



**ESCUELA DE POSGRADO**

**TESIS**

**ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA  
ANSIEDAD EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
FAMILIAR ATENDIDAS EN LA UNIDAD MÉDICO  
LEGAL LEONARDO ORTIZ**

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

**Autor:**

**Bach. Chilon Quiroz Ronald Enrique**  
**<https://orcid.org/0009-0001-1042-8786>**

**Asesora:**

**Dra. Chunga Silva Liza Janina**  
**<https://orcid.org/0000-0002-0462-3040>**

**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**

**Año 2024**

**ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD EN MUJERES  
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR ATENDIDAS EN LA UNIDAD MÉDICA  
LEGAL LEONARDO ORTIZ**

**APROBACIÓN DE LA TESIS**



---

**Dr. CALLEJAS TORRES JUAN CARLOS**

**Presidente del jurado de tesis**

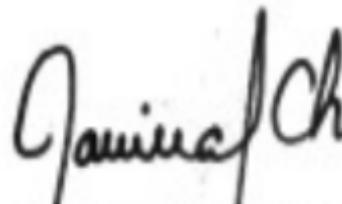


---

**Mg. PEREZ MARTINTO PEDRO**

**CARLOS**

**Secretario del jurado de tesis**



---

**Dra. CHUNGA SILVA LIZET**

**JANINA**

**Vocal del jurado de tesis**



## **DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD**

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

### **ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR ATENDIDAS EN LA UNIDAD MÉDICO LEGAL LEONARDO ORTIZ**

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:

<b>CHILON QUIROZ, RONALD ENRIQUE</b>	DNI: 42374109	
--------------------------------------	---------------	---

Pimentel, 03 de julio de 2024.

# REPORTE DE SIMILITUD TURINITIN

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**37-Chilon Quiroz-turenitin.docx**

RECuento DE PALABRAS

**16355 Words**

RECuento DE CARACTERES

**88887 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**81 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**307.0KB**

FECHA DE ENTREGA

**Jul 10, 2024 4:56 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Jul 10, 2024 4:57 PM GMT-5**

## ● 17% de similitud general

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

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 9% 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

DEDICATORIA.....	ix
AGRADECIMIENTO.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRAC .....	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1. Realidad problemática.....	13
1.2. Formulación del Problema .....	17
1.3. Justificación e importancia del estudio .....	17
1.4. Objetivos .....	18
1.4.1. Objetivo General.....	18
1.4.2. Objetivos Específicos.....	18
1.5. Hipótesis.....	18
II. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1. Trabajos previos .....	19
2.2. Teorías relacionadas al tema .....	22
2.2.1. Caracterización del proceso cognitivo – conductual y su dinámica .....	22
2.2.2. Teoría del Condicionamiento clásico de Iván Pavlon .....	23
2.2.3. Teoría del Condicionamiento operante de B. F. Skinner.....	24
2.2.4. Teoría del Aprendizaje social de Albert Bandura.....	24
2.2.5. Terapia Cognitiva de Aarón Beck .....	25
2.2.6. Terapia racional Emotiva de Albert Ellis .....	27
2.3. Marco Conceptual .....	36
III. MÉTODO.....	39
3.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	39
3.2. Variables, Operacionalización.....	39
3.2.1. Variable independiente:.....	39
3.3. Población y muestra .....	39
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad. ....	40
3.4.2. Instrumento.....	41

3.4.3. Validez y confiabilidad.....	42
3.5. Procedimientos de análisis de datos .....	43
3.6. Criterios éticos.....	43
3.7. Criterios de Rigor científico.....	44
IV. RESULTADOS.....	45
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	57
VI. APOORTE PRÁCTICO.....	60
VII. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	87
VIII. CONCLUSIONES .....	91
IX. RECOMENDACIONES .....	92
REFERENCIAS .....	93

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Juicio de Experto del Inventario de Ansiedad de Beck – BAI .....	42
Tabla 2	Estadísticos de Confiabilidad.....	43
Tabla 3	Ansiedad Total .....	45
Tabla 4	Fisiológica Total .....	46
Tabla 5	Conductual Total.....	47
Tabla 6	Cognitiva Total .....	48
Tabla 7	Afectivo Total .....	49
Tabla 8	Ansiedad Total .....	50
Tabla 9	Ansiedad Total.....	51
Tabla 10	Fisiológica Total .....	52
Tabla 11	Conductual Total.....	53
Tabla 12	Cognitiva Total .....	54
Tabla 13	Afectivo Total .....	55
Tabla 14	Ansiedad Total.....	56
Tabla 15	Resultados del pre y pos test de la Ansiedad Total.....	87
Tabla 16	Resultados del pre y pos test de la dimensión Fisiológica Total .....	88
Tabla 17	Resultados del pre y pos test de la dimensión Conductual Total.....	88
Tabla 18	Resultados del pre y pos test de la dimensión Cognitivo Total .....	89
Tabla 19	Resultados del pre y pos test de la dimensión Afectivo Total .....	89

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Ansiedad Total.....	45
Figura 2 Fisiológica Total.....	46
Figura 3 Conductual Total .....	47
Figura 4 Cognitiva Total.....	48
Figura 5 Afectivo Total.....	49
Figura 6 Ansiedad Total según los psicólogos .....	50
Figura 7 Ansiedad Total según los psicólogos .....	51
Figura 8 Fisiológica Total.....	52
Figura 9 Conductual Total .....	53
Figura 10 Cognitiva Total.....	54
Figura 11 Afectivo Total.....	55
Figura 12 Ansiedad total según los psicólogos.....	56

## **DEDICATORIA**

A mis preciados y amados hijos Enrique Martín y Santiago Emanuel, quienes son mi mayor motivo para ser mejor día a día y así, poder formarlos con el ejemplo.

A mi esposa Soila Isela, por su amor y apoyo incondicional, quién me brinda la tranquilidad de poder progresar y cumplir mis metas de vida trazadas.

A mis amados padres Isabel y Enrique quienes me dieron la vida, con su amor y dedicación me inculcaron valores, además me brindaron la oportunidad de recibir educación y me alentaron siempre a ser mejor día a día. Sobre todo por ser ustedes un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mis hermanas Giovana, Dámaris y Katherine, por su apoyo y aliento para seguir cumpliendo mis objetivos trazados.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios quien me acompaña y guía a lo largo de todo mi existir, por ser mi fortaleza en momentos difíciles y por permitirme con su infinita misericordia lograr mis objetivos trazados.

A mis docentes, en especial al Dr. Juan Carlos Callejas Torres y a mi asesora la Dra. Lizt Janina Chunga Silva quienes con sus enseñanzas, apoyo y dedicación hicieron realidad la culminación de este trabajo de investigación y así poder cumplir uno más de mis objetivos trazados. Gracias infinitas por compartir conmigo sus conocimientos.

## RESUMEN

La violencia en contra de la mujer en el ámbito intrafamiliar trae como consecuencia múltiples problemas de salud mental, y en el presente estudio nos vamos a centrar en la ansiedad, que es una de las emociones más comunes y universales, la cual se trata de una reacción anticipatoria ante una situación de riesgo inminente para la persona. El objetivo fue aplicar una estrategia cognitivo conductual para la ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de Leonardo Ortiz - Chiclayo. La muestra fue evaluada con el Inventario de Ansiedad de Beck – BAI. Los hallazgos luego de aplicar la estrategia fueron significativos logrando reducir los niveles de ansiedad total evidenciados por el pre test del 90% de las participantes con la categoría de Ansiedad grave al 90% con la categoría de ansiedad leve y solo el 10% con la categoría de ansiedad moderado, no teniendo ninguna de las participantes con la categoría de ansiedad grave al pos test. Concerniente a la dimensión fisiológica y conductual ninguna de las participantes obtuvo una categoría grave de ansiedad; y en las dimensiones Cognitivo total y Afectivo total, solo el 5% respectivamente se encontraron en esta categoría. En cuanto a la categoría diagnóstica de ansiedad leve tenemos a la dimensión conductual con un 90%, seguida de la dimensión afectiva con un 85%, luego la dimensión Cognitiva con un 80% y finalmente la dimensión fisiológica con un 75% de participantes.

**Palabras Clave:** Ansiedad, cognitivo, conductual, programa y violencia.

## **ABSTRACT**

Violence against women in the family environment results in multiple mental health problems, and in this study we are going to focus on anxiety, which is one of the most common and universal emotions, which is a anticipatory reaction to a situation of imminent risk to the person. The objective was to apply a cognitive behavioral strategy for anxiety in women victims of family violence treated at the Legal Medical Unit of Leonardo Ortiz - Chiclayo. The sample was evaluated with the Beck Anxiety Inventory – BAI. The findings after applying the strategy were significant, reducing the levels of total anxiety evidenced by the pre-test from 90% of the participants with the category of severe anxiety to 90% with the category of mild anxiety and only 10% with the category of moderate anxiety, not having any of the participants with the category of severe anxiety at the post test. Regarding the physiological and behavioral dimension, none of the participants obtained a severe category of anxiety; and in the Total Cognitive and Total Affective dimensions, only 5% respectively were found in this category. Regarding the diagnostic category of mild anxiety, we have the behavioral dimension with 90%, followed by the affective dimension with 85%, then the Cognitive dimension with 80% and finally the physiological dimension with 75% of participants.

**Keyword:** Anxiety, strategy, cognitive, behavioral and violence.

# I.INTRODUCCIÓN

## 1.1. Realidad problemática

La ansiedad es entendida como una complicación latente que afecta el estado mental de los individuos a nivel mundial. En su mayoría la población la padece debido a la misma situación convulsionada en la que vive, a los cambios acelerados y drásticos que tiene influencia en las esferas políticas, económicas y sociales como consecuencia del avance científico y tecnológico, afectando a nivel biopsicosocial, no permitiéndole un desarrollo normal. El sistema lo cambia y no se desarrolla en condiciones normales (Álvarez, 2021).

Si las emociones son muy intensas y predominan sobre las funciones fisiológicas y cognitivas, se puede decir que se genera la ansiedad. Las manifestaciones emocionales en los individuos son un problema real y quienes la padecen experimentan entumecimiento, viven situaciones muy amenazantes para ellos y se convierten en situaciones cotidianas interpretadas como peligrosas (Terrones, 2019).

La ansiedad es una de las emociones más comunes y universales. Es sinónimo de inquietud, intranquilidad, agitación, angustia, ahogo, impaciencia, zozobra, desasosiego ante eventos futuros y situaciones desconocidas. Se trata de una reacción anticipatoria ante una situación de riesgo inminente con sensaciones y / o síntomas físicos intensos y desagradables. Implica una sensación anticipada frente a una situación estresante para el sujeto (Lozano, 2021).

A menudo se dice que vivir en una sociedad tecnológica, urbanizada y altamente competitiva plantea muchas preocupaciones. Pero la ansiedad siempre ha existido. La vida no puede prescindir de ella, existe cierta ansiedad en nuestra vida diaria, por lo que tenemos una ansiedad normal relacionada con la situación en la que estamos viviendo, que tiene una función adaptativa y dotan al individuo de habilidades de afrontamiento, así como para realizar tareas o advertir de posibles amenazas. Sin embargo, la ansiedad puede ser mórbida si no se manifiesta como una respuesta adaptativa y proporcional al estímulo, o si su intensidad y duración superan los límites normales. En tales circunstancias, puede perder su función adaptativa y convertirse en un problema para el individuo y requerir de atención profesional (Lescano y Salazar, 2020).

En la atención primaria vemos que la ansiedad frecuentemente es motivo de consulta, por ello podemos decir que tiene alta prevalencia alterando el bienestar mental de las personas. En muchas ocasiones muestran síntomas variados e imprecisos lo cuales podrían pasar desapercibidos, por ende en un porcentaje equivalente cerca de la mitad de ellos no son diagnosticados de manera adecuada (Latorre, 2012). Diversas investigaciones concluyen que en la atención primaria podríamos encontrar entre un 20-40% de los usuarios con ese diagnóstico (Sempere, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), afirma que la ansiedad es una enfermedad mental que afecta a más de un individuo de cada cinco; lo que equivale aproximadamente a un 22% de aquellos individuos que viven en situaciones de conflicto. De la misma manera indican que el 9% de las personas en escenarios violentos van a desarrollar un problema mental de moderado a grave, además se reportó que la ansiedad aumenta con la edad.

En conclusión, la ansiedad es la manifestación anticipada frente a una situación que el individuo valora como peligrosa o a una amenaza futura y se manifiesta a nivel afectivo a través de intranquilidad, rigidez y vigilancia, lo cual se acompaña a nivel conductual de temblor motor y a nivel fisiológico como hiperhidrosis, temblor, aceleración de la frecuencia cardíaca, entre otros (Díaz, 2019).

Los seres humanos somos sociales por naturaleza, debido a ello la mayor parte del tiempo se pasan relacionándose unos con otros con lo cual se establecen vínculos con otras personas y esto origina lazos afectivos fuertes y permanentes en el tiempo que muchas veces terminan en relaciones de amistad o de pareja.

En las sociedades modernas las relaciones interpersonales sobre todo en las que se involucran los afectos tienen ciertas condiciones psicosociales en donde los conflictos emocionales en las relaciones de pareja o interpersonales son interpretadas como una suerte de psicopatología de la vida diaria (De La Villa, et al., 2018).

La violencia intrafamiliar es un fenómeno muy antiguo y se basa fundamentalmente en el prototipo del patriarcado, cuyo fundamento es visualizar al hombre como un ser superior ante la mujer a nivel cultural, en donde está permitido el abuso de poder frente a quienes se consideran inferiores como a los menores, a los seniles y a las mujeres (Mayor, 2019).

En relación a las manifestaciones encontradas en mujeres que han padecido violencia dentro del entorno familiar quienes se han atendido en el consultorio de Psicología Forense de la Unidad médico Legal de Leonardo Ortiz, y comprenden parte de la realidad problemática de intervención, se evidencian las siguientes conductas de riesgo:

- Nerviosismo e intranquilidad.
- Sentimiento de riesgo amenazador.
- Taquicardia.
- Hiperventilación.
- Hiperhidrosis.
- Tremor.
- Sentimiento de agotamiento.
- Dificultad para prestar atención.
- Dificultad para mantener el sueño continuo.
- Dificultades estomacales.
- Dificultad en controlar las preocupaciones.

De lo descrito se tiene como **problema de investigación** el inadecuado proceso cognitivo conductual, conduce a la ansiedad. De la aplicación del instrumento, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), que es un cuestionario que se usa para medir diversos síntomas de ansiedad, se pudo determinar las causas del problema:

- Falta de aplicación de acciones psicoeducativas en el manejo adecuado de los pensamientos en el proceso cognitivo conductual.
- Deficiencias en las prácticas terapéuticas para el manejo y control de las emociones y manifestación de los sentimientos en el desarrollo del proceso cognitivo conductual.
- Insuficiente praxeología en el desarrollo del proceso cognitivo conductual para promover calidad de vida.

- Escasa formación en el personal de salud en el desarrollo del proceso cognitivo conductual para controlar las preocupaciones.

Por lo que **el objeto de investigación** es: el proceso cognitivo conductual, que tiene por finalidad describir, predecir, explicar y controlar el comportamiento de la persona, por ende, se centra en las cogniciones y su influencia directa en la conducta.

El modelo cognitivo conductual se origina a partir de las teorías de Watson y posterior a ello también se incluyen las investigaciones de Thorndike, Skinner y Bandura quienes dieron inicio a la psicología conductista que tiene su origen en el condicionamiento clásico que va hasta el condicionamiento operante, y el punto de confluencia con los modelos cognitivos, surge cuando el modelo conductual incluye a la actividad cognitiva, configurando lo que hoy tiene el nombre de modelo Cognitivo- Conductual (Castillo, 2017).

Los enfoques cognitivo conductuales, van a integrar los factores internos con los externos de la persona. Esta teoría se basa en los métodos de aprendizaje y la influencia que tiene el individuo de su entorno. Los modelos de tipo cognitivo se basan en función a que las cogniciones, conductas y emociones están estrechamente ligadas y se retroalimentan entre sí, por lo que resulta muy útil generar cambios a nivel cognitivo de la persona.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se centra en el modelo básico que es pensamiento - emoción - conducta. En ese sentido la TCC se centra en reajustar la forma en que uno piensa y con ello modificar las emociones por ende cambiar las conductas a unas más adaptadas socialmente (Vallejo, 2019). La TCC se centra en identificar cómo las situaciones influyen en las emociones y las conductas de los individuos y dan como consecuencia conductas adaptativas o inadecuadas para una situación definitiva (Sánchez, 2021). Es por ello que la TCC identifica los pensamientos distorsionados a los que se denominan distorsiones cognitivas, que van a influir de manera negativa en las emociones, comportamientos y modelos de funcionamiento (Vallejo, 2019). En este enfoque resulta relevante la organización del tratamiento, teniendo en cuenta los objetivos, la estrategia y la evaluación de los resultados los cuales tienen que estar en función a la edad y a la maduración de cada individuo con la finalidad de tener en cuenta las destrezas de afronte individual (Castillo, 2017).

La TCC utiliza diversas técnicas y procedimientos cuya finalidad no consiste solamente en tratar los problemas que aquejan al individuo, sino también para fortalecer y potenciar las destrezas del individuo, con la finalidad de lograr un mayor equilibrio con su medio y por ende una vida plena (Ruiz, 2020).

De lo descrito por estos autores se estima que aún son insuficientes los referentes prácticos en cuanto a la dinámica del proceso; de ahí que el **campo de acción de la investigación** es la Dinámica del proceso cognitivo conductual.

## **1.2. Formulación del Problema**

Inadecuado proceso cognitivo conductual conduce a la ansiedad.

## **1.3. Justificación e importancia del estudio**

La presente investigación denominada estrategia cognitivo conductual para la ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz, surge frente a la realidad actual que vivimos, en donde muchas mujeres son víctimas de violencia dentro de su entorno familiar lo cual constituye un grave problema de salud pública además de una violación de los derechos humanos de las mujeres; esto va a influir negativamente en la vida de las mujeres y por lo tanto configura un escenario de mucho estrés, además de desencadenar respuestas emocionales extremas como la ansiedad que tiene injerencia directa con las funciones fisiológicas, emocionales y cognitivas, lo cual va a ser interpretada como un conflicto emocional que paraliza al individuo y crea una situación amenazante y que muchas veces se hace constante en la vida cotidianas, no permitiéndoles llevar una adecuada calidad de vida constituyendo un problema real. Es por ese motivo que se desarrolla la presente investigación, buscando que sean conscientes de sus cogniciones lo cual interfiere directamente en su conducta y por ende en su estado emocional; que desarrollen habilidades que les permita tener una adecuada interacción; además de familiarizarse con las estrategias terapéuticas basadas en la terapia cognitivo conductual pues han demostrado ser eficiente, además de contar con el sustento científico.

La TCC tiene como finalidad reducir el malestar psicológico debido a las conductas disruptivas producidas muchas veces por las creencias irracionales del individuo; y esto se logra

cuestionando a través de la razón dichas creencias irracionales, dado que repercuten de manera directa con las emociones y las conductas. Es por ello que deberán participar activamente en las intervenciones psicológicas bajo el modelo cognitivo conductual, pues está comprobado que generan cambios en los esquemas cognitivos, además esta terapia está dotada de herramientas útiles que servirán como valiosos elementos para reducir la ansiedad, contribuyendo de esta manera en lograr una adecuada calidad de vida.

## **1.4.Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Aplicar una estrategia cognitivo conductual para la ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de Leonardo Ortiz - Chiclayo.

### **1.4.2. Objetivos Específicos.**

- Fundamentar epistemológicamente el proceso cognitivo conductual y su dinámica.
- Caracterizar los antecedentes históricos del proceso cognitivo conductual y su dinámica.
- Diagnosticar la dinámica del proceso cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de Leonardo Ortiz - Chiclayo, 2021.
- Elaborar una estrategia Cognitivo Conductual para la ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de Leonardo Ortiz - Chiclayo, 2021.
- Corroborar y validar los resultados científicos de la investigación mediante un pre experimento.

## **1.5.Hipótesis**

Si se aplica una estrategia Cognitivo Conductual, teniendo en cuenta la influencia de los pensamientos en las conductas, entonces se contribuye al control de la ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de Leonardo Ortiz - Chiclayo.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Trabajos previos**

La ansiedad es una complicación de salud pública, lo cual ha llevado a la necesidad de investigar debido al creciente aumento en los individuos en cualquier etapa de su vida (Cardona, 2015). La ansiedad se define como una respuesta anticipada a una situación que el individuo valora como amenazante que se genera de la interpretación frente a estímulos potencialmente peligrosos, lo cual da como resultado en el individuo intranquilidad, temblor, impaciencia y un estado de alerta (Chacon, 2021). En ese sentido podemos decir que la ansiedad es un mecanismo de respuesta fisiológica y conductual que se da con la finalidad de evitar un posible daño (Del Toro, 2014). También es considerada como una respuesta adaptativa ya que va a promover el cuidado de la vida llevando al individuo a evitar contextos y lugares que implican un riesgo potencial (Chacón, 2021). Por otro lado la ansiedad puede tornarse negativa y desencadenar un problema mental, cuando la respuesta conductual del individuo es frecuente, inconsciente e intensa frente a una amenaza, ya sea existente o presumida; incluso es recurrente y no hay forma de controlarla interfiriendo en la calidad de vida del individuo (Medina, 2015).

#### **A nivel Internacional**

Coronel y Maita (2023) realizaron un estudio en el cual hicieron una revisión bibliográfica cuyo objetivo era encontrar el abordaje adecuado, teniendo en cuenta la Terapia Cognitivo Conductual en mujeres víctimas de violencia de género. Utilizando múltiples técnicas de la terapia las cuales se emplearon para lograr la disminución y mejoría de los síntomas. Concluyeron sobre la eficacia de las técnicas Cognitivo Conductuales al momento de abordar a estas víctimas, logrando disminuir la sintomatología activa, repercutiendo en la autoconfianza y mejorando la autonomía de ellas.

Habigzang et al. (2019) su estudio tuvo como objetivo especificar el proceso y el resultado de un programa de intervención cognitivo conductual para mujeres víctimas de violencia por su pareja íntima. Su muestra cuatro mujeres con indicadores de violencia de pareja cuya sintomatología hallada fue ansiedad, depresión, estrés y trastorno de estrés postraumático (TEPT). El resultado fue la disminución de los síntomas por lo que concluyeron en la

efectividad de dicho programa de TCC para el abordaje de mujeres en situación de violencia conyugal.

Lara et al. (2019) en su muestra compara síntomas de depresión y ansiedad. Los resultados indican diferencias significativas en la depresión y la ansiedad; concluyendo que ambas variables están asociadas significativamente con la violencia.

León (2019) en una investigación obtuvo como resultados 1) correspondencia entre el apoyo social y la ansiedad, 2) relevancia en la configuración de redes de apoyo, 3) hacer notar la importancia de las redes para cortar violencia. Se evidencio como principales redes de apoyo social a la familia, circulo amical o instituciones estatales. Se concluye que gracias al apoyo social es posible interrumpir la violencia, así como también presentaron menores niveles de ansiedad frente a quienes no contaron con apoyo social.

Nina (2019) en su investigación obtuvo relación negativa, es decir a mayor nivel de ansiedad menores niveles de estrategias de afrontamiento. Se concluye que en las mujeres víctimas se evidencian niveles de ansiedad grave y en relación a las estrategias de afrontamiento para el manejo de situaciones adversas utilizan en un nivel alto la “Acomodación” y “Tiempo”, las mismas que son afrontamiento pasivo o inadecuado.

Castillo (2017) en su estudio ejecuta un tratamiento terapéutico el cual lo ha realizado en la comunidad de Calderón. Su muestra fue evaluada mediante Test psicológicos para valorar el nivel de Ansiedad y depresión y, luego de ello, eligen a seis participantes a un taller terapéutico, con el fin de mejorar la sintomatología ansiosa y depresiva. El programa terapéutico apunta a modificar las creencias irracionales, el cual sigue un enfoque conductual y se basa en la teoría de Albert Ellis y Aaron T. Beck. Finalmente, los resultados mediante el estadístico t de Student, y se confirman, mediante diferencias significativas, la validez del taller al hacer el comparativo entre pre y post tratamiento.

Mantilla (2017) en su investigación en mujeres que experimentan violencia intrafamiliar, examinó la relación efectiva entre las variables ansiedad y autoestima. Los resultados que obtuvo de la variable ansiedad, en cuanto al nivel grave, se tiene un porcentaje del 33,3% y la variable autoestima baja, en relación a la aprobación personal, sentimiento de capacidad e

importancia el 81,3%. El estudio, confirma la hipótesis planteada en donde sí existe una correlación positiva entre los niveles ansiedad y autoestima.

### **A nivel Nacional**

Aburto (2021) en su estudio con mujeres víctimas de violencia de pareja cuyo objetivo fue averiguar la eficacia de los programas cognitivos conductuales; para lo cual se identificaron 1514 investigaciones, de las cuales se seleccionaron 8 investigaciones, llegando a la conclusión de que los programas cognitivos conductuales presentan eficacia para prevenir la violencia de pareja.

Chavesta y Minaya (2021) concluyeron que la variable violencia intrafamiliar tiene relación con las dimensiones de la ansiedad estado, y la variable ansiedad tiene relación con las dimensiones de maltrato psicológico, físico y sexual. Por lo tanto, se evidencia en la muestra cuando presentan altos niveles en violencia intrafamiliar, tienden a tener puntuaciones más altas en ansiedad estado-rasgo. Además, otro estudio concluyó que tanto la ansiedad y la violencia intrafamiliar guardan una directa y significativa relación (Lozano, 2021).

Del Águila (2020) en su estudio cuya población fueron mujeres que asisten al Centro Emergencia Mujer. Se aplicaron dos cuestionarios para medir Depresión y otro para medir Ansiedad (estado - rasgo). Los resultados hacen evidente que existe un vínculo entre la depresión y la ansiedad debido al coeficiente de correlación de Spearman; donde se detecta un valor positivo y significativo entre depresión y ansiedad. Otros autores en su investigación indicaron que existe un vínculo positivo entre dependencia emocional, depresión y ansiedad (Lescano y Salazar, 2020).

Así mismo, en otro estudio indicaron que dentro de las estrategias que más se usaron fue la búsqueda de apoyo en la religión, en el entorno social y concluye que la ansiedad disminuye si el individuo cuenta con estrategias de afrontamiento (Terrones, 2019).

### **A nivel Local**

Álvarez (2021) en su estudio concluyó que existe relación directa y altamente significativa entre ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia familiar, así mismo se evidenció que el nivel de ansiedad predominante es el grave en el 92,11% de mujeres.

Vásquez (2021) en su estudio revisó programas para reducir la ansiedad en mujeres víctimas de violencia producida por su pareja, con una población de 931 estudios, eligiéndose ocho de ellos quienes determinan la eficacia de los programas mediante el uso de técnicas del modelo cognitivo-conductual. Concluyendo que los programas de intervención presentan eficacia para reducir la ansiedad en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Tineo (2017) concluyó en cuanto a las ideas irracionales con los niveles de ansiedad rasgo – estado, existe relación significativa en su muestra de estudio.

## **2.2. Teorías relacionadas al tema**

El enfoque cognitivo conductual tiene gran compromiso con el empirismo científico. Es por eso que las características de este modelo terapéutico no deben manifestarse en estrategias de intervención únicas, sino que deben de complementarse con la teoría cognitiva y conductual de la psicopatología y del proceso terapéutico de cambio. En conclusión, la unión del modelo cognitivo conductual, el planteamiento de hipótesis demostrables y su valoración empírica son fundamentales para establecer su validez de constructo; es por ello la importancia de centrar la atención en las teorías empíricas del enfoque cognitivo conductual para la ansiedad.

### **2.2.1. Caracterización del proceso cognitivo – conductual y su dinámica**

La Psicología se fundamenta en la ciencia y estudia el comportamiento humano, las cogniciones, las emociones, las percepciones y tiene diversos enfoques, siendo uno de ellos el cognitivo conductual que se centra en analizar los procesos cognitivos y el comportamiento. Los enfoques Cognitivos Conductuales se enfocan en los pensamientos irracionales, las distorsiones cognitivas y los supuestos adyacentes. Estos enfoques utilizan fundamentos teóricos del aprendizaje en su afán de brindar una explicación de la consolidación de determinadas conductas durante la historia de vida, básicamente en la infancia y la adolescencia. Es decir, integran factores internos (cognitivos) y externos del individuo (conductual) (Arias, 2021).

## 2.2.2. Teoría del Condicionamiento clásico de Iván Pavlov

Iván Petrovich Pávlov, (1849 - Riazán, Rusia). Fue pionero del condicionamiento clásico, que es un proceso en el cual se relaciona un estímulo condicionado (EC) con otro estímulo incondicionado (EI), en un determinado tiempo. El estímulo incondicionado produce una respuesta refleja, luego de haberse repetido con cierta frecuencia, en ese sentido si se asocia a un estímulo condicionado, este adquiere la capacidad de producir un reflejo semejante. Pavlov hizo sus estudios en perros buscando conocer los reflejos de salivación y se dio cuenta que los perros no sólo salivaban cuando se les daba la comida, además lo hacían cuando percibían los pasos del individuo quien llevaba la comida o cuando la olían (Núñez et al., 2015). Este hecho llevo a Pavlov a plantearse la hipótesis acerca de si esa salivación prematura anticipada era una respuesta que se daba cuando el animal olía o veía la comida o por el contrario también podría darse la misma respuesta si es que se asociaba a cualquier estímulo que fuera presentado dentro de un determinado tiempo y constante junto a la comida; de esta hipótesis surge el condicionamiento clásico (Solórzano, 2020).

El condicionamiento clásico se da de la siguiente manera: Si a un perro se le muestra la comida, este simple hecho lo llevará a salivar, siendo esta de manera incondicionada y como un reflejo, por lo tanto, se dice que es innata. Ahora bien, si al Estímulo Incondicionado (la comida) le asociamos un Estímulo Neutro - EN (el sonido de una campana), luego de un periodo de tiempo de realizar este proceso, el Estímulo Neutro (EN) se convierte en Estímulo Condicionado (EC), en tal sentido que el sonido aislado tendrá la capacidad de provocar en el perro el reflejo de salivación; por lo tanto, la respuesta del perro ya no es una respuesta innata sino una respuesta condicionada. El nuevo aprendizaje sería el sonido de la campana significa comida. (Núñez et al, 2015).

Pavlov manifestó cuatro principios que regían este aprendizaje: 1. El principio de adquisición: el emparejamiento del estímulo incondicionado con el estímulo neutro, lo que significa que, a mayor número de emparejamientos, mayor probabilidad de que se dé la respuesta condicionada. 2. El principio de generalización: cuando se ha establecido el condicionamiento frente a un estímulo determinado, el organismo generará la respuesta ante estímulos similares. 3. El principio de discriminación: la discriminación es la respuesta a las diferencias. 4. El principio de extinción: la respuesta condicionada no está determinada para darse el resto de su

vida del sujeto, es decir se va a extinguir si de vez en cuando no se asocia con el Estímulo Incondicionado. (Solórzano, 2020).

Hacia el año 1930, surge el Condicionamiento Instrumental u Operante, proceso por el cual los comportamientos se obtienen, conservan o se extinguen según las consecuencias que devienen.

### **2.2.3. Teoría del Condicionamiento operante de B. F. Skinner**

B. F. Skinner (Susquehanna - Pensilvania, USA, 1904). Usa el método inductivo, por lo tanto, va de lo particular hasta llegar a una generalización. Los términos, operante (Skinner) e instrumental (Thorndike) son semejantes. El condicionamiento operante es un proceso en el cual mediante el refuerzo se busca inducir a una conductual al individuo en un determinado medio, no fue algo reflexionado, sino más bien se dio de manera accidental (Skinner, 1975). Skinner tuvo un único principio, la necesidad de encontrar un orden en relación a la conducta volitiva que Marshall Hall había separado de aquella inconsciente, debido a que esta procedía del cerebro por lo tanto no era generada directamente debido a algún estímulo determinado. (Skinner, 1975). La teoría de Skinner se fundamenta en las consecuencias de la conducta, en relación a ello usa el principio del reforzador para describir como las consecuencias de la conducta favorecen la repetición de la misma o la extinción (Rovira, 2018).

Hacia la década de 1960, los estudios de Albert Bandura cobran relevancia en relación a la Teoría del Aprendizaje Social y postula que a la hora de aprender los individuos no solo lo hacen debido a la experiencia directa, si no que la observación de otros individuos también genera aprendizaje (Vergara, 2020).

### **2.2.4. Teoría del Aprendizaje social de Albert Bandura**

El psicólogo Albert Bandura, nació el 4 de diciembre de 1925 en de Mundare - Canadá. Focaliza su investigación sobre los procesos de aprendizaje teniendo en cuenta la dinámica entre el individuo y el ambiente; y más concretamente, entre el individuo que aprende y el entorno social. A diferencia de los conductistas que explican el aprendizaje como un acercamiento progresivo que se basa en continuos ensayos unidos al reforzador, Bandura busco explicar el aprendizaje de los individuos, el cual de un modo cualitativo se da en una oportunidad, sin ser necesario realizar varios ensayos. Lo resaltante está en la palabra "social" (Triglia, 2015). Para Bandura, los conductistas dejan de lado la dimensión social del

comportamiento y la limitan a un esbozo en donde el individuo influye sobre otro y genera que se desarrollen mecanismos de asociación en el otro individuo. Lo que significa que ese proceso no solo sea interacción y más por el contrario es un envío de información de un individuo a otro. Esta teoría toma en cuenta el factor conductual y el factor cognitivo, ambos componentes necesarios para poder explicar las relaciones sociales (Delgado, 2019). Por un lado, Bandura acepta que cuando el individuo aprende, este proceso se debe a técnicas de condicionamiento y refuerzo positivo o negativo. Así también, acepta que no podría explicarse nuestro comportamiento si dejamos de lado los aspectos de nuestro ambiente que de una u otra manera nos influye (Triglia, 2015). Se debe tener en cuenta que, para la existencia de una sociedad, por más pequeña que sea, existe un contexto, un espacio en el que confluyan todos sus integrantes. Y este ambiente condiciona en mayor o menor grado a todos los individuos simplemente por el hecho de estar dentro de él. Además, Bandura hace hincapié, al factor cognitivo, es decir el individuo que aprende no es un sujeto pasivo sino por el contrario es un individuo activo que participa del proceso y sobre todo posee expectativas. Es decir que no dependemos exclusivamente del condicionamiento, el cual implica la repetición, sino que tenemos la posibilidad de cambiar nuestras experiencias en actos más aceptables anticipándonos a las consecuencias futuras que nunca antes se había dado (Guerri, 2021). En conclusión, Bandura en su modelo del Aprendizaje Social toma en cuenta la importancia de los procesos psicológicos privados del individuo, pero estos a pesar de que sólo le pertenecen al individuo, dichos procesos psicológicos tienen un inicio en lo social. Es por ello que al vernos a nosotros mismos reflejados en el comportamiento de los demás podemos seleccionar el modelo a seguir en función a nuestras expectativas (Triglia, 2015).

En la misma época, surge un modelo en contra del conductismo puro, y se centran en estudiar los denominados en un inicio como “eventos privados”, que son los pensamientos, diálogos, representaciones internas, creencias, supuestos, a los que denominan “Modelos Cognoscitivos”. En ese sentido tenemos a Aarón Beck y Albert Ellis como principales representantes de estos modelos de intervención terapéutica a los que nombraron respectivamente como Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva; podemos afirmar que ambos se centran en investigar como el pensamiento influye sobre las emociones.

### **2.2.5. Terapia Cognitiva de Aarón Beck**

La terapia cognitiva es un modelo terapéutico que centra su estudio en conocer los procesos por lo cual el individuo es consciente de su entorno y las implicancias del mismo. Es decir, este modelo pone relevancia en las creencias, los significados, las expectativas, las ideas; los que serían considerados como filtros que los individuos usan para interpretar la realidad, así como también para utilizar la información que hemos guardado a través de la memoria en nuestros cerebros (Triglia, 2016). El psicólogo Aarón Beck ha sido el precursor de este modelo de terapias. Enfoca su teoría en la angustia de un individuo debido a la interpretación personal que él hace de los hechos y no de estos en sí. De ello se desprende el interés que Beck hace sobre la interpretación del individuo a la hora de configurar la depresión, es por ello que propone a la reestructuración cognitiva como tratamiento eficaz para la depresión, en donde se busca que el individuo modifique la manera de interpretar los hechos, es por eso que su estudio se centra en las situaciones vividas y en la interpretación subjetiva de estas situaciones (González et al., 2017). Por lo tanto, el trabajo terapéutico estaría en función a los esquemas mentales del individuo buscando que estos sean flexibles y no rígidos. El modelo que proponer Beck se centra en que frente a una determinada situación los individuos no brindan una respuesta impensada, es decir antes de mostrar una respuesta emocional o conductual, los individuos realizan una interpretación de los hechos en base a sus esquemas mentales previos (González, 2019).

**La organización cognitiva:** Esto quiere decir que el individuo no actúa de forma automática es decir ante determinada situación realiza una interpretación en función a nuestros esquemas cognitivos, es por ello que podemos decir que cada quien tiene determinada forma de procesar la información y esta tiene influencia directa en nuestra forma de actuar. (Díaz et al., 2016).

**Esquemas cognitivos:** Son aquellos que se centran en la forma como los individuos codifican, almacenan y recuperan la información. Es decir, como el individuo percibe la situación de forma concreta y el cómo lo interpreta, es por ello que podemos ver la importancia que tiene aquí los procesos cognoscitivos. (González, 2019)

**Creencias:** Es lo que componen a los esquemas cognitivos, por ello serían los mapas que posibilitan a cada individuo mediante la experiencia ver el mundo, darle sentido y construir estructuras. Algunas de estas son absolutas y duraderas; en cambio otras serían periféricas y serían las que se dan de modo circunstancial y dependen del estado emocional del individuo en ese preciso momento. (Triglia, 2016)

**Los productos cognitivos:** Son aquellos pensamientos como respuesta al contacto con la información que un evento concreto proporciona. Tiene influencia los dogmas, los esquemas y la estructura cognitiva del individuo. En conclusión, la manera de actuar del individuo en concordancia a su forma de ser y a la interpretación del entorno. (González, 2019)

### **2.2.6. Terapia racional Emotiva de Albert Ellis**

Albert Ellis en 1955 postuló la terapia racional emotiva conductual. Fue calificado como el segundo de los psicoterapeutas que más influencia ha tenido en la historia, incluso delante de Sigmund Freud. Este enfoque es un modelo de psicoterapia breve que tiene como finalidad ayudar a los individuos a realizar un cambio, sobre todo en su estado emocional (Pérez, 2019).

La terapia racional emotiva conductual o TREC como ya lo mencionamos es un modelo de psicoterapia breve que tiene como finalidad identificar los pensamientos irracionales y/ o patrones de pensamiento que generan malestar emocional y de esa manera poder cambiarlas por creencias socialmente más aceptadas; lo cual va a permitir al individuo a enfrentar mejor sus dificultades (Landriscini, 2006).

Este enfoque terapéutico tiene tres principios o supuestos (Lega et al., 2017).

**Supuesto nº 1:** Las situaciones activadoras que son interpretadas como desagradables son las que generan consecuencias neuróticas, pero eso no quiere decir que sean las únicas causas del neuroticismo. En ese sentido podemos decir que son las creencias inflexibles que tienen los individuos las que interactúan con las situaciones para que se produzca.

**Supuesto nº 2:** Se da en función a la forma neurótica en que los individuos piensan, sienten o actúan es decir han formado dichas creencias irracionales frente situaciones activadoras estresantes desde la primera infancia. Sin embargo, podemos esperar que en un futuro no sigan esas pautas de comportamiento. Por lo tanto, podemos decir que cuando el individuo muestre esta manera de comportarse en la actualidad lo que estaría realizando sería volver a vivir sus creencias irracionales, por lo tanto, engrandecen sus dificultades. Por lo que podemos decir que los individuos constantemente modifican su sistema de creencias.

**Supuesto nº 3:** Se diría que para los individuos es sencillo poder detectar sus creencias irracionales que con la causa de su conducta neurótica. Por lo tanto, podrían analizarlas y

modificarlas por otras creencias más adaptativas y para ello necesitarían de un trabajo continuo y de tolerancia, no siendo esto por obra de magia si no mediante el esfuerzo y trabajo puesto en práctica. Es por ello que el modelo de Ellis ha sido muy útil al momento de abordar problemas psicológicos.

### **Determinación de las tendencias históricas de la psicoterapia cognitivo conductual y su dinámica.**

El proceso cognitivo conductual ha ido evolucionando desde los primeros estudios de Ellis y Beck, para luego situarse en uno de los métodos psicoterapéuticos más relevantes del mundo occidental. Es por ello que los modelos cognitivos se han puesto en práctica para los diversos problemas de salud mental y han recibido el respaldo de la investigación científica desde los años sesenta hasta la actualidad. Podemos dividir la evolución de la terapia cognitiva en tres momentos fundamentales, los cuales se explicarán en relación a la evolución socio-cultural:

#### **1° fase: La terapia cognitiva - conductual en el medio (inicios de los años 60-1980)**

Este periodo tiene su inicio con la publicación del libro de Ellis (1962) el cual se titula Razón y emoción, así como el artículo de Beck (1963) pensamiento y depresión, en así que en nuestra opinión, finaliza con los cuestionamientos hacia el enfoque cognitivo; es decir en relación a estas críticas inician los modelos constructivistas, los cuales no estaban de acuerdo en que los modelos clásicos al ser racionalistas dejaban de lado parte importante del individuo como los afectos y las emociones (Caro, 2007).

A esta fase también la podríamos considerar como el Modelo de reestructuración cognitiva, la cual incluirá, las terapias de Beck y de Ellis; por lo tanto, los teóricos con entrenamiento psicodinámico desarrollaron la terapia de la reestructuración cognitiva y se centraban en el papel de la interpretación; en tal sentido defienden la importancia de las creencias frente a lo que un individuo expresa. Su enfoque se centra en promover técnicas para cuestionar mediante la razón las creencias arraigadas (Hollon y Beck, 1994).

Este modelo se fundamenta en la relación entre el entorno, la cognición, la emoción, el afecto, la conducta y la biología. Valora la importancia del pensamiento predisponente de un problema psicológico. Es por ello que las cogniciones del individuo (pensamientos, creencias) son

relevantes al momento de comprender el funcionamiento normal y patológico de los individuos (Ruiz, 2020).

Lo fundamental en las terapias cognitivas es el significado y permite que los individuos integren sus estados emocionales, cogniciones y conductas. Para los psicólogos cognitivos el término significado hace referencia a la interpretación sobre una situación que le da el individuo, por lo tanto, dichas interpretaciones dan sentido a vida, teniendo en cuenta los recuerdos, lo planificado para el futuro y el autoconcepto del individuo.

Beck (1967, 1976) define a la terapia cognitiva como: el modelo de psicoterapia centrado en los fundamentos de la psicopatología que postula en relación a la interpretación de las experiencias del individuo va a determinar sus emociones y conductas (Ruiz, 2020).

## **2° fase: El establecimiento cognitivo – conductual (1981-2000)**

En este periodo, la terapia cognitiva se establece de forma definitiva y comienza en 1981, dado que los modelos de reestructuración y los cognitivo conductuales ganan relevancia y grado de aceptación.

Es la fase donde se brinda la apertura de la terapia cognitiva a otros modelos; y en función a las críticas de los modelos constructivistas hacia los modelos cognitivos se fundamentaron en la clasificación que dieron Mahoney y Gabriel (1987) entre modelos "racionalistas" y "constructivistas/evolutivos". La clasificación, que articulaba las diferencias en la manera de aplicar la terapia cognitiva asume las apreciaciones del modelo constructivista a las terapias cognitivas, así como el defender la manera diferente de realizar terapia cognitiva (Caro, 2007).

Por su parte, las terapias cognitivo conductuales, que se desarrollan en este tiempo, definen al pensamiento como un conjunto de auto enunciados encubiertos que podrían influirse por las mismas normas del condicionamiento que van a repercutir en otras conductas. Por lo tanto, su meta es brindar estrategias para enseñar destrezas cognitivas (Clark y Beck, 2012).

Teniendo en cuenta el principio del determinismo recíproco de Bandura (1978) que indican que el individuo se da cuenta de la unión entre los pensamientos irracionales y las conductas: de esta manera poder modificar esta unión debido a la combinación de intervenciones cognitivas, conductuales y fisiológicas.

Existen diversas terapias cognitivas las cuales difieren desde sus inicios y carecen de un marco teórico que los unifique como un modelo teórico general. Una de las clasificaciones más conocidas de las terapias cognitivas es la Mahoney y Arnkoff (1978):

**Técnicas de reestructuración cognitiva:** se fundamentan en la identificación y cambio de las creencias irracionales, pensamientos distorsionados o auto verbalizaciones negativas. Por lo tanto, permiten al individuo a pensar de manera más racional, combatiendo las distorsiones en el procesamiento de la información.

**Técnicas para el manejo de situaciones:** ayudan a que un individuo pueda tener la posibilidad de afrontar de forma adecuada diversas situaciones que demandan de estrés o dolor. El aporte de Meichenbaum se basa en el uso del lenguaje a través del Entrenamiento en Auto-instrucciones.

**Técnicas de solución de problemas:** tiene la consigna de modificar la forma en que el individuo enfrenta los problemas, brindándole de manera sistemática la posibilidad para solucionar aquello que le demanda de estrés.

Los modelos constructivistas, lingüísticos, narrativos hacen un mayor aporte al cognitivismo y lo más resaltante es la unión de dos paradigmas: el clásico o racionalista y el rupturista o evolutivo que serían respectivamente, los modelos modernistas y postmodernistas en la terapia cognitiva (Caro, 2007).

### **3° fase: Un mundo cognitivo – conductual (2001-hasta la actualidad)**

Podríamos relacionar a los modelos que se basan en la reestructuración cognitiva y los cognitivo conductuales con una gnoseología modernista, y a los construccionistas con una gnoseología de tipo postmoderno y de esta manera poder facilitar comprender las diferencias y la evolución de los modelos cognitivos (Castillo, 2017).

En este periodo encontramos a las terapias llamadas de tercera generación como las contextuales, psicoterapia analítica funcional, terapia de aceptación y compromiso, y mindfulness (conciencia plena) y tienen un enfoque cognitivo constructivista que se alejan de

los modelos cognitivos anteriores, además podemos indicar que la práctica clínica se fundamenta en el empirismo a través de criterios de eficacia y efectividad.

Los constructivistas plantean que los problemas psicológicos se configuran cuando surgen eventos inesperados que no podemos integrarlos en nuestro sí mismo es decir superan nuestra capacidad de afronte. Además, indican que el conocimiento no se da de manera unipersonal, sino en la interacción social, en función a ello nuestro entorno cultural va a contribuir a la consolidación. En este sentido, se enmarca al sí mismo dentro de un contexto social. Por ello podemos concluir que conocemos nuestro entorno y a nosotros mismos dentro de un marco de relaciones interpersonales (Delgado, 2019).

*Resumen de la evolución del proceso cognitivo – conductual*

<b>Fase</b>	1° Fase Terapia Cognitiva - Conductual está en el medio (inicios de los 60 – 1980)	2° Fase El establecimiento Cognitivo - Conductual (1981- 2000)	3° Fase Un mundo Cognitivo - Conductual (2001 – hasta la actualidad)
Pensamientos	Se da la importancia a los pensamientos como predisponente de problemas psicológicos. Las cogniciones son esenciales a la hora de comprender la conducta normal y patológica de los individuos.	Definen el pensamiento como los auto-enunciados encubiertos que son dados por las mismas teorías del condicionamiento lo cual van a influir en las conductas manifiestas de otros. Su objeto es brindar estrategias para formar habilidades	El constructivismo toma en cuenta a los procesos inconscientes, es decir los que escapan de la conciencia, es decir aquellos que no brindan el contenido basado en la práctica consciente.

		cognitivas puntuales.	
Acciones	La Terapia cognitivo conductual se fundamenta en la idea de que toda conducta ya sea adaptada o desadaptada se aprende y por lo tanto se puede modificar según los principios del aprendizaje.	El objetivo de la terapia cognitivo - conductual es que el individuo se dé cuenta de la interacción entre los pensamientos irracionales y las conductas por lo tanto es posible modificar esta interacción a través de la reestructuración cognitiva y por ende el cambio conductual.	Los individuos frente a los estímulos del medio reaccionamos de una manera activa, es decir nos anticipamos a dichas situaciones y planteamos posibles alternativas de solución.
Sentimientos	Según Beck la terapia cognitiva tiene en cuenta la teoría de la psicopatología y plantea que la interpretación del individuo según sus experiencias va a determinar sus emociones y por ende su conducta".	Se basa en el conjunto de técnicas para afrontar situaciones difíciles y de esta manera poder fortalecer habilidades para que el individuo tenga la capacidad de afrontar adecuadamente ante situaciones estresantes.	Los constructivistas plantean que los problemas psicológicos se configuran cuando surgen eventos inesperados que no podemos integrarlos en nuestro sí mismo es decir superan nuestra capacidad de afronte.

## **Estrategia Cognitivo Conductual**

La psicología es una ciencia y estudia la conducta del individuo y que tiene diversos enfoques. Plantea tres facetas importantes a la hora de realizar el análisis de la conducta: primero decimos que la conducta, implica acción; segundo el pensamiento que vienen a ser las cogniciones; y tercero la emoción que es el sentimiento relacionado a una conducta.

Los tres factores se dan a dos niveles, uno externo que implica lo conductual y el otro interno que tiene que ver con la cognición y la emoción los cuales se relacionan e influyen entre sí.

Lega et al. (2017) indican que este modelo de terapias utiliza elementos conductuales y cognitivos. Las dos afirman que un aprendizaje necesariamente implica un cambio de conducta y esta puede repercutir de una manera adaptativa o desadaptativa. Es por ello que este modelo se fundamenta en disminuir el malestar dejando de aprender o aprendiendo estrategias de afronte frente a situaciones estresantes. Asimismo, la terapia obtiene resultados positivos cuando la persona modifica sus cogniciones en consecuencia se genera un cambio en su conducta.

Según Méndez et al. (2009) el objetivo de la terapia cognitiva conductual se encarga de flexibilizar las cogniciones rígidas e inflexibles ya que para ellos el sufrimiento del individuo no está en las situaciones vividas si no en las interpretaciones que hace de estas, es por ello que el modelo busca cambiar pensamientos, lo cual influye directamente en las emociones y por ende en las conductas desadaptativas.

Lega et al. (2017) señalan que esta terapia se aplica en función al problema que se está tratando y proponen tres tipos:

- **Reestructuración Cognitiva:** Técnica que busca identificar y modificar pensamientos irracionales por unos pensamientos más adaptativos.
- **Habilidades de Afrontamiento:** Fomentan habilidades en el individuo para poder afrontar situaciones que generan malestar.
- **Solución de problemas:** Busca solucionar diversos problemas del individuo, planteando la importancia de la contribución del individuo con el psicólogo.

El enfoque cognitivo conductual, es flexible y utiliza diversos enfoques variados, que sigue evolucionando con la finalidad de seguir un modelo de psicoterapia efectivo frente a las demandas de los individuos.

### **Origen de la Terapia Cognitivo Conductual**

Para hablar de la historia de la Terapia Cognitivo Conductual tenemos que entender que necesariamente guarda relación con la historia de la psicología. La psicología como ciencia surgió a consecuencia de la revolución de un grupo de filósofos europeos que se interesaron en la ciencia abandonando la filosofía y empezaron a estudiar a la psicología como la ciencia primeramente de la mente y la conciencia.

La Terapia Cognitivo Conductual se fundamenta en dos modelos psicológicos de pensamiento y tenemos al modelo cognitivo y conductual que se manifiesta a través de la teoría del condicionamiento. Según Mahoney y Arnkoff (1978), la dinámica cognitivo conductual es el resultado de no tomarse en cuenta dentro del análisis experimental de la conducta, la importancia de los pensamientos y sentimientos. Para Kazdin (1978), esto podría deberse a la importancia de los procesos cognitivos en la expresión conductual, a pesar de que en algunas investigaciones de psicólogos conductistas lo habían evidenciado.

O'Donohue (1998), indica que se puede determinar en relación a la evolución de la teoría conductual a tres generaciones. La **primera generación** de terapeutas relaciona a la TCC con las teorías del aprendizaje y la influencia con la clínica, es por ello que la conducta normal y anormal se fundamenta en los mismos fundamentos del aprendizaje. En este periodo tenemos a las técnicas de exposición, desensibilización sistemática, técnicas operantes, y biofeedback. La **segunda generación** busca superar los déficits de las teorías del aprendizaje dando énfasis más a los clínicos de la investigación sobre el aprendizaje. La **tercera generación** de terapeutas que se da hasta la actualidad, busca fomentar la relación entre la investigación básica y la aplicación clínica. A esta generación le interesa los nuevos enfoques cognitivos con perfil constructivista. Este enfoque está fundamentado en el empirismo científico a través de juicios de eficacia y efectividad.

### **Principios de la Terapia Cognitivo Conductual**

La Terapia Cognitiva Conductual, tiene como objeto disminuir el sufrimiento psicológico y modificar las conductas que generan malestar al individuo a través de la modificación de las cogniciones (Díaz, 2016).

La Terapia Cognitiva Conductual se basa en el supuesto es posible generar cambios en las cogniciones, las emociones y por ende en la conducta (Keegan, 2012).

La TCC busca la solución de las dificultades presentes y a través de ello reducir el malestar psicológico al reestructurar las cogniciones para así modificar la conducta (Smith, 2017). Es por ello que este modelo de intervención terapéutica tiene dos elementos fundamentales, las cogniciones y las conductas que se desencadenan de las distorsiones cognitivas.

Según Beck (1983) esta corriente toma en cuenta los pensamientos ya que estos son reforzados por las actitudes que el individuo ha ido almacenando a través de las experiencias previas que ha tenido, ya sea de manera positiva o negativa por lo tanto van a reforzar las conductas del individuo en su ambiente.

Este modelo terapéutico empieza identificando las distorsiones cognitivas que elabora el individuo y a consecuencia de ello se desarrollan emociones y conductas que generan malestar en el individuo, generando así problemas psicológicos (Beck, 1983). Es por ello que, mientras el individuo albergue creencias irracionales, lo que tendría que ver con una errónea interpretación de la situación lo cual va a reforzar sus pensamientos distorsionados, por lo tanto, va a desencadenar conductas que refuercen la formación de creencias irracionales; y en consecuencia van a desencadenar síntomas que generen malestar al individuo.

### **Características de la Terapia Cognitivo Conductual**

Vallejo (2019) sostiene que la TCC busca “empoderar” la mente de la persona con la finalidad de que este pueda tener en cuenta sus patrones de pensamientos los cuales influyen directamente en las emociones. Estas emociones si son negativas generan conductas negativas que a su vez refuerzan los ciclos de la ansiedad y la depresión.

Díaz et al. (2017) en relación a las principales características de la Terapia Cognitivo Conductual se tiene:

- La TCC es un modelo terapéutico que se fundamenta en las teorías del aprendizaje y en la actualidad tiene un sustento científico.
- Las técnicas y procedimientos utilizados en TCC en su mayoría se fundamentan en la ciencia; sin embargo, existen otras técnicas que surgen de la experiencia clínica como la reestructuración cognitiva, hipnosis, relajación, técnicas paradójicas, entre otras.
- El objeto del tratamiento es la conducta, a través de las cogniciones.
- La conducta se define como lo aprendido, es decir, fruto de la interacción del individuo con su medio además de tener en cuenta la influencia de los factores biosociales.
- La TCC analiza la historia de vida del sujeto con la finalidad de brindar una explicación a la situación actual.
- Es fundamental tener en cuenta la relación que se da entre individuo y terapeuta, puesto que esto es relevante a la hora de aplicar la técnica psicológica.

### **2.3. Marco Conceptual**

#### **Adaptación:**

Es un estado de equilibrio que se da en el individuo que implica una adecuada relación con el ambiente social. También podríamos decir que es la manera adecuada de responder de un individuo frente a una demanda de su entorno, por lo tanto se da una adaptación cuando existe una modificación conductual. En contraposición los fracasos implican desequilibrios emocionales (Glosario de Psicología, 2020).

#### **Afrontamiento:**

El afrontamiento es la respuesta de un individuo ya sea a nivel cognitivo o conductual con la finalidad de hacer frente a una determinada situación. Por lo tanto, podemos decir que el individuo cuenta con recursos de afrontamiento cuando tiene la capacidad de hacer frente a la situación estresante (Macías, 2013).

#### **Ansiedad:**

Fisterra (2020) define a la ansiedad como una respuesta previa de un daño futuro, el cual se acompaña de manifestaciones emocionales y físicos. La ansiedad normal permite la supervivencia del ser humano, pero cuando los niveles de ansiedad superan nuestra capacidad de afronte pierde su función de adaptación y se convierte en una enfermedad. (Sempere, 2017). Las manifestaciones pueden ser afectivas, cognitivos y conductuales (García et al. 2020).

**Aprendizaje:**

Todo aprendizaje se da a través de un cambio de conducta del individuo como resultado de la experiencia. Así también al cambio de conducta debido a una situación determinada, como resultado de las repeticiones producto de las experiencias en dicha situación (Triglia, 2015).

**Cognitivo:**

Este término tiene relación con el procedimiento de adquisición de conocimiento (cognición) a través de información que es recibida del ambiente (Cognitivo s/f.).

**Conductual:**

Hace referencia a la conducta y podemos decir que es la forma de comportamiento del individuo frente a determinadas situaciones a lo largo de su historia de vida (Pinto, 2007).

**Creencias:**

Las creencias se forman en nuestros primeros años de vida a través de la interacción con nuestro ambiente y son ideas que hemos interiorizado en nuestra mente de forma inconsciente y que van a dirigir nuestros actos y nos impulsan a actuar de una determinada forma (Ellis, 1980).

**Desadaptación:**

Es la incapacidad del individuo de adecuarse a su entorno y es definida como un fenómeno psicosocial, que va a derivarse de la relación problemática entre el individuo y su ambiente no permitiéndole llevar una adecuada calidad de vida (Glosario Psicología, 2020).

**Disfuncional:**

Lo disfuncional se da cuando algo no funciona como debería de ser, es decir que no obtiene el fin en relación al objetivo direccionado (Deconceptos.com, 2020).

**Emociones:**

Las emociones tienen que ver con los afectos que experimentamos por lo tanto son respuestas subjetivas ante determinados estímulos. Podríamos decir que es un estado que deviene de manera brusca en forma de crisis que podrían ser violentas, así como también pasajeras (Guerri, 2021).

**Esquemas:**

Es un marco mental o conceptual que permite organizar e interpretar la información (Vergara, 2020).

**Esquemas desadaptativos:**

Organizaciones cognoscitivas disfuncionales, las cuales se adquieren al inicio de la vida y éstas van a seguir interfiriendo a lo largo de la vida (Young et al., 2013 citado por Pérez y Torres, 2016).

**Terapia Cognitivo – Conductual:**

Es una técnica psicológica que permite al individuo analizar su forma de pensar en relación a sí mismo, de otros individuos y del entorno en donde se desenvuelve; así como también explicar cómo la forma de actuar influye de manera significativa en las cogniciones y emociones del individuo. Por lo tanto, la TCC se va a centrar en cambiar las cogniciones con lo cual va a favorecer el sentirse bien y por ende generar un cambio a nivel conductual. (Serrano, 2001).

### **III. MÉTODO**

#### **3.1. Tipo y Diseño de Investigación**

**Objetivo:** Es aplicada, porque se va a implementar un programa basado en la técnica cognitivo conductual, con la finalidad de encontrar mecanismos o habilidades en función a un determinado problema, buscando su solución.

**Profundización en el objeto:** Es descriptiva, porque describe el proceso cognitivo conductual.

**Tipo de datos empleados:** Es mixta, pues va a integrar tanto el enfoque cualitativo (basados en la observación) y cuantitativo (basados en la medición).

**Grado de manipulación de las variables:** Pre - experimental, debido a que existe un antes y un después, además el aporte práctico será aplicado.

**Tipo de Inferencia:** Hipotético – deductivo.

**Periodo Temporal en que se realiza:** Es transversal (periodo determinado de tiempo).

#### **3.2. Variables, Operacionalización**

##### **3.2.1. Variable independiente:**

Estrategia cognitivo conductual.

##### **3.2.2. Variable dependiente:**

Ansiedad.

#### **3.3. Población y muestra**

**Población:** está constituida por mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a evaluación psicológica mediante solicitud de la autoridad competente a la Unidad Médico Legal de José Leonardo Ortiz y al equipo de psicólogos que laboran en dicha unidad médico legal.

**Muestra:** estará conformada por 20 mujeres y 02 psicólogos, seleccionados a través de muestreo de tipo no probabilístico según:

### **Criterios de Inclusión**

- Mujeres.
- Edad entre 18 y 60 años de edad.
- Mujeres Víctimas de violencia familiar que presenten ansiedad.
- Nivel de estudio mínimo - primaria completa.

### **Criterios de exclusión**

- Hombres.
- < 18 años y > 60 años.
- Que no presenten ansiedad.
- Nivel de estudios: Primaria incompleta.

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

### **3.4.1. Técnicas de recolección de datos**

#### **Métodos teóricos**

- **Análisis – síntesis:** necesario para realizar una caracterización objetiva del proceso cognitivo conductual.
- **Hipotético – Deductivo:** Se plantea hipótesis y de ella se deduce.
- **Abstracto – Concreto:** Abstracción de las teorías y de la noción del proceso cognitivo conductual.
- **Histórico – Lógico:** Fundamenta los antecedentes del proceso cognitivo conductual y su dinámica
- **Sistémico Estructural - Funcional:** Aporte práctico.

## **Métodos empíricos**

**Observación directa:** Exploración directa presente en todo el proceso de interacción con la muestra.

### **3.4.2. Instrumento**

Se aplica el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) que es un cuestionario auto aplicable breve que se usa para medir diversos síntomas de ansiedad en adolescentes - adultos dentro de la clínica y en el campo de la investigación básica.

El BAI, instaurado por Beck, es un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems (con una puntuación de 0 a 84 - adaptado) que valora la sintomatología ansiosa en el aquí y el ahora en adolescentes y adultos. Es una prueba que tiene la capacidad de discriminar la ansiedad y describe síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos.

Los elementos del BAI describen lo síntoma de ansiedad en función a cuatro aspectos importantes:

- Fisiológico.
- Conductual.
- Cognitivo.
- Afectivo.

La categorización sugerida para la interpretación de la ansiedad es la siguiente:

- 00–21 – sin ansiedad
- 22–35 – nivel leve
- 36 – 50 – nivel moderado
- más de 51 - nivel grave.

Cada alternativa de respuesta equivale a una puntuación de 0 a 4, donde 0 significa "nunca", 1 "casi nunca", 2 "a veces", 3 "casi siempre" y la puntuación 4 "siempre". El puntaje total se obtiene sumando todos los ítems. La sintomatología engloba de la última semana a la actualidad.

Es necesario que el evaluador debe tener en cuenta la aparición de síntomas, es decir si estos aparecen mayormente en función a los cuatro aspectos mencionados anteriormente, con la

finalidad de poder encontrar la etiología de la ansiedad y poder establecer el tratamiento efectivo. (Rojas, 2014).

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>ITEMS</b>
<b>Fisiológicas</b>	2, 3, 6, 7, 12, 18, 19, 20, 21
<b>Conductual</b>	4, 8, 10, 13
<b>Cognitiva</b>	9, 11, 16, 17
<b>Afectiva</b>	1, 5, 14, 15

### **3.4.3. Validez y confiabilidad.**

Se ha logrado evidencia de validez de contenido del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), mediante el juicio de experto quien a su criterio está calificando los ítems como válidos para evaluar cada dimensión o tipo de vínculo.

**Tabla 1** *Juicio de Experto del Inventario de Ansiedad de Beck – BAI*

Ítems	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4
Experto	Aprobado	Aprobado	Aprobado	Aprobado

*Nota.* Tal como se observa en la tabla 1, en relación al inventario utilizado para evaluar la Ansiedad en las Mujeres Víctimas de Violencia Familiar tiene una validez que ha sido aprobada por el juicio de un experto.

Así mismo la herramienta empleada para determinar la confiabilidad del instrumento fue el Coeficiente Omega de Mc Donald's que se basa en el análisis de la consistencia interna y que fue seleccionado teniendo como base las características de la investigación. Obteniendo un coeficiente de 0.922 de 21 ítems evaluados.

**Tabla 2 Estadísticos de Confiabilidad**

	N de elementos
Omega de Mc Donald's	
0.922	20

*Nota.* Tal como se observa en la tabla 1, el Cuestionario utilizado por el investigador para evaluar la Ansiedad de Mujeres Víctimas de Violencia Familiar ha obtenido un Coeficiente Omega de Mc Donald's de 0.922, de 21 ítems evaluados.

### **3.5. Procedimientos de análisis de datos**

Luego de la aplicación del instrumento, se procedió a la calificación y al procesamiento de los datos mediante la herramienta estadística como el MS Excel y el SPSS Statistic versión 28, que se usa para la revisión de las respuestas emitidas en cada una de las preguntas del inventario aplicado; obteniendo nuestra base de datos en relación a los resultados en cada dimensión, permitiéndonos así la contrastación con nuestras hipótesis, para luego poder representarlo en tablas y gráficas, finalmente analizarlos e interpretarlos y así poder arribar a las conclusiones de la presente investigación.

### **3.6. Criterios éticos**

Nos remitimos al informe Belmont (1979), en donde se fundamenta los tres elementos éticos primordiales en investigación al trabajar con personas:

- **Respeto por las personas:** es la facultad de poder elegir con independencia en relación a su participación en la investigación, por lo tanto, la firma del consentimiento informado.
- **Beneficencia:** es hacer el bien por lo tanto incrementar los beneficios para las personas.
- **Justicia:** procedimientos equitativos y justos para las personas.

El informe Belmont en la actualidad se encuentra vigente, siendo un referente para quienes investigan y trabajan con personas, así de esta manera poder garantizar las regulaciones éticas en las investigaciones.

### 3.7. Criterios de Rigor científico

Noreña et al. (2012) los criterios a tener en cuenta:

- **Credibilidad:** en función al rigor científico, lo cual conlleva a confianza en los hallazgos.
- **Aplicabilidad:** Si Los descubrimientos de la investigación se puede aplicar en otras personas y medios.
- **Veracidad:** Si se establece un grado de fidelidad y exactitud en la investigación para las personas y su contexto.
- **Confiable:** si los hallazgos son consistentes y que podrían repetirse en un contexto similar.
- **Neutralidad:** garantizar que los resultados de la investigación son fidedignas y no se deben a motivaciones o intereses propios.

## IV. RESULTADOS

### 4.1 Resultados en Tablas y Figuras

En este acápite se muestran los efectos obtenidos luego de aplicar el inventario de ansiedad de Beck – BAI (pre y post test) a las mujeres víctimas de violencia familiar; así mismo se puede evidenciar la efectividad de la estrategia propuesta.

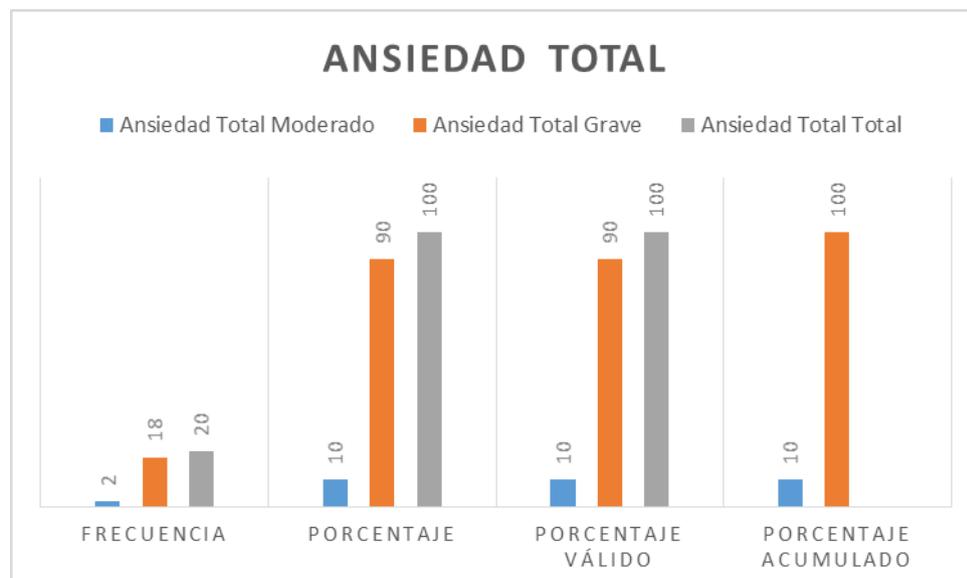
#### 4.1.1 Resultados del pre test

**Muestra:**

**Tabla 3 Ansiedad Total**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Moderado	2	10.0	10.0	10.0
	Grave	18	90.0	90.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Figura 1 Ansiedad Total**



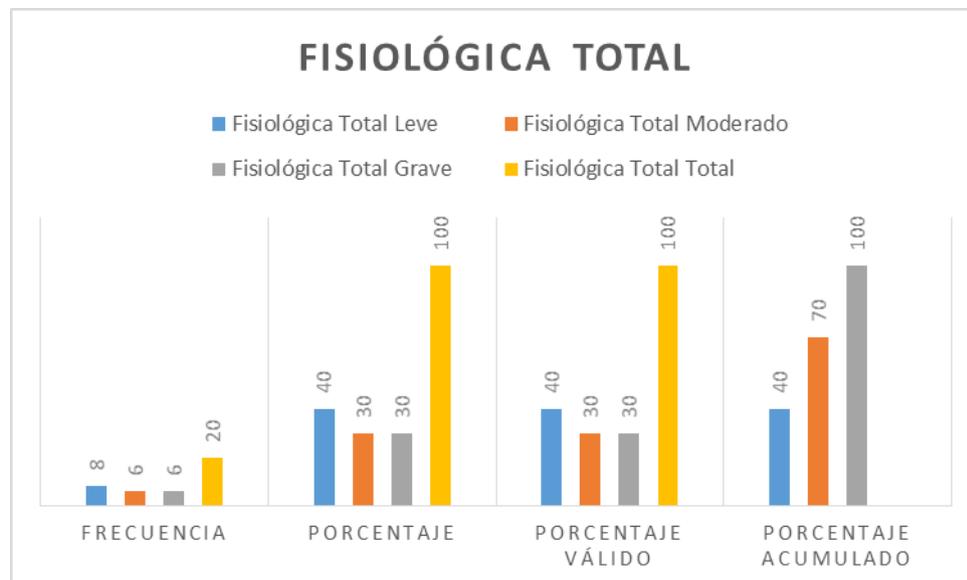
*Nota.* La tabla 3 y la figura 1 nos muestra la frecuencia en relación a la ansiedad total y se puede apreciar que el 90% posee un nivel de ansiedad grave, en comparación a un 10%, ubicado

en la categoría diagnóstica de moderada. No se observa ausencia de indicadores de ansiedad en alguna participante.

**Tabla 4 Fisiológica Total**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	8	40.0	40.0	40.0
	Moderado	6	30.0	30.0	70.0
	Grave	6	30.0	30.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Figura 2 Fisiológica Total**

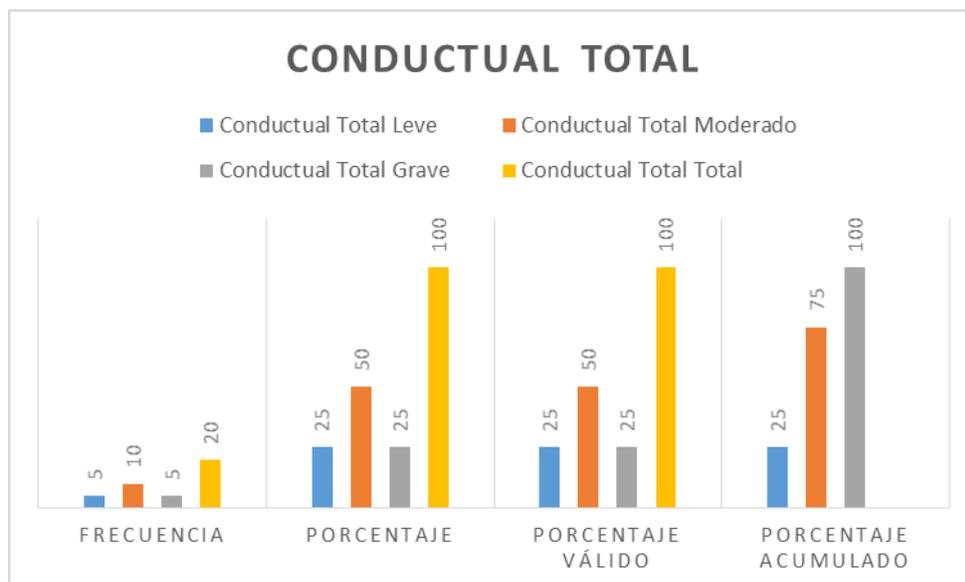


*Nota.* La tabla 4 y la figura 2 nos muestra la frecuencia en relación a la dimensión fisiológica y se puede apreciar que el 30 % tiene un nivel de ansiedad grave, al igual que el nivel moderado (30%), en comparación al 40%, ubicado en la categoría diagnóstica leve.

**Tabla 5 Conductual Total**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	5	25.0	25.0	25.0
	Moderado	10	50.0	50.0	75.0
	Grave	5	25.0	25.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Figura 3 Conductual Total**

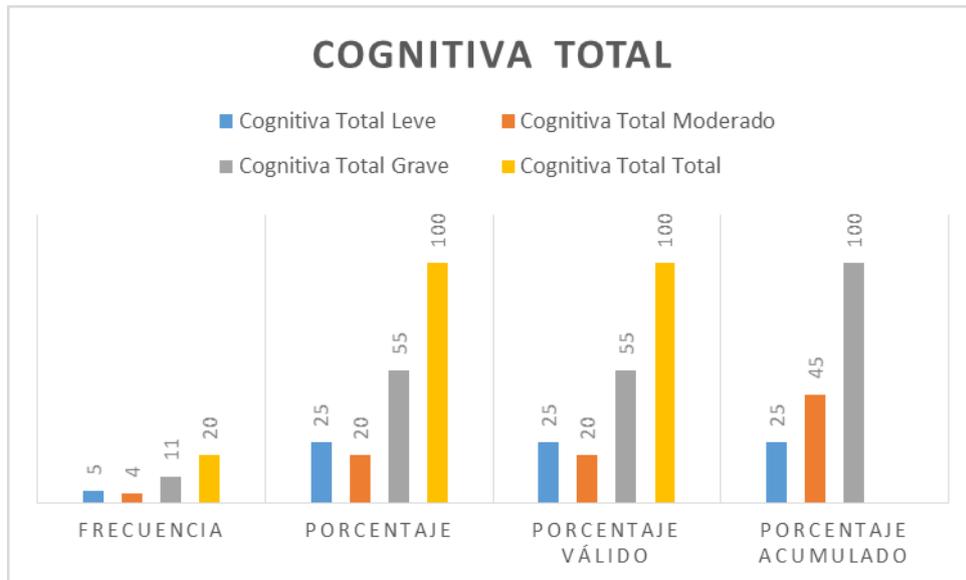


*Nota.* La tabla 5 y la figura 3 nos muestra la frecuencia en relación a la dimensión conductual y se puede apreciar que el 50 % posee un nivel de ansiedad moderada, en comparación al 25%, ubicado en la categoría diagnóstica grave y leve respectivamente.

**Tabla 6 Cognitiva Total**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	5	25.0	25.0	25.0
	Moderado	4	20.0	20.0	45.0
	Grave	11	55.0	55.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Figura 4 Cognitiva Total**

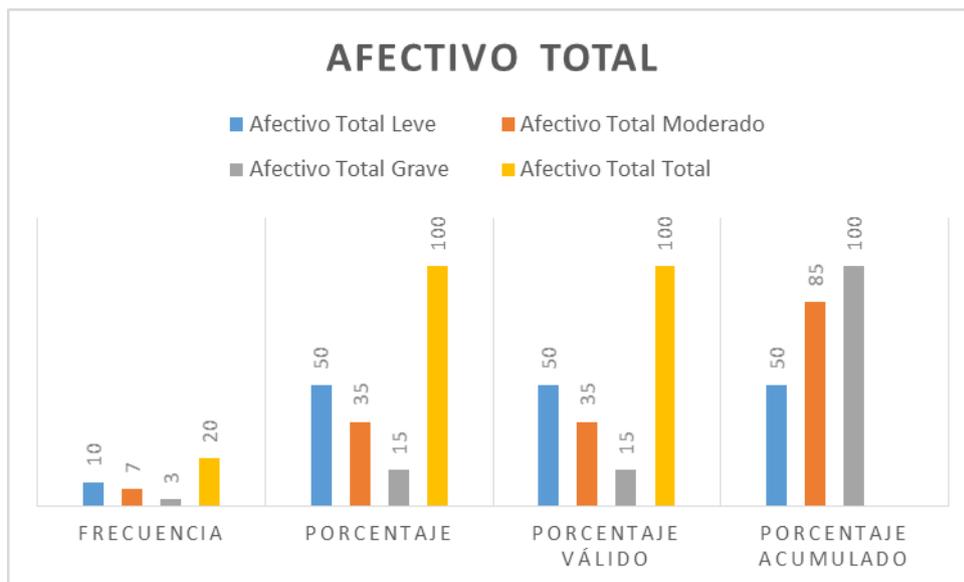


*Nota.* La tabla 6 y figura 4 nos muestra la frecuencia en relación a la dimensión cognitiva y se puede apreciar que el 55% tiene un nivel de ansiedad grave, el 25% una categoría de ansiedad leve, en comparación al 20%, que le corresponde a la categoría diagnóstica de moderada.

**Tabla 7 Afectivo Total**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	10	50.0	50.0	50.0
	Moderado	7	35.0	35.0	85.0
	Grave	3	15.0	15.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Figura 5 Afectivo Total**



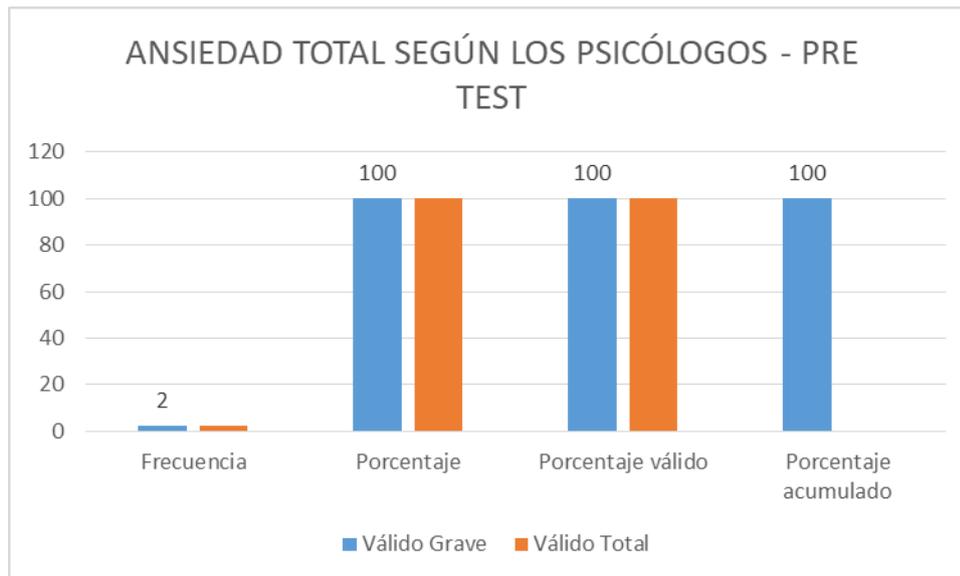
*Nota.* La tabla 7 y figura 5 nos muestra la frecuencia en relación a la dimensión afectiva y se puede apreciar que el 50% tiene un nivel de ansiedad leve, el 35% una categoría de moderado, en comparación al 15%, que le corresponde a la categoría diagnóstica de grave.

## Psicólogos

**Tabla 8 Ansiedad Total**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Grave	02	100.0	100.0	100.0
	Total	02	100.0	100.0	

**Figura 6 Ansiedad Total según los psicólogos**



*Nota.* La tabla 8 y la figura 6 nos muestra los resultados de manera general del cuestionario aplicado a los Psicólogos (pre test) con la finalidad de triangular la información. Los datos obtenidos son congruentes con la muestra en relación a la ansiedad total y se puede apreciar que el 100% posee un nivel de ansiedad grave. No se observa ausencia de indicadores de ansiedad en alguna participante según el criterio de los psicólogos.

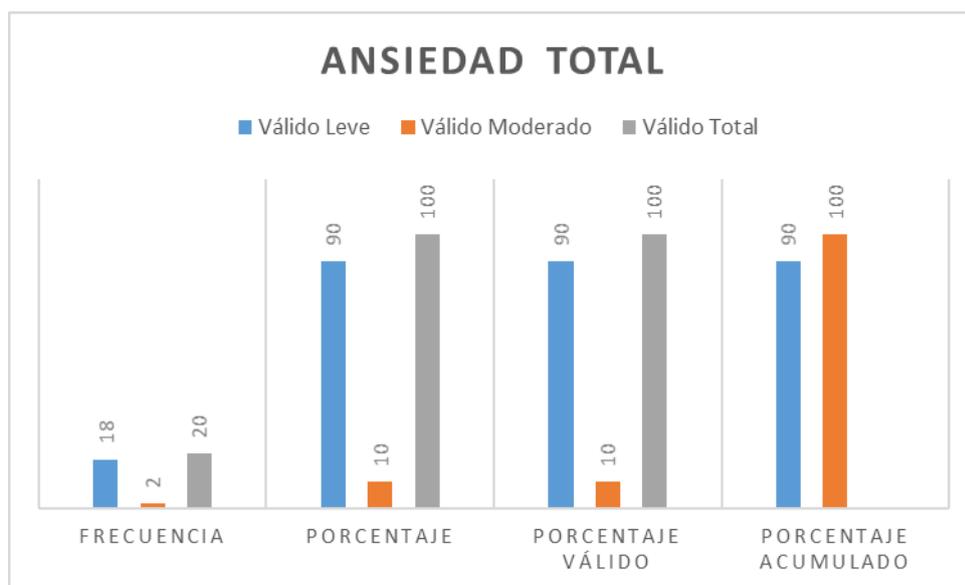
#### 4.1.2 Resultados del pos test

##### Muestra

**Tabla 9 Ansiedad Total**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	18	90.0	90.0	90.0
	Moderado	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Figura 7 Ansiedad Total según los psicólogos**

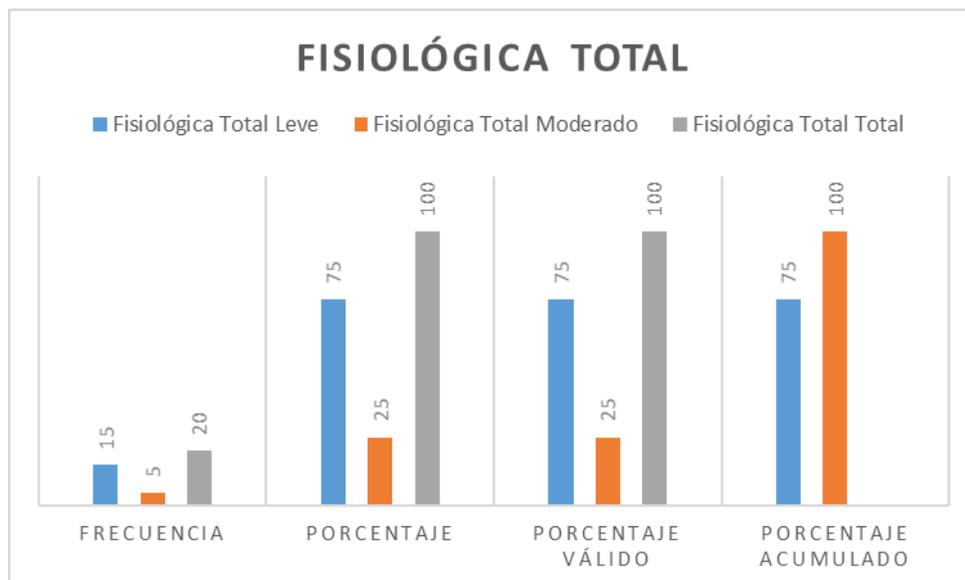


*Nota.* La tabla 9 y figura 7 nos muestra la frecuencia en relación a la ansiedad total y se puede apreciar que el 90% posee un nivel de ansiedad leve, en comparación a un 10% ubicado en la categoría diagnóstica de moderada. Se aprecia que ninguna participante ha obtenido una categoría diagnóstica de ansiedad grave.

**Tabla 10 Fisiológica Total**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	15	75.0	75.0	75.0
	Moderado	5	25.0	25.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Figura 8 Fisiológica Total**

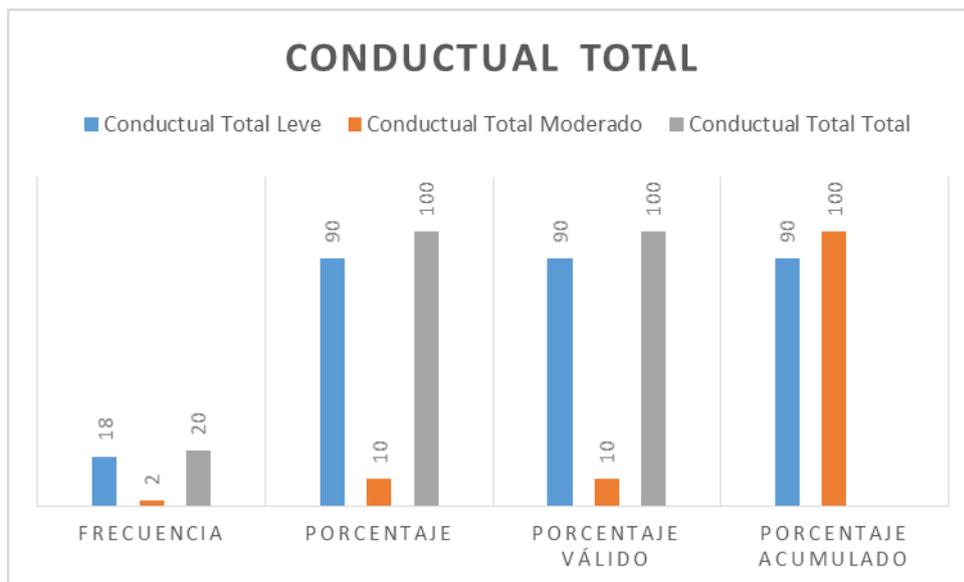


*Nota.* La tabla 10 y figura 8 nos muestra la frecuencia en relación a la dimensión fisiológica y se puede apreciar que el 75 % tiene un nivel de ansiedad leve, en comparación al nivel moderado 25%. No se encuentra ninguna participante en el nivel de ansiedad grave.

**Tabla 11 Conductual Total**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	18	90.0	90.0	90.0
	Moderado	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Figura 9 Conductual Total**

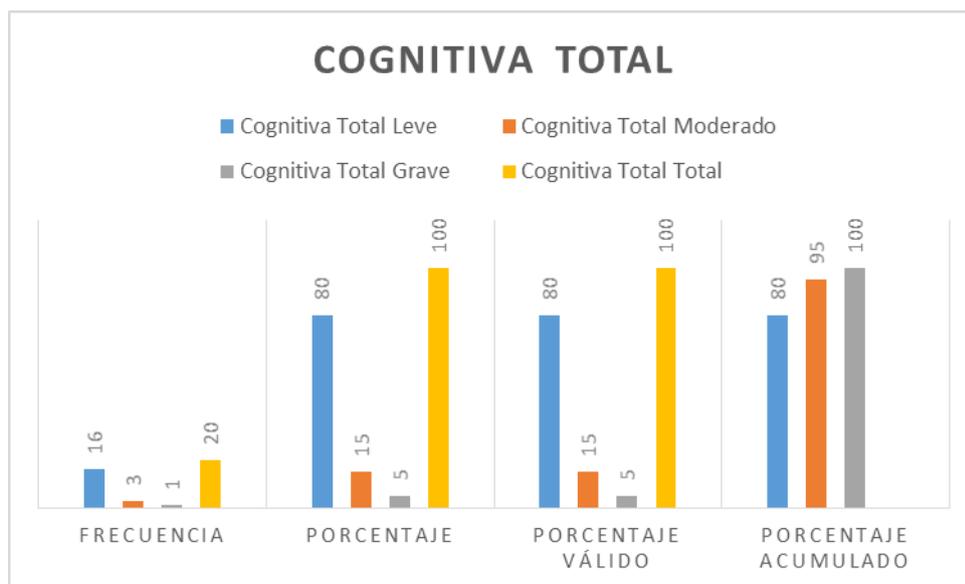


*Nota.* La tabla 11 y figura 9 nos muestra la frecuencia en relación a la dimensión conductual y se puede apreciar que el 90 % posee un nivel de ansiedad leve, en comparación al 10% ubicado en la categoría diagnóstica moderado.

**Tabla 12 Cognitiva Total**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	16	80.0	80.0	80.0
	Moderado	3	15.0	15.0	95.0
	Grave	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Figura 10 Cognitiva Total**

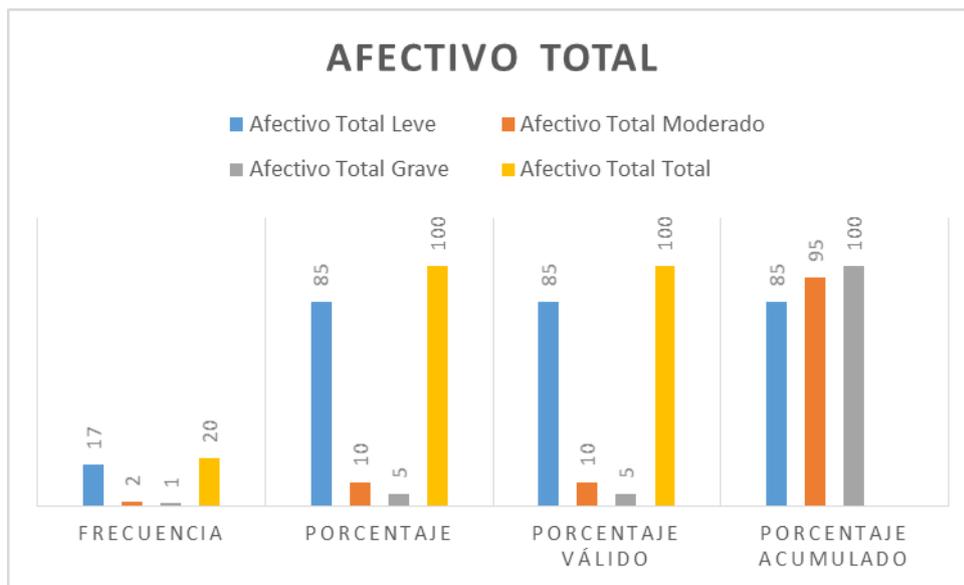


*Nota.* La tabla 12 y figura 10 nos muestra la frecuencia en relación a la dimensión cognitiva y se puede apreciar que el 80% tiene un nivel de ansiedad leve, el 15% una categoría de ansiedad moderada, en comparación al 5%, que le corresponde a la categoría diagnóstica de grave.

**Tabla 13 *Afectivo Total***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	17	85.0	85.0	85.0
	Moderado	2	10.0	10.0	95.0
	Grave	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Figura 11 *Afectivo Total***



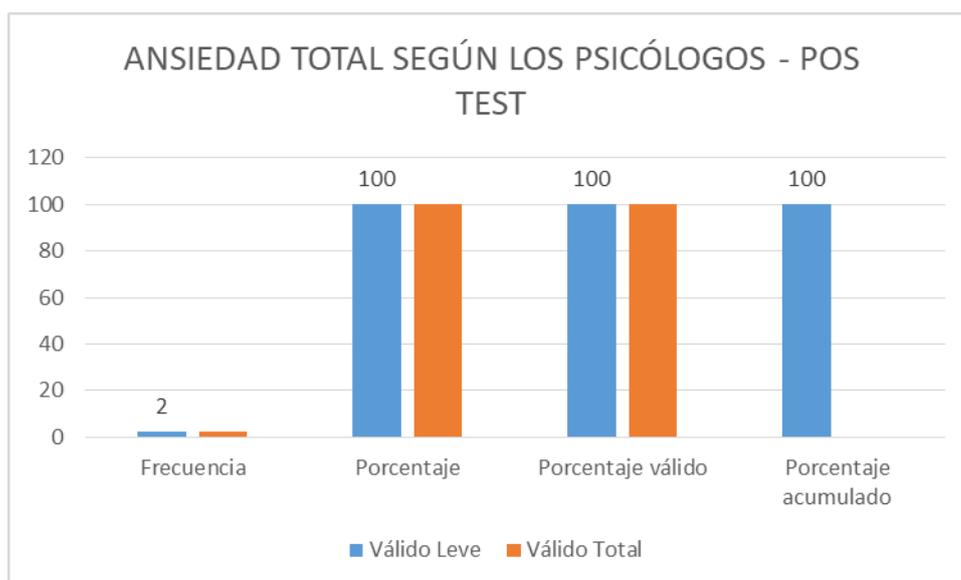
*Nota.* La tabla 13 y figura 11 nos muestra la frecuencia en relación a la dimensión afectiva y se puede apreciar que el 85% tiene un nivel de ansiedad leve, el 10% una categoría de moderado, en comparación al 5%, que le corresponde a la categoría diagnóstica de grave.

## Psicólogos

**Tabla 14 Ansiedad Total**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	02	100.0	100.0	100.0
	Total	02	100.0	100.0	

**Figura 12 Ansiedad total según los psicólogos**



*Nota.* La tabla 14 y la figura 12 nos muestra los resultados de manera general del cuestionario aplicado a los Psicólogos (post test) con la finalidad de triangular la información. Los datos obtenidos son congruentes con la muestra en relación a la ansiedad total y se puede apreciar que el 100% posee un nivel de ansiedad leve. No se observa indicadores moderados y graves de ansiedad en alguna participante según el criterio de los psicólogos.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De lo obtenidos en la escala general de ansiedad, se tiene que el 90% de las mujeres víctimas de violencia familiar obtienen una categoría diagnóstica de ansiedad grave (Tabla 3), lo cual concuerda con el estudio realizado por Lara et. al. (2019) en su muestra compara síntomas de depresión y ansiedad. Los resultados indican diferencias significativas en la depresión y la ansiedad; concluyendo que ambas variables están asociadas significativamente con la violencia.

Así mismo Chavesta y Minaya (2021) concluyeron que la variable violencia intrafamiliar tiene relación con las dimensiones de la ansiedad estado, y la variable ansiedad tiene relación con las dimensiones de maltrato psicológico, físico y sexual. Por lo tanto, se evidencia en la muestra cuando presentan altos niveles en violencia intrafamiliar, tienden a tener puntuaciones más altas en ansiedad estado-rasgo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019, afirma que la ansiedad es una enfermedad mental que afectan a más de un individuo de cada cinco; lo que equivale aproximadamente a un 22% de aquellos individuos que viven en situaciones de conflicto.

En relación a las dimensiones estudiadas se obtiene que a nivel cognitivo el 55% tiene un nivel de ansiedad grave (Tabla 6); en concordancia manifiestan que la ansiedad es la manifestación anticipada frente a una situación que el individuo valora como peligrosa o a una amenaza futura (cognitivo) y se manifiesta además a nivel afectivo a través de intranquilidad, rigidez y vigilancia, lo cual se acompaña a nivel conductual de temblor motor y a nivel fisiológico como hiperhidrosis, temblor, aceleración de la frecuencia cardíaca, entre otros (Díaz, 2019).

Es necesario que el evaluador tenga en cuenta la aparición de síntomas, es decir si estos aparecen mayormente en función a las cuatro dimensiones que son fisiológica, conductual,

cognitiva y afectiva, con la finalidad de poder encontrar la etiología de la ansiedad y poder establecer el tratamiento efectivo. (Castillo, 2017).

Basándose en los resultados obtenidos, nos permitió formular y aplicar una estrategia cognitivo conductual para la ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de Leonardo Ortiz - Chiclayo. En concordancia con nuestro objeto de investigación en cuanto al proceso cognitivo conductual, que tiene por finalidad describir, predecir, explicar y controlar el comportamiento de la persona, por ende, se centra en las cogniciones y su influencia directa en la conducta, por lo que se comprueba la efectividad del programa debido a que luego de aplicarlo se obtiene en relación a la escala general de ansiedad el 10% de la muestra en el nivel de ansiedad moderado y el 90% le corresponde una categoría diagnóstica de leve, no encontrándose ninguna participante en el nivel de ansiedad grave, esto, en contraposición a los resultados del pre test ya que se encontró el 90% de la muestra en un nivel de ansiedad grave.

Esto concuerda con Vásquez (2021), quien en su estudio revisó programas para reducir la ansiedad en mujeres víctimas de violencia producida por su pareja, con una población de 931 estudios, eligiéndose ocho de ellos quienes determinan la eficacia de los programas.

Así mismo Aburto (2021) en su estudio con mujeres víctimas de violencia de pareja cuyo objetivo fue averiguar la eficacia de los programas cognitivos conductuales concluye que los programas cognitivos conductuales presentan eficacia para prevenir la violencia de pareja.

En cuanto a los resultados obtenidos por dimensiones luego de aplicar la estrategia se obtuvo como resultados en la dimensión cognitiva total y afectiva total que solo el 5% respectivamente se encuentran en la categoría de grave a diferencia del pre test cuyos resultados obtenidos en la categoría grave fueron el 55% en la dimensión cognitiva total y el 15% en la dimensión afectiva total. Y en las dimensiones Fisiológica total y Conductual total no se encuentra ninguna participante de la muestra en la categoría de ansiedad grave, esto, a diferencia del pre test que teníamos el 30% y el 25% respectivamente con una categoría de ansiedad grave.

Estos resultados concuerdan con Coronel y Maita (2023) en cuyo estudio concluyeron sobre la eficacia de las técnicas Cognitivo Conductuales al momento de abordar a víctimas de violencia

de género, logrando disminuir la sintomatología activa, repercutiendo en la autoconfianza y mejorando la autonomía. Así mismo Habigzang et al. (2019) concluyeron en su estudio sobre la efectividad del programa de TCC para el abordaje de mujeres en situación de violencia conyugal.

## **VI. APOORTE PRÁCTICO**

### **6.1 Construcción de la Estrategia Cognitivo Conductual para la Ansiedad en Mujeres Víctimas de Violencia Familiar atendidas en la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz.**

En este apartado se detalla lo concerniente a la construcción del aporte práctico, su fundamentación, su estructura y la comprobación de los cambios obtenidos con el desarrollo del aporte: Terapia Cognitiva Conductual, basada en la dinámica del proceso con la finalidad de obtener la solución al problema de investigación que es disminuir la ansiedad en la muestra de estudio. Es por ello importante la propuesta de la estrategia la cual se centra en identificar los pensamientos irracionales para poder modificar conductas y por ende, disminuir la ansiedad y mejorar la calidad de vida de las participantes. Como bien se ha planteado en el diagnóstico inicial a través de las manifestaciones del problema las muestra que forma parte de este estudio presentan sensación de nerviosismo, agitación, aumento del ritmo cardiaco, respiración acelerada, dificultad para concentrarse, dificultad para conciliar el sueño y dificultad para controlar las preocupaciones, siendo estos indicadores de las vivencias producto de la violencia intrafamiliar e interfieren en una adecuada calidad de vida desencadenando la ansiedad.

Para el desarrollo de dicha estrategia se parte de la fundamentación teórica la cual se fundamenta en cuatro pilares básicos que son la Teoría del Condicionamiento Clásico de Iván Pavlov, la Teoría del Condicionamiento Operante de Skinner, la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura y finalmente la Terapia Cognitiva de Aarón Beck.

Así pues, se observa la evidencia empírica al analizar los resultados y presentan sensación de acoloramiento, taquicardia, problemas digestivos, sensación de falta de aire / ahogo, incapacidad de relajarse, inestabilidad conductual, sensación de nerviosismo constante, intranquilidad e inseguridad, tienden a mostrar conductas de evitación y aislamiento, constantemente se siente atemorizadas, muestran preocupaciones en torno a poder morir, presentan sensaciones constantes de miedo producto de pensamientos irracionales, muestran cambios en su estado de ánimo, presentan sentimientos de temor a que ocurra algo malo, muestran miedo a perder el control y tienen tensión emocional.

### **6.1.2. Fundamentación de la Estrategia Cognitivo Conductual**

Para la implementación del aporte práctico se toma el enfoque cognitivo conductual, el cual consiste en analizar los procesos cognitivos y el comportamiento.

Los enfoques Cognitivos Conductuales se enfocan en los pensamientos irracionales, las distorsiones cognitivas y los supuestos adyacentes. Hacer una definición de la teoría cognitivo conductual conlleva a utilizar fundamentos tanto cognitivos y conductuales, debido a la diversidad de propuestas. Vallejo (2019)

Ambos modelos utilizan fundamentos teóricos del aprendizaje en su afán de brindar una explicación de la consolidación de determinadas conductas durante la historia de vida, básicamente en la infancia y la adolescencia. Es decir, integran factores internos (cognitivos) y externos del individuo (conductual).

En ese sentido el proceso cognitivo conductual ha ido evolucionando desde los primeros estudios de Ellis y Beck, para luego situarse en uno de los métodos psicoterapéuticos más relevantes del mundo occidental. Es por ello que los modelos cognitivos se han puesto en práctica para los diversos problemas de salud mental y han recibido el respaldo de la investigación científica desde los años sesenta hasta la actualidad. Castillo (2017)

Este modelo se fundamenta en la relación entre el entorno, la cognición, la emoción, el afecto, la conducta y la biología. Valora la importancia del pensamiento como predisponente de un problema psicológico. Es por ello que las cogniciones del individuo (pensamientos, creencias) son relevantes al momento de comprender el funcionamiento normal y patológico de los individuos. (Ruiz, 2020)

La Universidad internacional de Valencia (2018) en relación a la psicología indica que es una ciencia y estudia la conducta del individuo y que tiene diversos enfoques. Plantea tres facetas importantes a la hora de realizar el análisis de la conducta: primero decimos que la conducta,

implica acción; segundo el pensamiento que vienen a ser las cogniciones; y tercero la emoción que es el sentimiento relacionado a una conducta.

Los tres factores se dan a dos niveles, uno externo que implica lo conductual y el otro interno que tiene que ver con la cognición y la emoción. Cabe mencionar que los tres elementos se relacionan e influyen unos en otros.

### **6.1.3. Estructura del Aporte Práctico**

En el presente estudio se evidencia notablemente que la población que formó parte de esta investigación padecen niveles elevados de ansiedad; las mismas que se especifican en los indicadores pertenecientes a cada dimensión de evaluación. Por lo tanto, es necesario plantear una estrategia cognitivo conductual para el manejo adecuado de la ansiedad y de esta manera mejorar el estilo de vida de las mujeres víctimas de violencia familiar.

Dicha estrategia presenta la siguiente estructura en etapas:

- I. Etapa 1: Diagnóstico.
- II. Etapa 2: Planteamiento del Objetivo de la Estrategia.
- III. Etapa 3: Planeación Estratégica.
  - a. Fases y estrategias para el desarrollo del programa cognitivo conductual.
- IV. Etapa 4: Instrumentación.
- V. Etapa 5: Criterios de Evaluación.

Desarrollo de la estrategia:

#### **I. Diagnóstico:**

- Análisis documental: Realizado durante el proceso de la investigación, con lo cual nos permitió analizar las teorías y antecedentes de la fundamentación teórica del estudio.

- Aplicación del inventario BAI a las mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de José Leonardo Ortiz, con la finalidad de obtener información en relación al problema de estudio el cual la estrategia dará solución.

- Los psicólogos que realizan la evaluación directa son entrevistados, para conocer las deficiencias que tienen el proceso cognitivo conductual en la formación de la ansiedad.

En los resultados se evidencian que las características predominantes de la ansiedad en las mujeres víctimas de violencia familiar se manifiestan a través de:

#### Dimensión Fisiológica

- Tienen sensación de acaloramiento.
- Sus latidos cardiacos se aceleran (taquicardia).
- Presentan problemas digestivos.
- Presentan sensación de falta de aire / ahogo.

#### Dimensión Conductual

- Presentan incapacidad de relajarse.
- Muestran inestabilidad conductual.
- Tienen sensación de nerviosismo constante.
- Presentan intranquilidad e inseguridad.
- Tienden a mostrar conductas de evitación y aislamiento.

#### Dimensión Cognitiva

- Constantemente se siente atemorizadas.
- Muestran preocupaciones en torno a poder morir.

- Presentan sensaciones constantes de miedo producto de pensamientos irracionales.

#### Dimensión Afectiva

- Muestran cambios en su estado de ánimo.
- Presentan sentimientos de temor a que ocurra algo malo.
- Muestran miedo a perder el control.
- Tienen tensión emocional.

## **II. Planteamiento del Objetivo de la Estrategia:**

El planteamiento de las premisas y los requerimientos nos lleva a la formulación del objetivo general de la estrategia y esto nos permite establecer las acciones planeadas:

**Objetivo General:** Fomentar el manejo adecuado de la Ansiedad en las Mujeres Víctimas de Violencia Familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de José Leonardo Ortiz; considerando la dinámica del proceso de un programa cognitivo conductual.

**III. Planeación Estratégica:** Debido a que las mujeres Víctimas de Violencia Familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de José Leonardo Ortiz, presentan categorías de moderada y grave en cuanto al nivel de ansiedad y, que estas se evidencian a través de los signos y síntomas a consecuencia del evento violento que viven dentro de su entorno familiar, pudiendo estas interferir en algunas de las áreas de su funcionamiento psicosocial (personal, social, familiar, laboral y/o académica y de pareja) no permitiéndoles una adecuada calidad de vida. Es por eso, que la estrategia cognitivo conductual fomenta el manejo adecuado de la ansiedad y que a su vez previene conductas de riesgo, se gesta para mitigar dicha problemática, de tal forma que se planifique en su proceso de desarrollo la adquisición de un aprendizaje significativo en cuanto a estrategias y técnicas para el adecuado control de la ansiedad. Este programa está conformado por seis fases.

- a) Fases para la ejecución de la estrategia cognitivo conductual.

- **Fase 1: Psicoeducación:**

**Objetivo:** Identificar la problemática de las mujeres víctimas de violencia familiar, desde la terapia Cognitivo Conductual, a través de la técnica de Psicoeducación.

<u>Actividad</u>	<u>Estrategia</u>	<u>Tiempo</u>	<u>Materiales</u>	<u>Responsable</u>
<p><b>Inicio</b></p> <p>Empezamos dando la bienvenida y agradecimiento de asistencia y puntualidad.</p> <p>Se propone las reglas para las sesiones de trabajo (<b>Anexo A</b>)</p> <p>Luego se da a conocer el propósito de la sesión explicando cuál es el objetivo de la sesión en la cual se va a participar.</p>		15 minutos	Sillas. Ficha de acuerdos.	Psicólogo
<p><b>Desarrollo</b></p> <p>Se plantea los conceptos principales abordando las ideas centrales entorno a las consecuencias que genera en cuanto a la problemática actual (violencia</p>	Psicoeducación	30 minutos	Ficha de termómetro de ánimo	Psicólogo

<p>familiar) para lo cual se exponen las siguientes ideas:  El psicólogo explica que el malestar emocional es una parte normal de la vida, pero existe un malestar emocional patológico que se encuentra asociado con altos índices de ansiedad y angustia, causada por experiencias negativas de vida (violencia familiar).</p> <p>Además, se realiza el encuadre, sobre cuánto tiempo durará la sesión y cómo va a tener que cumplir con las consignas que se le brinden, para</p>		<p>15 minutos</p>		<p>Psicólogo</p>
--	--	-------------------	--	------------------

<p>que pueda aplicarlas en su vida diaria.</p> <p>El psicólogo incentiva a la participante a realizar alguna interrogante ¿Tienes alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy?</p> <p><b>Cierre</b></p> <p>El psicólogo asigna tareas indicando que debe completar todas las semanas el “Termómetro del ánimo” cuyo propósito es identificar cómo se siente cada día de la semana y cómo va cambiando el estado de ánimo de la participante a lo largo de las sesiones de intervención.</p> <p>Para lo cual lo tiene que completar al final del día,</p>				
---	--	--	--	--

<p>marcando cómo se ha sentido o cómo estuvo su ánimo en general durante ese día.</p> <p>La participante debe traer el ejercicio realizado a la próxima sesión de intervención para discutirlo (<b>Anexo B</b>)</p>				
---	--	--	--	--

- **Fase 2: Identificación de Pensamientos:**

**Objetivo:** Identificar pensamientos negativos y positivos desde la terapia Cognitivo Conductual, a través de la técnica Flecha Descendente.

<u>Actividad</u>	<u>Estrategia</u>	<u>Tiempo</u>	<u>Materiales</u>	<u>Responsable</u>
<p><b>Inicio</b></p> <p>Empezamos preguntando ¿Cómo te sentiste al llenar tu termómetro del ánimo cada día?, ¿tuviste alguna sorpresa?, incentivando a que nos narren los eventos que se hayan suscitado.</p>		<p>15 minutos</p>	<p>Sillas Preguntas acordes.</p>	<p>Psicólogo</p>

<p>Luego se explica la importancia de los pensamientos ante las diversas situaciones que afrontamos día a día.</p> <p><b>Desarrollo</b></p> <p>El psicólogo busca detectar los pensamientos negativos que son dañinos y que se manifiestan con regularidad, por lo que se conduce a la participante a considerar el significado profundo de lo que piensa, preguntando ¿En qué momento iniciaste a sentirte así?, ¿Qué te pasó en ese momento por tu mente?, ¿Cuál sería la consecuencia si pasará esto?, ¿y qué es lo peor que podría pasar?, ¿y eso qué significa?,</p>	<p>Flecha Descendente</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Ficha de pensamientos negativos.</p> <p>Ficha de pensamientos positivos.</p>	<p>Psicólogo</p>
		<p>15 minutos</p>		<p>Psicólogo</p>

<p>de tal manera que permita comprender sus creencias que originan sus problemas emotivos – conductuales, posteriormente reflexionar acerca de las consecuencias de las mismas.</p> <p><b>Cierre</b></p> <p>El terapeuta asigna tareas indicando que debe marcar con un aspa (x) en la lista de pensamientos negativos y positivos que le suscitan cada día.</p> <p><b>(Anexo C-D)</b></p>				
--	--	--	--	--

– **Fase 3: Modificación de Pensamientos Negativos:**

**Objetivo:** Modificar interpretaciones o pensamientos negativos para fortalecer y aumentar los pensamientos positivos desde la terapia Cognitivo Conductual, a través de la técnica Reestructuración Cognitiva – Método ABC.

<u>Actividad</u>	<u>Estrategia</u>	<u>Tiempo</u>	<u>Materiales</u>	<u>Responsable</u>
------------------	-------------------	---------------	-------------------	--------------------

<p><b>Inicio</b></p> <p>Se da inicio a la intervención, afianzando el abordaje en que ha venido presentando a la participante durante sesiones anteriores, además, se aborda las dificultades en las relaciones familiares de la paciente, realizando algunas interrogantes ¿Cómo te has sentido? ¿Qué piensas hacer ante ello?</p>		<p>15 minutos</p>	<p>Sillas Preguntas acordes.</p>	<p>Psicólogo</p>
<p><b>Desarrollo</b></p> <p>Se trabaja con los pensamientos negativos o ideas irracionales ya identificadas y las consecuencias emocionales o conductas que estas producen, realizando una serie de preguntas que conllevan a</p>	<p>Reestructuración cognitiva Método ABC</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Ficha de auto-registro.</p>	<p>Psicólogo</p>

<p>contrarrestar ideas irracionales en la participante tales como: ¿Puedes demostrar o mantener racionalmente esa creencia?, ¿Qué pruebas tienes de la verdad de esa creencia?, ¿Qué pruebas tienes de la falsedad de esa creencia?, ¿Qué es lo peor que te puede pasar si no se cumple tu creencia?, ¿Qué cosas buenas pueden pasarte o puedes hacer que te sucedan si decides renunciar a tu creencia?, estás preguntas llevan a la participante al inconsciente de una creencia negativa, con el fin de cambiar por otras ideas más racionales (pensamientos</p>		<p>15 minutos</p>		<p>Psicólogo</p>
---	--	-------------------	--	------------------

<p>positivos).</p> <p>Finalmente poder demostrar evidencias de los pensamientos irracionales con el fin de comprobar la incoherencia de los pensamientos negativos o irracionales</p> <p><b>Cierre</b></p> <p>El psicólogo incentiva a la participante a responder las siguientes interrogantes:</p> <p>¿Qué pensamientos te ayudan a disfrutar de una actividad?, ¿Qué pensamientos te hacen difícil disfrutar de una actividad?,</p> <p>¿Alguna vez disfrutaste una actividad que pensaste que no ibas a disfrutar?</p> <p>Finalmente el psicólogo asigna</p>				
---	--	--	--	--

tareas indicando que debe autorregistrar sus pensamientos negativos o irracionales. <b>(Anexo E)</b>				
--	--	--	--	--

- **Fase 4: Reducir la Tensión Emocional:**

**Objetivo:** Reducir la tensión emocional desde la terapia Cognitivo Conductual, a través de la técnica de persuasión verbal.

<u>Actividad</u>	<u>Estrategia</u>	<u>Tiempo</u>	<u>Materiales</u>	<u>Responsable</u>
<b>Inicio</b> Saludamos y se introduce el objetivo mediante la clarificación de sus ideas a través del cambio lingüístico de la emoción, potenciando su estado anímico verbalizando el pensamiento, mediante preguntas. (¿Cómo te sientes?): Se le explicara que diferentes tipos de		15 minutos	Sillas. Preguntas acordes.	Psicólogo

<p>pensamientos producen diferentes efectos en su estado de ánimo. Algunos pensamientos aumentan la posibilidad de que te sientas ansiosa, mientras que otros le ayudan a sentirse bien.</p>	<p>Técnica de persuasión verbal</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Ficha de auto-registro.</p>	<p>Psicólogo</p>
<p><b>Desarrollo</b></p> <p>Se buscará: reducir la distorsión del pensamiento y reforzar su capacidad de sentir y manifestar afecto escribiendo y verbalizando para empezar a modificar su historia llevándola a un estado cognitivo elevado mediante la reflexión.</p> <p>Se realizará un listado de los Pensamientos negativos y se le dirá que escriba una nueva</p>		<p>15 minutos</p>		<p>Psicólogo</p>

<p>lista transformándolos en pensamientos positivos para ello se discutirá unos estilos de pensamientos, o formas de ver las cosas que le pasa, y si son dañinos identificándolos porque le hacen sentir mal ya que frecuentemente no están basados en hechos reales.</p> <p><b>Cierre</b></p> <p>Se reevaluará su percepción de su conducta para ello hacer que razone mediante la activación de su área prefrontal y cotejara sus pensamientos día a día:</p> <p>Tarea para su casa: realizar un listado de pensamientos negativos que luego los coteje y los transforme en pensamientos positivos además que</p>				
---	--	--	--	--

los verbalice en voz alta. Durante una semana. (Anexo F)				
--	--	--	--	--

- **Fase 5: Fortalecer la Seguridad y Autoconfianza:**

**Objetivo:** Fortalecer la sensación de seguridad y auto confianza para afrontar los retos futuros desde la terapia Cognitivo Conductual, a través de la técnica de entrenamiento en solución de problemas.

<u>Actividad</u>	<u>Estrategia</u>	<u>Tiempo</u>	<u>Materiales</u>	<u>Responsable</u>
<b>Inicio</b> Se solicita a la participante escribir unas metas a corto plazo, a largo plazo y de la vida en la hoja titulada Metas Individuales (en función a cortar el ciclo de violencia en el que viven). Luego a partir de algunas metas discutir cómo puedes cumplir la meta si es que se te presenta un problema. ¿Qué herramientas utilizarías?, ¿Cuáles serían tus soluciones?	Entrenamiento en solución de problemas.	15 minutos	Sillas. Preguntas acordes.	Psicólogo
		30 minutos	Hojas. Lapiceros. Preguntas acordes.	Psicólogo

<p><b>Desarrollo</b></p> <p>El psicólogo tiene como propósito identificar la situación real (violencia familiar) en la cual se centrará la intervención para llegar a la solución, esto permitirá a la participante reconocer sus problemas y buscar soluciones adecuadas e iniciar la solución. Para ello se le pregunta ¿conoce a alguien con el mismo problema?, ¿cree que es el único caso?, ¿qué cree que hicieron para solucionar su problema?, ¿usted cómo podrías enfrentarlo?, ¿qué le parece si buscamos una alternativa?, ¿me podría mencionar que situaciones le generan ansiedad?, ¿me puede describir lo que siente en esos</p>				
---	--	--	--	--

<p>momentos?, esas respuestas serán utilizadas para identificar sub problemas que derivan y repercuten en la situación generadora del problemática amenazante. Luego se le muestra las diferentes alternativas y soluciones para abordar la etiología, el abanico de posibilidades debe ser amplio considerando todas las posibilidades aun pareciendo descabelladas ya que no se está en una etapa de valoración, luego la participante escogerá la mejor alternativa de solución, para ello debe preguntarse ¿conseguiré mi meta con esta alternativa?, ¿podré realizarla de modo optimo? y ¿qué</p>		<p>15 minutos</p>		<p>Psicólogo</p>
--	--	-------------------	--	------------------

<p>consecuencias podrá tener?, luego verificará la efectividad de la alternativa de solución en su vida real al ponerla en práctica.</p> <p><b>Cierre</b></p> <p>El psicólogo evaluará su capacidad de afrontamiento ante una situación problemática para ello mediante la asignación de un caso (<b>Anexo G</b>).</p>				
--	--	--	--	--

- **Fase 6: Incorporar Técnicas de Relajación:**

**Objetivo:** Incorporar la relajación en la práctica cotidiana desde la terapia Cognitivo Conductual, a través de la técnica de relajación muscular.

<u>Actividad</u>	<u>Estrategia</u>	<u>Tiempo</u>	<u>Materiales</u>	<u>Responsable</u>
<p><b>Inicio</b></p> <p>Estableceremos planes para afrontar de forma concreta las adversidades que se presenten desde una mayor perspectiva y objetividad.</p>		<p>15 minutos</p>		<p>Psicólogo</p>

<p>Buscaremos estrategias prácticas para ir resolviendo los problemas que se presenten dentro de nuestro entorno familiar.</p> <p><b>Desarrollo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Puntuare en una ficha seguimiento para que mediante los resultados analice las probabilidades de éxito o fracaso de la intervención.</li> <li>● Se le ayudara a comprender que el modo de pensar y sentir le ayudaran a conducirse en el mundo y que lo aprendido lo utilice para regular sus pensamientos potenciando su estado anímico.</li> </ul>	<p>Técnica de Relajación.</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Ficha de seguimiento.</p> <p>Grabadora o parlante.</p> <p>Sillas.</p> <p>Hojas.</p> <p>Lapiceros.</p>	<p>Psicólogo</p>
---	-------------------------------	-------------------	--	------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aplicaremos la técnica de la relajación buscando reducir la tensión física, a través de la relajación muscular y respiración diafragmática con música suave.</li> <li>● Terminado este ejercicio crearemos situaciones mentales agradables y para este fin identificaremos cual es el lugar que le agrada y le genera paz y tranquilidad.</li> </ul> <p><b>Cierre</b> Se le propondrá otras alternativas que direccionen su pensamiento a un estado agradable, de esta manera</p>		<p>15 minutos</p>		<p>Psicólogo</p>
--	--	-------------------	--	------------------

<p>educaremos su actitud y conducta para dar un paso decisivo en la consecución de objetivos vitales, partiendo del presente al futuro en busca de sus aspiraciones, de esta manera al haber generado pensamientos positivos, todo obstáculo o dificultad puede constituirse como una oportunidad de superación y terminar con el ciclo de violencia (Anexo H).</p>				
---	--	--	--	--

#### **IV. Instrumentación:**

Se desarrolló el aporte práctico durante seis semanas y consta de seis fases, las que han sido implementadas a través de seis actividades. Las condiciones necesarias son:

- Consentimiento informado por parte de la Jefatura de la Unidad Médico Legal de José Leonardo Ortiz para la ejecución del Aporte Práctico.

- Participación y compromiso de las mujeres víctimas de violencia familiar en las actividades planificadas, para llevar a cabo el desarrollo de las actividades propuestas en el Aporte Práctico mediante la Estrategia Cognitivo - Conductual en el manejo de la ansiedad.

- Profesional Psicólogo para el desarrollo del Aporte Práctico para el manejo de la ansiedad.

- Elaboración de las actividades con la metodología adecuada y reflexiva de las participantes sobre los procesos a desarrollar en el desarrollo del Aporte Práctico.

- Establecer las orientaciones didáctico-metodológicas que guíen a las participantes en cuanto al control de la ansiedad.

Responsable:

- La persona responsable, es el Bach. Ronald Enrique Chilon Quiroz. El objetivo de la estrategia es absolutamente conocido por el responsable.

- Las participantes son: 20 mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de José Leonardo Ortiz.

#### V. Criterios de Evaluación:

Fases	Indicador de logro	Criterio de medida	Evidencias
Fase 1: Psicoeducación	Identificar la problemática de las mujeres víctimas de violencia familiar, desde la terapia Cognitivo Conductual, a través de la técnica de Psicoeducación.	- Al menos el 80 % de las participantes comprenden situaciones de vida en las que su estado de ánimo ha sido variable dentro de los parámetros de normalidad y en otras ocasiones, ha traspasado límites llegando a un estado de ánimo patológico (ansiedad).	Ficha de acuerdos. Ficha de termómetro de ánimo.

Fase 2: Identificación de Pensamientos.	Identificar pensamientos negativos y positivos desde la terapia Cognitivo Conductual, a través de la técnica Flecha Descendente.	- Al menos el 80 % de las participantes identifican situaciones vividas, las cuales han sido interpretadas a través de un pensamiento negativo o positivo y como esto repercute en su estado emocional y por ende en su conducta.	Ficha de pensamientos negativos.  Ficha de pensamientos positivos.
Fase 3: Modificación de Pensamientos Negativos.	Modificar interpretaciones o pensamientos negativos para fortalecer y aumentar los pensamientos positivos desde la terapia Cognitivo Conductual, a través de la técnica Reestructuración Cognitiva – Método ABC.	- Al menos el 80 % de las participantes aprenden a modificar las interpretaciones o pensamientos negativos a través de pensamientos o interpretaciones positivas y esto repercute de manera significativa en la mejora de su estado emocional y por ende en su conducta.	Ficha de auto-registro.
Fase 4: Reducir la Tensión Emocional.	Reducir la tensión emocional desde la terapia Cognitivo Conductual, a través de la técnica de persuasión verbal.	- Al menos el 80 % de las participantes aprenden a reducir la tensión emocional al modificar las interpretaciones o pensamientos negativos a través de pensamientos o interpretaciones positivas lo cual	Ficha de auto-registro.

		repercute de manera significativa en la mejora de su estado emocional y por ende en su conducta.	
Fase 5: Fortalecer la Seguridad y Autoconfianza.	Fortalecer la sensación de seguridad y autoconfianza para afrontar los retos futuros desde la terapia Cognitivo Conductual, a través de la Técnica de Entrenamiento en Solución de Problemas.	- Al menos el 80 % de las participantes aprenden a fortalecer su seguridad y autoconfianza al planificar metas futuras y ponerlas en práctica luego de valorar alternativas de solución buscando ponerlas en práctica para obtener resultados positivos en cuanto a cortar el ciclo de violencia.	Hoja de preguntas.
Fase 6: Incorporar Técnicas de Relajación.	Incorporar la relajación en la práctica cotidiana desde la terapia Cognitivo Conductual, a través de la técnica de relajación muscular y respiración diafragmática.	- Al menos el 80 % de las participantes aprenden a incorporar técnicas de relajación y aplican lo aprendido en cuanto al control de sus pensamientos con la finalidad que se obtenga un estado de bienestar y se supere la ansiedad generada por la violencia familiar.	Ficha de seguimiento.

## VII. VALORACIÓN Y CORROBORACIÓN DE LOS RESULTADOS

### 7.1 Ejemplificación de la aplicación del aporte práctico

El desarrollo de aporte práctico se llevó a cabo en el lapso de junio a julio del 2022, se desarrolló de manera presencial a razón de una fase por semana iniciando el día 07 de junio la fase 1 denominada “Psicoeducación”, el 14 de junio la fase 2 denominada “Identificación de Pensamientos”, el 21 de junio la fase 3 denominada “Modificación de Pensamientos Negativos”, el 28 de junio la fase 4 denominada “Reducir la Tensión Emocional”, el 05 de julio la fase 5 denominada “Fortalecer la Seguridad y Autoconfianza”, finalmente el 12 de julio la fase 6 denominada “Incorporar Técnicas de Relajación”.

### 7.2 Corroboración estadística de las transformaciones logradas

Luego de las seis sesiones de intervención de la estrategia cognitivo conductual, y por medio del pre y pos test aplicado, se obtuvo los siguientes resultados:

**Tabla 15 Resultados del pre y pos test de la Ansiedad Total**

		Pre Test		Pos Test		
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Válido	Leve	-	-	Leve	18	90.0
	Moderado	2	10.0	Moderado	2	10.0
	Grave	18	90.0	Grave	-	-
	Total	20	100.0	Total	20	100.0

*Nota.* La tabla N° 15 nos muestra la eficacia de la estrategia cognitivo conductual en relación a la ansiedad total y se puede apreciar que antes de la aplicación de la estrategia teníamos el 90% de las participantes con un nivel de ansiedad grave y un 10% con un nivel de ansiedad moderado, en comparación a la muestra luego de aplicarse la estrategia se tiene que el 90% obtiene una categoría diagnóstica de ansiedad leve y un 10% se encuentra en la categoría de ansiedad moderado, no teniendo ninguna participante con la categoría de ansiedad grave lo cual quiere decir que el programa ha sido efectivo en cuanto al manejo de la ansiedad en las mujeres víctimas de violencia familiar.

**Tabla 16 Resultados del pre y pos test de la dimensión Fisiológica Total**

		Pre Test		Pos Test		
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Válido	Leve	8	40.0	Leve	15	75.0
	Moderado	6	30.0	Moderado	5	25.0
	Grave	6	30.0	Grave	-	-
	Total	20	100.0	Total	20	100.0

*Nota.* La tabla N° 16 nos muestra los resultados obtenidos en relación a la dimensión fisiológica total y se puede apreciar que antes de la aplicación de la estrategia teníamos el 30% de la muestra con un nivel de ansiedad grave y moderado respectivamente, además del 40% en la categoría de leve, en comparación, al aplicarse la estrategia se obtiene que ninguna participante se encuentra en la categoría grave de ansiedad, teniendo al 75% de las participantes en la categoría diagnóstica de ansiedad leve y un 25% en la categoría de ansiedad moderado, lo cual demuestra la eficacia de la estrategia.

**Tabla 17 Resultados del pre y pos test de la dimensión Conductual Total**

		Pre Test		Pos Test		
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Válido	Leve	5	25.0	Leve	18	90.0
	Moderado	10	50.0	Moderado	2	10.0
	Grave	5	25.0	Grave	-	-
	Total	20	100.0	Total	20	100.0

*Nota.* La tabla N° 17 nos muestra los resultados obtenidos en relación a la dimensión conductual total y se puede apreciar que antes de la aplicación de la estrategia teníamos el 25% de la muestra con un nivel de ansiedad grave, un 50% con un nivel de moderado y un 25% con

una categoría de ansiedad leve, en comparación, al aplicarse la estrategia se obtiene que ninguna participante se encuentra en la categoría grave de ansiedad, teniendo al 90% de las participantes en la categoría diagnóstica de ansiedad leve y solo un 10% en la categoría de ansiedad moderado, lo cual demuestra la eficacia de la estrategia.

**Tabla 18 Resultados del pre y pos test de la dimensión Cognitivo Total**

		Pre Test		Pos Test		
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Válido	Leve	5	25.0	Leve	16	80.0
	Moderado	4	20.0	Moderado	3	15.0
	Grave	11	55.0	Grave	1	5.0
	Total	20	100.0	Total	20	100.0

*Nota.* La tabla N° 18 nos muestra los resultados obtenidos en relación a la dimensión cognitivo total y se puede apreciar que antes de la aplicación de la estrategia teníamos el 55% de la muestra con un nivel de ansiedad grave, el 20% en la categoría moderado y el 25% en la categoría leve, en comparación, al aplicarse la estrategia se obtiene que el 5% de las participantes se encuentra en la categoría grave de ansiedad, el 15% en la categoría de ansiedad moderado y un 80% en la categoría de ansiedad leve, lo cual demuestra la eficacia de la estrategia.

**Tabla 19 Resultados del pre y pos test de la dimensión Afectivo Total**

		Pre Test		Pos Test		
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Válido	Leve	10	50.0	Leve	17	85.0
	Moderado	7	35.0	Moderado	2	10.0
	Grave	3	15.0	Grave	1	5.0
	Total	20	100.0	Total	20	100.0

*Nota.* La tabla N° 19 nos muestra los resultados obtenidos en relación a la dimensión afectiva total y se puede apreciar que antes de la aplicación de la estrategia teníamos el 15% de la muestra con un nivel de ansiedad grave, el 35% en un nivel moderado y el 50% en un nivel

leve, en comparación, al aplicarse la estrategia se obtiene que un 5% de la muestra se encuentra en la categoría grave de ansiedad, el 10% en la categoría diagnóstica de moderado y un 85% en la categoría de ansiedad leve, lo cual demuestra la eficacia de la estrategia.

## VIII. CONCLUSIONES

La elaboración del aporte práctico bajo el enfoque cognitivo - conductual para disminuir los niveles de ansiedad en las mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la unidad médico legal de José Leonardo Ortiz, se concluye:

- La determinación epistemológica del proceso de la intervención cognitivo conductual respalda sus bases teóricas y metodológicas en fundamentos teóricos del aprendizaje, en su afán de brindar una explicación de la consolidación de determinadas conductas durante la historia de vida, básicamente en la infancia y la adolescencia. Es decir, integran factores internos (cognitivos) y externos del individuo (comportamentales).
- Se estableció las directrices históricas del proceso de la terapia cognitivo conductual, asumiendo sus inicios en la década del 60, constituyéndose por diversas perspectivas psicoterapéuticas, lo cual nos ha permitido en la actualidad ser utilizada en personas con diversos problemas psicológicos especialmente en los trastornos afectivos como la ansiedad.
- Concerniente a la dimensión fisiológica y conductual ninguna de las participantes obtuvo una categoría grave de ansiedad. En las dimensiones Cognitivo total y Afectivo total, solo el 5% respectivamente se encontraron en esta categoría.
- En cuanto a la categoría diagnóstica de ansiedad leve tenemos a la dimensión conductual con un 90%, seguida de la dimensión afectiva con un 85%, la dimensión Cognitiva con un 80% y finalmente la dimensión fisiológica con un 75% de participantes.
- Se aplicó el aporte práctico, obteniendo efectos positivos, logrando que un 90% de la muestra obtenga una categoría de ansiedad leve en comparación a lo obtenido del pre test que el 90% de la muestra se ubicaba en la categoría de ansiedad grave.

## **IX. RECOMENDACIONES**

- Es fundamental que al finalizar la aplicación del aporte práctico se realice las labores de alcance a través de comunicación por teléfono e incluso poder realizar futuras reuniones con la población de estudio, con la finalidad de evitar recaídas.
- Se recomienda también realizar futuras investigaciones sobre la variable ansiedad, puesto que es necesario seguir investigando en este campo de la psicología.
- Se recomienda aplicar el aporte práctico teniendo en cuenta poblaciones similares a nuestra muestra de estudio, con la finalidad de contribuir a un adecuado control de la ansiedad y por consiguiente lograr una mejor calidad de vida de las personas.

## REFERENCIAS

Aburto, A. (2021). *Revisión Sistemática: Programas cognitivos conductuales en mujeres víctimas de violencia de pareja* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo] Repositorio.

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/72679>

Álvarez, L. (2021). *Ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Monsefú-2021*. [Tesis de Grado]. Universidad César Vallejo Sede Chiclayo. [Alvarez\\_LLCCM-SD.pdf](#)

Arias, W. (2021). Antecedentes, desarrollo y consolidación de la psicología cognitiva: un análisis histórico. *Revista Tesis Psicológica*, vol. 16, núm. 2, pp. 172-198, 2021

<https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/1109>

Beck, A. (1983). *La terapia cognitiva y trastornos emocionales*. Nueva York: Internacional. Prensa universitaria.

Belmont (1979). Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación. U.S.A. Abril 18 de 1979

<http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

Cardona-Arias, J., Pérez-Restrepo, D., Rivera-Ocampo, S., Gómez, J. y Reyes, Á. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, vol. 11, núm. 1, 2015, pp. 79-89 Universidad Santo Tomás Bogotá, Colombia.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982015000100006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982015000100006)

Caro, I. (2007). Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas España: Desclée de Brouwer, pp. 447.

<https://www.academia.edu/download/70267295/139013586011.pdf>

Castillo, M. (2017). *Proceso de intervención psicoterapéutica desde la perspectiva cognitivo conductual para la reducción de los niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de la zona rural de Calderón abril- agosto 2017* [Tesis de grado, Universidad Politécnica Salesiana - Ecuador]. Archivo digital.

<http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/14426>

Chacón, E., De la Cera, D., Fernández, M. y Murillo, R., (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula* 2021; 35 (1): 23-36

<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

Chavesta, S. y Minaya, Y. (2021). *Violencia intrafamiliar y ansiedad en mujeres adultas de la ciudad de Huaraz*. [Tesis de Grado]. Universidad Cesar Vallejo – Huaraz.

<https://hdl.handle.net/20.500.12692/64779>

Clark, D y Beck, A. (2012). *Terapias cognitivas para trastornos de ansiedad*. Editorial Desclée De Brouwer, S.A., pp. 641 – 738.

Cognitivo (s/f.). En DeSignificados.com. Obtenido de: <https://designificados.com/cognitivo/> [Consultado: 26 de julio de 2020].

De Conceptos.com (2020). Disfuncional

<https://deconceptos.com/>

Coronel, E. y Maita, A. (2023). *Terapia cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia de género - revisión bibliográfica* [Tesis de pre grado, Universidad Católica de Cuenca] Repositorio.

<https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/14150>

Del Águila, P. (2020). *Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la pareja de Yurimaguas*. [Tesis de Grado]. Universidad Cesar Vallejo.

<https://hdl.handle.net/20.500.12692/58375>

Delgado, P. (2019). La teoría del aprendizaje social: ¿qué es y cómo surgió?

<https://observatorio.tec.mx/edu-news/teoria-del-aprendizaje-social/>

Del Toro, A., González, M., Arce, D., Reinoso, S. y Reina, L. (2014). Mecanismos fisiológicos implicados en la ansiedad previa a exámenes. *MEDISAN vol.18 N°10 Santiago de Cuba oct.-oct.* 2014

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014001000012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000012)

- De La Villa-Moral, M., Sirvent, C., Ovejero, C., y Cuetos, G. (2018). Dependencia emocional en las relaciones de pareja como Síndrome de Artemisa: modelo explicativo. *Terapia Psicológica* vol.36 N°3. Santiago 2018. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082018000300156>
- Díaz, I. (2019). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST* vol.1 N°.1, *Guadalupe*.  
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/130624>
- Díaz, M., Ruiz, A. y Villalobos, A. (2017). Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales.  
<https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433029508.pdf>
- Díaz, N., Soto, H. y Ortega, G. (2016). Terapias Cognitivas y Psicología Basada en la Evidencia. Su especificidad en el mundo infantil. *Revista Psicológica*, Vol.11 N°.1.  
<https://doi.org/10.15517/wl.v1i1.24074>
- Ellis, A. (1980). *Terapia emocional racional y terapia cognitivo conductual: Similitudes y diferencias*. Terapia cognitiva e investigación.
- Fisterra 2020. Ansiedad y trastornos de ansiedad, como afrontarlos  
<https://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-ansiedad/#:~:text=Emocionales%3A%20la%20ansiedad%20se%20manifiesta,nada%20y%20disoluci%C3%B3n%20del%20yo.>
- García, C., Gordillo, F. y Pérez, M. (2020). Análisis de las consecuencias cognitivas y afectivas de la violencia de género en relación con el tipo de maltrato. *Departamento de Psicología, Universidad Camilo José Cela, Villafranca del Castillo, Madrid, España*. DOI: [10.1016/j.anyes.2020.01.003](https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.01.003)
- Glosario Psicología 2020  
<https://www.psicologos-granvia.com/glosario-psicologico>
- González, D., Barreto, A y Salamanca, Y. (2017). Terapia cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 201–207.
- González, P. (2019, 26 enero). Aarón Beck y la terapia cognitiva. *La Mente es Maravillosa*.  
Obtenido de: <https://lamenteesmaravillosa.com/aaron-beck-la-terapia-cognitiva/>
- Guerri, M. (2021). La teoría del aprendizaje social de Bandura.

- Habigzang, L., Petersen, M. y Maciel, L. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas* julio-diciembre 2019; 13(2): 249-264. doi: 10.22235/cp.v13i2.1882
- [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S168842212019000200249&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S168842212019000200249&script=sci_abstract)
- Kazdin, A. E. (1978). *History of behavior modification: experimental foundations of contemporary research*. Baltimore: University Park.
- Keegan, E., (2012). La Salud Mental en la perspectiva cognitivo-conductual. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría* 2012, Vol. XXIII: 52 - 56
- <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex101.pdf#page=53>
- Landriscini, N. (2006). La terapia racional emotiva de Albert Ellis. *Norte de salud mental* N° 25 • 2006 • PAG 126–129
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830360>
- Lara, E., Aranda, C., Zapata, R., Bretones, C., y Alarcón, R. (2019, abril). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*. 11(1), 1-8. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc>
- Latorre, J., Navarro, B., Parra, M., Salguero, J., Mae, C., y Cano, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia* vol.5 N°.1 Barcelona feb. 2012
- [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2012000100007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100007)
- Lega, L., Sorribes, F. y Calvo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual Una versión teórico - práctica actualizada*. Paidós.
- [https://www.planetadelibros.com/libros\\_contenido\\_extra/36/35532\\_TERAPIA\\_RACIONAL\\_EMOTIVA\\_AMPLIADA.pdf](https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/36/35532_TERAPIA_RACIONAL_EMOTIVA_AMPLIADA.pdf)
- León, V. (2019, agosto). Apoyo Social Y Ansiedad En Mujeres Víctimas De Violencia. *Universidad Internacional SEK*. 1(1), 1-6.
- <http://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3506>

- Lescano, G. y Salazar, V. (2020). Dependencia emocional, depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia. INIC-PERÚ. 3(3), 1-13. [Delectus \(inicc-peru.edu.pe\)](http://inicc-peru.edu.pe)
- Lozano, B. (2021). *Violencia Intrafamiliar y Ansiedad en Mujeres del distrito de San Vicente de Cañete, Lima, 2021*. [Tesis de Grado]. Universidad Cesar Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/62593>
- Macías, M., Madariaga, C., Valle, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe, vol. 30, núm. 1, enero-abril, 2013*, pp. 123-145 Universidad del Norte Barranquilla, Colombia  
<https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>
- McLean, P. D. y Hakstian, A. R. (2012). Resistencia relativa de los efectos del tratamiento de la depresión unipolar: seguimiento longitudinal. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 58 (4), 482–488
- McLean, P. D. y Hakstian, A. R. (1990). *Resistencia relativa de los efectos del tratamiento de la depresión unipolar: seguimiento longitudinal*. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 58 (4), 482–488.
- Mahoney, M. y Arnkoff, J. (1978). *Cognition and behavior modification*. Cambridge: Ballinger.
- Mantilla, V. (2017). *Ansiedad Y Autoestima En Mujeres Que Denuncian Violencia Intrafamiliar En Slim De La Sub-Alcaldía De Villa San Antonio De La Ciudad De La Paz-Bolivia*. [Tesis de Grado]. Universidad Mayor De San Andrés. <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/17700>
- Mayor, S. y Salazar, C. (2019). La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. *Gaceta Médica vol.21 N°1 Sancti Spíritus Ene.-Abr. 2019*  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212019000100096](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212019000100096)
- Medina, M., Sarti, E. y Real, T. (2015). La depresión y otros trastornos psiquiátricos. *Academia Nacional de Medicina (ANM)*.  
[https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/L27 ANM DEPRE SION.pdf](https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/L27_ANM_DEPRE SION.pdf)

- Méndez, F., Olivares, J. y Moreno, P. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J. Olivares y F.X. Méndez (Eds.). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Nina, A. (2019). *Niveles De Ansiedad Y Estrategias De Afrontamiento En Mujeres Víctimas De Violencia Familiar En El Servicio Legal Integral Municipal Del D-4 De La Ciudad De El Alto*. [Tesis de Grado]. Universidad Mayor de San Andrés – Bolivia. <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/21806>
- Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J., y Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan* [online]. 2012, vol.12, n.3, pp.263-274. ISSN 1657-5997. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972012000300006&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972012000300006&script=sci_abstract&tlng=es)
- Núñez Cansado, M., & Sebastián Morillas, A., & Muñoz Sastre, D. (2015). Principios de condicionamiento clásico de Pavlov en la estrategia creativa publicitaria. *Opción*, 31(2), 813-831. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=310/31045568044>
- OMS (2019). Violencia infligida por la pareja. paho.org. Obtenido de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/20184-ViolenciaPareja.pdf>
- O'Donohue, W. (1998). *Learning and Behavior Therapy*. Boston: Allyn and Bacon.
- Pérez, F. (2019, 29 junio). ¿Sabes en qué consiste la Terapia Racional Emotivo-Conductual de Ellis? La Mente es Maravillosa. Obtenido de: <https://lamenteesmaravillosa.com/sabes-en-que-consiste-la-terapia-racionalemotivo-conductual-de-ellis/>
- Pérez, L. y Torres, A. (2016). Desarrollo de los esquemas maladaptativos tempranos en madres adolescentes de un CAR. *Av.psiol.* 24(2) 2016 Agosto - Diciembre <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/152>
- Pinto, C. (2007). La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). The Royal College of Psychiatrists. Obtenido de: <http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVOCONDUCTUAL.pdf>

- Rojas, E (2014). *Cómo superar la ansiedad*. Editorial Planeta S.A., pp. 129 – 155.
- Rovira, I. (2018). *La teoría del reforzamiento de B. F. Skinner*.  
<https://psicologiaymente.com/psicologia/teoria-reforzamiento-skinner>
- Ruiz, J. (2020). *La interpretación cognitiva de Ellis y Beck*. Roberttexto.com.  
<http://www.roberttexto.com/archivo17/5ellis.htm>
- Sánchez, L. (2021). *Efectividad de la terapia cognitivo conductual en personas con dependencia emocional a la pareja* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador]. Archivo digital.  
<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8528>
- Sempere, E., Vicens, C., Mut, F. y Salazar, J. (2017). *Criterios de utilización de los medicamentos para tratar la ansiedad aguda y crónica*. FMC. 2017; 24 (2):91-94.  
<https://www.fisterra.com/covid-19/ficha.asp?idficha=120&version=2>
- Serrano, M. (2001). *Algunas consideraciones históricas en torno de la terapia cognitivo conductual: ¿sincretismo?* Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Obtenido de:  
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/22825/21551>
- Skinner, B. F. (1975). *Un caso dentro del método científico*. En *Registro acumulativo: Una selección de la obra de Skinner realizada por el propio autor*, (pp. 12 -37). Barcelona: Fontanella.
- Smith, Y. (2017). *Terapia cognitiva conductual aplicada en adolescentes con depresión* [Tesis de grado, Universidad de Panamá]. Archivo digital.  
<http://up-rid.up.ac.pa/1335/>
- Solórzano, J. (2020). *Fundamento del condicionamiento clásico*. Revista U San Marcos, vol. 1, núm. 1, pp. 03-12, 2020  
<http://repositorio.usam.ac.cr/xmlui/bitstream/handle/11506/1466/LEC%20PSIC%20096%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tineo, A. (2017). *Ideas irracionales y ansiedad rasgo-estado en mujeres víctimas de violencia familiar en Lambayeque 2017*. [Tesis de Grado]. Universidad Señor de Sipán. [Tineo Loayza Angela María.pdf](#)

- Terrones, F. (2019). *Ansiedad Y Estilos De Afrontamiento En Mujeres Víctimas De Violencia Del Distrito De Matara, 2019*. [Tesis de Grado]. Universidad Privada Del Norte. <https://hdl.handle.net/11537/21084>
- Triglia, A. (2016) Psicología cognitiva: definición, teorías y autores principales. Psicología y mente. Obtenido de: <http://psicologiaymente.com/psicologia/psicologia-cognitiva>.
- Triglia, A. (2015). La Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura. Psicología y Mente. Obtenido de: <https://psicologiaymente.com/social/bandura-teoria-aprendizaje-cognitivo-social>
- Universidad Internacional de Valencia, (2018). Las ramas de la psicología general y sus aplicaciones. <https://www.universidadviu.com/int/actualidad/nuestros-expertos/las-ramas-de-la-psicologia-general-y-sus-aplicaciones>
- Vallejo, A. (2019). Terapia cognitivo – conductual. Editorial Freedom Bound Publishing
- Vásquez, S. (2021). *Programa de Intervención para Reducir la Ansiedad en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja: una revisión sistemática, 2021*. [Tesis de Grado]. Universidad Cesar Vallejo – Trujillo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/71465>
- Vergara, C. (2020). La teoría del Condicionamiento operante de B. F. Skinner. <https://www.actualidadenpsicologia.com/teoria-condicionamiento-operanteskinner/>

## ANEXOS



### ANEXO N° 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

<p><b>Manifestación del problema</b></p>	<p>En la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz – Chiclayo, se realizan peritajes psicológicos a mujeres víctimas de violencia familiar a solicitud de la autoridad competente y al revisar los peritajes que constan en el sistema DICEMEL se evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensación de nerviosismo, agitación o tensión.</li> <li>- Sensación de peligro inminente.</li> <li>- Aumento del ritmo cardiaco (taquicardia).</li> <li>- Respiración acelerada (hiperventilación).</li> <li>- Sudoración.</li> <li>- Temblores.</li> <li>- Sensación de debilidad o cansancio.</li> <li>- Dificultad para concentrarse.</li> <li>- Dificultad para conciliar el sueño.</li> <li>- Problemas gastrointestinales.</li> <li>- Dificultad para controlar las preocupaciones.</li> <li>- Disminución de la calidad de vida.</li> </ul>
<p><b>Problema</b></p>	<p>Inadecuado proceso cognitivo conductual, conduce a la ansiedad.</p>
<p><b>Posibles causas del problema</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de aplicación de acciones psicoeducativas en el manejo adecuado de los pensamientos en el <b>proceso cognitivo conductual</b>.</li> <li>- Deficiencias en las prácticas terapéuticas para el manejo y control de las emociones y manifestación de los sentimientos en el desarrollo del <b>proceso cognitivo conductual</b>.</li> <li>- Insuficiente praxiología en el desarrollo del <b>proceso cognitivo</b></li> </ul>

	<b>conductual</b> para promover calidad de vida.
<b>Objeto de la investigación</b>	Proceso cognitivo conductual
<b>Objetivo general de la investigación</b>	Aplicar una estrategia cognitivo conductual para la ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de Leonardo Ortiz - Chiclayo.
<b>Objetivos específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fundamentar epistemológicamente el proceso cognitivo conductual y su dinámica.</li> <li>- Caracterizar los antecedentes históricos del proceso cognitivo conductual y su dinámica.</li> <li>- Diagnóstico de la dinámica del proceso cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de Leonardo Ortiz - Chiclayo, 2021.</li> <li>- Ejecutar una estrategia Cognitivo Conductual para la ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de Leonardo Ortiz - Chiclayo, 2021.</li> <li>- Corroborar y validar los resultados científicos de la investigación mediante un pre experimento.</li> </ul>
<b>Campo de la investigación</b>	Dinámica del proceso cognitivo conductual.
<b>Título de la investigación</b>	Estrategia Cognitivo Conductual para la ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz.
<b>Hipótesis</b>	Si se aplica una estrategia Cognitivo Conductual, teniendo en cuenta la influencia de los pensamientos en las conductas, entonces se contribuye al control de la ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de Leonardo Ortiz - Chiclayo.
<b>Variables</b>	VI: Estrategia cognitivo conductual. VD: Ansiedad.

## ANEXO N° 2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN
Estrategia Cognitivo Conductual.	Introducción Fundamentación.	Se centra el contexto y la delimitación de la problemática a resolver. Ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia. Además, se indica la teoría en que se fundamenta el aporte propuesto.
	II. Diagnóstico.	Indica el estado real del objeto y demuestra el problema en relación al cual gira y se desarrolla la estrategia, protocolo, o programa, según el aporte práctico a desarrollar.
	Planteamiento de Objetivo General.	Se desarrolla el objetivo general del aporte práctico. Se debe tener en cuenta que no es el de la investigación.
	Planeación Estratégica.	-Fisiológica -Conductual -Cognitiva -Afectiva
	Instrumentación.	Se fundamenta la aplicación, cuáles son las condiciones, durante qué tiempo, responsables y participantes.

	Evaluación.	Valoración de los logros y obstáculos que se han ido venciendo, estimación de la aproximación lograda al estado deseado.
--	-------------	--

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN	FUENTES DE VERIFICACIÓN (FUENTE DE INFORMACIÓN)
Ansiedad.	Fisiológica.	-Hipoactividad -Hiperactividad -Catatonía -Cefalea -Taquicardia -Hiperventilación -Hiperhidrosis	<b>Técnicas</b> -Observación. -Entrevista. -Análisis documental.	Mujeres Víctimas de Violencia Familiar.  Equipo de Psicólogos.
	Conductual.	-Hiperfagia. -Hipofagia. -Anorexia. -Insomnio. -Hipersomnia. -Aislamiento social. -Descuida las responsabilidades. -Pospone actividades o situaciones por temor. -Onicofagia.	<b>Instrumento</b> Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	

	Cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Déficit de memoria.</li> <li>-Incapacidad para concertarse.</li> <li>-Falta de juicio.</li> <li>-Visión negativa.</li> <li>-Pensamientos irracionales.</li> <li>-Preocupaciones.</li> <li>-Disminución de rendimiento.</li> </ul>		
	Afectiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Humor disfórico.</li> <li>-Irritabilidad.</li> <li>-Incapacidad para relajarse.</li> <li>-Tensión emocional.</li> <li>-Sentido de evitación y aislamiento.</li> <li>-Anhedonia.</li> </ul>		

**ANEXO N°3 INSTRUMENTO PARA LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
FAMILIAR**

**Inventario de Ansiedad de Beck-BAI**

**-Edad:**       **Estado Civil:**   
**-Sexo:**       **Grado de Instrucción:**

Este cuestionario está dirigido a las mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de José Leonardo Ortiz, con la finalidad de diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual teniendo como propósito obtener información sobre aspectos relacionados al nivel de ansiedad.

Instrucciones: Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy. Sea lo más sincera posible en su respuesta. Tenga en cuenta lo siguiente:

<b>1</b>	<b>Nunca</b>
<b>2</b>	<b>Casi nunca</b>
<b>3</b>	<b>A veces</b>
<b>4</b>	<b>Casi Siempre</b>
<b>5</b>	<b>Siempre</b>

<b>N°</b>	<b>Items</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
1	Me siento torpe, somnolienta o aletargada.					
2	Me siento acalorada.					

3	Ante algo inesperado siento temblor en las piernas.					
4	Me siento incapaz de relajarme.					
5	Siento temor a que ocurra algo malo.					
6	Estoy mareada, o demasiado inquieta.					
7	Tengo latidos de corazón fuertes y acelerados.					
8	Me siento inestable.					
9	Me siento atemorizada.					
10	Estoy constantemente nerviosa.					
11	Me siento bloqueada (sin reacción).					
12	Cuando estoy frente a las demás personas me tiemblan las manos.					
13	Me siento intranquila e insegura.					
14	Constantemente siento miedo de perder el control.					
15	Siento que me falta el aire y me ahogo.					
16	Tengo temor a morir.					
17	Vivo con miedo.					
18	Sufro de problemas digestivos (Diarrea o estreñimiento).					
19	Se me desvanece el cuerpo, cuando entro en contacto con otras personas.					

20	Me sonrojo cuando converso con otras personas.					
21	Cuando interactué con otras personas, automáticamente presento sudores, fríos o calientes.					

**Cuestionario estructurado para los profesionales Psicólogos que laboran en la Unidad Médico Legal - José Leonardo Ortiz**

**PARA LOS PSICÓLOGOS**

Este cuestionario está dirigido a los psicólogos que laboran en la Unidad Médico Legal de José Leonardo Ortiz, atendiendo a mujeres víctimas de violencia familiar, con la finalidad de diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual teniendo como propósito obtener información sobre aspectos relacionados al nivel de ansiedad.

Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique si usted observa estas características en las personas evaluadas. Sea lo más sincero posible en su respuesta. Tenga en cuenta lo siguiente:

<b>1</b>	<b>Nunca</b>
<b>2</b>	<b>Casi nunca</b>
<b>3</b>	<b>A veces</b>
<b>4</b>	<b>Casi Siempre</b>
<b>5</b>	<b>Siempre</b>

<b>N°</b>	<b>Ítems</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
1	La observa torpe, somnolienta o aletargada.					
2	La observa acalorada.					

3	Ante algo inesperado, observa que siente temblor en las piernas.					
4	La observa que es incapaz de relajarse.					
5	La escucha expresar o manifestar temor a que ocurra algo malo.					
6	La observa mareada, o demasiado inquieta.					
7	La escucha expresar que tiene latidos de corazón fuertes y acelerados.					
8	La observa inestable.					
9	La observa atemorizada.					
10	La observa constantemente nerviosa (se muerde las uñas).					
11	La observa bloqueada (sin reacción).					
12	Cuando está frente a las demás personas, observa que le tiemblan las manos.					
13	La observa intranquila e insegura constantemente.					
14	La observa que constantemente pierde el control.					
15	La observa que le falta el aire y tiene sensación de ahogo.					
16	La escucha expresar temor a morir.					

17	La observa que vive con miedo.					
18	Le refiere problemas digestivos (Diarrea o estreñimiento).					
19	Observa que se le desvanece el cuerpo, cuando entra en contacto con otras personas.					
20	Observa que se sonroja cuando conversa con otras personas.					
21	Cuando interactúa con otras personas, observa usted que automáticamente presenta sudores, fríos o calientes.					

**ANEXO N° 4 INSTRUMENTO DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR  
JUICIO DE EXPERTOS**

1. NOMBRE DEL JUEZ		Antony Héctor Cabanillas Álvarez
2.	PROFESIÓN	Psicólogo
	ESPECIALIDAD	Clínico – Forense
	GRADO ACADÉMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	12 Años
	CARGO	Psicólogo Forense en la Unidad Médico Legal III Chiclayo del Ministerio Público - Distrito Fiscal de Lambayeque
Título de la Investigación: “Estrategia Cognitivo Conductual para la ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz”.		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Ronald Enrique Chilon Quiroz
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1. Entrevista ( ) 2. Cuestionario ( X ) 3. Lista de Cotejo ( ) 4. Diario de campo ( )

5. OBJETIVOS INSTRUMENTO	DEL	<u>GENERAL</u> -Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual de las mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz.	
		<u>ESPECÍFICOS</u> -Diagnosticar la dimensión fisiológica en las mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz. -Diagnosticar la dimensión conductual en las mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz. -Diagnosticar la dimensión cognitiva en las mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz. - Diagnosticar la dimensión afectiva en las mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz.	
A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” si está en DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.			
N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO		
01	Me siento torpe, somnolienta o aletargada. Escala de medición: Likert		A ( X )                      D (      ) SUGERENCIAS:

02	Me siento acalorada. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:
03	Ante algo inesperado siento temblor en las piernas. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:
04	Me siento incapaz de relajarme. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:
05	Siento temor a que ocurra algo malo. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:
06	Estoy mareada, o demasiado inquieta. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:
07	Tengo latidos de corazón fuertes y acelerados. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:
08	Me siento inestable. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:
09	Me siento atemorizada. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:
10	Estoy constantemente nerviosa. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:

11	Me siento bloqueada (sin reacción). Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:
12	Cuando estoy frente a las demás personas me tiemblan las manos. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:
13	Me siento intranquila e insegura. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:
14	Constantemente siento miedo de perder el control. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:
15	Siento que me falta el aire y me ahogo. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:
16	Tengo temor a morir. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:
17	Vivo con miedo. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:
18	Sufro de problemas digestivos (Diarrea o estreñimiento). Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:
19	Se me desvanece el cuerpo, cuando entro en contacto con otras personas. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (   ) SUGERENCIAS:

20	Me sonrojo cuando converso con otras personas. Escala de medición: Likert	A ( X )                      D (      )  SUGERENCIAS:
21	Cuando interactué con otras personas, automáticamente presento sudores, fríos o calientes. Escala de medición: Likert	A ( X )                      D (      )  SUGERENCIAS:
PROMEDIO OBTENIDO:		A ( X )                      D (      ):
6 COMENTARIOS GENERALES		
7 OBSERVACIONES		

  
 -----  
 Mg. Antony H. Cabanillas Álvarez  
 PSICÓLOGO  
 C.Ps.P. 15628

Mag. Antony Héctor Cabanillas Álvarez  
 Juez Experto  
 Colegiatura N°. C.PS.P 15628

## VALIDEZ DEL CUESTIONARIO

### INSTRUMENTO DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS

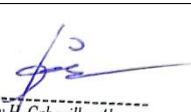
1. NOMBRE DEL JUEZ		Antony Héctor Cabanillas Álvarez
2.	PROFESIÓN	Psicólogo
	ESPECIALIDAD	Clínico – Forense
	GRADO ACADÉMICO	Magister
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	12 Años
	CARGO	Psicólogo Forense en la Unidad Médico Legal III Chiclayo del Ministerio Público - Distrito Fiscal de Lambayeque
Título de la Investigación: “Estrategia Cognitivo Conductual para la ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz”.		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Ronald Enrique Chilon Quiroz
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Psicología Clínica
4. INSTRUMENTO EVALUADO		5. Entrevista ( ) 6. Cuestionario ( X ) 7. Lista de Cotejo ( )

	8. Diario de campo ( )	
5. OBJETIVOS INSTRUMENTO	DEL	<u>GENERAL</u> -Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso cognitivo conductual de las mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz.
		<u>ESPECÍFICOS</u> -Diagnosticar la dimensión fisiológica en las mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz. -Diagnosticar la dimensión conductual en las mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz. -Diagnosticar la dimensión cognitiva en las mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz - Diagnosticar la dimensión afectiva en las mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz.
A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” si está en DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS		
N	DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO	
01	La observa torpe, somnolienta o aletargada. Escala de medición: Likert	A ( X )                      D (      ) SUGERENCIAS:

02	La observa acalorada. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (     ) SUGERENCIAS:
03	Ante algo inesperado, observa que siente temblor en las piernas. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (     ) SUGERENCIAS:
04	La observa que es incapaz de relajarse. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (     ) SUGERENCIAS:
05	La escucha expresar o manifestar temor a que ocurra algo malo. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (     ) SUGERENCIAS:
06	La observa mareada, o demasiado inquieta. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (     ) SUGERENCIAS:
07	La escucha expresar que tiene latidos de corazón fuertes y acelerados. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (     ) SUGERENCIAS:
08	La observa inestable. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (     ) SUGERENCIAS:
09	La observa atemorizada. Escala de medición: Likert	A ( X )            D (     ) SUGERENCIAS:
10	La observa constantemente nerviosa (se muerde las uñas).	A ( X )            D (     ) SUGERENCIAS:

	Escala de medición: Likert	
11	La observa bloqueada (sin reacción). Escala de medición: Likert	A ( X )                  D (     )  SUGERENCIAS:
12	Cuando está frente a las demás personas, observa que le tiemblan las manos. Escala de medición: Likert	A ( X )                  D (     )  SUGERENCIAS:
13	La observa intranquila e insegura constantemente. Escala de medición: Likert	A ( X )                  D (     )  SUGERENCIAS:
14	La observa que constantemente pierde el control. Escala de medición: Likert	A ( X )                  D (     )  SUGERENCIAS:
15	La observa que le falta el aire y tiene sensación de ahogo. Escala de medición: Likert	A ( X )                  D (     )  SUGERENCIAS:
16	La escucha expresar temor a morir. Escala de medición: Likert	A ( X )                  D (     )  SUGERENCIAS:
17	La observa que vive con miedo. Escala de medición: Likert	A ( X )                  D (     )  SUGERENCIAS:
18	Le refiere problemas digestivos (Diarrea o estreñimiento). Escala de medición: Likert	A ( X )                  D (     )  SUGERENCIAS:

19	<p>Observa que se le desvanece el cuerpo, cuando entra en contacto con otras personas.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A ( X )                      D (      )</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
20	<p>Observa que se sonroja cuando conversa con otras personas.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A ( X )                      D (      )</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
21	<p>Cuando interactúa con otras personas, observa usted que automáticamente presenta sudores, fríos o calientes.</p> <p>Escala de medición: Likert</p>	<p>A ( X )                      D (      )</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
<p>PROMEDIO OBTENIDO:</p>		<p>A ( X )                      D (      ):</p>
<p>8 COMENTARIOS GENERALES</p>		
<p>9 OBSERVACIONES</p>		

  
 -----  
 Mg. Antony H. Cabanillas Alvarez  
 PSICÓLOGO  
 C.Ps.P. 15628

Mag. Antony Héctor Cabanillas Álvarez  
 Juez Experto  
 Colegiatura N°. C.PS.P 15628

## ANEXO N° 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Institución:** Unidad Médico Legal I José Leonardo Ortiz

**Investigador:** Ronald Enrique Chilon Quiroz

**Título:** “Estrategia Cognitivo Conductual para la Ansiedad en Mujeres Víctimas de Violencia Familiar Atendidas en la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz”.

Yo, Erwin Richard Castillo Guevara, identificado con DNI N° 17624913, DECLARO:

Haber sido informado (a) de forma clara, precisa y suficiente sobre los fines y objetivos que busca la presente investigación **“ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR ATENDIDAS EN LA UNIDAD MÉDICO LEGAL LEONARDO ORTIZ”**, así como en qué consiste mi participación.

Estos datos que yo otorgue serán tratados y custodiados con respeto a la intimidad, manteniendo el anonimato de la información y la protección de datos desde los principios éticos de la investigación científica. Sobre estos datos se asisten los derechos de acceso, rectificación o cancelación que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable. Al término de la investigación, seré informado de los resultados que se obtengan.

Por lo expuesto otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que se realice la Entrevista/Encuesta que permita contribuir con los objetivos de la investigación:

### **Objetivo general de la investigación:**

Aplicar una estrategia cognitivo conductual para la ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de Leonardo Ortiz - Chiclayo.

### **Objetivos específicos:**

- Fundamentar epistemológicamente el proceso cognitivo conductual y su dinámica.
- Caracterizar los antecedentes históricos del proceso cognitivo conductual y su dinámica.

- Diagnóstico de la dinámica del proceso cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de Leonardo Ortiz - Chiclayo, 2021.
- Ejecutar una estrategia Cognitivo Conductual para la ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal de Leonardo Ortiz - Chiclayo, 2021.
- Corroborar y validar los resultados científicos de la investigación mediante un pre experimento.

José Leonardo Ortiz, 17 de noviembre del 2021



Bach. Erwin Richard Castillo Guevara  
Médico Jefe  
Unidad Médico Legal I José Leonardo Ortiz  
DNI N° 17624913

**ANEXO N° 6 APROBACIÓN DEL INFORME FINAL**

El Docente:

*Dr. Juan Carlos Callejas Torres*

De la Asignatura:

*SEMINARIO DE TESIS II.*

APRUEBA:

El Proyecto de Tesis: “*Estrategia Cognitivo Conductual para la ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en la Unidad Médico Legal Leonardo Ortiz*”.

Presentado por:

*Bach. Ronald Enrique Chilon Quiroz*

*Chiclayo, 9 de julio del 2022.*



---

*Dr. Juan Carlos Callejas Torres*

**ANEXO 7:**

**ACTA DE APROBACIÓN DEL INFORME DE TESIS**

El (la) **DOCENTE** DR. JUAN CARLOS CALLEJAS TORRES del curso de **Seminario de Tesis II**, asimismo el (la) **Asesor (a) ESPECIALISTA** Dra. LIZT JANINA CHUNGA SILVA.

**APRUEBAN:**

La Tesis: “ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR ATENDIDAS EN LA UNIDAD MÉDICO LEGAL LEONARDO ORTIZ”

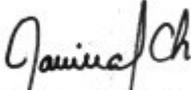
Presentado por: Bach. Ronald Enrique Chilon Quiroz de la Maestría en Psicología Clínica.

Chiclayo, 04 de octubre del 2023.

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

-----  
Dr. JUAN CARLOS CALLEJAS  
TORRES

**Docente de Curso**

  
-----  
*Lizt Janina Chunga Silva*  
PSICÓLOGA CLÍNICA  
C.Ps.P. 9450

-----  
Dra. LIZT JANINA  
CHUNGA SILVA

**Asesor (ra) Especialista**

## **ANEXO 8: APORTE PRÁCTICO**

### **SESION N° 1**

#### **ANEXO A**

### **REGLAS DE LAS SESIONES DE TRABAJO**

#### **REGLAS PARA LAS SESIONES DE TRABAJO**

1. ¡Llega a tiempo!, ¡sé puntual!
2. ¡Asiste cada semana! este es un compromiso contigo y con tu psicólogo.
3. Mantén una actitud positiva.
4. ¡Haz los proyectos personales!, el practicar lo que se enseña en la sesión te deja saber si esos métodos te ayudarán a controlar tus sentimientos de ansiedad.
5. Lo que hablas en la sesión es confidencial; sin embargo, está bien compartir lo que has aprendido con otras personas, si así lo deseas.
6. Trata de ser lo más honesta posible y expresarte tal y como tú eres y cómo te sientes.
7. Apaga tu teléfono o ponlo en silencio al entrar a la sesión para que no interrumpa.

**ANEXO B**  
**TERMOMETRO DEL ÁNIMO**

<b>Fecha</b>	<b>Puntaje</b>	<b>lunes</b>	<b>martes</b>	<b>miércoles</b>	<b>jueves</b>	<b>viernes</b>	<b>sábado</b>	<b>domingo</b>
<b>El Mejor</b>	9							
<b>Bastante Mejor</b>	8							
<b>Mejor</b>	7							
<b>Mejor que Regular</b>	6							
<b>Regular</b>	5							
<b>Peor que Regular</b>	4							
<b>Peor</b>	3							
<b>Bastante Peor</b>	2							
<b>El Peor</b>	1							

**SESION N° 2**

**ANEXO C**

Identifica y marca con una (x) los pensamientos negativos que tuviste cada día.

	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>V</b>	<b>S</b>	<b>D</b>
<b>Estoy confundida.</b>							
<b>No existe amor en el mundo.</b>							
<b>Estoy echando a perder mi vida.</b>							
<b>Tengo miedo.</b>							
<b>Terminaré sola.</b>							
<b>Nadie considera importante lo que hago.</b>							
<b>No tengo paciencia.</b>							
<b>Nada vale la pena.</b>							
<b>No tiene sentido seguir con esto.</b>							
<b>Soy una inútil.</b>							
<b>Cualquiera que piense que soy agradable es porque no me conoce de verdad.</b>							
<b>La vida no tiene sentido.</b>							
<b>Soy fea.</b>							
<b>No puedo expresar mis sentimientos.</b>							
<b>Nunca encontraré lo que realmente quiero.</b>							
<b>No soy capaz de seguir sola.</b>							
<b>No valgo nada.</b>							
<b>Ya no tengo esperanzas.</b>							
<b>No sirvo para nada.</b>							

<b>No voy a poder resolver mis problemas.</b>							
<b>Todo lo que hago me sale mal.</b>							
<b>Nada me divierte.</b>							
<b>La vida no vale la pena.</b>							
<b>Nunca saldré de esta situación.</b>							
<b>No tengo suficiente fuerza de voluntad.</b>							
<b>Quisiera estar muerta.</b>							
<b>Me pregunto si la gente habla mal de mí.</b>							
<b>Las cosas se van a poner cada vez peor.</b>							
<b>Todo es mi culpa.</b>							
<b>La vida es injusta.</b>							
<b>Mi vida dentro de 10 años será un fracaso.</b>							
<b>Algo está mal en mí.</b>							
<b>Soy muy tonta.</b>							
<b>No soy tan buena como otras personas.</b>							
<b>Me siento herida fácilmente.</b>							
<b>Nadie en mi familia me entiende.</b>							
<b>Siempre estoy aburrida.</b>							
<b>Total de pensamientos negativos por día.</b>							

## ANEXO D

### LISTA DE PENSAMIENTOS POSITIVOS

Identifica y marca con una (x) los pensamientos positivos que tuviste cada día.

	L	M	M	J	V	S	D
<b>Lo puedo hacer mejor.</b>							
<b>El día amaneció muy bonito.</b>							
<b>Voy a ser feliz.</b>							
<b>La vida es interesante.</b>							
<b>Merezco que valoren mi opinión.</b>							
<b>A pesar de que las cosas están mal ahora, mejorarán.</b>							
<b>Lo hice bien.</b>							
<b>Realmente me siento muy bien.</b>							
<b>Esto es divertido.</b>							
<b>Escogí la mejor solución para un problema difícil.</b>							
<b>Soy una buena persona.</b>							
<b>Tengo muchas esperanzas para mi futuro.</b>							
<b>Tengo buen control de mí misma.</b>							
<b>Tengo derecho a ser feliz.</b>							
<b>Esto es interesante.</b>							
<b>Realmente manejé bien esta situación.</b>							
<b>Me gusta leer.</b>							
<b>Las personas se llevan bien conmigo.</b>							

<b>He trabajado mucho, ahora necesito descansar.</b>							
<b>Soy considerada por otras personas.</b>							
<b>Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que quiero hacer.</b>							
<b>Me gusta la gente.</b>							
<b>Siempre encuentro la fortaleza para solucionar cualquier problema difícil.</b>							
<b>Soy honesta.</b>							
<b>Podría manejar los problemas tan bien como otras personas.</b>							
<b>Mis experiencias me han preparado bien para el futuro.</b>							
<b>Tengo mucha suerte.</b>							
<b>Soy muy responsable.</b>							
<b>Me interesan las otras personas.</b>							
<b>Soy inteligente.</b>							
<b>Soy atractiva.</b>							
<b>No quisiera perderme la actividad o el evento.</b>							
<b>Soy importante.</b>							
<b>Total de Pensamientos Positivos</b>							

**SESION N° 3**  
**ANEXO E**  
**Formulario de Autoayuda**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Día y hora</b>	<b>Situación. (A)</b>	<b>Pensamiento irracional. (B)</b>	<b>Consecuencias emocionales y de conducta. (C)</b>	<b>Refutación y creencia racional eficaz. (D)</b>	<b>Sentimientos y conductas experimentados con la nueva creencia racional. (E)</b>

*Fuente: Labrador, F. (2011). "Técnica de modificación de conducta", Pág.: 555*

## SESION N° 4

### ANEXO F

Instrucciones: Abajo encontrarás diversos pensamientos que aparecen en la mente de las personas. Por favor, lee cada pensamiento e indica con qué frecuencia, en caso de que aparezca, el pensamiento te vino a la mente durante la última semana.

1 = En absoluto, 2 = A veces, 3 = Moderadamente, 4 = Frecuentemente, 5 = Todo el tiempo.

1. No soy buena.	1	2	3	4	5
2. ¡Soy tan decepcionante hasta para mí misma!	1	2	3	4	5
3. ¿Todo funciona mal en mí?	1	2	3	4	5
4. Soy una inútil, no valgo para nada.	1	2	3	4	5
5. Me siento tan impotente, tan desamparada.	1	2	3	4	5
6. Nada puedo cambiar.	1	2	3	4	5
7. Mi futuro es incierto.	1	2	3	4	5
8. No consigo terminar nada de lo que empiezo.	1	2	3	4	5

Modo de corrección: suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.

**Interpretación:** a mayor puntuación, mayor frecuencia de pensamientos automáticos negativos. La puntuación promedio de las participantes con indicadores clínicos suele estar en torno a 20 puntos.

**SESION N° 5**

**ANEXO G**

**Formulario de autoayuda**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Defina y formule una situación problemática**

---

.....

.....

.....

**Posibles soluciones al problema**

---

-.....

-.....

-.....

**Consecuencias personales específicas del problema**

- 
- Consecuencias sociales:
  - Consecuencias económicas:
  - Consecuencias a corto y largo plazo:

Una vez que se ha decidido por una solución, debe plantearse las siguientes preguntas:

- Con esta solución, ¿puede cambiar mi problema?
- ¿Cómo la ejecutare?

Si la actitud es positiva, se inicia la técnica para obtener solución en la vida real.

Solución:

.....

.....  
.....

Razones:

.....  
.....  
.....

Táctica de la técnica:

.....  
.....  
.....

---

Verificación de la técnica:

---

Observación de la conducta:

.....

Resultados:

.....

Refuerzo:

.....

Tarea para casa:

.....

*Fuente: Clark, D. (2012). "Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad", Pág.: 196*

**SESION N° 6**

**ANEXO H**

**Formulario de autoayuda**

**Registro de relajación**

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Día y hora de la practica</b>	<b>Situación antes (0-10)</b>	<b>Situación después</b>	<b>Áreas fáciles de relajar</b>	<b>Áreas difíciles de relajar</b>

	<b>ACTA DE SEGUNDO CONTROL DE REVISIÓN DE SIMILITUD DE LA INVESTIGACIÓN</b>	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: **ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR ATENDIDAS EN LA UNIDAD MÉDICO LEGAL LEONARDO ORTIZ** elaborado por el (los) estudiante(s) **CHILON QUIROZ RONALD ENRIQUE**.

Se deja constancia que la investigación antes indicada tiene un índice de similitud del **17%**, 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, 03 de julio de 2024.

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