



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE CIENCIAS HISTORICAS SOCIALES Y EDUCACION

UNIDAD DE POSGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TRABAJO ACADÉMICO

Programa cognitivo conductual para agresores implicados en el sistema de justicia por violencia familiar que acuden a un centro de salud de Chiclayo, 2021

Para obtener el título de Segunda Especialidad profesional con mención en Psicología Forense, Criminal y Penitenciaria

AUTOR: Cesar Santiago Mundaca Flores

Asesor: Dr. Juan Antonio Seclén Flores

Lambayeque, 2024



TRABAJO ACADÉMICO

Programa cognitivo conductual para agresores implicados en el sistema de justicia por violencia familiar que acuden a un centro de salud de Chiclayo, 2021

AUTOR:

Psic. César Santiago Mundaca Flores

Aprobado:

Mg. Carola Amparo Smith Maguiña.

PRESIDENTA

Mg. Juan Carlos Granados Barreto

SECRETARIO

Mg. Mónica Elena Muñoz Taglioli.

VOCAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO ACADEMICO

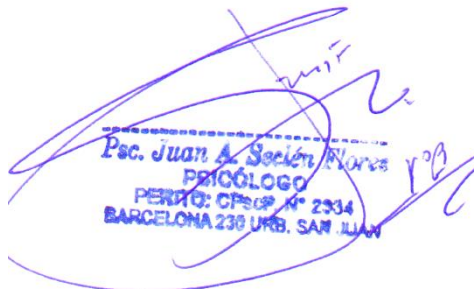
Yo, Juan Antonio Seclén Flores, investigador asesor del trabajo académico, elaborado por el alumno Cesar Santiago Mundaca Flores, titulado:

“Programa cognitivo conductual para agresores implicados en el sistema de justicia por violencia familiar que acuden a un centro de salud de Chiclayo, 2021”

Luego de una revisión exhaustiva del trabajo, constato que la misma tiene un índice de similitud de 18%, verificable en el reporte automatizado de similitud del turnitin.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitida no constituye fraude y que el documento cumple con la integridad científica y con las normas para el uso de las citas y referencias establecidas por la UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

Lambayeque, 25 de octubre del 2022



Juan Antonio Seclén Flores
Asesor



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO

N° 083-2024

Siendo las 8:00 horas, del día 15 de marzo de 2024; se reunieron en los ambientes de la FACHSE Lab. Competo 4 5101-LA 143, por mandato de la Resolución N° 0409-2024-V-D-FACHSE de fecha 23 de febrero de 2024, que autoriza la sustentación, se reunieron los miembros del jurado designado con Resolución N° 0867-2022-V-D-FACHSE de fecha 25 de abril de 2022, jurado integrado por los siguientes miembros:

Presidenta	: M.SC. Carola Amparo Smith Maguñá
Secretaria	: M. SC. Mónica Elena Muñoz Taglioli
Vocal	: M. SC. Juan Carlos Granados Barreto
Asesor	: Dr. Juan Antonio Secien Flores



La finalidad es evaluar el Trabajo Académico titulado: **"PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA AGRESORES IMPLICADOS EN EL SISTEMA DE JUSTICIA POR VIOLENCIA FAMILIAR QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO, 2021"**.

Presentado por **MUNDACA FLORES CESAR SANTIAGO**, Para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional con mención en **PSICOLOGÍA FORENSE, CRIMINAL Y PENITENCIARIA**.

Producido y concluido el acto de sustentación, de conformidad con el Reglamento General de Investigación (aprobado con Resolución N° 184-2023-CU de fecha 24 de abril de 2023); y el Reglamento de Grados y Títulos de la UNPRG (Res. N° 267-2023-CU, de fecha 20 de junio de 2023), los miembros del jurado procedieron a la evaluación respectiva, haciendo las preguntas, observaciones recomendaciones al sustentante, quien procedió a dar respuesta a las interrogantes planteadas.

Con la deliberación correspondiente por parte del jurado, se procedió a la calificación del Trabajo Académico, obteniendo un calificativo de 15 en la escala vigesimal, que equivale a la mención de Regular.

Siendo las 9:00 horas del mismo día, se dio por concluido el acto académico, con la lectura del acta y la firma de los miembros del jurado.

M.SC. Carola Amparo Smith Maguñá
PRESIDENTA

M. SC. Mónica Elena Muñoz Taglioli
SECRETARIA

M.SC. Juan Carlos Granados Barreto
VOCAL

OBSERVACIONES:.....

El presente acto académico se sustenta en el Reglamento General de Investigación de la UNPRG (Res. N° 184-2023-CU de fecha 24 de abril de 2023) los artículos 20°, 33°, 46°, 54°, 66° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo (aprobado con Resolución N° 267-2023-263-cude fecha 20 de junio del 2023 y su modificatoria aprobada con Resolución N° 385-2023-CU de fecha 11 de diciembre del 2023) y por la resolución N° 403-2023-CU de fecha 27 de diciembre de 2023, esta última que amplía el límite de las fechas de sustentación de proyectos aprobados del 2017 al 2020.

DEDICATORIAS

Gracias a mi esposa Patricia Carol Mendoza Ayala, a mis hijos Luana y Cristopher, por ser el motivo de mi esfuerzo para seguir siempre adelante, con amor, unión y paciencia. Gracias por todo lo que me dan.

A mis padres Santiago y Vilma, quienes me dieron la vida, educación, apoyo y por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me han permitido ser una persona de bien y lo más importante por su inmenso amor, aun así, madre mía que ya no estés con nosotros sé que está orgullosa y con la sonrisa que te caracteriza.

César Santiago Mundaca Flores

Índice General

Resumen	viii
Abstract.....	ix
Presentación.....	11
1.1. Referencia Teórico Conceptual	13
1.1.1. Modelo cognitivo conductual.....	13
1.1.2. Agresividad	18
A. La teoría del aprendizaje social según Bandura	18
B. Definición	20
C. Factor causante a la agresividad.....	20
D. Tipos de conductas agresivas	21
1.2. Propósito de intervención.....	22
1.3. Estrategia de intervención:	23
A. Coordinaciones previas	23
B. Metodología específica	23
C. Cronograma.....	23
CAPITULO II: CONTENIDO	25
2.1. Diagnostico situacional.....	25
Gráfico 1 <i>Tipos de violencia predominante en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar</i>	<i>25</i>
Gráfico 2 <i>Niveles de agresividad tipo verbal en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar</i>	<i>26</i>

Gráfico 3 <i>Niveles de agresividad tipo física en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar</i>	27
Gráfico 4 <i>Niveles de agresividad tipo Hostilidad en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar</i>	28
Gráfico 5 <i>Niveles de agresividad tipo ira en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar</i>	29
2.2. Programa de intervención	30
2.2.1. Datos generales	30
2.2.2. Responsables	30
2.2.3. Población objetivo	30
2.2.4. El programa de actividades	31
2.2.5. Metodología	46
2.3. Evaluación de salida	47
Gráfico 7 <i>Niveles de agresividad tipo verbal en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar</i>	47
Gráfico 8 <i>Niveles de agresividad tipo física en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar</i>	47
Gráfico 9 <i>Niveles de agresividad tipo Hostilidad en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar</i>	48
Gráfico 10 <i>Niveles de agresividad tipo ira en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar</i>	48
2.4. Evaluación comparativa de resultados de las evaluaciones de entrada y salida	49
Tabla 1 <i>Evaluación comparativa de los resultados de pre test y post test en en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar</i>	49
Gráfico 11 <i>Evaluación comparativa de los resultados de pre test y post test en en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar</i>	49
2.4. Evaluación del programa	50
2.5. Autoevaluación de los participantes	50
Capítulo III: Conclusiones	51

Resumen

El trabajo académico se desarrolló con el objetivo de Proponer un Programa Cognitivo Conductual para hacer seguimiento y tratamiento a los agresores implicados en el sistema de justicia por violencia Familiar que acuden a un Centro de Salud de Chiclayo, 2021. La metodología usada fue un tipo de estudio cuantitativo, descriptivo, cuasi experimental, se contó con la participación de 50 varones adultos con sentencia por violencia familiar, se realizó la aplicación instrumento psicológico Test de agresividad de Buss y Durke, el cual funciono como pretest para conocer los niveles de agresividad, donde sobre salió la presencia de agresividad verbal (50%), seguido de agresividad física (18%) y hostilidad (18%). Asimismo, predominaban los niveles medio y alto en cada una de ellas, luego se desarrolló la intervención por medio de 8 sesiones de 90 minutos cada una, la cual tenía como característica ser dinámica, informativa y juego de roles para la práctica de las técnicas de regulación emocional, posteriormente a ello se desarrolló la aplicación de un post test el cual permitió obtener en agresividad verbal el 50% bajo, agresividad física el 54% medio, hostilidad el 56% bajo e ira el 52% bajo. Llegando a la conclusión que el programa permitió reducir los niveles de agresividad por medio del aprendizaje de técnicas de regulación emocional para poner en practica ante situaciones de conflicto.

Palabras claves: Programa cognitivo conductual, violencia familiar, agresores, centro de salud.

Abstract

The academic work was developed with the objective of Proposing a Cognitive Behavioral Program to monitor and treat aggressors involved in the justice system for Family violence who attend a Health Center in Chiclayo, 2021. The methodology used was a type of quantitative, descriptive, quasi-experimental study, with the participation of 50 adult men with a sentence for family violence, the application of the psychological instrument Buss and Durke's aggressiveness test was carried out, which functioned as a pretest to know the levels of aggressiveness, where The presence of verbal aggression (50%) stood out, followed by physical aggression (18%) and hostility (18%). Likewise, the medium and high levels predominated in each of them, then the intervention was developed through 8 sessions of 90 minutes each, which had the characteristic of being dynamic, informative and role-playing for the practice of the techniques of emotional regulation, subsequently the application of a post test was developed which allowed obtaining 50% low in verbal aggression, 54% medium in physical aggression, 56% low in hostility and 52% in anger. Reaching the conclusion that the program allowed us to reduce the levels of aggressiveness through learning emotional regulation techniques to put into practice in conflict situations.

Keywords: Cognitive behavioral program, family violence, aggressors, health center.

Presentación

El presente trabajo considera uno de los temas que mayor impacto tiene en la dinámica familiar, como es el caso de la violencia, evento que ocurre en diversos sectores de la sociedad e independientemente de su origen, edad o género. Se evidencian una serie de patrones de crianza patriarcal abordado en los diversos estilos de crianza y que se define como un rol de género y que se basan en la dinámica de interacción en la relación de pareja y que regularmente resulta dominada por el sexo masculino.

Esto es realmente preocupante porque de alguna manera marca el dominio de los hombres sobre las mujeres. Desafortunadamente, esto tiene muchas consecuencias, como depresión, inseguridades, daño físico, daño psicológico, trauma infantil y socioculturalmente, distanciamiento de las parejas, especialmente las conexiones de las mujeres con amigos y familiares.

Existe un pensamiento irracional de que la mujer es inferior al varón y se refleja por medio de maltrato y abuso de las mismas, a pesar de la iniciativa de instituciones, así como del ámbito social que buscan abordar el problema, el tema sigue siendo un tabú a nivel familiar o individual, lo que hace que una gran cantidad de féminas continúen sufriendo silenciosamente.

Según una publicación desarrollada por el MINSA (2021), a pesar de los avances del país en legislación para reducir la violencia en el núcleo familiar, en el período 2019-2020, el Ministerio Público registró solo 240.602 denuncias. Este número indica que un caso significativo de subregistro no fue reportado por varios motivos.

La agresión hacia la pareja, es el efecto de la interacción de diversos estados emocionales con actitudes hostiles, que van acompañados de poca o ninguna capacidad para comunicarse, interactuar y controlar el poner, así como los factores estresantes del ambiente.

En nuestro país, por otro lado, debido a la violencia intrafamiliar, existen diversos problemas y barreras psicológicas que pueden perturbar a cualquier persona, considerando que existe

una gama de condiciones familiares, personales, laborales y sociales que pueden propiciar su incremento o aparición.

Entre los trastornos más importantes es la depresión, que, según la definición de Beck (1983), la depresión es un trastorno que genera alteración del estado de ánimo, acompañado de la activación de patrones de pensamiento que generan distorsión de la realidad y conllevan a los individuos a percibirse negativamente a sí mismos, al mundo y al futuro. Lo que inicia y conserva los síntomas y signos depresivos en los dominios cognitivo- conductual-afectivo y somático.

Según la Organización Mundial de la Salud – OMS (2020), la depresión es una de las consecuencias de la violencia doméstica. Tanto es así que resulta que a algunos de los niños que han sido testigos de la violencia de los padres les cuesta tanto construir relaciones en el futuro que han renunciado a las opciones de matrimonio, incluido ese amor.

En este sentido, la violencia hacia las féminas en el ámbito familiar es un problema social grave porque es un fenómeno recurrente con consecuencias muy desfavorable para las víctimas y sus familias; las familias pueden ser entre marido y mujer Un ambiente de compañerismo mutuo, afecto y satisfacción personal, pero peligroso para la víctima, en el que las mujeres se encuentran en situaciones de abuso. (Patro et al. 2007).

De hecho, el tema de la violencia intrafamiliar ha dado lugar a una serie de procesos que facilitan el tratamiento y seguimiento en los centros de salud. Los centros de bienestar en Chiclayo, si bien es cierto, cuentan con un programa de seguimiento, pero muchas veces esto no es suficiente porque parten de la libertad del agresor para ser atendido o de su propia decisión, lo que les da la ventaja de aplicar una gama de medidas psicológicas. basado Las herramientas y estrategias de los principios de aprendizaje, en cierta medida, esto no produjo buenos resultados.

Ante esta problemática, es conveniente diseñar un plan de intervención que emplee un enfoque cognitivo conductual capaz de tratar a los maltratadores que participan en el sistema de justicia de violencia intrafamiliar en el Centro de Salud de Chiclayo en el año 2021, como se describe a continuación y consta de 8 actividades Composición, que incluye actividades desarrolladas a través de talleres, así como actividades desarrolladas por separado en Casa.

CAPITULO I: MARCO REFERENCIAL

1.1. Referencia Teórico Conceptual

1.1.1. Modelo cognitivo conductual

Está claro que para definir la terapia cognitivo conductual tal como la conocemos hoy en día, los conceptos que contienen deben evolucionar hasta agruparse. Keegan y Holas (2010) establecieron cuatro fases o momentos identificables:

- I. La terapia conductual, surgió en 1950 – 1970, de modo independiente en los Reino Unido, Estados Unidos y Sudáfrica.
- II. La terapia cognitiva nace en los años 1960 y 1970 en los Estados unidos.
- III. Terapia cognitiva conductual, origino de la terapia conductual en el año de 1980 y que continua vigente en el ámbito clínico.
- IV. En los últimos 10 a 15 años de la fusión, se desarrolló la “Tercera ola de la TCC”, busca modificar funciones cognitivas en lugar de modificar el contenido.

Durante el desarrollo de la terapia conductual, se desarrolla la primera generación de psicoterapia, la cual es validad científicamente, innovadora y basado en la teoría conductual, pero al mismo tiempo consistente con los puntos de vista de teóricos conductuales más radicales como Skinner y Watson existen diferencias significativas. Por su lado Joseph Wolpe, sudafricano que desarrolló la teoría de la inhibición mutua e introdujo la terapia de reducción del miedo probada empíricamente, más tarde conocida como fobias dirigidas y terapia de desensibilización sistémica para los trastornos de ansiedad. Sustentos fundamentales y teóricos de la TC, y es conocida por sus duras críticas al psicoanálisis y sus afirmaciones (Keegan & Holas, 2010).

Continuando en esta dirección terapéutica estuvieron Albert Bandura y Donald Meckenbaum, quienes influyeron mucho en su investigación. En el caso de Bandura, desarrolló la “teoría del aprendizaje social” y los conceptos de expectativas de refuerzo, eficacia de los resultados, modelado y aprendizaje alternativo.

Estas investigaciones sugieren que la hipótesis conductual de un vínculo automático entre refuerzo y respuesta puede no ser necesariamente correcta, y que algún proceso interno puede mediar en este vínculo. Y Donald Meckenbaum descubrió que cuando las personas se hablan a sí mismas, ese diálogo interno juega un papel importante en el control del comportamiento. Observó que las personas con esquizofrenia que se autodirigían "hablándose a sí mismas de una manera saludable" se desempeñaron mejor en varias evaluaciones de autocontrol. - Enseñanza de calificación, modelado cognitivo, declaraciones de afrontamiento y auto-refuerzo (Meichenbaum & Goodman, 1971). Se le considera uno de los pioneros de la TCC, aunque sus ideas son de carácter conductual, pues dice que primero hay que cambiar la conducta y luego el diálogo interno (Hernández, 2010).

La terapia cognitiva (CT), por otro lado, surgió de la investigación de Aaron T. Beck sobre la depresión, cuyas observaciones clínicas y resultados experimentales posteriores mostraron que existe un sesgo negativo sistemático en la forma en que las personas con depresión procesan la información. Baker intentó desarrollar una intervención que alivie el sufrimiento de las personas con depresión y otras angustias emocionales ayudándolas a identificar, examinar y modificar los patrones de pensamiento distorsionados y desadaptativos que están causando sus problemas. La terapia cognitiva se basa en el principio de que las emociones y los comportamientos de una persona están determinados en gran medida por la forma en que componen el mundo. En conclusión, Albert Ellis, otro pionero de la psicoterapia cognitiva, desarrolló un método conocido por primera vez como terapia racional (RT) en 1958.

A lo largo de los años, modificó esta rigurosa terapia cognitiva para incluir más técnicas emocionales y conductuales, por lo que la RT se convirtió en Terapia Emocional Racional (RET) y más tarde en Terapia Emocional y Conductual Racional (REBT). Al igual que Baker, Ellis enfatiza los pensamientos y creencias del paciente en lugar de escuchar pasivamente, sugiere un diálogo

más activo con el paciente e incorpora tareas y ejercicios en el plan de tratamiento.

Una de sus principales contribuciones es la propuesta del modelo A-B-C, en el que se considera que las consecuencias emocionales (C) son producidas por las creencias (B) sobre un evento (A) y no por el evento en sí. Estas consecuencias emocionales pueden modificarse “discutiendo activamente” las creencias (B) sobre los eventos (A) (Hernández, 2010).

Cabe señalar que, la diferencia principal entre ambas posiciones es que la terapia cognitiva adopta una figura intermedia en la perspicacia de los trastornos del estado de ánimo, y aunque un enfoque conductual sigue siendo la perspectiva dominante, existe un reconocimiento creciente de un modelo riguroso de estímulos-respuestas conductuales. Es insuficiente para explicar todo el comportamiento humano, y algunos problemas clínicos no pueden tratarse de manera efectiva sin el uso de algunas intervenciones cognitivas. (Keegan & Holas, 2010).

Así, con respecto al desarrollo de la terapia cognitivo conductual en la actualidad, hemos tenido en cuenta que, si bien en un principio el concepto de cognición de Baker y Ellis fue fragmentado para los estudiosos pertenecientes a la rama conductual, dadas sus premisas sobre el respeto a la terapia conductual, y al incorporar un componente conductual en sus modalidades de tratamiento, Debido a los beneficios y la aceptación del enfoque de Baker para la depresión, ha aumentado el apoyo a la teoría cognitiva, lo que finalmente ha llevado a que los enfoques de los terapeutas conductuales se vuelvan cada vez más interesantes.

La insatisfacción con las modalidades de tratamiento anteriores, junto con los nuevos conocimientos adquiridos a través de una serie de investigaciones, ha revelado nuevos aspectos cognitivos del funcionamiento humano y su importancia en la comprensión de los seres humanos y sus enfermedades que no están incluidas en la terapia conductual. Entre 1960 y 1970, varios

destacados terapeutas y teóricos comenzaron a identificarse como la base de los procesos orientados al comportamiento cognitivo.

Aparentemente, Baker y Ellis estaban entre ellos, y había muchos otros, como Coltra, Mahoney y Metchenbaum. Los pasos dados por estos influyentes académicos de la época despertaron el interés de otros en la investigación y práctica de la terapia cognitiva conductual (TCC). Este proceso fue facilitado por la creación de la revista científica *Cognitive Therapy and Research* en 1977, que permitió a los investigadores y terapeutas presentar sus ideas y conclusiones a una amplia audiencia (Keegan & Holas, 2010). Varios conceptos cognitivos han ampliado horizontes y llevado a una mayor comprensión del comportamiento anormal y sus orígenes.

Diferentes estudios han demostrado un impacto clínico positivo de las intervenciones cognitivo-conductuales, consolidando aún más la posición de la TCC. En el desarrollo de modelos teóricos de intervenciones terapéuticas específicas para el trastorno de pánico, los dos enfoques de tratamiento, cognitivo y conductual, están particularmente bien integrados y muchos los consideran la psicoterapia más eficaz desarrollada hasta la fecha. (Barlow y Clark citado por Keegan y Horace, 2010).

Hernández y Sánchez (2007) han elaborado una recopilación de las principales terapias que pueden incorporar un enfoque cognitivo-conductual, mencionando: Terapia Racional Emocional Conductual (Ellis), Terapia Cognitiva (Beck), Entrenamiento Autodirigido (Meichenbaum), Manejo de la Ansiedad (Suinn), Terapia de Resolución de Problemas (D'Zurilla y Goldfried), Entrenamiento de Inoculación de Estrés (Meichenbaum), Reestructuración Racional (Golfried), Terapia Racional Conductual (Maultsby), Autocontrol Terapéutico (Rem), Psicoterapia Constructiva y Estructural (Guidano y Liotti).

Alrededor de la década de 1990, surgieron varios tratamientos o aplicaciones nuevos de la TCC, conocidos como TCC de tercera ola. Lo que es más importante, será una respuesta a las dudas sobre algunos de los supuestos

centrales de la TCC tradicional, En particular, se plantea la hipótesis de que se requieren cambios cognitivos directos para lograr una mejoría clínica. Otros factores incluyen nuevas ideas en filosofía de la ciencia, una mayor conciencia de las tradiciones budistas y los beneficios de desarrollar un estado meditativo basado en la atención plena. (Citado por Reyes, Keegan y Holas, 2010).

Las intervenciones basadas en la terapia cognitivo conductual son una de las modalidades efectivas para tratar una variedad de trastornos que presenta un individuo, brindando así un tratamiento efectivo que elimina los síntomas presentados. Para el tratamiento de trastornos de la personalidad, ansiedad, depresión, esquizofrenia y agresión; los cuales. Así, esta modalidad terapéutica permite una atención oportuna y eficaz, a partir de intervenciones que predisponen y se originan de las distorsiones cognitivas del mal comportamiento, definidas como eficaces en la práctica clínica en los trastornos psicológicos, especialmente la depresión (Beck, 1983).

En este sentido, señalo los siguientes principios fundamentales de la terapia cognitiva conductual: el énfasis relativo en la cognición y la conducta difiere entre los enfoques cognitivo conductuales, aunque Dobson y Dozois (como se cita en Keegan y Holas, 2010) considerando las diferentes formas de TCC deben compartir tres suposiciones principales: a) Los procesos cognitivos influyen en el comportamiento; b) La actividad cognitiva puede ser monitoreada y modificada c) Los cambios en la cognición de las personas, es decir, los cambios en los pensamientos, explicaciones y suposiciones, pueden conducir a sus cambios en el comportamiento.

Aunque el modelo CBT afirma que El sistema de creencias de todos es heterogéneo y los trastornos clínicos se pueden diferenciar en función de cogniciones específicas (contenido y productos cognitivos) compartidas por todos los pacientes con el mismo trastorno. La naturaleza de la relación paciente-terapeuta y la estructura típica del proceso de tratamiento también son atributos comunes compartidos entre diferentes terapias cognitivas conductuales. (Keegan & Holas, 2010).

Sin embargo, debe enfatizarse que las TBM no pueden definirse por sus tecnologías o las estrategias que utilizan para facilitar el cambio. Cualquier intervención que resulte en cambios cognitivos como medio para promover cambios emocionales y conductuales, y cualquier modelo que reconozca explícitamente el papel mediador o moderador de la cognición en el funcionamiento humano puede considerarse una variante de la TCC.

Reconocer el papel principal de la cognición en la teoría y el tratamiento de la psicopatología no implica que la TCC rechace el papel de los factores no cognitivos en la vulnerabilidad y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Los modelos cognitivo-conductuales afirman que la salud mental humana y la psicopatología son compatibles con la dosis. Esto es consistente con la investigación contemporánea en psicopatología del desarrollo, que sugiere que la interacción de factores biológicos, ambientales, sociales, de personalidad y cognitivos contribuye a los patrones de psicopatología individual (Keegan & Holas, 2010).

1.1.2. Agresividad

La agresión es a un conjunto de patrones de actividad con intensidades que pueden expresarse de diferentes formas, ya sean físicas, verbales o transferenciales, ya que estos tipos están relacionados o vinculados, incluidos los gestos. (Martínez, 2016) Las personas con comportamiento agresivo suelen ser agresivas y violan el respeto, la dignidad y la sensibilidad de los demás. (Martínez, 2016) Hacer que la agresión no esté determinada genéticamente, sino que influya en la sociedad a través del aprendizaje o la reprogramación, dando lugar al aprendizaje de la conducta agresiva y su regulación. (Spinette, 1991)

A. La teoría del aprendizaje social según Bandura

Esta teoría se basa en la existencia de nuevos aprendizajes entre las personas y, por lo tanto, se refiere a las personas que aprenden cosas nuevas y desarrollan nuevos comportamientos al observar a los demás. La conclusión es que la teoría implica un proceso de aprendizaje por observación entre las personas. (Triglia, 2018) La teoría del aprendizaje

social desarrollada por Albert Bandura en la década de 1977 es una teoría del aprendizaje conductual basada en el condicionamiento clásico y operante. Sin embargo, precisa dos ideas básicas.:

- A. Los procesos de mediación ocurren entre estímulos y respuestas.
- B. Los comportamientos se aprenden del entorno a través de un proceso de aprendizaje por observación.

a. Aprendizaje mediante la observación

Personas de diferentes edades se observan e imitan su comportamiento, por lo que al individuo observado se le llama modelo, por lo que los niños y adolescentes suelen estar rodeados de modelos que influyen en su desarrollo, como sus padres, familiares, amigos, maestros y personajes de las redes sociales. (Triglia, 2018)

Depende de ellos observar si es adecuado que los niños y adolescentes imiten o modelen su comportamiento para obtener el comportamiento de los individuos conocidos como modelos. (Triglia, 2018) Esta persona se puede identificar a través de un modelo, y muchas veces se pueden replicar o adoptar comportamientos como los valores, creencias y actitudes observadas de la persona identificada con él. (Triglia, 2018)

b. Los Procesos De Mediación

Por eso, Bandura cree que las personas son procesadores activos de información y valoran la relación entre sus acciones y sus consecuencias. Es decir, el aprendizaje por observación no ocurre a menos que haya procesos cognitivos involucrados en la decisión de adquirir una nueva respuesta. (Triglia, 2018)

Asimismo, los individuos no observan automáticamente el comportamiento del modelo y lo imitan. Hay un proceso de pensar antes de la imitación, y se llama proceso de mediación. Esto sucede entre observar el acto (estímulo) e imitarlo. (Triglia, 2018)

El proceso de mediación propuesto por Bandura (Triglia, 2018) Atención: Capta la atención al observar el comportamiento a lo largo del tiempo, y tiene suficiente influencia sobre nosotros para imitarlo. Retención: El acto de aprender o almacenar. Reproducción: El acto de lograr la ignición que influye en nuestras decisiones sobre nuestras capacidades físicas y mentales. Motivación: son los premios y castigos que recibe el imitador durante la conducta de aprendizaje.

B. Definición

Buss (1961) define principalmente la agresión como cualquier respuesta que promueva un elemento nocivo contra un organismo. Posteriormente, Buss (1969) señaló que la agresión representaba un mecanismo de respuesta instrumental que producía castigo, y también era considerada como una conducta interactiva entre el agresor y la víctima.

Carrasco y Gonzáles (2006) señalaron que mientras la agresión es el comportamiento de un individuo frente a una situación particular, la agresión se expresaría como una tendencia a enfrentar dicha situación.

Bandura (1973) sostiene que la agresión es un comportamiento que se puede aprender, controlar y reforzar, un elemento nocivo y destructivo.

Huntingford y Turner (1987) argumentan que la agresión representa un fenómeno multidimensional que existe en las actividades humanas.

Anderson y Bushman (citados en Saravia, 2016) afirman que la agresión ocurre como resultado de impulsos no planificados en los que hay ira y rabia con la intención de causar daño a la persona.

Flores (2018) interpreta esta variable como una serie de actividades que los individuos realizan para dañar a otros, en ocasiones inevitables.

C. Factor causante a la agresividad

Según Martínez (2016), postula diversos factores que influyen en la adquisición y práctica de la conducta agresiva.

- Tipo de sociedad: la competencia en la sociedad (egoístas, cerrados, materialistas)
- Entorno social: Obtener lo que uno desea a través de conductas negativas. (reforzando la sociedad)

- Medios de comunicación: Proporcionar programación inapropiada a niños y jóvenes que refuerce comportamientos negativos.
- Factores biológicos: Relacionado con su condición física, lo que lleva a la agresión.
- Relaciones familiares: La conducta familiar influye en su desarrollo del infante. (padres agresivos por ende hijos agresivos)
- Estilo de educación: El tipo de educación que podemos brindar a los niños, ya sea de padres negligentes o excesivamente restrictivos, puede conducir a un comportamiento agresivo en un niño o adolescente.
- La edad: Durante las etapas de desarrollo de los niños, se observan diferentes comportamientos de aprendizaje y las familias guían su aprendizaje conductual.

D. Tipos de conductas agresivas

Zilman (2014) propone 3 tipos de agresión, los cuales se presenta a continuación:

- Agresión Físicas: Comportamiento intencionalmente agresivo, repetitivo en el que se utiliza cualquier parte del cuerpo o algún objeto para inmovilizar o causar daño a la integridad física de la otra parte, tales como puñetazos, pellizcos, patadas, tirones de orejas, tirones de orejas, tirones de cabello, azotes, palos, armas blancas, etc.
- Agresión Verbales: Se caracteriza por acusaciones, insultos, amenazas, juicios, críticas denigrantes, órdenes o gritos agresivos tales como: tontos, vagos, burros, marranos, etc.
- Agresión Desplazada: Atacar objetos (no humanos o animales) no relacionados con la incitación, tales como: esconder, tirar, destruir, quemar, abandonar, destruir, etc.

Asimismo, Buss y Perry (1992), a raíz de un estudio psicométrico de la agresión, publicaron una herramienta para medir el constructo anterior,

que consta de las dimensiones anteriores, que se conceptualizan a continuación:

- Agresión física, entendida como cualquier actuación física (golpe, empujón, etc.) utilizada para infligir daño y resultar directamente (Solberg y Olweus, 2003).
- Agresividad verbal en forma de amenazas, insultos, burlas y otros comportamientos que causan daño e incomodidad (López, Sánchez, Rodríguez y Fernández, 2009).
- Hostilidad, factor cognitivo caracterizado por la creencia de que un tercero está en conflicto, y las propias necesidades no se adaptan a la opinión de los demás, cayendo en constante oposición, perjudicando así a los demás. (Sánchez y Fernández, 2007).
- Ira, un sentimiento conocido como resultado de un comportamiento hostil percibido previamente (Pérez, Redondo y León, 2008)

1.2. Propósito de intervención

En la actualidad, los casos de violencia intrafamiliar han aumentado significativamente, principalmente las mujeres como víctimas y los hombres como perpetradores. Ante diversas reacciones violentas (verbales, físicas, etc.), la mujer se degrada y se siente inferior. conductas que afectan significativamente el desarrollo de sus hijos menores en situaciones familiares. Por tanto, sería ventajoso desarrollar un procedimiento que permita la modificación de la conducta violenta de las personas condenadas a fin de reducir dicha violencia en la familia, la sociedad, el trabajo, etc.

Objetivo general:

Proponer un Programa Cognitivo Conductual para hacer seguimiento y tratamiento a los agresores implicados en el sistema de justicia por violencia Familiar que acuden a un Centro de Salud de Chiclayo, 2021.

Objetivos específicos:

- Reducir los niveles de agresividad de los agresores implicados en el sistema de justicia por violencia Familiar que acuden a un Centro de Salud Chiclayo 2021.
- Fundamentar teóricamente las variables de estudio.

- Determinar la metodología del Programa Cognitivo Conductual para hacer seguimiento y tratamiento a los agresores implicados en el sistema de justicia por violencia Familiar que acuden a un Centro de Salud de Chiclayo, 2021.

1.3. Estrategia de intervención:

A. Coordinaciones previas

Se ha realizado una coordinación con el programa de salud mental del centro de salud para poder conocer el porcentaje de personas que son requeridas por las autoridades judiciales de la ciudad para someterse a rehabilitación como perpetrador de violencia intrafamiliar.

Al observar la gran cantidad de personas sentenciadas por violencia doméstica, se encontró que sería factible desarrollar un plan de intervención que redujera el nivel de agresión en esta sociedad de hombres adultos sentenciados.

B. Metodología específica

El diseño y ejecución de la propuesta es realizado directamente por investigadores que entienden la situación real del paciente y teniendo en cuenta la teoría cognitivo conductual, se presentan 10 sesiones, la primera sesión es una sesión informativa, una aplicación de pre-test, con el fin de entender el ingreso del usuario, las siguientes 8 sesiones de intervención individuales y grupales tienen como objetivo interactuar con los usuarios, la última sesión se limitará a aplicar el post-test, lo que nos ayudará a comprender cómo terminó el programa de intervención y los resultados alcanzados en este paciente.

C. Cronograma

El cronograma se refleja en un gráfico que detalla las actividades a realizar durante la encuesta. (Bernal, 2010). La presentación de la línea de tiempo permite una observación esquemática y secuencial de las actividades que se deben realizar para llevar a cabo la investigación. (Arias, 2012).

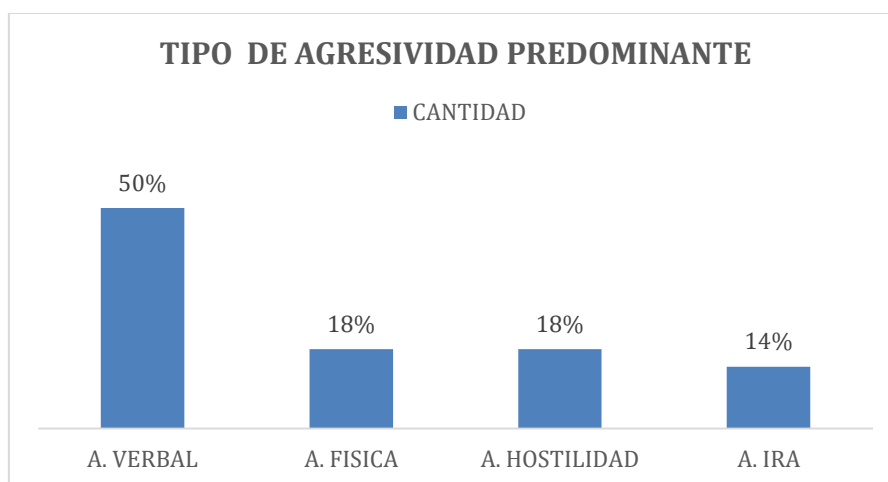
ACTIVIDADES	2021											
	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	set	oct	nov	Dic
Elaboración del proyecto	x	x										
Presentación y aprobación		x										
Revisión documental			x									
Elección de instrumentos			x									
Trabajo de campo			x	x								
Proceso y análisis de datos				x								
Generación de la propuesta				x								
Desarrollo de propuesta					x	x	x	x	x	x	x	
Presentación y revisión del informe											x	
Sustentación												x

CAPITULO II: CONTENIDO

2.1. Diagnostico situacional

Gráfico 1

Tipos de violencia predominante en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar

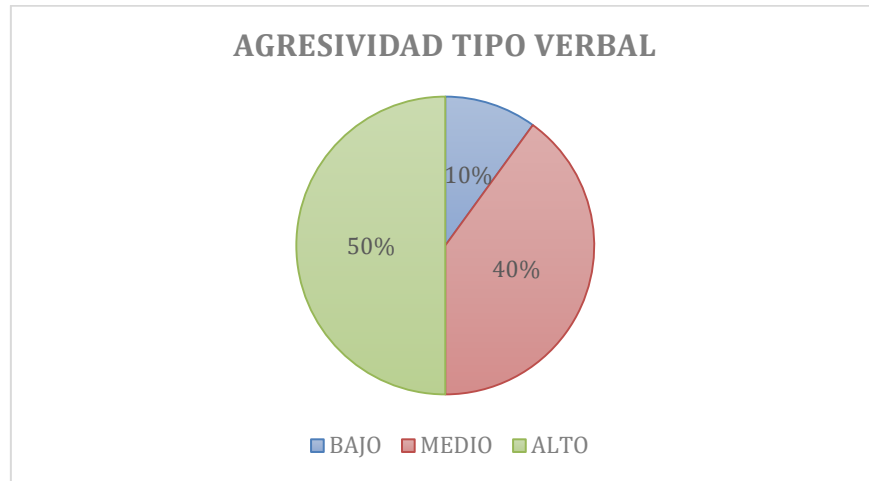


Fuente: Elaboración propia

En el grafico 1, se puede apreciar los tipos de agresividad predominante en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar, de los cuales la mitad (50%) practican un tipo de agresividad verbal, seguido de la agresividad física y hostil con un 18% cada una, mientras la ira se representa en el 14% de la población.

Gráfico 2

Niveles de agresividad tipo verbal en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar

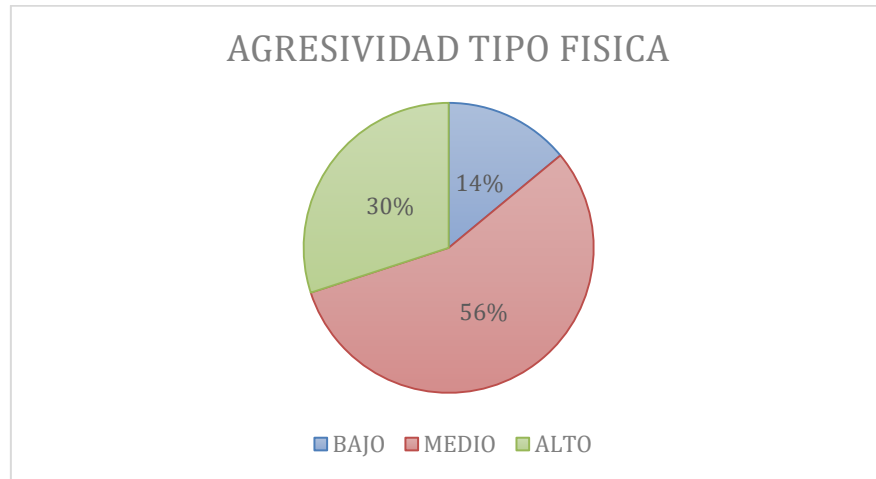


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 2, se puede apreciar el tipo de agresividad verbal según niveles, obteniendo un 50% de la población en nivel alto, 40% con nivel medio y solo un 10% con agresividad verbal nivel bajo. Lo que quiere decir que el 90% de la población se expresan por medio de insultos, amenazas, humillaciones hacia su entorno.

Gráfico 3

Niveles de agresividad tipo física en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar

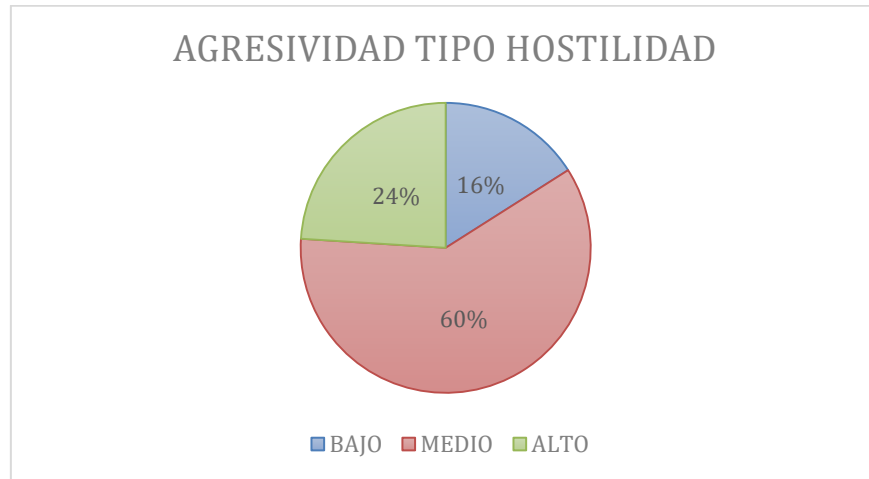


Fuente: Elaboración propia

En el grafico 3, se puede apreciar el tipo de agresividad física según niveles, obteniendo un 56% de la población en nivel alto, 30% con nivel medio y solo un 14% con agresividad verbal nivel bajo. Lo que quiere decir que el 86% de la población se expresan por medio de golpes, cachetadas, empujones en situaciones de conflicto.

Gráfico 4

Niveles de agresividad tipo Hostilidad en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar

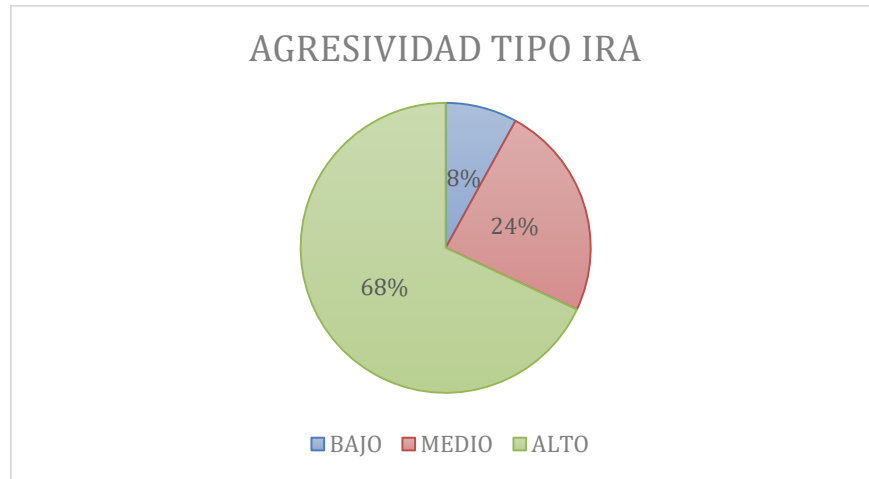


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 4, se puede apreciar el tipo de agresividad hostilidad según niveles, obteniendo un 60% de la población en nivel alto, 24% con nivel medio y solo un 16% con agresividad verbal nivel bajo. Lo que quiere decir que el 84% de la población se muestran tercas, impacientes, impulsivas ante una situación de conflicto.

Gráfico 5

Niveles de agresividad tipo ira en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar



Fuente: Elaboración propia

En el grafico 5, se puede apreciar el tipo de agresividad ira según niveles, obteniendo un 68% de la población en nivel alto, 24% con nivel medio y solo un 8% con ira nivel bajo. Lo que quiere decir que el 92% de la población ante situación de conflicto se enfadan, muestran colera, enojo rabia y fisiológicamente tiende a acelerarse el corazón, sonrojarse.

2.2. Programa de intervención

2.2.1. Datos generales

Nombre del programa: Programa cognitivo conductual para agresores implicados en el sistema de justicia por violencia familiar que acuden a un centro de salud de Chiclayo, 2021

Lugar de desarrollo: Establecimiento de salud Chiclayo

Número de participantes: 50 participantes

Objetivo: Aprender estrategias que permitan controlar sus niveles de agresividad ante situaciones de conflicto.

Metas: Lograr que el 68% de los participantes aprendan estrategias asertivas y lo practiquen en su diario vivir.

2.2.2. Responsables

César Santiago Mundaca Flores

2.2.3. Población objetivo

La población está conformada por 50 personas con sentencia judicial en el periodo junio – diciembre 2020 en caso de violencia familiar y se intervendrá al total de la población.

2.2.4. El programa de actividades

Nº SESIÓN	NOMBRE DE LA SESIÓN	OBJETIVO	DURACIÓN
1	Presentación	Identificar los niveles y tipos de agresividad predominante en los participantes	60 minutos
2	Identificando los estados de ánimo	Reflexionar en la necesidad de evitar las manifestaciones agresivas por sus consecuencias negativas.	90 minutos
3	Identificando las distorsiones cognitivas	Reconocer los pensamientos negativos cuando ocurran y enseñarle a responderles.	90 minutos
4	Relacionando los pensamientos irracionales con comportamientos violentos	Identificar y manejar los pensamientos irracionales ante situaciones de conflicto.	90 minutos
5	La elección de no ser violento	Enseñar Técnicas para controlar y manejar la ira, la agresividad y la frustración.	90 minutos
6	La relajación como apoyo para los momentos de tensión	Fortalecer las habilidades de los participantes para afrontar situaciones de tensión.	90 minutos
7	Los pensamientos desencadenados de violencia pueden ser detenidos	Fortalecer sus habilidades de comunicación asertiva.	90 minutos
8	Los pensamientos desencadenados y las creencias irracionales	Analizar las cualidades positivas adquiridas y reforzar las débiles.	90 minutos
9	Importancia de la resiliencia	Fortalecer la resiliencia desde el plano emocional como herramienta para afrontar situaciones adversas	90 minutos
10	Despedida	Identificar el efecto del programa sobre los niveles de agresividad en los participantes.	60 minutos

SESIÓN N° 1

Objetivo: Reflexionar en la necesidad de evitar las manifestaciones agresivas por sus consecuencias negativas.

DENOMINACIÓN	ACTIVIDADES	RECURSOS Y MATERIALES
Identificando los estados de ánimo	<p style="text-align: center;">INICIO</p> <p>Pida a los pacientes que reflexionen sobre sus emociones y califíquelas del 0 al 10. (Estado de ánimo del paciente al inicio de la sesión) Tiempo estimado (5 minutos).</p> <p>Pida al paciente que explique por qué quiere la intervención. (5 minutos).</p>	<p style="text-align: center;">PROCESO</p> <p>Explique a que el curso analizará sus problemas en términos de cinco dimensiones de la experiencia de vida (entorno, pensamientos, respuestas corporales, comportamiento y emociones).</p> <p>Explique al usuario de qué están hechas las cinco (5) experiencias de vida. Se presentan dos casos y se discuten con el usuario para identificar las posibles respuestas físicas, pensamientos, conductas y emociones.</p> <p>Explicar la importancia del poder reconocer conductas de tipo violento y relacionarlas con su emoción (ira, enfado). Pídale al usuario que hable sobre una vivencia desagradable para él, y pueden discutirlo juntos.</p> <p style="text-align: center;">SALIDA</p> <p>Es necesario instruir al paciente para que determine sus pensamientos sobre las mujeres. Explique la tarea (Ejercicio 1).</p> <p>Finalmente solicite al usuario que le brinde información significativa sobre la sesión y que reevalúe sus emociones.</p>

SESIÓN N° 2

Objetivo: Enseñarles a reconocer los pensamientos negativos cuando ocurran y enseñarle a responderles.

DENOMINACIÓN	ACTIVIDADES	RECURSOS Y MATERIALES
Identificando las distorsiones cognitivas	<p style="text-align: center;">INICIO</p> <p>Pídele al paciente que reflexione sobre su emoción y califícala en una escala del 1 al 10.</p> <p>Con el paciente, brinde retroalimentación sobre la sesión anterior, permitiéndole recordar una estimación de su estado emocional al final, en comparación con el principio. Pida al paciente que explique por qué quiere la intervención. (5 minutos).</p> <p>Consulte al usuario si desarrollo la tarea 1. Revise sus respuestas con el paciente y comente cómo el paciente entiende ciertas ideas sobre los roles de hombres y mujeres. Ser consciente de las creencias irracionales mostradas por el paciente. (aún no discutido)</p>	<p style="text-align: center;">Diálogo Comentario Imágenes</p>
	<p style="text-align: center;">PROCESO</p> <p>Explique al paciente que la sesión incluirá reflexiones sobre sus propias creencias sobre la inferioridad femenina y el uso del poder en la resolución de conflictos, así como en relación con el tema.</p> <p>La explicación luego enumerará la evidencia para apoyar estas ideas.</p> <p>Explique al usuario qué son las creencias o pensamientos irrazonables y cómo se relacionan con el comportamiento.</p> <p>Utilice la discusión como una herramienta para guiar a los pacientes a descubrir sus creencias irracionales.</p> <p>De las creencias irracionales identificadas, elija 2 de ellas y pida al paciente que enumere 2 experiencias o situaciones que contradigan</p>	

	<p>cada pensamiento. (Ejercicio 2).</p> <p style="text-align: center;">SALIDA</p> <p>Exponga ante el usuario sobre los pensamientos que están relacionados con la conducta, por lo que en la actividad (Ejercicio 3) debe anotar la conducta que provoca cada pensamiento. Recuerde al usuario que las creencias pueden ser irracionales o racionales.</p> <p>Pídale al usuario que brinde respuesta a las preguntas para proporcionar comentarios a la reunión.</p>	
--	---	--

SESIÓN N° 3

Objetivo: Reconocer los pensamientos negativos cuando ocurran y enseñarle a responderles.

DENOMINACIÓN	ACTIVIDADES	RECURSOS Y MATERIALES
Relacionando los pensamientos irracionales con comportamientos violentos	<p>INICIO</p> <p>Pídele al paciente que reflexione sobre su emoción y calificala en una escala del 1 al 10.</p> <p>Con el paciente, brinde retroalimentación sobre la sesión anterior, pidiéndole que recuerde una estimación de su estado mental al final. en comparación con el principio.</p> <p>Explíquele al paciente que la clase intentará internalizar cómo sus pensamientos conducen a un comportamiento violento.</p> <p>Explíquele al usuario sobre el funcionamiento del "ciclo de violencia" y que aprenda a identificar en cada etapa los pensamientos automáticos.</p>	<p>Diálogo Comentario Imágenes</p>
	<p>PROCESO</p> <p>Pida a los pacientes que comenten cuándo utilizan la agresión. Oriente al usuario al logro e identificación de pensamientos automáticos en el acto. Así como la gestión de sus emociones antes, durante y al finalizar el evento.</p> <p>Demostrar el "ciclo de violencia" al paciente. Explique cada etapa al paciente.</p> <p>Pregúntele al paciente cómo ha vivido este ciclo. Deja que te cuente sus pensamientos automáticos en cada etapa.</p>	
	<p>SALIDA</p> <p>Ejercicio 4. Infórmele al paciente que, para controlar el comportamiento mencionado en la lección, debe ser capaz de identificar</p>	

	<p>pensamientos automáticos asociados con el evento. Por lo tanto, debe identificar 3 eventos violentos o situaciones y los pensamientos automáticos que trajeron consigo.</p> <p>Pídale al usuario que responda cada una de las interrogantes a fin de proporcionar comentarios a la reunión.</p> <p>Pídale al paciente que vuelva a evaluar el estado mental con el que comenzó.</p>	
--	--	--

SESIÓN N° 4

Objetivo: Enseñar Técnicas para controlar y manejar la ira, la agresividad y la frustración.

DENOMINACIÓN	ACTIVIDADES	RECURSOS Y MATERIALES
La elección de no ser violento	<p style="text-align: center;">INICIO</p> <p>Pida a los pacientes que reflexionen sobre sus emociones y califique del 1 al 10</p> <p>Con el paciente, brinde retroalimentación sobre la sesión anterior, pidiéndole que recuerde una estimación de su estado mental al final. en comparación con el principio.</p> <p>Explique al usuario que en el curso le explicará que la colera y la ira no son las razones de su comportamiento violento.</p> <p>Explíquele al paciente que cuando está enojado o enojado con su pareja, le está mostrando otra técnica de relajación.</p>	<p style="text-align: center;">PROCESO</p> <p>Explíquele al paciente que desde que ha reconocido sus creencias y pensamientos irracionales en sesiones previas, se ha dado cuenta de que la conducta violenta es una manifestación de elección, es decir, él decide por qué, cómo y cuándo realizar la conducta; por lo tanto, puede modificarla. actos violentos mediante el uso de diferentes técnicas alternativas.</p> <p>Muéstrele al paciente pensamientos automáticos y pídale que le diga qué es útil y qué es dañino.</p> <p>Dile al paciente que ahora realizarás la técnica de relajación para que pueda identificar sus zonas tensas y así aprender a relajarlas.</p> <p>Preguntar al paciente sobre sus emociones y pensamientos.</p>
		<p style="text-align: center;">RECURSOS Y MATERIALES</p> <p>Diálogo Comentario Imágenes</p>

	<p style="text-align: center;">SALIDA</p> <p>Dígale al paciente que la tarea es inducir la relajación mediante el reconocimiento de pensamientos automáticos en situaciones de ira al menos dos veces por semana. Ejercicio 5.</p> <p>Pídale al usuario que responda a las interrogantes con la finalidad de proporcionar retroalimentación para la sesión. Pídale al paciente que vuelva a evaluar el estado mental con el que comenzó.</p>	
--	---	--

SESIÓN N° 5

Objetivo: Enseñar Técnicas para controlar y manejar la ira, la agresividad y la frustración..

DENOMINACIÓN	ACTIVIDADES	RECURSOS Y MATERIALES
La relajación como apoyo para los momentos de tensión	<p style="text-align: center;">INICIO</p> <p>Pídele al paciente que reflexione sobre su emoción y calificala en una escala del 1 al 10.</p> <p>Con el paciente, brinde retroalimentación sobre la sesión anterior, permitiéndole recordar una estimación de su estado emocional al final. en comparación con el principio.</p> <p>Explique al usuario que durante el curso le expondrá que puede cambiar estos pensamientos automáticos con el objetivo de lograr el control de su comportamiento impulsivo.</p> <p>Explique al usuario que practicará con él técnicas alternativas de relajación para que pueda razonar sobre el pensamiento automático.</p>	<p style="text-align: center;">Diálogo Comentario Imágenes</p>
	<p style="text-align: center;">PROCESO</p> <p>Explique al usuario que, en la misma modalidad en que se desarrolló la sesión anterior la relajación progresiva con la finalidad de identificar sus pensamientos automáticos, en esta oportunidad aprenderá a identificar y modificar cada uno de estos pensamientos por unos apropiados.</p> <p>Presentar al usuario un contexto de sus características realistas, instruir al paciente para que le facilite pensamientos automáticos inadecuados.</p> <p>Dígale al usuario que, a continuación, desarrollara técnicas de relajación con la finalidad de identificar pensamiento</p>	

automático y áreas de tensión. Pida al usuario que convierta su pensamiento automático inapropiado en apropiado mientras desarrolla técnicas de relajación. Preguntar al paciente sobre sus emociones y pensamientos.

SALIDA

Dígale al paciente que la tarea es inducir la relajación identificando y modificando cada uno de los pensamientos automáticos y observando las consecuencias en al menos tres situaciones de ira por semana. (Ejercicio 6).

Pídale al usuario que brinde respuesta a las preguntas para proporcionar comentarios a la reunión.

Pídale al paciente que vuelva a evaluar el estado mental con el que comenzó.

SESIÓN N° 6

Objetivo: Fortalecer sus habilidades de comunicación asertiva.

DENOMINACIÓN	ACTIVIDADES	RECURSOS Y MATERIALES
Los pensamientos desencadenados de violencia pueden ser detenidos	<p>INICIO</p> <p>Pídele al paciente que reflexione sobre su emoción y califícala en una escala del 1 al 10.</p> <p>Con el paciente, brinde retroalimentación sobre la sesión anterior, permitiéndole recordar una estimación de su estado emocional al final. en comparación con el principio.</p> <p>Explique al paciente que esta parte de la intervención se realizará en una sola sesión.</p> <p>El objetivo de la interpretación es identificar creencias irracionales en relación al abuso de control y poder sobre la pareja del usuario.</p> <p>Se instruye al usuario para que realice una actividad de razonamiento denominada "7 moscas en la pared".</p>	<p>Diálogo Comentario Imágenes</p>
	<p>PROCESO</p> <p>Explique al usuario cómo los pensamientos discutidos en la Sección 2 están relacionados de forma estrecha con el comportamiento y las emociones. Pídele al usuario que brinde su opinión sobre el tema.</p> <p>Exponer al paciente al círculo del abuso de control y poder, discutiendo los pensamientos irracionales que surgen del debate socrático en cada punto. Pídale al paciente que describa una experiencia violenta basada en un tema en el círculo. Pídale que "vuele" en BZZ y analice los eventos racionalmente desde diferentes ángulos.</p> <p>Pida al paciente que demuestre las</p>	

	<p>consecuencias de la creencia discutiendo la evidencia que apoya y refuta la creencia.</p> <p>Seguidamente, pídale al usuario que discuta y reformule este poder de pensamiento y considere las consecuencias posibles.</p> <p style="text-align: center;">SALIDA</p> <p>Dígale al usuario que el ejercicio radica en reformar los pensamientos irracionales en creencias racionales relacionadas con el uso del poder. (Ejercicio 7)</p> <p>Pídale al paciente que responda preguntas para proporcionar comentarios a la reunión.</p>	
--	---	--

SESIÓN N° 7

Objetivo: Analizar las cualidades positivas adquiridas y reforzar las débiles.

DENOMINACIÓN	ACTIVIDADES	RECURSOS Y MATERIALES
Los pensamientos desencadenados y las creencias irracionales	INICIO	
	Pídele al paciente que reflexione sobre su emoción y califícala en una escala del 1 al 10.	
	Con el paciente, brinde retroalimentación sobre la sesión anterior, permitiéndole recordar una estimación de su estado emocional al final. en comparación con el principio.	
	Explique a los participantes sobre el objetivo: identificar las creencias irracionales sobre la igualdad de género.	
	Dígale al paciente que se discutirán los roles de hombres y mujeres.	
	PROCESO	
	Explíquelo al paciente que el abuso de poder se ha discutido anteriormente, por lo que muchas creencias irracionales surgen de creencias fundamentales sobre la desigualdad de género. Dígale al paciente que los hombres y las mujeres tienen los mismos derechos y obligaciones.	Diálogo Comentario Imágenes
	Muéstrele al paciente la hoja de trabajo e indíquele que discuta estas creencias, brinde evidencia para apoyar y refutar las creencias, y discuta las posibles consecuencias de ambas.	
	Pida a los pacientes que expongan sus creencias irracionales sobre el tema. Pida al usuario que los reconstruya después de la discusión. (Ejercicio 8).	
	SALIDA	
	Diga a los pacientes que la tarea es replantear el papel de su pareja y su papel en la familia,	

	<p>teniendo en cuenta las nuevas creencias racionales. (Ejercicio 9).</p> <p>Pídale al usuario que responda las interrogantes para proporcionar comentarios sobre la sesión.</p> <p>Pídale al usuario que vuelva a evaluar el estado mental con el que comenzó.</p>	
--	---	--

SESIÓN N° 8

Objetivo: Fortalecer la resiliencia desde el plano emocional como herramienta para afrontar situaciones adversas.

DENOMINACIÓN	ACTIVIDADES	RECURSOS Y MATERIALES
La importancia de la resiliencia	INICIO	
	Pídele al paciente que reflexione sobre su emoción y califícala en una escala del 1 al 10.	
	Con el paciente, brinde retroalimentación sobre la sesión anterior, pidiéndole que recuerde una estimación de su estado mental al final. en comparación con el principio.	
	Explique a los usuarios el objetivo de la sesión, el cual será definir conceptos sobre la resiliencia.	
	PROCESO	
	Explicar el concepto de resiliencia al paciente. Pídale que escriba sobre dos experiencias, las cuales sean negativas en su vida. Dirija al usuario a encontrar consecuencias positivas y negativas, dos de cada uno.	Diálogo Comentario Imágenes
	Haga que el paciente responda respondiendo ¿Quién soy yo? ¿Soy yo?	
	Guiar al paciente para que identifique qué experiencias le hicieron esa persona.	
	SALIDA	
	Pida al usuario que busque las otras dos experiencias durante la semana e identifique los dos beneficios que aportan.	
	Pídale al usuario que responda las interrogantes para proporcionar comentarios sobre la sesión.	

	Pídale al paciente que vuelva a evaluar el estado mental con el que comenzó.	
--	--	--

2.2.5. Metodología

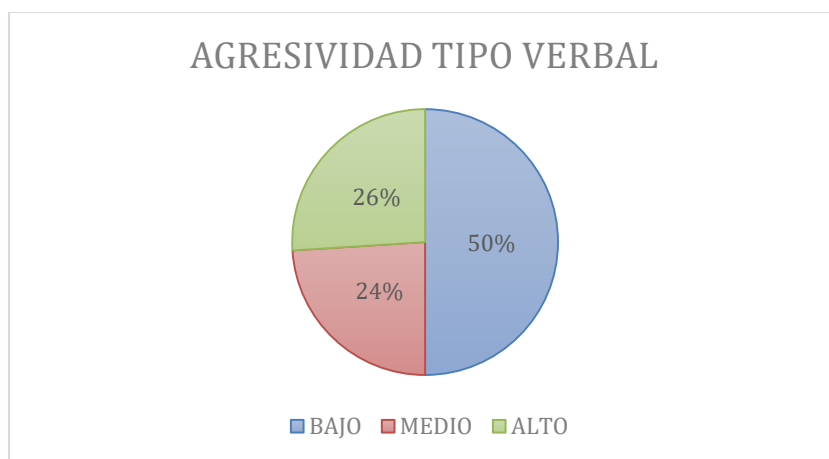
Cada una de las sesiones contarán con la siguiente metodología.

- Dinámica de ingreso
- Presentación de información
- Dinámica intermedia (Role play o trabajo en equipo)
- Dinámica de salida.

2.3. Evaluación de salida

Gráfico 7

Niveles de agresividad tipo verbal en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar

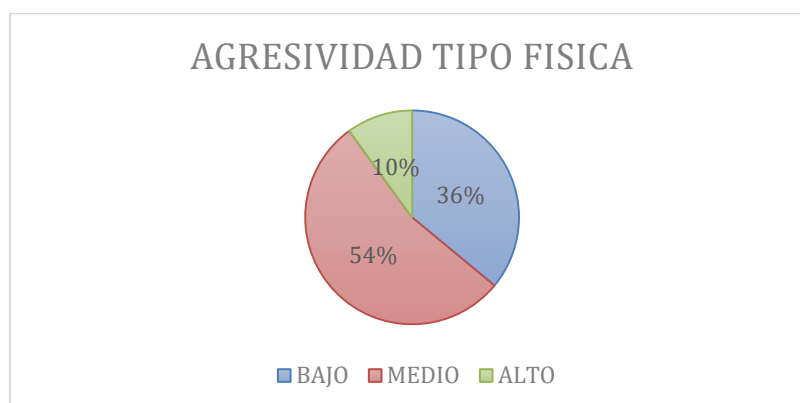


Fuente: Elaboración propia

En el grafico 7, se puede apreciar el tipo de agresividad verbal según niveles, obteniendo un 50% de la población en nivel bajo, 26% con nivel alto y solo un 24% con agresividad verbal nivel medio.

Gráfico 8

Niveles de agresividad tipo física en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar

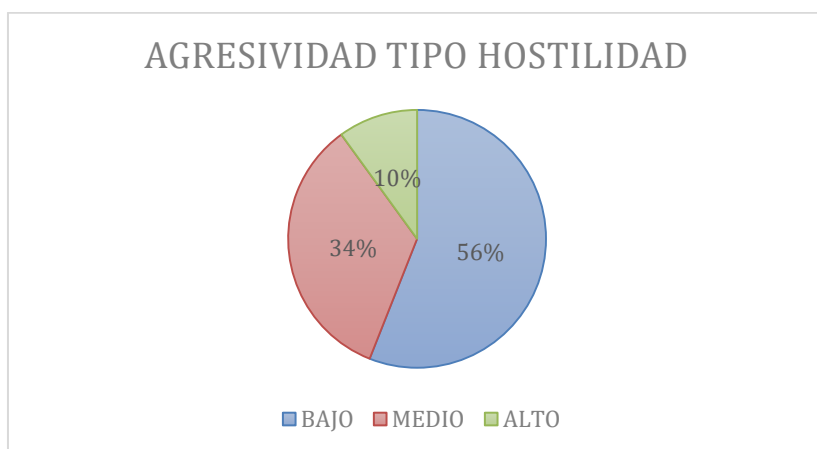


Fuente: Elaboración propia

En el grafico 8, se puede apreciar el tipo de agresividad física según niveles, obteniendo un 54% de la población en nivel bajo, 36% con nivel bajo y solo un 10% con agresividad verbal nivel medio.

Gráfico 9

Niveles de agresividad tipo Hostilidad en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar

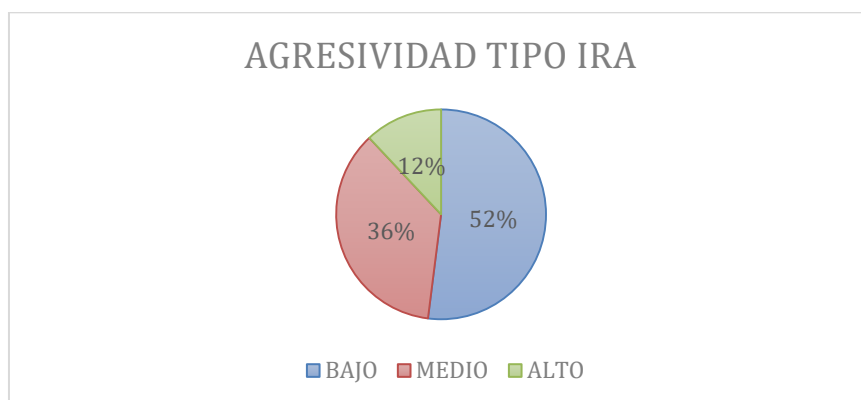


Fuente: Elaboración propia

En el grafico 9, se puede apreciar el tipo de agresividad hostilidad según niveles, obteniendo un 56% de la población en nivel bajo, 34% con nivel medio y solo un 10% con agresividad verbal nivel alto.

Gráfico 10

Niveles de agresividad tipo ira en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar



Fuente: Elaboración propia

En el grafico 10, se puede apreciar el tipo de agresividad ira según niveles, obteniendo un 52% de la población en nivel bajo, 36% con nivel medio y solo un 12% con ira nivel alto.

2.4. Evaluación comparativa de resultados de las evaluaciones de entrada y salida.

Tabla 1

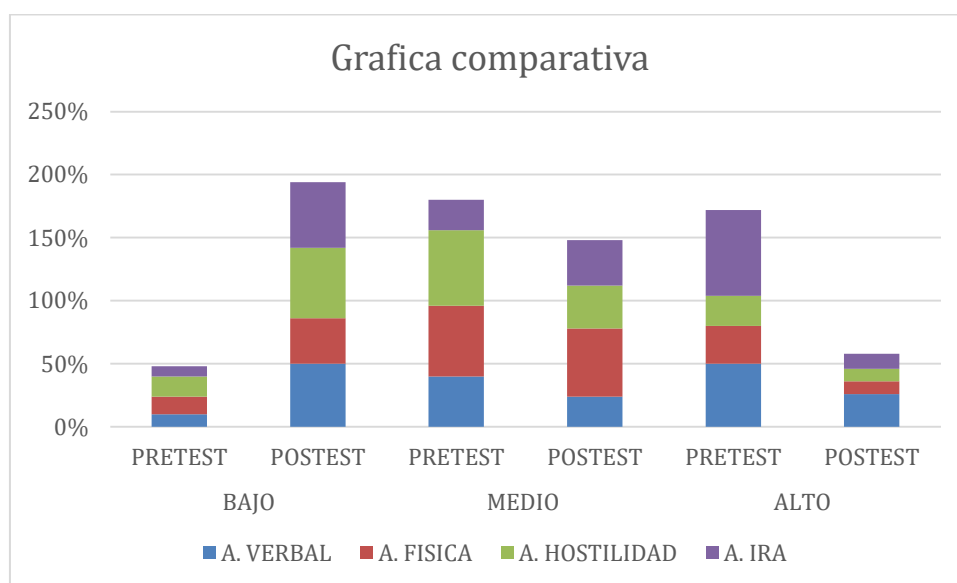
Evaluación comparativa de los resultados de pre test y post test en en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar

	BAJO		MEDIO		ALTO	
	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
A. VERBAL	10%	50%	40%	24%	50%	26%
A. FISICA	14%	36%	56%	54%	30%	10%
A. HOSTILIDAD	16%	56%	60%	34%	24%	10%
A. IRA	8%	52%	24%	36%	68%	12%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 11

Evaluación comparativa de los resultados de pre test y post test en en varones adultos con sentencia judicial por violencia familiar



En la tabla 1, gráfico 11, se puede apreciar que los niveles de agresividad han disminuido significativamente, pudiéndose observar que previo al plan de intervención predominaban los niveles medio y alto en los diversos tipos de agresividad, mientras que en el post test se observan niveles bajos y medios de agresividad, predominando el nivel bajo principalmente.

2.4. Evaluación del programa

Indicador	Cumple	Puede mejorar	No cumple
Fundamento teórico	x		
Objetivos	x		
Metas	x		
Metodología	x		
Instrumentos de evaluación	x		
Duración del programa		x	

2.5. Autoevaluación de los participantes

Indicador	Facilitador 1		Facilitador 2	
	Si	Por mejorar	Si	Por mejorar
Preparación				
Creatividad				
Manejo de escenario				
Flexibilidad				
Escucha activa				
Fomenta la participación				

Capítulo III: Conclusiones

1. En cuanto al análisis de la información, se puede determinar que el 50% de la población presenta agresión verbal, con niveles moderados a bajos superiores al 80% de todos los tipos de agresión.
2. En cuanto a las variables de investigación, se considera el método de la psicología humanista, tratando de estudiar el comportamiento humano en su conjunto. Asimismo, para el asesoramiento cognitivo conductual se han considerado teorías cognitivas, incluidas las teorías conductuales.
3. La metodología de los procedimientos cognitivo conductuales es deductiva en cuanto parte de la teoría para concretar recomendaciones. Nuevamente, se basa en los diagnósticos encontrados para identificar qué se debe mejorar en la atención de los agresores que asisten a los centros de salud.

Referencias bibliográficas

- Anderson, C. A., y Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 27–51. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135231>
- Arias, F. (2012). El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica (6° ed.). Caracas: episteme
- Bandura, A. (1973). Aggression: A social learning analysis. Prentice-Hall.
- Beck AT. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. Philadelphia. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton, & J. E. Barrett (Eds.), Treatment of depression. Old controversies and new approaches (pp 265-284). New York: Raven Press.
- Beck, J. (2000) Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización. Barcelona, España. Editorial Gedisa.
- Bernal, César A. (2010). Metodología de la Investigación. Tercera edición. Pearson Educación: Colombia.
- Buss, A. H. (1961). *The psychology of aggression*. John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1037/11160-000>
- Buss, A. (1969) Psicología de la Agresión. Edit. Troquel S.A. Bs. Aires.
- Buss, A.H. y Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Carrasco, M., & González, J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, 4(2), 7–38. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030758001>
- Flores, G. (2018). *Adaptación de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes de instituciones educativas de San Juan de Lurigancho, 2018* [Tesis de grado, Universidad cesar vallejo] http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/30222/FLORES_QG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Huntingford, F. y Turner, A. (1987). Animal conflict. London: Chapman-Hall.
- Keegan E, Holas P. (2010). Cognitive behavior therapy. Theory and practice.
- Carlstedt, R. (2010). Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry and behavioral medicine. *Perspectives, practices and research*, 605-630. New York. Springer

- López, M., Sánchez, A., Rodríguez, T. y Fernández, P. (2009) Propiedades psicométricas del cuestionario AQ aplicado a población adolescente. *EduPsykhé*, Vol. 8, No. 1, 79-94
- Martínez, A. (2016) *Factores de riesgo de la conducta antisocial en menores en situación de exclusión social* [Tesis de maestría, universidad complutense de Madrid]. <https://docta.ucm.es/entities/publication/356badf2-4713-4f2b-9a45-d47696a6b54d>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Patro, R., Corbalan, F. y Lamiñana, R. (2007) Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología* 23, Nº 1 (2007): 118-124
- Pérez, M., Redondo, m. y León, L. (2008). Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. Volumen XI junio 2008 Número 28
- Sánchez, A. y Fernández, M. (2007). Características de la agresividad en la adolescencia: diferencias en función del ciclo educativo y del sexo. *Edupsyké. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 6(1), 49-83
- Solberg, M. & Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggressive Behavior*, 29, 239-268. <https://doi.org/10.1002/ab.10047>.
- Zillmann, D. (1979). *Hostility and aggression*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

ANEXOS

Pre test

CUESTIONARIO DE AGRESIÓN DE A. BUSS

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones con respecto a situaciones que podrían ocurrirte. A las que deberás contestar escribiendo un aspa "X" según la alternativa que mejor describa tu opinión. No hay respuestas buenas o malas, sólo interesa conocer la forma como tú percibes, sientes y actúas en esas situaciones.

CF= Completamente falso
 BF= Bastante falso
 VF= Ni verdadero, ni falso
 BV= Bastante verdadero
 CV= Completamente verdadero

Recuerda que debes contestar cada pregunta con completa seriedad y honestidad. Toda la información recaudada mediante este cuestionario será de carácter confidencial.

Cuestionario	CF	BF	VF	BV	CV
1. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona.					
2. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos.					
3. Me enoja rápidamente, pero se me pasa en seguida					
4. A veces soy bastante envidioso.					
5. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona.					
6. A menudo no estoy de acuerdo con la gente.					
7. Cuando estoy frustrado, muestro el enojo que tengo.					
8. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente.					
9. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también					
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos					
11. Algunas veces me siento tan enojado como si estuviera a punto de estallar.					
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades.					
13. Suelo involucrarme en la peleas algo más de lo normal.					
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo evitar discutir con ellos.					
15. Soy una persona apacible.					
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas.					
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago.					
18. Mis amigos dicen que discuto mucho.					
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva.					
20. Sé que mis «amigos» me critican a mis espaldas					
21. Hay gente que me provoca a tal punto que llegamos a pegarnos.					
22. Algunas veces pierdo el control sin razón					
23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables					
24. No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona					
25. Tengo dificultades para controlar mi genio					
26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas.					
27. He amenazado a gente que conozco.					
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán.					
29. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas					



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: César Santiago Mundaca Flores
Título del ejercicio: Revisión de tesis de postgrado
Título de la entrega: TRABAJO ACADÉMICO "PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUA...
Nombre del archivo: Trabajo_Academico_2da_Especialidd_Forense-UNPRG_1.docx
Tamaño del archivo: 525.76K
Total páginas: 53
Total de palabras: 8,800
Total de caracteres: 50,401
Fecha de entrega: 27-oct.-2022 11:22p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 1937544029

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICAS SOCIALES Y
EDUCACIÓN
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
PSICOLOGÍA FORENSE CRIMINAL Y PENITENCIARIA



TRABAJO ACADÉMICO
"PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA ADOSCENTES
IMPLICADOS EN EL SISTEMA DE JUSTICIA POR VIOLENCIA
FAMILIAR QUE ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD DE
CHICLAYO, 2021"

AUTOR:

César Santiago Mundaca Flores

Asesor:

Dr. Juan Antonio Sotelo Flores

Lambayeque, 2022

[Handwritten signature]
Pec. Juan A. Sotelo Flores
PROFESOR
PERIODO: 2020 A 2024
BARCELONA 231 1000 SAN JUAN

TRABAJO ACADÉMICO “PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA AGRESORES IMPLICADOS EN EL SISTEMA DE JUSTICIA POR VIOLENCIA FAMILIAR QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO, 2021”

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%	17%	0%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	7%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	biblio3.url.edu.gt Fuente de Internet	2%
4	www.monografias.com Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	1%
6	idoc.pub Fuente de Internet	1%
7	issuu.com Fuente de Internet	1%

Esc. Juan A. Soria Flores
PSICÓLOGO
PERU: CIPRO N° 2334
BARCELONA 230 URB. SAN JUAN

8	Submitted to ESCUNI - Centro Universitario de Magisterio Trabajo del estudiante	<1 %
9	Submitted to Universidad Catolica de Trujillo Trabajo del estudiante	<1 %
10	repositorio.unprg.edu.pe:8080 Fuente de Internet	<1 %
11	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	<1 %
12	www.actualidadenpsicologia.com Fuente de Internet	<1 %
13	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
14	1library.co Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo