognitivo Conductual

El programa cognitivo conductual constará de 10 procesos o etapas, las cuales están representadas por propósito y acciones a ejecutar:

Fase 1: Intervención y evaluación individualizada

Objetivo:

Facilitador	Acciones
<i>Psicólogo</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Entrevista a los pacientes para recabar información. ● Aplicación de encuesta para corroborar información, a las mujeres víctimas de violencia como a los familiares de las mismas. ● Consejería y orientación para, adoptando una actitud empática frente a la problemática

Fase 2: Aplicación de la TCC

Facilitador	Acciones
<i>Psicólogo</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Delimitar estrategias para la reducción de sintomatología persistente, mediante la aplicación de técnicas que se centren en el moldeamiento del pensamiento y cognición ● Técnica de respiración profunda: técnica de relajación y control emocional con el propósito de reducir los niveles de ansiedad, control de impulsos y contribuir con la toma de decisiones.

Fase 3: Estructuración de la Autoestima

Facilitador	Acciones
--------------------	-----------------

<i>Psicólogo</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mediante la técnica: autovaloración – reconocimiento de destrezas y habilidades, reforzar los niveles de autoestima y la confianza en las pacientes víctimas de violencia ● La ejecución de la técnica: Árbol de cosas positivas; los pacientes anexaran todas sus capacidades, destreza y actitudes positivas que los caracteriza, con el propósito de reforzar su seguridad.
------------------	---

Fase 4:

Reforzamiento de las habilidades interpersonales

<i>Facilitador</i>	<i>Acciones</i>
<i>Psicólogo</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ejecución de charlas de aprendizaje, para la estructuración y reforzamiento de habilidades sociales e interpersonales, con el objetivo de facilitar sus capacidades de interacción ● Dinámicas recreativas enfocadas en la adquisición de herramientas de socialización en el reforzamiento del desarrollo social.

Fase 5: Estrategias para la supresión de rasgos depresivos

<i>Facilitador</i>	<i>Acciones</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ● Ejecución y planificación de técnicas cognitivo conductuales en el manejo de situaciones de riesgo, para salvar la integridad física - emocional y mejorar la calidad vida del paciente

<i>Psicólogo</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Técnica: Estructuración progresiva: mediante una serie de sesiones la paciente se someterá a situaciones controladas para entender el trauma, a medida que el suceso se presente las emociones o sintomatología se reducirá, contribuyendo con la recuperación.
------------------	---

Fase 6: Estrategias para la modificación de pensamientos de minusvalía e inferioridad:

<i>Facilitador</i>	<i>Acciones</i>
<i>Psicólogo</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ejecución de charlas de aprendizaje, para la estructuración y reforzamiento de habilidades sociales e interpersonales, con el objetivo de facilitar sus capacidades de interacción ● Dinámicas recreativas enfocadas en la adquisición de herramientas de socialización en el reforzamiento del desarrollo interpersonal, mejorando los vínculos afectivos.

**Fase
7:**

Estrategias para la supresión de pensamientos negativos

<i>Facilitador</i>	<i>Acciones</i>
<i>Psicólogo</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ejecución de técnicas Cognitivo Conductuales para la evitación y suplantación de pensamientos negativos por ideas y nociones positivas ● Técnica: Modificación del pensamiento, este mecanismo tiene como propósito moldear las ideaciones negativas reemplazándolas por pensamiento

	positivos, con el propósito de fomentar la autoestima y el valor propio.
--	--

Fase 8: Mecanismos para la supresión de distorsiones cognitivas

<i>Facilitador</i>	<i>Acciones</i>
<i>Psicólogo</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ejecutar la técnica: Moldeamiento de pensamientos distorsionados, mediante esta técnica se pretende modificar los pensamientos o creencias nocivas que contribuyen con la dependencia afectivo emocional hacia el agresor, e incrementan las conductas de sumisión frente al problema.

**Fase 9:
Taller
de**

sensibilización en relación a temas de desarrollo socio emocional

<i>Facilitador</i>	<i>Acciones</i>
<i>Psicólogo</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Planificación y ejecución de talleres de concientización, que fomenten la seguridad, confianza, instauren pensamientos positivos y contribuyan con el óptimo desarrollo intrapersonal de las mujeres víctimas de abuso. ● Temas vinculados a: autoestima, seguridad, habilidades de afrontamiento, Manejo y control de conflictos, empoderamiento, normas de convivencia, reforzamiento de valores y conductas positivas.

**Fase
10:**

Charla de aprendizaje y Pos evaluación

Facilitador	Acciones
<i>Psicólogo</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Charla final reforzando todo lo adquirido, verificando cambio de actitudes y comportamientos, enfatizar en la retroalimentación para garantizar aprendizajes efectivos ● Evaluación final para corroborar cambios notorios, y aprendizajes esperados

B. Instrumentos de Estrategia

Dentro de esta etapa se identificó a los autores principales de cada una de las actividades, y las acciones siguientes a realizar, para el desarrollo óptimo de las habilidades socio emocionales en las mujeres víctimas de abuso.

N°	Responsables	Actividades	Producto	Plazo a Ejecutar
1		● Evaluación diagnóstica a las mujeres víctimas de violencia.	Resultados del pre test de diagnóstico de secuelas de abuso.	Junio
		● Evaluación diagnóstica para corroborar información con los familiares de las víctimas.	Resultados del pre test de diagnóstico de secuelas de abuso.	Junio
		● Elaboración y presentación del programa cognitivo conductual, para el desarrollo socio emocional de mujeres víctimas de abuso.	Programa cognitivo conductual	Marzo
		● Ejecución del programa cognitivo conductual.	Acta de presentación y ejecución del Programa Cognitivo Conductual	
		● Post evaluación después de la ejecución del programa cognitivo conductual.	Resultados del post test de diagnóstico de secuelas de abuso.	Noviembre
● Aplicación de estrategias Cognitivo Conductual para				

Investigador y Apoyo del departamento de psicología	la reducción de la sintomatología latente.		Agosto
	● Planificación y ejecución de talleres sensibilización y concientización para el reforzamiento de habilidades interpersonales.	Material didáctico recopilado de medios validados, artículos científicos y literatura de base de datos de confianza.	Agosto / Septiembre
	● Ejecución de técnicas cognitivo conductual para la estructuración de la autoestima.	Cuaderno de campo con información significativa de los avances del paciente y resultados de cada sesión	Agosto / Septiembre
	● Ejecución de técnicas cognitivas para el moldeamiento de pensamientos negativos	Cuaderno de campo con información significativa de los avances del paciente y resultados de cada sesión	Septiembre / Octubre
	● Interiorización de herramientas conductuales para la supresión de distorsiones cognitivas	Cuaderno de campo con información significativa de los avances del paciente y resultados de cada sesión	Septiembre / Octubre
	● Ejecución de charlas de aprendizaje en relación y reforzamiento de aprendizajes por medio de técnicas de retroalimentación.	Material didáctico recopilado de medios validados, artículos científicos y literatura de base de datos de confianza.	Noviembre

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

Se logró fundamentar epistemológicamente, cada una de las características desde los inicios del proceso cognitivo conductual hasta la actualidad, especificando cada una de sus principales funcionalidades, las etapas del proceso, y los resultados positivos que enmarcan en relación a la recuperación óptima del paciente, y el desarrollo sustancial del estadio emocional e interpersonal. Del mismo modo; caracterizar cada una de las tendencias históricas de la vertiente cognitivo conductual, los postulados que respaldan sus pioneros durante sus inicios, y los beneficios; como también las pruebas que se emplearon desde los cimientos en beneficio de la sociedad, sobre todo para abordar casos relacionados con problemas depresivos, ansiosos y secuelas de estrés pos traumático.

Se determinó claramente la situación actual de las pacientes víctimas de violencia, cada una de las sintomatologías latentes, las secuelas de los abusos prolongados y constantes, las dificultades dentro del ámbito familiar y social, los evidentes rasgos de sumisión, retraimiento y conductas aisladas a consecuencias de los tratos hostiles e intimidadores por parte de los acosadores, y el rol de la familia frente a la situación actual.

Del mismo modo, fue posible ejecutar el programa cognitivo conductual a cabalidad, la participación constante y colaborativa en su totalidad de las mujeres víctimas de abuso durante el proceso de ejecución hasta la etapa final, cumplir con cada una de las actividades pendientes, y del mismo modo se contó con el apoyo incondicional por parte del círculo familiar, como amigos cercanos que formaban parte de su entorno. Por otro lado, fue posible validar por expertos el proceso cognitivo conductual, como del mismo modo los cuestionarios que formaron parte del proceso de evaluación antes y después de la aplicación del programa, y que fueron los criterios determinantes para contrastar la recuperación y evaluar los resultados positivos efecto de la aplicación del PCC.

6.2. Recomendaciones

Se sugiere continuar reforzando las herramientas de afrontamiento en las pacientes víctimas de violencia, llevar sesiones adicionales en psicoterapia para complementar algunos alcances o estrategias de intervención frente a situaciones de riesgo emergente.

Es recomendable que los familiares continúen brindando un soporte emocional a las pacientes víctimas de violencia, mejorando la comunicación y actitud empática hacia ellas, ya que los trastornos o secuelas conductuales ocasionadas por los constantes abusos continúan afectando periódicamente durante el transcurso de su vida, y es necesario un acompañamiento prevalente.

Es necesario que en la comunidad se continúen brindando charlas de autoayuda, de concientización y sensibilización a la población en general, no solo dirigidas a las personas víctimas de algún tipo de abuso, sino también a los acosadores o individuos que adoptan comportamientos hostiles, para que de alguna manera puedan mejorar, modificar conductas negativas, y controlar sus impulsos, no solo en beneficio de sus cónyuges o entes del entorno familiar, sino también como auto superación.

IX. REFERENCIAS

- Abugatas, A., (2014). *Cognición y lenguaje: La intersubjetividad en la evolución de la especie y en el desarrollo del niño*. Fondo editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Aguilar Palacios, P., & Vasques Chuquilin, K. (2021). *Violencia Conyugal y Autoestima en mujeres que asisten a un centro de Salud e Cajamarca*. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo] Repositorio UPAGU. <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1666>
- Aiquipa Tello, J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de psicología*, 33(2), 413-433. <https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=184c64c2-6de8-41e7-afc3-ef5db46221a7%40sessionmgr4007>
- Albert, Ellis. (2014). *Usted puede ser feliz: Terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y la depresión*. Paidós
- Alvarado Díaz, D. (2021). *Violencia Familiar y autoestima en las Estudiantes de nivel secundario en una institución educativa estatal de la ciudad de Cajamarca, 2021*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada del Norte] Repositorio UPD. <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/30460/Alvarado%20Diaz%20Diana%20Katherin.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Amor, J., Echiburúa, E., Camarillo, L., Ferre, F., Sarasua, B & Zubizarreta, I. (2022). Dependencia emocional y maltrato en mujeres víctimas de violencia contra la pareja. *Psicología conductual*, 30(1), 291 – 307. https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85131555337&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=MUJERES+VICTIMAS+DE+VIOLENCIA&sid=2caca71ad8bf5ed0c6f34af18aff6d12&sot=b&sdt=b&sl=44&s=TITLE-ABS-KEY%28MUJERES+VICTIMAS+DE+VIOLENCIA%29&relpos=1&citeCnt=0&searchTerm=&featureToggles=FEATURE_NEW_DOC_DETAILS_EXPORT:1
- Becoña Iglesias, E., & Oblitas Guadalupe, L. (1993). *Terapia de solución de problemas, manual de técnicas de modificación y terapia conductual*. Madrid Pirámide

- Bonilla Algovia, E., & Rivas Rivero, E. (2019). Creencias distorsionadas sobre la violencia contra las mujeres en docentes en formación. *Revista Colombiana de Educación*, 77, 87-106. doi:10.17227/rce.num77-9571
- Bosch, E., Ferrer, V., & Gili, M. (1999). *Historia de la misoginia*. Editorial Anthropos.
- Branden, N., (2001). *La psicología de la autoestima*. Paidós
- Cacéres, E., Labrador, F., Ardilla, P., & Parada, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psychologia*, 5(2), 13 – 31. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=38620c9e-0e7c-4a4c-ac61-9fe63659ec72%40redis&bdata=Jmxhbmc9ZXMMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=70925999&db=zbh>
- Carrion, F., & Aranda, Y. (2022). Violencia hacia la mujer y estrategias de afrontamiento en madres de familia de Ucayali, Perú. *Apuntes Universitarios*, 12(3), 349-366. <https://doi.org/10.17162/au.v12i3.1135>
- Castello Blasco, J., (2012). *La superación de la dependencia emocional*. Corona Borealis.
- Castillo Saavedra, E., Et al. (2017). Violencia de género y autoestima de mujeres del centro poblado Huanja – Huaraz. *Horiz Med.* 18(2), 47-52. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n2.08>
- Celma Merola, J., Et al. (2012). *Neuropsicología de la impulsividad*. Universitat de Lleida.
- Chamarro Lusa, A., Et al. (2007). *Ética del psicólogo*. Editorial UOC.
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée De Brouwer.
- Del Río, P., Et al. (2004). *Pigmalión: informe sobre el impacto de la televisión en la infancia*. Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Duran, M., Campos-Romero, I., & Martínez-Pecino, R. (2014) Obstáculos en la comprensión de la violencia de género: influencia del sexismo y la formación en género. *Acción Psicológica*, 11(2), 97-106. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.11.2.14177>.
- Escalante, G., & Quiroz, M. (2021). *Violencia familiar y dependencia emocional en mujeres del distrito de los baños del Inca – Cajamarca, 2020*. Repositorio Institucional UPN. <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/28226/Escalante%20Reyes%2c%20Gladys%20-%20Quiroz%20Camacho%2c%20Marisol.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Fernandez Abascal, E., Et al. (2013). *Psicología de la emoción*. Editorial universitaria ramón areces.
- Gillihan, S., (2018). *Terapia cognitiva conductual fácil: 10 estrategias para manejar la depresión*. Sirio, S.A
- Glick, P., & Fiske, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 491-512. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.70.3.491>.
- Hernandez Lira, N., & Sanchez Sanchez, J. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo Conductual para trastornos de la salud*. Librosenred.
- Herrera Lopez, V., & Cruzado, L. (2013). Estrés postraumático y comorbilidad asociada en víctimas de la violencia política de una comunidad campesina de Huancavelica, Perú. *Rev. Neuropsiquiatr.* 77(3), 145-159. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n3/a03v77n3.pdf>
- Infante Quispe, M., & Vasques Arribasplata, H. (2022). Factores socioculturales que influyen en la violencia de género hacia la mujer del ámbito urbano en el distrito de Bambamarca, provincia de Hualgayoc, Departamento de Cajamarca, 2020. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Cajamarca] Repositorio UNC. <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4945/FACTORES%20SOCIOCULTURALES%20QUE%20INFLUYEN%20EN%20LA%20VIOLENCIA%20DE%20G%20C3%89NERO%20HACIA%20LA%20MUJER%20DEL%20%20%20C3%81MBITO%20URBANO%20.pdf?sequence=1>.
- Kulka, T., Et al. (2020). Efectos de la violencia contra la mujer sobre sus hijos. *Trends in psychology*. 28, 287-301. [Effects-of-Domestic-Violence-Against-Women-on-Their-ChildrenTrends-in-Psychology.pdf](#).
- Lara, E., Aranda, C., Zapata, R., Bretones, C., & Alarcon, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia. *Revista argentina de ciencias del comportamiento*. 11(1), 1-8. <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85069990865&origin=resultlist&sort=plf-f&src=s&st1=violencia+mujeres&nlo=&nlr=&nls=&sid=eb43dad17f1c44eac2b7b540a3b34d0c&sot=b&sdt=sisr&sl=32&s=TITLE-ABS-KEY%28violencia+mujeres%29&ref=%28secuelas+emocionales+por+violencia+en+mujeres%29&relpos=0&citeCnt=6&searchTerm=>

- Luhmann, N., (2005). Confianza. *Anthropos*.
- Marquez Espinoza, D. (2019). Violencia intrafamiliar contra la mujer , un problema socio cultural. *El cotidiano*, 217, 33-45. <https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=b6d12d36-0be4-493f-81be-a03ee3894dc7%40sdc-v-sessmgr02>.
- Marshall, R., Et al. (2008). *Psicología Infantil*. Ariel psicología
- Medina, A., (Mayo del 2004). Elaboración de programas de intervención frente a detección de problemas. *Medwave*. <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Mayo2004/2795>.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon.
- Mejia, C. R., Pulido-Flores, J., Quiñones-Laveriano, D. M., Nieto-Gutierrez, W., & Heredia, P. (2019). Machismo entre los estudiantes de medicina peruanos: Factores Socio – Educativos relacionados en 12 universidades peruanas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(4), 215-221. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.02.001>.
- Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. (mayo 2021). Estadísticas del MIMP. <https://www.mimp.gob.pe/omep/estadisticas-violencia.php>
- Moix, J., & Kovacs, F. (2009). *Manual del dolor: Tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico*. Paidós.
- Montañés, P., Megías J. L., de Lemus, S., & Moya, M. (2015). Sexismo en la adolescencia: influencia de las primeras relaciones de pareja. *Revista de Psicología Social*, 30(2), 219-240. <https://doi.org/10.1080/21711976.2015.1016756>.
- Organización Mundial de la Salud. (8 de marzo 2021). Violencia contra la mujer: Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
- Philip Rice, F., (1997). *Desarrollo Humano: Estudio del ciclo vital*. Pearson – Prentice Hall.
- Polaino Lorente, A., (2013). *Violencia juvenil y violencia familiar*. Días de santos
- Ponce Díaz, C., Et al. (2019). Dependencia emocional, satisfacción con la vida y violencia de pareja en estudiantes universitarias. *Propósitos y representaciones*, 7, 351. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7nSPE.351>.
- Quispe, M., Curro, O., Cordova, M., Pastor, N., Puza, G., & Oyola, A. (2018). Violencia extrema contra la mujer y feminicidio en el Perú. *Revista cubana de salud pública*, 44(2), 278-294. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v44n2/1561-3127-rcsp-44-02-278.pdf>

- Rio, L., Duenas, L., & Santoyo, F. (2020). El síndrome Estocolmo en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Anuario de psicología Jurídica*, 30(1), 55 – 62. https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85078856641&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=MUJERES+VICTIMAS+DE+VIOLENCIA&sid=2caca71ad8bf5ed0c6f34af18aff6d12&sot=b&sdt=b&sl=44&s=TITLE-ABS-KEY%28MUJERES+VICTIMAS+DE+VIOLENCIA%29&relpos=18&citeCnt=0&searchTerm=&featureToggles=FEATURE_NEW_DOC_DETAILS_EXPORT:1
- Rivas, E., & Bonilla, E. (2020). Salud mental y miedo a la separación en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(1), 54 – 67. https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85077896083&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=MUJERES+VICTIMAS+DE+VIOLENCIA&sid=2caca71ad8bf5ed0c6f34af18aff6d12&sot=b&sdt=b&sl=44&s=TITLE-ABS-KEY%28MUJERES+VICTIMAS+DE+VIOLENCIA%29&relpos=19&citeCnt=8&searchTerm=&featureToggles=FEATURE_NEW_DOC_DETAILS_EXPORT:1
- Rodríguez, M., & Alarco, J. (2021). Las mujeres que sufren maltrato infantil tienen mayor probabilidad de ser víctimas de violencia ejercida por la pareja en Perú. *Revista Brasileira de epidemiologia*, 4(1), 1 – 14. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210058>.
- Rodriguez, R., Et al. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Polemos.
- Saldaña, J. (2019). *Violencia de pareja y depresión en mujeres de la ciudad de Cajamarca*. Repositorio Institucional UPN. <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1058/Tesis%20Violencia%20de%20pareja%20y%20depresion%20en%20mujeres%20de%20la%20ciudad%20de%20cajamarca.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Sánchez-Hernández, M. D., Herrera-Enríquez, M. C., & Expósito, F. (2020). Controlling Behaviors in Couple Relationships in the Digital Age: Acceptability of Gender Violence, Sexism, and Myths about Romantic Love. *Psychosocial Intervention*, 29(2), 67-81. <https://doi.org/10.5093/pi2020a1>.

- Santandreu, M., & Ferrer, V. (2014). Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés pos traumático en víctimas de violencia de género. *Psicología Conductual*, 22(2), 239 – 256. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=617a52ce-c056-49c6-bf24-913454ef925d%40redis&bdata=Jmxhbmc9ZXMMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=97774226&db=zbh>.
- Serrano Vergas, M., (2001). Algunas consideraciones históricas en torno de la terapia cognitivo conductual: ¿sincretismo?. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 4(1) 1-12. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/22825/21551>
- Shatil E., (2013). ¿El entrenamiento cognitivo y la actividad física combinados mejoran las capacidades cognitivas más que cada uno por separado? Un ensayo controlado de cuatro condiciones aleatorias entre adultos sanos. *Aging Neurosci.* 5:8. doi: 10.3389/fnagi.2013.00008.
- Skinner, B., (1938). *The behavior of organisms*. Appleton-Century-Crofts - New York
- Vaca, R., Ferro, R., & Valero, L. (2020). Eficacia de un programa de intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género en el marco de las terapias contextuales. *Anales de Psicología*, 36(2), 189 – 199. https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85083703341&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=MUJERES+VICTIMAS+DE+VIOLENCIA&sid=2caca71ad8bf5ed0c6f34af18aff6d12&sot=b&sdt=b&sl=44&s=TITLE-ABS-KEY%28MUJERES+VICTIMAS+DE+VIOLENCIA%29&relpos=13&citeCnt=1&searchTerm=&featureToggles=FEATURE_NEW_DOC_DETAILS_EXPORT:1.
- Vargas Murga, H. (2017). Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. *Rev. Med. Hered.* 28(1) 48-58. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v28n1/a09v28n1.pdf>
- Yang, M., Beybutyan, A., Rios, R., & Soria, M. (2021). Las actitudes publicas hacia la violencia de pareja contra la mujer y los factores influyentes en China y España. *Anuario de Psicología Jurídica*, 31, 101-108. . <https://doi.org/10.5093/apj2021a13>
- Yang, M., Et al. (2020). Las actitudes publicas hacia la violencia de pareja contra la mujer y los factores influyentes en china y españa. *Anuario de psicología jurídica* 31, 101-108.

<https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b36e81cb-0991-43e7-af27-b615ee8f1cc6%40sessionmgr4006>.

Zaczyk, C., (2002). La agresividad: comprenderla y evitarla. Paidós.

Zeballos, E., Arias, W., Muñoz, A., Rivera, R., & Luna, M. (2020). Depresión post parto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa, Perú. *Revista cubana de obstetricia y Ginecología*, 46(1), 1-16.
<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=7be5316d-c530-4cce-baf0-449e4b026e7e%40redis>

Zohn Muldoon, T., Et al. (2013). *Psicoterapia: contemporánea: dilemas y pespectivas*. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.

ANEXOS

ANEXO N° 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Manifestaciones del problema	<ul style="list-style-type: none">- En el caserío “Jalquilla”, San Ignacio, Cajamarca. De población en general un 40% aproximadamente son madres de familia, mediante la evaluación previa y el análisis de casos observados y un seguimiento exhaustivo fue posible determinar:- 2 de cada 5 mujeres fue víctima de algún tipo de violencia, evidenciándose casos críticos relacionados con abuso (Psicológico, sexual y físico).- Índices de autoestima bajo- Problemas vinculados con inseguridad- Falta de desconfianza en la toma de decisiones- Problemas relacionados con trastorno de ansiedad generalizado, trastorno obsesivo compulsivo y TEPT- Comportamiento sumiso e introvertido.- Aceptación del machismo benévolo como parte de su cultura, arraigado generacionalmente.- Sexismo latente por parte de sexo masculino, predominando significativamente el machismo hostil y agresivo.- Problemas de convivencia familiar- Se evidencio dificultades emocionales y comportamentales en mujeres víctimas de abuso vinculados con desconfianza e inseguridad.- Familias disfuncionales
------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de conyugales, en relación a la desconfianza ocasionando celos enfermizos (celotipia).
Problema	Insuficiencia en el proceso cognitivo conductual limita el manejo y control socio emocional.
Posibles Causas de Problema	<ul style="list-style-type: none"> - Precarias estrategias terapéuticas de afrontamiento en el desarrollo esperado del aspecto socio emocional en el proceso cognitivo conductual. - Deficiencia en la utilización y practica psicoterapéutica en el control y manejo socio emocional en mujeres víctimas de abuso, durante el proceso cognitivo conductual. - Ausencia de estrategias terapéuticas en madres víctimas de abuso, para el manejo del desarrollo emocional en la ejecución del proceso cognitivo conductual. - Conducta de victimización, y sexismo benevolente arraigado generacionalmente, aceptado como parte de su cultura dentro del contexto en el proceso cognitivo conductual.
Objeto de la Investigación	Proceso Cognitivo Conductual
Inconsistencia teórica	<p>De lo escrito por estos autores se aprecia que aún son insuficientes los referentes prácticos en cuanto a la dinámica del proceso, para el tratamiento de mujeres víctimas de violencia.</p> <p>Por lo que el campo de la investigación es la dinámica del proceso cognitivo. <i>(Realidad Problemática)</i></p>
Objetivo General de la Investigación	Aplicar un Programa Cognitivo Conductual para el manejo y control del desarrollo socio emocional en las mujeres víctimas de abuso psicológico y físico.
	<ul style="list-style-type: none"> - Fundamentar egiptológicamente el proceso cognitivo conductual y su dinámica.

Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar las tendencias históricas del proceso cognitivo conductual y su dinámica. - Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso de desarrollo del manejo y control del estado emocional en mujeres víctimas de abuso psicológico y físico del caserío la Jalquilla – San Ignacio. - Elaborar un plan de intervención cognitivo conductual para el control y manejo del estado emocional. - Validar por criterio de expertos del proceso cognitivo conductual. - Ejemplificar parcialmente la planificación y ejecución del plan de intervención cognitivo conductual en mujeres víctimas de abuso psicológico y físico del caserío la Jalquilla – San Ignacio.
Campo de la Investigación	Dinámica del proceso cognitivo conductual
Título de la Investigación	Programa Cognitivo Conductual en el manejo y control del desarrollo socio emocional en las mujeres víctimas de violencia del caserío la Jalquilla.
Hipótesis	<ul style="list-style-type: none"> - Si se Aplica una estrategia cognitivo Conductual que tenga en cuenta la relación entre La conducta y los rasgos de personalidad, entonces se contribuye al desarrollo socio emocional en mujeres víctimas de abuso psicológico y físico del caserío la Jalquilla – San Ignacio.
Variables	<ul style="list-style-type: none"> - V.I: Programa Cognitivo Conductual - V.D: Desarrollo Socio Emocional

ANEXO N° 02: INSTRUMENTOS

INTRUMENTO DE DIAGNOSTICO DIRIGIDO A PACIENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA

Cuestionario de Diagnostico dirigido a las pacientes víctimas de violencia, con el propósito de diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual, teniendo como propósito obtener información sobre el nivel de desarrollo socio emocional. La encuesta consta de “19” ítems, se le pide que lea detalladamente cada consigna y responda cuidadosamente a lo solicitado, posteriormente marque con una “x” en el número correspondiente, de acuerdo al nivel percibido o en base al estado emocional actual. Ten cuenta que únicamente es posible marcar un numero de entre los 5 por consigna.

I. Datos del Evaluado:

Edad :

Ocupación :

1	Nunca
2	Casi nunca
3	A veces
4	Casi Siempre
5	Siempre

N°	Ítems	1	2	3	4	5
Dependencia Emocional - Afectiva						
1	Para ser feliz necesito sentirme amado					
2	Siente que tiene que estar más tiempo con su pareja					
3	Ha notado que a pesar de los insultos, siempre perdona a su pareja					

4	Le cuesta entablar nuevas amistades, por frecuentar más tiempo con su pareja					
Temor al Abandono						
5	Me siento angustiada cuando discuto con mi pareja, por temor a terminar la relación					
6	Evito conflictos, por miedo a quedarme sola					
7	Estoy de acuerdo con lo que él dice, aunque muchas veces no tenga la razón, por miedo a terminar la relación					
8	Soy consciente de los abusos, pero no comunico nada por temor a la separación					
Sentimientos de Inseguridad						
9	Me cuesta tomar decisiones					
10	Me siento insegura al momento de afrontar una situación					
11	Desconfío de mis capacidades					
Conducta Sumisa						
12	Me cuesta entablar nuevas amistades					
13	Evito lugares donde concurra mucha gente					
14	He perdido comunicación con antiguas amistades					
15	Converso muy poco con familiares o allegados					
Autoestima Baja						
16	Me siento inferior al resto					
17	Pienso que todo lo que sucede alrededor es culpa mía					
18	Tengo pensamientos negativos constantemente					
19	Me encuentro insatisfecho conmigo mismo					

INSTRUMENTO DE DIAGNOSTICO DIRIGIDO A FAMILIARES Y/O AMIGOS

Cuestionario de Diagnostico dirigido a los familiares y/o amigos de las víctimas de violencia, con el propósito de diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual, teniendo como propósito obtener información sobre el nivel de desarrollo socio emocional. La encuesta consta de “19” ítems, se le pide que lea detalladamente cada consigna y responda cuidadosamente a lo solicitado, posteriormente marque con una “x” en el número correspondiente, de acuerdo al nivel percibido o en base al estado emocional actual. Ten cuenta que únicamente es posible marcar un numero de entre los 5 por consigna

I. Datos del Evaluado

Edad :

Relación con el paciente :

Los ítems mostrados a continuación tienen como objetivo contrastar la información recaudada por el cuestionario diagnóstico aplicado al paciente. Marca con una “X”, en base al estado emocional percibido en el paciente evaluado, coloque el aspa en el número correspondiente.

1	Nunca
2	Casi nunca
3	A veces
4	Casi Siempre
5	Siempre

N°	ITEMS	1	2	3	4	5
Dependencia Emocional - Afectiva						
1	Ha notado que el paciente tiene problemas de autovaloración					
2	Ha notado que el paciente frecuenta más tiempo con su pareja					

3	A pesar de los constantes abusos, ha notado que el paciente perdona cada uno de esos eventos					
4	Ha notado que no socializa con facilidad, y pasa más tiempo con su pareja					
Temor al Abandono						
5	Ha notado angustiada a la paciente cuando discute con su pareja					
6	Se ha percatado que la paciente evita conflictos por temor a terminar la relación conyugal con su pareja					
7	Ha notado que la paciente siempre está de acuerdo con su agresor, aunque este no tenga la razón, por evitar una posible separación					
8	La paciente le comunica sus constantes abusos, ocasionados por su pareja					
Sentimientos de Inseguridad						
9	Siente que a la paciente le cuesta tomar decisiones					
10	Ha notado cierta inseguridad en la paciente al momento de afrontar situaciones.					
11	Ha notado en la paciente desconfía en sus propias capacidades					
Conducta Sumisa						
12	Ha notado que a la paciente le cuesta entablar nuevas relaciones					
13	Siente que la paciente evita ciertos lugares donde concurra muchas gente, o eventos sociales					
14	Ha notado que la paciente ya no se comunica o tiene contacto con amistades pasadas					
15	Ha notado en la paciente precaria comunicación en el entorno familiar					
Autoestima Baja						
16	Ha notado en la paciente sentimientos de inferioridad frente al resto					
17	Ha notado que la paciente se culpa constantemente frente a las situaciones que suscitan a su alrededor					
18	Ha percibido pensamientos negativos frecuentes en la paciente					
19	Siente insatisfacción en la paciente consigo misma					

**ANEXO N° 4 INSTRUMENTO DE VALIDACION EXPERIMENTAL POR JUICIO DE
EXPERTOS**

Instrumento 1: Cuestionario de Diagnostico

Experto 1

1. NOMBRE DEL JUEZ		Jaqueline Bizet Días Chávez
2.	PROFESION	Psicóloga
	ESPECIALIDAD	Psicología Forense Criminal Penitenciaria
	GRADO ACADEMICO	Maestría en intervención en violencia con las mujeres
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	6 años
	CARGO	Psicóloga Forense
Título de la investigación: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL MANEJO Y CONTROL DEL DESARROLLO SOCIO EMOCIONAL EN MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DEL CASERIO “LA JALQUILLA”.		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRE Y APELLIDOS	Quijano Muñoz Diego Miguel
3.2	PROGRAMA DE POSGRADO	Maestría en Psicología Clínica
INTRUMENTO EVALUADO		1. Entrevista () 2. Cuestionario (X) 3. Lista de cotejo () 4. Diario de campo ()

5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO	<p><u>GENERAL</u></p> <p>Diagnosticar el proceso cognitivo conductual en el desarrollo socio emocional en mujeres víctimas de violencia</p>	
	<p><u>ESPECIFICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel de dependencia emocional afectivo en el paciente. - Evaluar el nivel de Temor al abandono en el paciente - Evaluar los sentimientos de inseguridad percibidos en el paciente. - Medir el nivel de socialización y habilidades interpersonales en el paciente. - Evaluar el nivel de autovaloración y auto aceptación en el paciente 	
<p>A continuación se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. Pueda evaluar marcando con un Aspa (x) en “A” si está completamente de ACUERDO o en “D” si está completamente en DESACUERDO, por otro lado; si se encuentra en DESACUERDO, por favor especifique sus razones o sugerencias</p>		
N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
1.	Para ser feliz necesito sentirme amado	<p style="text-align: center;">A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
		<p style="text-align: center;">A (X) D ()</p>

2.	Siente que tiene que estar más tiempo con su pareja	SUGERENCIAS:
3.	Ha notado que a pesar de los insultos, siempre perdona a su pareja	A (X) D () SUGERENCIAS:
4.	Le cuesta entablar nuevas amistades, por frecuentar más tiempo con su pareja	A (X) D () SUGERENCIAS:
5.	Me siento angustiada cuando discuto con mi pareja, por temor a terminar la relación	A (X) D () SUGERENCIAS:
6.	Evito conflictos, por miedo a quedarme sola	A (X) D () SUGERENCIAS:
		A (X) D ()

7.	Siempre estoy de acuerdo con lo que él dice, aunque muchas veces no tenga la razón, por miedo a terminar la relación	SUGERENCIAS:
		A (X) D ()
8.	Soy consciente de los abusos, pero no comunico nada por temor a la separación	SUGERENCIAS:
		A (X) D ()
9.	Me cuesta tomar decisiones	SUGERENCIAS:
		A (X) D ()
10.	Me siento insegura al momento de afrontar una situación	SUGERENCIAS:
		A (X) D ()
11.	Desconfío de mis capacidades	SUGERENCIAS:
		A (X) D ()

12.	Me cuesta entablar nuevas amistades	SUGERENCIAS:
13.	Evito lugares donde concurra mucha gente	A (X) D () SUGERENCIAS:
14.	He perdido comunicación con antiguas amistades	A (X) D () SUGERENCIAS:
15.	Converso muy poco con familiares o allegados	A (X) D () SUGERENCIAS
16.	Ha notado en la paciente sentimientos de inferioridad frente al resto	A (X) D () SUGERENCIAS

17.	Ha notado que la paciente se culpa constantemente frente a las situaciones que suscitan a su alrededor	A (X) D () SUGERENCIAS
18.	Ha percibido pensamientos negativos frecuentes en la paciente	A (X) D () SUGERENCIAS
19.	Siente insatisfacción en la paciente consigo misma	A (X) D () SUGERENCIAS
PROMEDIO OBTENIDO:		A (X) D ():
COMENTARIOS GENERALES:		

OBSERVACIONES GENERALES

MINISTERIO PÚBLICO - EN
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

Mg. Lic. Psc. Jacqueline Pizar Díaz Chávez
PSICOLOGO
C.P.S.P. 25280
DIVISION MEDICO LEGAL I SAN IGNACIO

Instrumento 2: Cuestionario de Diagnostico dirigido a los familiares y/o amigos

Experto 1

4. NOMBRE DEL JUEZ		Jaqueline Bizet Díaz Chávez
5.	PROFESION	Psicóloga
	ESPECIALIDAD	Psicóloga Forense Criminal y Penitenciaria
	GRADO ACADEMICO	Maestría en intervención en violencia contra las mujeres
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	6 años
	CARGO	Psicóloga Forense
Título de la investigación: PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL MANEJO Y CONTROL DEL DESARROLLO SOCIO EMOCIONAL EN MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DEL CASERIO “LA JALQUILLA”.		
6. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRE Y APELLIDOS	Quijano Muñoz Diego Miguel
3.2	PROGRAMA DE POSGRADO	Maestría en Psicología Clínica
INTRUMENTO EVALUADO		6. Entrevista () 7. Cuestionario (X) 8. Lista de cotejo () 9. Diario de campo ()

<p>10. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO</p>	<p><u>GENERAL</u> Diagnosticar el proceso cognitivo conductual en el desarrollo socio emocional en mujeres víctimas de violencia</p>
	<p><u>ESPECIFICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Corroborar la información referente al nivel de dependencia emocional afectivo en el paciente. - Corroborar la información referente al nivel de Temor al abandono en el paciente - Corroborar la información referente a los sentimientos de inseguridad percibidos en el paciente. - Corroborar la información referente Medir al nivel de socialización y habilidades interpersonales en el paciente. - Corroborar la información referente al nivel de autovaloración y auto aceptación en el paciente

A continuación se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. Pueda evaluar marcando con un Aspa (x) en “A” si está completamente de ACUERDO o en “D” si está completamente en DESACUERDO, por otro lado; si se encuentra en DESACUERDO, por favor especifique sus razones o sugerencias

N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
1.	Ha notado que el paciente tiene problemas de autovaloración	<p style="text-align: center;">A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

2.	Ha notado que el paciente frecuenta más tiempo con su pareja	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
3.	A pesar de los constantes abusos, ha notado que el paciente perdona cada uno de esos eventos	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
4.	Ha notado que no socializa con facilidad, y pasa más tiempo con su pareja	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
5.	Ha notado angustiada a la paciente cuando discute con su pareja	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

6.	Se ha percatado que la paciente evita conflictos por temor a terminar la relación conyugal con su pareja	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
7.	Ha notado que la paciente siempre está de acuerdo con su agresor, aunque este no tenga la razón, por evitar una posible separación	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
8.	La paciente le comunica sus constantes abusos, ocasionados por su pareja	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
9.	Siente que a la paciente le cuesta tomar decisiones	<p>A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

10.	Ha notado cierta inseguridad en la paciente al momento de afrontar situaciones.	<p style="text-align: right;">A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
11.	Ha notado en la paciente desconfianza en sus propias capacidades	<p style="text-align: right;">A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
12.	Ha notado que a la paciente le cuesta entablar nuevas relaciones	<p style="text-align: right;">A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
13.	Siente que la paciente evita ciertos lugares donde concurra muchas gente, o eventos sociales	<p style="text-align: right;">A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
14.	Ha notado que la paciente ya no se comunica o tiene contacto con amistades pasadas	<p style="text-align: right;">A (X) D ()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

15.	Ha notado en la paciente precaria comunicación en el entorno familiar	A (X) D () SUGERENCIAS
16.	Ha notado en la paciente sentimientos de inferioridad frente al resto	A (X) D () SUGERENCIAS
17.	Ha notado que la paciente se culpa constantemente frente a las situaciones que suscitan a su alrededor	A (X) D () SUGERENCIAS
18.	Ha percibido pensamientos negativos frecuentes en la paciente	A (X) D () SUGERENCIAS
19.	Siente insatisfacción en la paciente consigo misma	A (X) D () SUGERENCIAS

PROMEDIO OBTENIDO:		A (X) D ():
COMENTARIOS GENERALES:		
OBSERVACIONES GENERALES		

MINISTERIO PÚBLICO - FM
 INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

 Mg. Lic. Psc. Jacqueline Bizet Díaz Chávez
 PSICOLOGO
 C.P.S.P. 25280
 DIVISION MEDICO LEGAL I SAN IGNACIO

ANEXO N° 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Localidad: Cas. La Jalquilla

Investigador: Quijano Muñoz Diego Miguel

Título: “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL MANEJO Y CONTROL DEL DESARROLLO SOCIO EMOCIONAL EN MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DEL CASERIO LA JALQUILLA”.

Yo, **Alexander Edgar Rosas Caballero**, Identificado con DNI **27851113**, Teniente Gobernador del caserío “La Jalquilla”, AUTORIZO al Lic. Quijano Muñoz Diego Miguel, trabajador del departamento de psicología – DEMUNA de la Municipalidad Provincial de San Ignacio, para que proceda con la aplicación de una prueba psicométrica a la población de sexo femenino madres de familia del caserío que represento, así como indagar por medio de una intervención psicológica el historial de cada paciente evaluado, con el debido consentimiento informado por cada uno de los voluntarios que deseen ser partícipes he dicho trabajo de investigación denominado: “Programa cognitivo conductual para el manejo y control del desarrollo socio emocional en mujeres víctimas de violencia del caserío la jalquilla.



San Ignacio, 09 de Diciembre del 2021

**ANEXOS N° 5 VALIDACIÓN DEL APORTE PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN
ENCUESTA A EXPERTOS**

ESTIMADO MAGISTER:

Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia en la aplicación del aporte práctico “Programa Cognitivo Conductual”

DATOS DEL EXPERTO:

NOMBRE DEL EXPERTO	Jaqueline Bizet Díaz Chávez
PROFESION	Psicología
TITULO Y GRADO ACADEMICO	Magister en Psicología
ESPECIALIDAD	Psicóloga Forense Criminal y Penitenciaria
INSTITUCION EN DONDE LABORA	Ministerio Publico
CARGO	Psicóloga

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:

TITULO DE LA INVESTIGACION	Programa Cognitivo Conductual para el desarrollo socio emocional en mujeres víctimas de violencia del Caserío la Jalquilla – Cajamarca.
LINEA DE INVESTIGACION	Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana
NOMBRE DEL TESISISTA	Diego Miguel Quijano Muñoz
APORTE PRÁCTICO	“Programa Cognitivo Conductual”

Novedad científica del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Pertinencia de los fundamentos teóricos del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)

X				
---	--	--	--	--

Nivel de argumentación de las relaciones fundamentales aportadas en el desarrollo del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
X				

Nivel de correspondencia entre las teorías estudiadas y el aporte práctico de la investigación.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del aporte práctico propuesto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Posibilidades de aplicación del aporte práctico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
		X		

Concepción general del aporte práctico según sus acciones desde la perspectiva de los actores del proceso en el contexto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Significación práctica del aporte.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
	X			

Observaciones generales: _____

	ACTA DE SEGUNDO CONTROL DE REVISIÓN DE SIMILITUD DE LA INVESTIGACIÓN	Código:	F3.PP2-PR.02
		Versión:	02
		Fecha:	18/04/2024
		Hoja:	1 de 1

Yo, **Nila García Clavo, Jefe de Unidad de Investigación 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 EL DESARROLLO SOCIO EMOCIONAL EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DEL CASERÍO LA JALQUILLA - CAJAMARCA** elaborado por el (los) estudiante(s) **QUIJANO MUÑOZ DIEGO MIGUEL**.

Se deja constancia que la investigación antes indicada tiene un índice de similitud del **8%**, 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 y de investigación vigente.

Pimentel, 02 de julio de 2024.



Dra. Nila García Clavo
Jefe de Unidad de Investigación
Posgrado
DNI N° 43815291