



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
Psicología

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA ORIENTADA A LA REDUCCIÓN DE
CONDUCTAS VIOLENTAS EN EL ÁMBITO FAMILIAR EN USUARIOS
ADULTOS DERIVADOS POR EL PODER JUDICIAL MEDIANTE EL
FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES EN UN
HOSPITAL PÚBLICO DEL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE.

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA: LEYDI YAMILET ANGULO FERNANDEZ

ASESOR: Mg. EMIR ALBERTO CONDORI BENAVIDES

LIMA – PERÚ

2026

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

La egresada:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	Angulo Fernandez, Leydi Yamilet

(Agregar filas adicionales si hay más autores)

Pertencientes al programa de la carrera profesional de Psicología, autores del trabajo titulado: INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA ORIENTADA A LA REDUCCIÓN DE CONDUCTAS VIOLENTAS EN EL ÁMBITO FAMILIAR EN USUARIOS ADULTOS DERIVADOS POR EL PODER JUDICIAL MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE. , el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el Título Profesional bajo la modalidad de Trabajo de Suficiencia Profesional.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	Condori Benavides, Emir Alberto	Psicología	Asesor

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de 15%, según el reporte emitido por el software Turnitin® (identificador de entrega: 3564960790; fecha de entrega: 09-05-2026.
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: Lima, 11 de mayo de 2026



Firma del asesor

N° DNI: 41590093

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3684-7471>

MIEMBROS DEL JURADO

Mg. RITA SELENE ORIHUELA ANAYA

Presidente

Mg. JORGE MANUEL MENDOZA CASTILLO

Vocal

Mg. CORI RAQUEL ITURREGUI PAUCAR

Secretaria

DEDICATORIA

A Dios, por guiar mi camino y darme fortaleza para culminar esta etapa pese a las adversidades. A mis padres, por apoyarme y enseñarme que el servicio a los demás es la vocación más noble. A mi hermano, por motivarme a trabajar por mis sueños. A mí misma, por mi resiliencia y compromiso inquebrantable con mi crecimiento personal y profesional.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios, por guiar mi camino y darme fortaleza para superar cada obstáculo, gracias por bendecirme con amor, salud y trabajo.

A mi familia, por inculcarme el valor del estudio y trabajo; así como apoyarme y motivarme para no desistir pese a las dificultades.

A mi casa de estudios, por formarme para ser una profesional líder y competente para el servicio a la sociedad.

A mi jefa del internado y mejor amiga, Lic. Melissa Balbuena Pérez, quién con su experiencia y empatía fue una excelente mentora en mi primera práctica clínica.

A mi jefa del hospital en mención para este trabajo, Lic. María Teresa García Castro, por sus enseñanzas, admirable compromiso con los pacientes y sobre todo por su confianza para hacerme partícipe de las actividades del Servicio de Psicología.

A mi asesor, Mg. Emir Condori Benavides, por su paciencia, persistencia y disposición en cada asesoría para la ejecución de este trabajo.

Este logro es compartido con todos aquellos que me han acompañado a lo largo de este camino profesional. Siempre estarán en mi corazón.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN1

CAPÍTULO I. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO4

1. 1. Descripción de la institución4

1.1.1. Nombre y tipo de institución4

1.1.2. Misión4

1.1.3. Visión.....4

1.1.4. Ubicación y población beneficiaria5

1.1.5. Servicios brindados.....5

1.1.6. Valores institucionales.....5

1.1.7. Breve reseña institucional.....5

1.1.8. Organización del Servicio de Psicología y articulación institucional.....5

1.2. Puesto desempeñado.....6

1.2.1. Principales responsabilidades y actividades realizadas6

1.2.2. Productos y evidencias generadas durante el desempeño.....8

1.3. Delimitación del área de trabajo y relación con la formación profesional....8

1.3.1. Área de especialidad vinculada.....8

1. 3.2. Relación con la formación profesional9

1.3.3. Relación con líneas de investigación institucional9

1.3.4. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) asociados9

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO11

2.1. Conceptualización de las variables o dimensiones psicológicas11

2.1.1. Violencia familiar11

2.1.1.1. Análisis psicosocial de la violencia.....14

2.1.1.2. Perfil psicosocial del agresor15

2.1.1.3. Enfoque cognitivo-conductual aplicado a la violencia familiar....16

2.1.1.4. Psicoeducación como estrategia de intervención16

2.1.1.5. Medición de la violencia en relaciones cercanas (base CTS2)17

2.1.1.6. Conductas Violentas.....17

2.1.2. Habilidades socioemocionales	19
2.1.3. Relación teórica entre violencia familiar y habilidades socioemocionales	21
2.2. Modelos o teorías relevantes que fundamentan la experiencia	22
2.3. Causas, consecuencias, factores de riesgo y protectores	25
2.3.1. Factores de riesgo	25
2.3.2. Consecuencias.....	25
2.3.3. Factores protectores	26
2.4. Revisión de antecedentes nacionales e internacionales.....	26
2.4.1. Antecedentes internacionales.....	26
2.4.2. Antecedentes nacionales	29
2.5. Análisis crítico que articule teoría y práctica profesional	34
2.6. Marco legal e institucional peruano sobre violencia familiar	35
2.7. Características frecuentes del agresor y aspectos clínicos relevantes para la intervención	35
2.8. Contexto social y magnitud del problema en Perú y Lambayeque	36
III. METODOLOGÍA	38
3.1. Contextualización y justificación del problema	38
3.2. Tipo de intervención realizada	40
3.3. Objetivos de la intervención	40
3.4. Público objetivo.....	43
3.4.1. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes.....	43
3.4.2. Criterios de inclusión	43
3.4.3. Criterios de exclusión	44
3.5. Descripción del procedimiento general (etapas)	44
3.6. Metodologías y técnicas empleadas	45
3.7. Instrumentos de Evaluación	46
3.8. Monitoreo y/o evaluación de avances	47
3.9. Consideraciones éticas.....	48
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	51
4.1. Descripción de los resultados	51
4.2. Análisis de los resultados	64
4.3. Discusión interpretativa de los resultados	66

CAPITULO V. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA.....	70
5.1. Limitaciones del proceso	70
5.2. Acciones realizadas posteriores a la intervención y propuestas de mejora.	72
5.3. Impacto en la institución y en los usuarios.....	72
5.4. Aporte al campo psicológico y al contexto	73
CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
6.1. Conclusiones	74
6.2. Recomendaciones	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descriptivos de violencia familiar y sus dimensiones según momento.	51
Tabla 2. Violencia familiar y sus dimensiones en el Pretest.....	54
Tabla 3. Resultados del fortalecimiento de habilidades socioemocionales según dimensiones del PFHSE-VF	55
Tabla 4. Violencia familiar y sus dimensiones en el Postest	58
Tabla 5. Prueba de normalidad (Shapiro–Wilk) para violencia familiar y sus dimensiones según momento	60
Tabla 6. Prueba de homogeneidad de varianzas (Levene) para violencia familiar y sus dimensiones.....	61
Tabla 7. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para violencia familiar y sus dimensiones (Postest – Pretest).....	62

RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional sistematiza la experiencia clínica y psicoeducativa desarrollada en el Servicio de Psicología de un hospital público de nivel II-1 del departamento de Lambayeque, Perú, con usuarios adultos agresores (mayoritariamente varones) derivados por mandato del Poder Judicial por violencia familiar y de pareja. El objetivo fue disminuir la violencia familiar mediante el diseño e implementación del Programa de Fortalecimiento de Habilidades Socioemocionales para la Prevención y Reducción de la Violencia Familiar (PFHSE-VF), estructurado en 12 sesiones (2 individuales y 10 grupales). La intervención combinó evaluación clínica, psicoeducación y entrenamiento de habilidades desde un enfoque cognitivo-conductual y socioeducativo, abordando de forma progresiva la conciencia emocional, la autorregulación y control de impulsos, la autonomía emocional y responsabilidad personal, la competencia social (comunicación y resolución no violenta de conflictos) y habilidades para la vida orientadas a la prevención de recaídas. La experiencia fue registrada mediante historia clínica y formatos institucionales, listas de asistencia, fichas de trabajo y tareas entre sesiones, complementándose con monitoreo de sesión. La evaluación del cambio se realizó con un diseño pre-experimental pre y post test mediante la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS2), evidenciándose una reducción global del 71.9% en el puntaje total de violencia familiar (de 42.42 a 11.92 puntos), con descensos consistentes en las dimensiones evaluadas y ausencia de casos en nivel alto al finalizar. En conjunto, los hallazgos sostienen que una intervención breve, estructurada y centrada en habilidades socioemocionales constituye una estrategia clínicamente pertinente para reducir conductas violentas y favorecer una convivencia familiar más saludable en el contexto de salud pública.

Palabras clave: Violencia familiar, habilidades socioemocionales, regulación emocional, agresores, intervención psicoeducativa.

ABSTRACT

This professional sufficiency report systematizes the clinical and psychoeducational experience carried out in the Psychology Service of a level II-1 public hospital in the Lambayeque region, Peru, with adult aggressors (mostly men) referred by court order due to family and intimate partner violence. The aim was to reduce family violence through the design and implementation of the Socioemotional Skills Strengthening Program for the Prevention and Reduction of Family Violence (PFHSE–VF), structured into 12 sessions (2 individual and 10 group sessions). The intervention combined clinical assessment, psychoeducation, and socioemotional skills training from a cognitive-behavioral and socioeducational approach, progressively addressing emotional awareness, self-regulation and impulse control, emotional autonomy and personal responsibility, social competence (communication and non-violent conflict resolution), and life skills focused on relapse prevention. The process was documented through clinical records and institutional forms, attendance lists, worksheets, homework assignments between sessions, and session monitoring tools. Change was assessed using a pre-experimental pretest–posttest design based on the Conflict Tactics Scale (CTS2), showing an overall 71.9% reduction in total family violence scores (from 42.42 to 11.92 points), with consistent decreases across the assessed dimensions and no cases classified as high level at the end of the program. Overall, the findings support that a brief, structured intervention focused on socioemotional skills is a clinically relevant strategy to reduce violent behaviors and promote healthier family coexistence within a public health context.

Keywords: Domestic violence, socio-emotional skills, emotional regulation, perpetrators, psychoeducational intervention.

INTRODUCCIÓN

La violencia familiar constituye un fenómeno de alcance mundial que afecta de manera significativa la salud, la seguridad y el bienestar de las personas y las familias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoce como un problema de salud pública y una vulneración de derechos humanos, señalando que una proporción importante de mujeres ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de su pareja a lo largo de su vida, con consecuencias que trascienden el ámbito individual y comprometen la salud mental, la cohesión familiar y la convivencia social (World Health Organization [WHO], 2021).

Además, la evidencia comparada señala que la violencia en el ámbito familiar puede sostenerse como un ciclo si no se abordan sus determinantes, por lo que se recomiendan respuestas integrales e intersectoriales orientadas a prevención, protección y reducción de la reincidencia (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2023).

Desde el sector salud, la atención de la violencia exige respuestas integrales, oportunas y articuladas, debido a que sus efectos incluyen lesiones, afectación emocional, síntomas ansiosos y depresivos, estrés postraumático, y deterioro del funcionamiento interpersonal, además de repercusiones en niñas, niños y otros integrantes del hogar expuestos a dinámicas violentas. En esa línea, los organismos internacionales enfatizan la necesidad de fortalecer intervenciones basadas en evidencia, con abordajes clínicos y psicoeducativos que reduzcan factores de riesgo y favorezcan cambios conductuales sostenibles, en coordinación con redes de apoyo y sistemas de protección. (WHO, 2021).

En el Perú, la problemática se mantiene como una prioridad pública por su frecuencia y su impacto sanitario. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) reporta que un porcentaje elevado de mujeres ha sufrido alguna vez violencia psicológica, física o sexual, ejercida por el esposo o compañero, lo cual evidencia la magnitud del problema y su persistencia (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2023). Asimismo, el marco normativo peruano establece la prevención, atención, protección y reeducación como componentes de

respuesta frente a la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, promoviendo la articulación intersectorial para enfrentarla (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2020, arts. 1 y 48).

A nivel regional, Lambayeque presenta indicadores relevantes vinculados a violencia en el contexto de pareja y familia. El Resumen Regional de Lambayeque reporta que, en la región, un porcentaje importante de mujeres alguna vez unidas de 15 a 49 años ha sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja (INEI 2023), y describe además la disponibilidad de servicios especializados del Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar (Warmi Ñan), como los Centros Emergencia Mujer, entre otros dispositivos de atención y prevención (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2024).

En este escenario, el presente Trabajo de Suficiencia Profesional se fundamenta en una experiencia desarrollada en un hospital público de nivel II-1 del departamento de Lambayeque, específicamente en el Servicio de Psicología, unidad que atiende problemáticas emocionales, conductuales y relacionales en población adulta y vulnerable, y que articula acciones con áreas asistenciales y entidades externas vinculadas a la ruta de atención de violencia.

En dicho contexto, una demanda recurrente corresponde a personas agresoras derivadas por el Poder Judicial, quienes acceden a atención psicológica en el marco de disposiciones asociadas a casos de violencia familiar o de pareja, lo que introduce exigencias clínicas y operativas particulares para el servicio.

La atención de agresores derivados por mandato judicial suele implicar retos específicos vinculados a la adherencia y al proceso de cambio, debido a que es frecuente encontrar resistencia inicial, minimización o negación de la conducta violenta, baja motivación para el tratamiento y dificultades de autorregulación emocional. La literatura especializada sobre intervención con perpetradores describe perfiles heterogéneos, pero coincide en que la intervención efectiva requiere componentes motivacionales y psicoeducativos, además de estrategias estructuradas para el manejo de distorsiones cognitivas, regulación emocional y prevención de reincidencia (Lila & Gilchrist, 2023; Santirso et al., 2020).

En coherencia con lo anterior, el propósito del presente informe es describir, sistematizar y sustentar la experiencia profesional desarrollada en el abordaje psicológico de personas agresoras derivadas por violencia familiar en un contexto hospitalario público, destacando el desafío identificado y la respuesta implementada desde un enfoque clínico–psicoeducativo. Esta experiencia se vincula con la formación profesional en Psicología al fortalecer competencias en intervención breve, psicoeducación, registro y seguimiento clínico, así como en el abordaje de casos complejos que requieren coordinación institucional y articulación con el sistema de justicia.

El informe se organiza en cinco capítulos: el Capítulo I presenta el contexto institucional y la experiencia profesional; el Capítulo II desarrolla el marco teórico y antecedentes; el Capítulo III describe la metodología y consideraciones éticas; el Capítulo IV expone resultados y discusión; y el Capítulo V presenta reflexión final, limitaciones, impacto, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO

1. 1. Descripción de la institución

La experiencia profesional se desarrolló en un hospital público de nivel II-1 del departamento de Lambayeque, integrante de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA). Por su nivel de complejidad, el establecimiento cumple funciones asistenciales y de referencia, recibiendo derivaciones del primer nivel de atención (centros y puestos de salud), de provincias cercanas y, en situaciones específicas, de otras zonas del país, de acuerdo con su capacidad resolutive y la disponibilidad de servicios.

El contexto institucional presenta una demanda asistencial sostenida en atención clínica, emergencia y servicios de apoyo al tratamiento, lo que requiere coordinación interdisciplinaria y continuidad de la atención. En este marco, adquiere especial relevancia la atención de problemáticas con impacto en salud mental y dinámica familiar, entre ellas la violencia familiar, cuya atención exige abordajes integrales, intervención oportuna y articulación con redes internas y externas.

1.1.1. Nombre y tipo de institución

Hospital público de nivel II-1 perteneciente a la red del MINSA, ubicado en Lambayeque, con funciones asistenciales y de referencia en su ámbito de influencia.

1.1.2. Misión

Prevenir riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar capacidades en condiciones de accesibilidad y atención centrada en la persona, mediante servicios oportunos, seguros y de calidad.

1.1.3. Visión

Constituirse en un hospital con usuarios satisfechos, personal capacitado y trabajo en equipo, con infraestructura y equipamiento adecuados, y con una gestión que impulse la investigación y la coordinación para resolver problemas de salud del ámbito de influencia.

1.1.4. Ubicación y población beneficiaria

El establecimiento atiende a población proveniente de su ámbito de influencia, incluyendo usuarios referidos desde el primer nivel y provincias cercanas. Brinda atención a niños(as), adolescentes, adultos y adultos mayores, incluyendo grupos en situación de vulnerabilidad, como víctimas de violencia, personas con discapacidad y población en riesgo social, lo que demanda atención integral y articulación interdisciplinaria.

1.1.5. Servicios brindados

De acuerdo con su nivel de complejidad, ofrece atención en diversas especialidades y servicios (medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía, nutrición, emergencia y salud mental, entre otros). En salud mental, el Servicio de Psicología realiza evaluación, diagnóstico, intervención, seguimiento y derivación según necesidad clínica, además de acciones de promoción y prevención en coordinación con otras áreas.

1.1.6. Valores institucionales

Los valores institucionales se orientan al compromiso con la salud y el bienestar, responsabilidad, trato humanizado, ética profesional, vocación de servicio y respeto a la dignidad de las personas, expresados en una atención integral, centrada en derechos, y en un clima de colaboración y trabajo en equipo.

1.1.7. Breve reseña institucional

El hospital cumple un rol relevante en la red pública regional al articular servicios clínicos, quirúrgicos, de emergencia y apoyo al tratamiento, sosteniendo procesos de referencia y contrarreferencia. La presencia de servicios de salud mental contribuye al abordaje de problemáticas de alta relevancia social, como la violencia familiar, mediante evaluaciones clínicas, intervenciones breves y acciones psicoeducativas orientadas a disminuir el riesgo y fortalecer el bienestar.

1.1.8. Organización del Servicio de Psicología y articulación institucional

El Servicio de Psicología se encuentra adscrito al Departamento de Apoyo al Tratamiento y participa en la atención de usuarios con necesidades de salud

mental mediante evaluación, diagnóstico inicial, intervención breve, psicoeducación, seguimiento y derivación, según complejidad del caso. Asimismo, articula internamente con psiquiatría, medicina, obstetricia y trabajo social; y externamente con instituciones vinculadas a la ruta de atención de violencia (Poder Judicial, Ministerio Público, Centros de Emergencia Mujer) y con establecimientos de menor complejidad para referencia y contrarreferencia. En este marco, los casos asociados a violencia familiar constituyen una demanda relevante por ingresos desde emergencia, derivaciones de consultorios externos y del sistema de justicia, requiriendo respuestas oportunas orientadas a disminuir el riesgo y prevenir la recurrencia.

1.2. Puesto desempeñado

El puesto desempeñado fue de Asistente de Psicología, adscrito al Departamento de Apoyo al Tratamiento – Servicio de Psicología, durante un periodo de nueve meses. El desempeño se realizó en un contexto asistencial de alta demanda, con atención a usuarios provenientes de consultorios externos, emergencia y derivaciones institucionales, incluyendo casos vinculados a violencia familiar.

1.2.1. Principales responsabilidades y actividades realizadas

Las funciones desarrolladas se orientaron al soporte del proceso de atención psicológica y a la gestión operativa de información clínica y coordinación de casos, bajo supervisión del profesional responsable.

a) Componente clínico-asistencial. Se brindó apoyo en la evaluación psicológica inicial mediante recepción y registro de usuarios, elaboración de anamnesis y recopilación organizada de antecedentes personales y familiares, incorporando antecedentes judiciales cuando el caso lo requería. Esta labor permitió estructurar información relevante para la valoración clínica y la continuidad del proceso de atención.

De manera complementaria, se participó en intervenciones psicoeducativas con usuarios derivados por conductas violentas, colaborando en la planificación, preparación de materiales y ejecución de sesiones principalmente grupales. Estas acciones se orientaron al reconocimiento de conductas de violencia, comprensión

de consecuencias y factores de riesgo, y fortalecimiento de habilidades asociadas a autorregulación emocional, manejo de la ira y resolución no violenta de conflictos, en coherencia con las necesidades detectadas y los objetivos del servicio. Asimismo, se realizó acompañamiento bajo supervisión en sesiones de orientación, consejería e intervención clínica breve, mediante observación y registro conductual; y, cuando correspondía, se colaboró en la aplicación de pruebas psicométricas y proyectivas, resguardando la confidencialidad, el consentimiento y los lineamientos éticos institucionales.

b) Componente de registro, trazabilidad y gestión de información. Se efectuó el llenado de fichas de tamizaje, la codificación diagnóstica según CIE-10 y la sistematización de datos en una base general (Excel) vinculada al sistema de atención del servicio. Asimismo, se realizó el control de asistencia por sesión y la organización documental de derivaciones provenientes del sistema de justicia, clasificando expedientes según fecha de registro, profesional asignado e incidencias. En esa línea, se elaboraron reportes mensuales de metas físicas vinculados a actividades de control y prevención en salud mental, contribuyendo al seguimiento de casos y al monitoreo interno del servicio.

c) Coordinación interáreas e interinstitucional y actividades preventivas. Se realizó derivaciones internas hacia unidades como trabajo social, emergencia y ginecología, según necesidades clínicas identificadas. Paralelamente, se mantuvo coordinación externa vinculada a medidas de protección y disposiciones judiciales, incluyendo articulación con el Poder Judicial, el Ministerio Público y los Centros de Emergencia Mujer para programación de citas, remisión de informes finales y emisión de documentación clínica pertinente, cuando correspondía. Finalmente, se participó en actividades de promoción y prevención en salud mental y prevención de la violencia, colaborando en la organización de charlas, talleres o campañas, elaboración de materiales psicoeducativos y apoyo en dinámicas grupales. En paralelo, se brindó soporte administrativo al Servicio de Psicología (archivo de expedientes, agenda básica, gestión de tickets y coordinaciones logísticas).

1.2.2. Productos y evidencias generadas durante el desempeño

Como parte del desempeño, se generaron y organizaron evidencias que dieron soporte al flujo de atención del servicio, incluyendo registros clínicos y administrativos: fichas de tamizaje y evaluación inicial, historia clínica y notas de evolución, codificación CIE-10, así como la sistematización y depuración de información en base Excel para el control de asistencia, la organización documental de derivaciones del sistema de justicia y la elaboración de reportes mensuales de metas del servicio. De manera complementaria, se incorporaron instrumentos de evaluación psicológica como evidencia central del proceso clínico-psicoeducativo, destacando la aplicación del cuestionario de violencia familiar (instrumento adaptado basado en la CTS2) en modalidad pre y post, junto con sus formatos de registro, puntuación e interpretación, lo cual permitió objetivar la línea base y el cambio posterior a la intervención. Asimismo, se elaboraron materiales psicoeducativos y fichas de trabajo, se implementaron tareas entre sesiones y se realizó monitoreo de sesión mediante listas de asistencia y formatos de seguimiento, además de coordinaciones internas y externas para la programación y continuidad de atenciones, derivaciones y emisión de documentación clínica pertinente según requerimientos del caso.

1.3. Delimitación del área de trabajo y relación con la formación profesional

1.3.1. Área de especialidad vinculada

La experiencia profesional se desarrolló en el Servicio de Psicología de un hospital público del departamento de Lambayeque, lo que delimita el trabajo dentro del campo de la Psicología Clínica y de la Salud. En este marco, las actividades comprendieron procesos propios de la práctica clínica en contextos asistenciales, tales como evaluación psicológica, diagnóstico inicial, intervención psicoeducativa, acompañamiento emocional y seguimiento de usuarios con diversas problemáticas, con especial énfasis en casos vinculados a violencia familiar. Esta delimitación implicó, además, el abordaje de situaciones de riesgo y la participación en dinámicas de atención articuladas con el sistema sanitario y, en determinados casos, con instancias del sistema de justicia.

1.3.2. Relación con la formación profesional

En relación con la formación profesional, la experiencia permitió fortalecer competencias centrales del perfil del psicólogo clínico, particularmente aquellas asociadas a la identificación de indicadores de riesgo, formulación e interpretación inicial de la conducta en contexto, planificación de intervenciones breves, implementación de estrategias psicoeducativas y manejo ético de información sensible. Asimismo, el trabajo exigió habilidades de comunicación clínica, registro y sistematización de información y coordinación interdisciplinaria, elementos consistentes con el desempeño esperado en servicios públicos de salud mental y con el perfil profesional del egresado de Psicología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH).

1.3.3. Relación con líneas de investigación institucional

Respecto a su vinculación con las líneas de investigación institucionales de la Facultad de Psicología, el presente Trabajo de Suficiencia Profesional se enmarca principalmente en la Línea 4: Violencia y Equidad y, de manera complementaria, en la Línea 5: Bienestar Psicológico y Salud Mental, ambas consideradas dentro de las líneas vigentes de investigación. En primer lugar, la Línea 4: Violencia y Equidad resulta directamente pertinente, dado que la experiencia se centró en la atención e intervención psicoeducativa-clínica de usuarios adultos derivados por el sistema de justicia por hechos asociados a violencia familiar, abordando la violencia como un fenómeno influido por factores socioculturales y por dificultades de autorregulación emocional, con un énfasis preventivo orientado a la reducción de riesgos y a la disminución de la reincidencia. En segundo lugar, la Línea 5: Bienestar Psicológico y Salud Mental es coherente con los propósitos del trabajo realizado, debido a que la intervención se orientó al fortalecimiento de habilidades socioemocionales, la toma de conciencia sobre el impacto de la conducta agresiva y la promoción de una adaptación emocional más funcional, favoreciendo la calidad de vida y la adherencia al proceso de atención psicológica.

1.3.4. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) asociados

Esta experiencia se articula con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en la medida en que contribuye, desde el ámbito de la salud mental, a la

reducción de riesgos y al bienestar individual y familiar. En primer lugar, se vincula con el ODS 3: Salud y bienestar, al aportar mediante intervenciones psicológicas y psicoeducativas orientadas a la reducción de factores de riesgo y al fortalecimiento de habilidades de afrontamiento. Asimismo, se relaciona con el ODS 16: Paz, justicia e instituciones sólidas, debido a que parte del trabajo se desarrolló en coordinación con derivaciones del sistema de justicia, contribuyendo al abordaje institucional de casos asociados a violencia familiar. Finalmente, se vincula con el ODS 5: Igualdad de género, considerando la relevancia de la violencia contra la mujer y el grupo familiar en la agenda pública y la necesidad de estrategias preventivas e interventoras que reduzcan la violencia en el hogar (UNFPA, 2022).

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

El presente capítulo sustenta teóricamente la problemática abordada en la experiencia profesional desarrollada en un contexto hospitalario público y permite comprender las variables implicadas: violencia familiar (variable de resultado) y habilidades socioemocionales (variable psicológica intervenible vinculada a la prevención y reducción del riesgo). La violencia constituye un fenómeno de alta relevancia para la salud pública por su impacto en la integridad física y psicológica, su asociación con secuelas en salud mental y su recurrencia en dinámicas relacionales, lo que exige abordajes integrales que articulen prevención, atención e intervención psicoeducativa (World Health Organization [WHO], 2024).

2.1. Conceptualización de las variables o dimensiones psicológicas

2.1.1. Violencia familiar

En el abordaje de la violencia en relaciones cercanas, Straus (1979), como se cita en Vásquez et al., (2024) propone un giro conceptual relevante: en lugar de definir la violencia únicamente como una categoría global (“maltrato”, “abuso”) o como un juicio moral, plantea que puede comprenderse como parte de un repertorio de tácticas de afrontamiento del conflicto que se presentan en el ámbito intrafamiliar. En esta perspectiva, el conflicto puede existir en la convivencia familiar; sin embargo, lo que diferencia relaciones con mayor o menor riesgo no es solo la presencia del desacuerdo, sino las conductas concretas utilizadas para resolverlo o imponerse. De este modo, la violencia se conceptualiza como un conjunto de actos específicos que pueden observarse y registrarse, lo cual permite su estudio empírico y su comparación entre personas o momentos de evaluación.

Posteriormente, Straus et al., (1996), como se cita en Vásquez et al., (2024) amplían y precisan esta conceptualización al desarrollar la Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), instrumento que operacionaliza el concepto anterior en dimensiones conductuales. En CTS2, la violencia y la gestión del conflicto se entienden como un continuo comportamiento que incluye tanto estrategias no violentas como tácticas coercitivas o agresivas, medibles mediante la ocurrencia y frecuencia de comportamientos específicos en un periodo determinado. Desde esta lógica, el

modelo se estructura en cinco dimensiones. La negociación se conceptualiza como el conjunto de tácticas orientadas a resolver desacuerdos mediante el diálogo, la búsqueda de acuerdos y la comunicación respetuosa; en esencia, representa un afrontamiento no violento del conflicto, centrado en la cooperación y la solución del problema. En contraste, la agresión psicológica se entiende como el uso de tácticas que dañan la integridad emocional del otro o buscan dominar la interacción a través de insultos, humillaciones, descalificaciones, intimidación o amenazas, incluyendo expresiones coercitivas que incrementan el temor o el control interpersonal. La agresión física se conceptualiza como el empleo intencional de fuerza corporal como táctica en el conflicto (por ejemplo, empujar, sujetar con fuerza, golpear, patear o agredir con objetos), con capacidad de causar daño o elevar significativamente el riesgo de lesión. La coacción sexual se define como el uso de presión, manipulación, amenazas o fuerza para obtener actividad sexual sin consentimiento, reconociendo que la violencia puede manifestarse también en el plano sexual como una forma específica de coerción y vulneración. Finalmente, la dimensión de lesiones se conceptualiza de manera distinta a las anteriores: no describe una táctica de afrontamiento, sino el resultado físico atribuible a la agresión (p. ej., marcas visibles, dolor persistente o necesidad de atención médica), aportando un indicador de impacto y gravedad que permite distinguir entre la ocurrencia de actos violentos y la producción de daño corporal.

En términos de sustentación metodológica, Straus et al., (2003), como se citó en Shin et al., (2025) consolidan el uso del modelo CTS2 mediante un manual técnico que refuerza dos ideas centrales del enfoque: primero, que la violencia y la gestión del conflicto se describen mejor a partir de conductas específicas (no por etiquetas generales), y segundo, que su medición se fortalece cuando se registra la frecuencia de dichas conductas en un periodo de referencia, facilitando análisis comparativos, incluida la evaluación de cambios pre-post asociados a intervenciones. En conjunto, la trayectoria 1979–1996–2003 se justifica en el marco teórico de una tesis porque permite sostener con coherencia el concepto (violencia como tácticas conductuales en el conflicto intrafamiliar), la organización dimensional (negociación, agresión psicológica, agresión física, coacción sexual y lesiones) y la lógica de medición (conductas específicas + frecuencia), que resulta

especialmente pertinente cuando el estudio busca cuantificar variación en el tiempo como indicador de mejora.

Así mismo, la violencia se define como el uso intencional de la fuerza física o del poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo, que tiene alta probabilidad de producir lesiones, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones; en el marco de las relaciones de pareja y familiares, este fenómeno incluye conductas físicas, psicológicas, sexuales y otras formas de control o daño que deterioran el bienestar y la seguridad de los integrantes del hogar, con consecuencias sostenidas sobre la salud mental y la convivencia (WHO, 2024).

En el Perú, la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar se aborda desde un marco normativo que promueve una respuesta integral, incluyendo prevención, protección y acceso a servicios especializados, así como la articulación entre sectores como salud y justicia. Este enfoque se operacionaliza, entre otros instrumentos, mediante disposiciones sanitarias que estandarizan la evaluación psicológica en casos de violencia y delimitan responsabilidades técnicas dentro de los servicios de salud (Ministerio de Salud [MINSAL], 2020).

Desde una perspectiva clínica, la violencia familiar suele manifestarse en distintos tipos no excluyentes: violencia física (uso de fuerza que genera daño o riesgo de lesión), violencia psicológica (humillación, intimidación, amenazas, control y aislamiento con impacto emocional), y violencia sexual (cualquier acto sexual sin consentimiento o coerción). Estas expresiones aparecen con frecuencia de manera combinada, incrementando el riesgo de cronificación del daño y de escalamiento del conflicto (WHO, 2024).

A nivel epidemiológico, la ENDES constituye una fuente central para describir la magnitud del problema en el país y por regiones. En el informe nacional de ENDES 2023 se reportan indicadores de violencia contra las mujeres y se describen patrones de violencia psicológica/verbal, control y otros comportamientos asociados en el contexto de pareja, lo que permite dimensionar la persistencia del fenómeno y su relevancia para la intervención; en el caso regional, el reporte departamental de Lambayeque (ENDES 2023) ofrece información

específica del territorio, útil para contextualizar la demanda de atención y su relación con servicios.

2.1.1.1. Análisis psicosocial de la violencia

La violencia en el ámbito familiar constituye un fenómeno complejo que no puede ser explicado únicamente desde variables individuales, sino como el resultado de la interacción entre factores psicológicos, relacionales y estructurales. Desde el modelo ecológico contemporáneo, la conducta violenta emerge cuando confluyen vulnerabilidades personales con condiciones sociales que legitiman o facilitan el uso de la agresión como mecanismo de control o resolución de conflictos. En este sentido, la violencia no es un acto impulsivo aislado, sino una conducta aprendida y sostenida en contextos que refuerzan dinámicas de poder y dominación.

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2021) señala que la activación de conductas violentas en la pareja se encuentra asociada a contextos donde existen normas sociales que toleran el control masculino, baja sanción social frente al maltrato y creencias que justifican la subordinación de la mujer. Asimismo, evidencia reciente muestra que la desigualdad estructural, el estrés económico persistente y la precariedad laboral incrementan la probabilidad de episodios de violencia, especialmente cuando los individuos presentan escasas habilidades de regulación emocional y afrontamiento adaptativo (Zharima et al., 2024).

Desde una perspectiva psicosocial, la violencia se activa particularmente en situaciones de conflicto interpersonal cuando el sujeto carece de recursos cognitivos y emocionales para gestionar la frustración. La investigación de Mora et al. (2025) muestra que la combinación de estrés contextual, consumo de alcohol y distorsiones cognitivas relacionadas con celos o posesividad incrementa significativamente la probabilidad de agresión en relaciones íntimas. Por tanto, la violencia familiar debe entenderse como una conducta que emerge en la intersección entre predisposición individual y condiciones sociales que normalizan la coerción.

2.1.1.2. Perfil psicosocial del agresor

El perfil psicosocial del agresor en el ámbito familiar debe comprenderse como una configuración multidimensional que integra características personales, experiencias familiares previas, influencias sociales y condiciones socioculturales y económicas.

A nivel personal, diversas investigaciones han identificado que los agresores tienden a presentar déficits en regulación emocional, baja tolerancia a la frustración y dificultades en el control inhibitorio. Maloney et al. (2023) evidencian que hombres con mayor impulsividad y menor capacidad de regulación emocional muestran mayor frecuencia de conductas agresivas en la pareja. Asimismo, presentan distorsiones cognitivas caracterizadas por minimización del daño, externalización de la culpa y atribuciones hostiles hacia la pareja, lo que facilita la justificación interna de la violencia.

En el plano familiar, es frecuente la presencia de antecedentes de exposición a violencia en la infancia, estilos parentales coercitivos o negligentes y aprendizaje temprano de modelos relacionales basados en el dominio y la intimidación. Estudios longitudinales recientes indican que los individuos que crecieron en entornos donde la agresión fue utilizada como estrategia disciplinaria o de resolución de conflictos presentan mayor probabilidad de reproducir estos patrones en la adultez (Curtis et al., 2023).

En el ámbito social y comunitario, factores como aislamiento social, escasa red de apoyo y normas grupales que refuerzan estereotipos rígidos de masculinidad constituyen elementos de riesgo relevantes. Katzman et al. (2024) sostienen que los hombres que internalizan ideales tradicionales de masculinidad asociados con control y dominación presentan mayor probabilidad de ejercer violencia en relaciones íntimas.

Finalmente, en el nivel sociocultural y económico, la precariedad laboral, la inseguridad económica y la desigualdad estructural pueden actuar como factores estresores que intensifican la vulnerabilidad a la violencia cuando existen déficits previos en habilidades socioemocionales. Investigaciones recientes indican que el estrés financiero crónico se asocia con mayor conflictividad conyugal y mayor probabilidad de agresión, particularmente en contextos donde la identidad

masculina se encuentra fuertemente vinculada al rol proveedor (Lawson et al., 2024).

De esta manera, el agresor no responde a una única tipología, sino a la convergencia de factores personales, relacionales y estructurales que configuran un patrón conductual violento sostenido en el tiempo.

2.1.1.3. Enfoque cognitivo-conductual aplicado a la violencia familiar

El enfoque cognitivo-conductual plantea que las conductas violentas se originan en la interacción entre esquemas cognitivos disfuncionales, respuestas emocionales desreguladas y patrones conductuales aprendidos. Desde esta perspectiva, la violencia es mantenida por pensamientos automáticos distorsionados, como creencias de posesividad, celos irracionales o necesidad de control, que generan activación emocional intensa y, en ausencia de estrategias de autorregulación, conducen a la agresión.

Pilkington y Karantzas (2025) señalan que los agresores de pareja presentan sesgos cognitivos que les llevan a interpretar conductas neutras de la pareja como provocaciones intencionales, activando respuestas hostiles. Asimismo, presentan dificultades en habilidades de solución de problemas y comunicación asertiva, lo que limita la capacidad de resolver conflictos sin recurrir a la coerción.

La terapia cognitivo-conductual ha mostrado eficacia en la reducción de violencia cuando incorpora reestructuración cognitiva, entrenamiento en regulación emocional, manejo de ira y desarrollo de habilidades sociales. Travers et al. (2021) reportan que intervenciones basadas en TCC producen disminuciones significativas en agresión física y psicológica cuando se combinan con entrenamiento en habilidades socioemocionales.

2.1.1.4. Psicoeducación como estrategia de intervención

La psicoeducación constituye un componente esencial en programas dirigidos a agresores, ya que facilita la toma de conciencia sobre la conducta violenta, sus consecuencias y la responsabilidad personal. A diferencia de intervenciones exclusivamente sancionatorias, la psicoeducación promueve

comprensión crítica de los patrones aprendidos y fomenta el desarrollo de competencias emocionales y sociales alternativas.

Sousa et al. (2024) indican que los programas psicoeducativos que integran entrenamiento en empatía, regulación emocional y comunicación asertiva muestran mejores resultados en reducción de reincidencia en comparación con intervenciones centradas únicamente en el castigo. Asimismo, la incorporación de módulos que cuestionen creencias culturales que legitiman la violencia favorece cambios más sostenibles en el tiempo.

En el marco de la presente investigación, la psicoeducación se concibe como un proceso estructurado orientado al fortalecimiento de habilidades socioemocionales, permitiendo modificar patrones cognitivos y conductuales asociados a la violencia familiar, en concordancia con reportes institucionales sobre la problemática nacional.

2.1.1.5. Medición de la violencia en relaciones cercanas (base CTS2)

Una medida ampliamente utilizada para describir conductas asociadas al conflicto y la violencia en relaciones cercanas es la Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), que evalúa negociación, agresión psicológica, agresión física, coerción sexual y lesiones, permitiendo cuantificar la ocurrencia de conductas específicas en la relación. En coherencia con esta lógica, el presente estudio emplea un instrumento adaptado y basado en conductas específicas y medición por frecuencia para valorar el cambio pre–post en violencia ejercida.

2.1.1.6. Conductas Violentas

Desde perspectivas psicológicas contemporáneas, la violencia ejercida en el contexto familiar es entendida como un fenómeno dinámico y multifactorial en el que convergen variables individuales, relacionales y contextuales. Investigaciones recientes señalan que la perpetración de violencia de pareja se asocia con déficits en regulación emocional, dificultades en el control de impulsos y esquemas cognitivos que legitiman la coerción como estrategia de resolución de conflictos (Maloney et al., 2023; Norén, 2025). En hombres adultos derivados por el sistema judicial por violencia familiar, estas interacciones suelen expresarse mediante

repertorios conductuales específicos como intimidación, control conductual de la pareja, descalificación verbal, amenazas, empujones o agresiones físicas durante episodios de desacuerdo.

Diversos estudios actuales han mostrado que uno de los mecanismos centrales en la perpetración de violencia de pareja es la desregulación emocional, particularmente en situaciones de conflicto donde se incrementa la activación fisiológica y disminuye la capacidad de inhibición conductual. La evidencia meta-analítica indica que los perpetradores presentan mayores dificultades para modular la ira y responder de manera adaptativa ante provocaciones percibidas, lo que incrementa la probabilidad de agresión psicológica y física (Maloney et al., 2023). En población judicializada, estos déficits pueden traducirse en procesos de escalamiento progresivo del conflicto, donde discusiones verbales evolucionan hacia insultos, amenazas y eventualmente agresión física cuando no existen estrategias eficaces de autorregulación.

Asimismo, investigaciones recientes destacan que la violencia en relaciones íntimas tiende a desarrollarse como un patrón recurrente de interacción caracterizado por tácticas coercitivas que aumentan en frecuencia e intensidad si no son interrumpidas. La presencia de trauma previo, consumo de sustancias y dificultades en habilidades emocionales incrementa la probabilidad de que estas conductas se mantengan en el tiempo (Expósito-Álvarez et al., 2025). En hombres remitidos por tribunales, este patrón puede consolidarse mediante ciclos repetidos de tensión y reconciliación, reforzando la agresión como mecanismo disfuncional de control situacional.

La evidencia empírica reciente también subraya que la impulsividad y el bajo autocontrol constituyen predictores significativos de violencia interpersonal. La dificultad para inhibir respuestas ante estímulos emocionales intensos, combinada con problemas de salud mental y estrés relacional, favorece la transición desde agresión psicológica hacia agresión física o daño material (Grigorian, 2025). En este sentido, la violencia familiar no responde únicamente a episodios aislados de conflicto, sino a patrones conductuales sostenidos que se activan en contextos de alta carga emocional.

Por otra parte, estudios con hombres en programas mandados por el sistema judicial han evidenciado que muchos agresores tienden a minimizar el daño ocasionado y a externalizar la responsabilidad de sus actos, lo que dificulta el reconocimiento del impacto real de sus conductas violentas (Expósito-Álvarez et al., 2025). Esta externalización reduce la motivación intrínseca para el cambio y puede generar resistencia inicial al tratamiento, lo que exige intervenciones estructuradas que trabajen conciencia emocional, responsabilidad personal y modificación de creencias legitimadoras de la violencia.

Revisiones recientes sobre efectividad de programas para agresores indican que las intervenciones que incorporan entrenamiento en habilidades socioemocionales, regulación emocional y reestructuración cognitiva muestran mayor impacto en la reducción de conductas violentas que aquellas centradas exclusivamente en confrontación o sanción (Maloney, 2023; Norén, 2025). En este sentido, la modificación de conductas violentas específicas —como negociación disfuncional, agresión psicológica o uso de fuerza física— requiere no solo inhibir la conducta, sino sustituirla por estrategias adaptativas de comunicación, autocontrol y resolución constructiva de conflictos.

En consecuencia, en población masculina derivada por el Poder Judicial, la violencia familiar puede comprenderse como un patrón conductual mantenido por déficits en regulación emocional, impulsividad y esquemas cognitivos disfuncionales, que se expresa en conductas observables de coerción y daño. El fortalecimiento sistemático de habilidades socioemocionales constituye, por tanto, un componente esencial para interrumpir la escalada del conflicto y reducir la recurrencia de comportamientos agresivos en el contexto familiar.

2.1.2. Habilidades socioemocionales

En la línea de Bisquerra, las habilidades socioemocionales se entienden como competencias emocionales que pueden educarse/entrenarse y que permiten a la persona comprender y gestionar su vida emocional para funcionar de manera más adaptativa en los distintos contextos (familia, trabajo, comunidad). En un primer desarrollo, Bisquerra plantea la educación emocional como un proceso educativo continuo y permanente orientado a potenciar competencias emocionales como parte

del desarrollo integral, con la finalidad explícita de aumentar el bienestar personal y social (Bisquerra, 2003, como se citó en Labaut et al., 2022).

Posteriormente, al precisar el constructo, Bisquerra y Pérez-Escoda (2007) delimitan las competencias emocionales como un subconjunto de las competencias personales y proponen una sistemática en cinco grandes bloques. En este marco, la conciencia emocional es la capacidad de tomar conciencia de las propias emociones y de las emociones de los demás, incluyendo la habilidad para captar el “clima emocional” de un contexto; es decir, reconocer con precisión lo que siento, ponerle nombre y comprender lo que el otro expresa emocionalmente. La regulación emocional se define como la capacidad de manejar las emociones de forma apropiada, lo que supone comprender la relación entre emoción–cognición–conducta y disponer de estrategias de afrontamiento. Asimismo, los autores incluyen explícitamente la regulación de la impulsividad (por ejemplo, ira y violencia) y la tolerancia a la frustración como núcleos de esta dimensión. La autonomía emocional se entiende como un concepto amplio de autogestión personal, que integra recursos internos como autoestima, actitud positiva, responsabilidad, capacidad para analizar críticamente normas sociales, buscar ayuda y recursos, y autoeficacia emocional. La competencia social se refiere a la capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas, lo que implica habilidades sociales, comunicación efectiva, respeto, actitudes prosociales y asertividad; además, incluye la prevención y solución de conflictos y reconoce la negociación como un componente relevante para una resolución pacífica considerando la perspectiva y sentimientos de los demás. Finalmente, las competencias para la vida y el bienestar se conceptualizan como la capacidad de adoptar comportamientos apropiados y responsables para afrontar satisfactoriamente los desafíos cotidianos y situaciones excepcionales, organizando la vida de forma sana y equilibrada para facilitar experiencias de satisfacción y bienestar (Bisquerra & Pérez-Escoda, 2007, como se citó en Pérez-Escoda et al., 2023).

Según el marco de CASEL, las habilidades socioemocionales se comprenden dentro del aprendizaje social y emocional (SEL), definido como el proceso mediante el cual jóvenes y adultos adquieren y aplican conocimientos,

habilidades y actitudes para desarrollar identidades saludables, gestionar emociones, alcanzar metas personales y colectivas, sentir y mostrar empatía, establecer y mantener relaciones de apoyo y tomar decisiones responsables y solidarias. En coherencia con esta definición, CASEL organiza las habilidades socioemocionales en cinco competencias amplias e interrelacionadas: autoconciencia (reconocer emociones, pensamientos y valores y cómo influyen en la conducta), autogestión o autorregulación (manejar emociones, pensamientos y conductas para afrontar demandas y lograr metas), conciencia social (comprender perspectivas y empatizar con otras personas, incluyendo diversidad de contextos), habilidades de relación (establecer y sostener vínculos saludables, comunicarse eficazmente y gestionar conflictos de forma constructiva) y toma de decisiones responsable (elegir conductas considerando estándares éticos, seguridad y consecuencias para el bienestar personal y social) (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning [CASEL], 2020).

En adultos, el fortalecimiento de estas competencias es particularmente relevante cuando existen dificultades de autorregulación, reactividad emocional y estilos relacionales disfuncionales, debido a que dichas condiciones incrementan la probabilidad de respuestas impulsivas frente al conflicto y reducen la capacidad de afrontamiento adaptativo. Por ello, el trabajo clínico–psicoeducativo orientado a fortalecer competencias emocionales y sociales se considera un componente pertinente en contextos donde se busca disminuir riesgo y recurrencia de conductas violentas (WHO, 2024).

2.1.3. Relación teórica entre violencia familiar y habilidades socioemocionales

Los marcos de salud pública sostienen que la violencia es un fenómeno multicausal, explicado por la interacción de factores individuales, relacionales y contextuales, más que por una única variable aislada; en consecuencia, su prevención y reducción requiere intervenir sobre componentes modificables del funcionamiento personal y de la dinámica interpersonal. En ese sentido, las habilidades socioemocionales, conceptualizadas como competencias entrenables, se vinculan teóricamente con la violencia familiar porque influyen directamente en la manera en que las personas perciben, interpretan y manejan situaciones de

conflicto. Cuando estas competencias están fortalecidas, favorecen el reconocimiento temprano de estados emocionales intensos y de señales de escalada, la regulación de impulsos, la tolerancia a la frustración, la comunicación asertiva, la empatía y la solución no violenta de conflictos, lo que reduce la probabilidad de que el desacuerdo derive en conductas coercitivas o agresivas. Por el contrario, cuando estas habilidades son débiles o insuficientes, aumenta la vulnerabilidad ante contextos de alta tensión interpersonal, facilitando respuestas impulsivas, baja autogestión conductual y deterioro de la convivencia, condiciones que incrementan el riesgo de episodios de violencia en el entorno familiar.

2.2. Modelos o teorías relevantes que fundamentan la experiencia

Heise (1998), como se citó en Fahme et al., (2024) propone un enfoque ecológico integrado para comprender la violencia contra las mujeres y, por extensión, la violencia en el entorno familiar, como un fenómeno multicausal que no puede explicarse únicamente por características individuales del agresor o de la víctima. Desde este modelo, la violencia emerge y se sostiene por la interacción dinámica de factores ubicados en distintos niveles: el individual (historia personal, aprendizajes, regulación emocional, creencias), el relacional (patrones de comunicación, conflictos, control y poder en la pareja o familia), el comunitario (redes de apoyo, acceso a servicios, normas del entorno inmediato) y el sociocultural (roles de género, tolerancia social a la violencia, desigualdades estructurales). En consecuencia, este marco orienta el abordaje de la variable violencia familiar al permitir identificar factores de riesgo y de protección en cada nivel, explicando por qué la violencia puede mantenerse aun cuando existan intentos aislados de cambio, y sustentando la necesidad de respuestas articuladas e intersectoriales, salud, justicia y servicios de protección, que combinen intervención clínica, psicoeducación, medidas de seguridad y acciones preventivas para reducir la recurrencia y el daño.

Así mismo, Bandura (1977), como se citó en Callata et al., (2024), desde la Teoría del Aprendizaje Social, sostiene que las conductas humanas no se explican solo por impulsos internos, sino por un proceso de aprendizaje por observación (modelamiento), imitación y reforzamiento de las respuestas que se consideran

eficaces para alcanzar objetivos en contextos sociales. Aplicada a la violencia familiar, esta teoría permite comprender que las conductas violentas pueden adquirirse y consolidarse cuando la persona ha estado expuesta a modelos de interacción agresiva en su entorno (p. ej., familia, pares o comunidad), y cuando dichas respuestas se mantienen porque generan consecuencias percibidas como funcionales (control, imposición, evitación del conflicto o reducción momentánea de tensión). En este sentido, la teoría orienta el abordaje de la variable al explicar la violencia como un repertorio aprendido y sostenido por contingencias, lo que justifica que la intervención psicológica no se limite a la sanción, sino que se enfoque en reducir el reforzamiento de la conducta violenta, aumentar la conciencia de sus consecuencias y promover el aprendizaje de respuestas alternativas mediante psicoeducación, práctica guiada y retroalimentación, con el fin de reemplazar patrones agresivos por conductas de resolución de conflictos y autorregulación dentro del contexto familiar.

Bronfenbrenner (1979), como se citó en Lasekan et al., (2024) plantea, desde la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano, que la conducta y el desarrollo de las personas se comprenden mejor analizando la interacción entre el individuo y los sistemas ambientales en los que participa. Este enfoque organiza dichas influencias en niveles interrelacionados: el microsistema (entornos inmediatos como la familia y la pareja), el mesosistema (interacciones entre microsistemas, por ejemplo familia–servicios de salud o familia–sistema de justicia), el exosistema (contextos que influyen indirectamente, como condiciones laborales, redes comunitarias o disponibilidad de recursos) y el macrosistema (normas socioculturales, roles de género y creencias socialmente compartidas), además del cronosistema, que incorpora los cambios y transiciones a lo largo del tiempo. Aplicado a la violencia familiar, este modelo orienta el análisis de la variable al mostrar que la violencia no es un hecho aislado ni exclusivamente individual, sino una dinámica que puede mantenerse por factores simultáneos en varios niveles (p. ej., patrones de relación en el hogar, soporte comunitario insuficiente, tolerancia social a la violencia o barreras institucionales), lo cual permite identificar riesgos y protecciones y fundamenta intervenciones integrales que articulen acciones

clínicas, psicoeducativas y de coordinación intersectorial para prevenir la recurrencia y reducir el daño.

Por otra parte, desde el modelo de Competencia Emocional Basado en Habilidades de Saarni (1999), como se citó en Priego et al., (2025), la competencia emocional se conceptualiza como la demostración de autoeficacia en transacciones sociales que evocan emoción; es decir, la persona es competente cuando logra comprender y gestionar su experiencia emocional de manera socialmente efectiva, sin quedar dominada por la emoción ni dañando sus vínculos. Su propuesta describe un modelo basado en habilidades que concreta qué significa “ser competente” emocionalmente a través de ocho habilidades: conciencia del propio estado emocional; capacidad de discernir las emociones de otras personas; uso del lenguaje emocional para nombrar y comunicar afectos; involucramiento empático y simpático; diferenciación entre experiencia emocional interna y expresión externa; afrontamiento adaptativo de emociones aversivas y situaciones estresantes; conciencia del componente emocional en las relaciones (cómo se comunican afectos dentro del vínculo); y autoeficacia emocional (creencia de poder gestionar emocionalmente situaciones complejas).

Así mismo, en el enfoque de Denham (2007), como se citó en Zinsser et al., (2021) las habilidades socioemocionales se expresan como competencia emocional, entendida como un conjunto integrado de capacidades que permiten funcionar adecuadamente en contextos sociales. Este marco organiza la competencia emocional en tres componentes principales: la expresión emocional, que se refiere a manifestar emociones de forma comprensible y socialmente adecuada (incluyendo modular cómo, cuándo y con qué intensidad se expresan); el conocimiento emocional, que implica reconocer, etiquetar y comprender emociones propias y ajenas, así como identificar sus causas y consecuencias; y la regulación emocional, que comprende la capacidad de manejar la activación emocional, recuperar estabilidad y seleccionar estrategias adaptativas para responder sin impulsividad.

A su vez, la teoría de la Competencia Social Afectiva de Halberstadt et al., (2001), como se citó en Bisquerra & López (2021), lo socioemocional se conceptualiza como competencia social afectiva, es decir, la capacidad de participar

eficazmente en interacciones sociales donde las emociones están presentes, influye y se comunican. Su modelo se organiza en tres componentes dinámicos e interdependientes: la capacidad de enviar mensajes afectivos, que supone expresar emociones de manera inteligible y ajustada al contexto; la capacidad de recibir mensajes afectivos, vinculada a percibir e interpretar con precisión señales emocionales en otros (tono, gestos, conducta) y en el clima interpersonal; y la capacidad de experimentar afecto, referida a vivir emociones con niveles de intensidad y duración que no desorganizan la conducta, favoreciendo respuestas flexibles.

2.3. Causas, consecuencias, factores de riesgo y protectores

2.3.1. Factores de riesgo

La literatura de salud pública reconoce que la violencia se incrementa cuando confluyen condiciones como normalización cultural del daño, historia previa de violencia, consumo de alcohol, dependencia económica, desigualdad en el poder relacional y baja participación en decisiones del hogar, entre otras. En el Perú, el análisis de determinantes y recurrencia de violencia de pareja ha mostrado asociaciones con factores familiares, experiencias de violencia en la niñez, consumo de alcohol y variables de toma de decisiones en el hogar, lo cual refuerza la necesidad de intervenciones preventivas y focalizadas (Vaccaro y Mayorca, 2024).

2.3.2. Consecuencias

Las consecuencias de la violencia se expresan en distintos niveles. En las víctimas, se asocian a lesiones, deterioro del bienestar psicológico, ansiedad, depresión, estrés postraumático y afectación del funcionamiento social; en el sistema familiar, generan rupturas de vínculos, modelamiento intergeneracional de patrones agresivos y climas de convivencia inseguros. Desde el enfoque sanitario, estas consecuencias justifican que la violencia sea tratada como un problema prioritario de salud pública (WHO, 2024).

2.3.3. Factores protectores

Entre los factores protectores, destacan el acceso a servicios de salud mental, redes de apoyo, rutas de atención oportunas y la disponibilidad de dispositivos especializados para la atención y prevención. En el Perú, el Programa Nacional Warmi Ñan articula servicios como los Centros Emergencia Mujer y Familia y reporta información estadística que permite monitorear atenciones y acciones preventivas, contribuyendo a la respuesta institucional frente al problema (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2024). Adicionalmente, a nivel individual, el desarrollo de competencias emocionales (conciencia y regulación) y competencias sociales (comunicación y resolución de conflictos) contribuye a disminuir escalamiento del conflicto y a responder de forma más adaptativa ante situaciones estresantes.

2.4. Revisión de antecedentes nacionales e internacionales

2.4.1. Antecedentes internacionales

Cramer et al. (2024) realizaron en Inglaterra un ensayo piloto y de factibilidad con asignación aleatoria individual para evaluar la viabilidad y aceptabilidad de un programa grupal voluntario dirigido a hombres que ejercen violencia de pareja; los participantes fueron asignados a intervención o atención habitual, donde la intervención consistió en un programa grupal de 23 semanas para varones en relaciones heterosexuales, complementado con un promedio de tres sesiones individuales y soporte 1 a 1 para las parejas o exparejas a través de organizaciones del tercer sector, mientras que en el grupo control no hubo tratamiento activo para los hombres y las parejas fueron derivadas a servicios de apoyo. El estudio recolectó datos cada tres meses durante nueve meses y evaluó principalmente indicadores de factibilidad (reclutamiento, aleatorización, retención, completitud de datos, fidelidad al modelo y aceptabilidad del diseño). Se reclutaron 36 hombres (22 asignados a intervención y 14 a atención habitual) y 15 parejas/exparejas (39% de las elegibles), observándose alta retención y completitud a los nueve meses (67% de hombres: 24/36; 80% de mujeres: 12/15); además, en entrevistas cualitativas, quienes completaron total o parcialmente la intervención reportaron cambios en su propia conducta y valoración positiva del programa, y las

parejas/exparejas también mostraron una evaluación mayoritariamente favorable, concluyendo que fue factible reclutar, aleatorizar y retener participantes y que el diseño del ensayo fue aceptable, aportando evidencia para sustentar evaluaciones más amplias de este tipo de intervenciones.

Romero et al. (2022) realizaron en España un ensayo piloto controlado aleatorizado para evaluar la eficacia de un entrenamiento cognitivo complementario en hombres perpetradores de violencia de pareja que participaban en un programa de intervención estándar. La muestra estuvo conformada por 47 hombres adultos, asignados aleatoriamente a un grupo experimental ($n = 24$) que recibió entrenamiento cognitivo adicional centrado en flexibilidad cognitiva y tiempo de reacción, y un grupo control ($n = 23$) que recibió únicamente el programa estándar. Se aplicaron pruebas neuropsicológicas antes y después de la intervención para evaluar funciones ejecutivas, velocidad de procesamiento y control inhibitorio. Los resultados mostraron mejoras significativas en el grupo experimental en tareas de flexibilidad cognitiva ($p < .05$) y tiempo de reacción ($p < .05$) en comparación con el grupo control, además de una reducción en indicadores asociados al riesgo de reincidencia. Los autores concluyen que la incorporación de entrenamiento cognitivo puede fortalecer procesos de autorregulación vinculados a la disminución de conductas violentas en agresores adultos.

Expósito et al. (2024) desarrollaron en España un ensayo controlado aleatorizado para evaluar la efectividad de estrategias motivacionales integradas en un programa para hombres perpetradores de violencia de pareja con consumo de sustancias. Participaron 140 hombres adultos, asignados a un grupo con intervención estándar o a un grupo que recibió el protocolo motivacional individualizado (IMP-ADUPs). Se evaluaron tasas de abandono, adherencia y cambios en indicadores de violencia durante el seguimiento. El grupo con intervención motivacional presentó menor tasa de abandono (22.4%) en comparación con el grupo estándar (37.1%) y mostró diferencias estadísticamente significativas en la reducción de comportamientos violentos ($p < .05$) en el seguimiento a seis meses. Los autores concluyen que la inclusión de componentes

motivacionales mejora la adherencia y favorece cambios conductuales en agresores adultos.

Romero et al. (2023) llevaron a cabo en España un estudio empírico con 147 hombres perpetradores de violencia de pareja con el objetivo de analizar la relación entre desempeño neuropsicológico, consumo de sustancias y riesgo de reincidencia. Se aplicaron pruebas de funciones ejecutivas, atención y control inhibitorio, así como medidas de riesgo de reincidencia y consumo problemático. Los análisis mostraron asociaciones significativas entre déficits en funciones ejecutivas y mayor riesgo de reincidencia ($p < .01$), así como mayor probabilidad de abandono del tratamiento en quienes presentaban peor desempeño cognitivo. Los autores concluyen que las alteraciones neuropsicológicas influyen en la persistencia de conductas violentas, destacando la importancia de incorporar componentes dirigidos a mejorar habilidades de autorregulación en programas para agresores adultos.

Comes et al. (2024) realizaron en España un estudio comparativo con el propósito de analizar la respuesta autonómica durante tareas de empatía en hombres perpetradores de violencia de pareja en comparación con un grupo control. La muestra estuvo conformada por 52 perpetradores de IPV y 46 hombres sin antecedentes de violencia. Se midieron indicadores fisiológicos de activación simpática y parasimpática durante tareas experimentales de procesamiento emocional. Los resultados evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en la activación autonómica ($p < .05$), observándose menor activación parasimpática en el grupo de perpetradores durante tareas empáticas. Los autores concluyen que estas diferencias fisiológicas pueden reflejar déficits en procesos emocionales vinculados a la empatía y regulación emocional en agresores adultos.

Dunkle et al. (2020) realizaron en Rwanda un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados para evaluar el impacto del entrenamiento a parejas del programa Indashyikirwa sobre la violencia de pareja. Se seleccionaron 28 sectores y se asignaron a intervención (programa comunitario completo) o control

(solo VSLA); dentro de cada sector se reclutaron 60 parejas. Los desenlaces primarios fueron (en hombres) perpetración y (en mujeres) experiencia de violencia física y/o sexual en el último año, evaluados a 24 meses. Participaron 828 mujeres y 821 hombres en intervención y 832 mujeres y 830 hombres en control; para el análisis por intención de tratar se mantuvo alta disponibilidad al final (815 mujeres y 763 hombres en intervención; 802 mujeres y 773 hombres en control). Los resultados mostraron que las mujeres del grupo intervención reportaron menor IPV física/sexual (aRR = 0.44; IC95% 0.34–0.59) y los hombres menor perpetración (aRR = 0.54; IC95% 0.38–0.75), además de mejoras en actitudes (menor aceptabilidad de “wife beating”), depresión, manejo de conflicto y otros indicadores. Concluyen que el entrenamiento a parejas fue altamente efectivo y recomiendan su escalamiento/adaptación.

Nesset et al. (2020) desarrollaron un ensayo controlado aleatorizado para comparar una terapia grupal cognitivo-conductual versus un programa grupal de mindfulness (MBSR) en personas involucradas en violencia de pareja. El estudio incorporó mediciones estandarizadas para evaluar cambios en violencia y variables clínicas, utilizando como medida central de conductas de violencia instrumentos basados en escalas tipo Conflict Tactics (según el reporte del artículo). Los análisis se orientaron a comparar la evolución entre grupos en el seguimiento, evaluando reducción de conductas violentas y cambios clínicamente relevantes. Los autores reportan que ambas condiciones se asociaron con mejoras a lo largo del tiempo, y discuten la aplicabilidad de intervenciones estructuradas para reducir el riesgo y apoyar procesos de cambio en población con conductas violentas, recomendando evaluar resultados con seguimiento y medidas complementarias.

2.4.2. Antecedentes nacionales

Pesantes (2025) realizó en el distrito de Lima Norte un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y explicativo con el objetivo de analizar la relación entre violencia familiar y violencia contra la mujer en su condición de tal durante el periodo 2022–2023. La muestra estuvo conformada por 74 personas adultas, a quienes se aplicaron instrumentos estructurados para medir ambas variables. En el

análisis descriptivo se evidenció que el 48% de los participantes manifestó estar totalmente de acuerdo con que existe violencia contra la mujer en el distrito, mientras que el 41% indicó estar de acuerdo, reflejando una percepción elevada del fenómeno. En el análisis inferencial se obtuvo una correlación directa y significativa entre violencia familiar y violencia contra la mujer, aceptándose la hipótesis alternativa con un nivel de significancia de $p = 0.004$. El estudio concluyó que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables en la población adulta evaluada.

Torres y Pickling (2023) realizaron un estudio cuantitativo de análisis secundario utilizando la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2019), con el objetivo de determinar la asociación entre violencia de pareja y la regulación de emociones y comportamientos en hijos de madres peruanas. La muestra incluyó 8,473 mujeres de 15 a 49 años con hijos de 24 a 59 meses. Los resultados mostraron que el 57.1% de las mujeres reportó haber sufrido algún tipo de violencia por parte de la pareja, mientras que solo el 31.6% de los niños presentó regulación adecuada de emociones y comportamientos. En el análisis multivariado se encontró que la violencia psicológica se asoció con menor probabilidad de regulación adecuada ($RPa = 0.82$; IC 95%: 0.76–0.89) y que la violencia física también mostró asociación significativa ($RPa = 0.84$; IC 95%: 0.76–0.93). Las autoras concluyeron que la violencia de pareja se asocia significativamente con dificultades en la regulación emocional en el entorno familiar.

Calizaya et al. (2025) realizó en el Perú un estudio correlacional, cuantitativo y no experimental con corte transversal para analizar la relación entre la dependencia emocional e índice de violencia hacia la mujer en mujeres adultas residentes en la ciudad de Arequipa. Participaron un total de 1,236 mujeres adultas que habían experimentado alguna forma de violencia de pareja, seleccionadas de forma intencional. Se aplicaron dos instrumentos validados para medir la dependencia emocional y la violencia hacia la mujer, así como datos sociodemográficos (edad, ámbito de residencia, nivel educativo, ocupación y

situación sentimental). Los resultados mostraron una correlación positiva significativa de nivel bajo entre dependencia emocional e índice de violencia hacia la mujer (Spearman rho = .151; $p < .001$), lo cual indica que mayores niveles de dependencia emocional se asocian con mayores índices de violencia hacia la mujer. Además, se observó que la violencia era severa en la mayoría de las participantes y que los niveles de dependencia emocional eran de grado moderado. En los análisis comparativos por variables sociodemográficas se encontró que las mujeres más jóvenes y residentes en zonas urbanas presentaron mayores niveles de dependencia emocional y violencia. El estudio concluyó que la dependencia emocional opera como un factor que favorece el incremento de la violencia de pareja contra la mujer en este contexto peruano.

Muñoz et al. (2025) realizaron en Perú un estudio cuantitativo, transversal y analítico basado en análisis secundario de datos de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES 2021–2023), con el objetivo de evaluar la relación entre violencia de pareja en el último año y el desarrollo de sintomatología depresiva postparto en mujeres de 15 a 49 años durante el primer año después del parto. La submuestra analizada estuvo conformada por 5,903 mujeres, a las que se aplicaron análisis de prevalencias, pruebas de ji-cuadrado y modelos de regresión múltiple para estimar asociaciones ajustadas. Los resultados mostraron que la prevalencia de sintomatología depresiva postparto fue de 6.32 % (IC 95 %: 5.40–7.40). Además, la violencia de pareja afectó al 19.23 % (IC 95 %: 17.68–20.88) de las mujeres durante el primer año posterior al parto y se encontró que esta situación se asoció con 4.53 veces mayor probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva tras ajustar por variables sociodemográficas (ORAj: 4.53; IC 95 %: 2.99–6.88; $p < 0.001$). Los autores concluyeron que la exposición a violencia de pareja en el periodo perinatal incrementa significativamente el riesgo de depresión en el primer año postparto y que es fundamental implementar estrategias de tamizaje sistemático de violencia y apoyo psicológico en este grupo poblacional.

Mañaccasa et al. (2024) evidenciaron en 290 mujeres atendidas en una DEMUNA de Lima Sur que existe una relación negativa y significativa entre el

clima social familiar y la violencia de pareja ($r = -.380$; $p < .01$), es decir, a mejores condiciones relacionales del hogar, menor violencia. Esta evidencia se articula con el presente trabajo porque el PFHSE–VF interviene justamente sobre esos componentes relacionales que suelen sostener la escalada del conflicto en la convivencia: autorregulación emocional, control de impulsos, responsabilidad personal, comunicación asertiva y resolución no violenta de conflictos, fortalecidas mediante sesiones grupales, práctica guiada y tareas de transferencia al hogar. En ese sentido, aunque no evalúan un programa ni trabajan con agresores (su estudio es correlacional y en mujeres usuarias), sus hallazgos respaldan la pertinencia de que una intervención como el PFHSE–VF apunte a mejorar habilidades socioemocionales y de convivencia como vía para reducir la violencia en el sistema familiar.

Beraún y Poma (2020) evaluaron si la dependencia emocional constituye un factor de riesgo para la violencia familiar en mujeres atendidas en el Módulo Judicial Integrado en Violencia Familiar de Huancayo, mediante un estudio cuantitativo, analítico, observacional de casos y controles: 83 mujeres víctimas de violencia (casos) y 21 mujeres que no reportaron violencia (controles), aplicando un cuestionario de dependencia emocional y contrastando la asociación con tablas cruzadas y odds ratio (OR). En la caracterización descriptiva del grupo con violencia, reportaron un promedio de edad de 32,55 años ($DE = 8,85$), predominio de convivientes (42,2%), nivel secundario (44,6%) y ocupación ama de casa (63,9%); además, el tipo de violencia más frecuente fue física y psicológica a la vez (41,3%). En los casos, se observaron niveles altos de dependencia emocional en sus dimensiones (por ejemplo, expresión afectiva 89,2%; modificación de planes 85,5%; miedo a la soledad 83,1%; expresión límite 77,1%; búsqueda de atención 63,9%), mientras que en los controles se describen niveles bajos en conjunto; al estimar el riesgo, hallaron que la dependencia emocional incrementó significativamente la probabilidad de violencia familiar ($OR = 13,361$; $IC\ 95\%: 4,359-40,950$), interpretando que las mujeres con dependencia emocional tendrían alrededor de 13 veces mayor probabilidad de ser víctimas de violencia familiar que aquellas sin dependencia; concluyen que la dependencia emocional actúa como

factor de riesgo y recomiendan crear programas de atención oportuna para casos de dependencia emocional con abordaje multidisciplinario, señalando también limitaciones vinculadas al tamaño muestral por tratarse de población vulnerable con casos en procesos judiciales.

Canales y Cruz (2025) realizaron en Perú un estudio cuantitativo, transversal y correlacional para analizar la relación entre la regulación emocional y el bienestar psicológico en una muestra de 218 estudiantes universitarios (76.6% mujeres y 23.4% hombres); los participantes fueron evaluados mediante el *Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ)*, basado en el modelo de Gross, y la *Escala de Bienestar Psicológico para Adultos (BIEPS-A)*. El estudio encontró niveles moderados en el uso de estrategias regulatorias, reportando que un 43.8% de la muestra utiliza predominantemente la reevaluación cognitiva y un 43.1% la supresión emocional; mediante el análisis estadístico Rho de Spearman, los resultados demostraron una correlación positiva y significativa ($\rho = .693$) entre la regulación emocional global y el bienestar psicológico. Específicamente, se halló que los estudiantes que emplean con mayor frecuencia la reevaluación cognitiva (modificar el significado de la situación) presentan mayores niveles de aceptación y vínculos psicosociales, mientras que el uso excesivo de la supresión emocional tiende a asociarse con menores indicadores de bienestar, concluyendo que la capacidad de gestionar las emociones influye directamente en la adaptación y salud mental de los universitarios en contextos académicos exigentes.

En conjunto, los antecedentes revisados permiten evidenciar que la violencia familiar ejercida por agresores adultos se encuentra estrechamente asociada a dificultades en regulación emocional, patrones cognitivos justificadores de la agresión y limitaciones en habilidades de resolución del conflicto interpersonal. Investigaciones recientes destacan que los programas de intervención dirigidos a perpetradores muestran mayores resultados cuando incorporan componentes psicoeducativos orientados al reconocimiento de responsabilidad, control emocional y modificación de actitudes violentas, reduciendo la probabilidad de reincidencia conductual. En este sentido, los hallazgos reportados en la literatura respaldan la pertinencia del programa implementado en el presente estudio,

orientado al fortalecimiento de habilidades socioemocionales en usuarios adultos derivados por el sistema judicial, como estrategia para la reducción de conductas violentas en el ámbito familiar.

2.5. Análisis crítico que articule teoría y práctica profesional

Desde la experiencia profesional en el servicio de psicología hospitalario, la teoría sustenta que la violencia familiar no debe interpretarse únicamente como un evento aislado o “falta de control”, sino como un fenómeno con múltiples determinantes individuales y contextuales que puede mantenerse por patrones aprendidos, baja conciencia del daño, creencias justificadoras y limitada autorregulación emocional. Esta comprensión es consistente con el enfoque de salud pública, que plantea la violencia como un problema prioritario y prevenible mediante respuestas integrales (WHO, 2024).

En la práctica, el reto clínico principal suele ser la baja disposición inicial al cambio en usuarios derivados por instancias de justicia, lo cual exige estrategias de encuadre, clarificación de responsabilidad y acciones psicoeducativas focalizadas que fortalezcan habilidades concretas (p. ej., identificación emocional, regulación y alternativas ante conflicto). Aquí, el enfoque de competencias emocionales resulta particularmente útil, ya que propone un desarrollo progresivo de habilidades aplicables a la vida cotidiana y pertinentes para disminuir escalamiento del conflicto (Bisquerra & Pérez-Escoda, 2007, como se citó en Pérez-Escoda et al., 2023).

Finalmente, el contexto institucional condiciona la forma de intervención: la alta demanda, los tiempos limitados y la necesidad de trazabilidad clínica obligan a priorizar intervenciones breves y registrables, sin perder el enfoque preventivo. En ese sentido, la normativa sanitaria que estandariza la evaluación psicológica en casos de violencia contribuye a ordenar procedimientos, sostener la calidad técnica y fortalecer la articulación con la ruta institucional (MINSAs, 2020). Esta articulación, complementada por dispositivos especializados como los reportados por Warmi Ñan, refuerza la necesidad de un abordaje coordinado salud–justicia–protección en el territorio (MIMP, 2024).

2.6. Marco legal e institucional peruano sobre violencia familiar

En el Perú, la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar se regula principalmente a través del Texto Único Ordenado (TUO) de la Ley N.º 30364, el cual establece el enfoque de prevención, sanción y erradicación de la violencia, priorizando la protección inmediata, la reducción del riesgo y la articulación interinstitucional para la atención integral de los casos, incluyendo medidas de protección y mecanismos orientados al acceso a justicia con criterios de sencillez y mínima formalidad (MIMP PACEM, 2020).

En coherencia con ese marco, la respuesta estatal se sustenta en la coordinación entre justicia, salud y servicios especializados, dado que los casos frecuentemente requieren protección, evaluación del riesgo y rutas de derivación. Esta articulación se refuerza con instrumentos operativos para la actuación conjunta frente a la violencia, orientados a estandarizar acciones y fortalecer la intervención intersectorial, lo cual resulta especialmente pertinente cuando los usuarios ingresan por derivación del sistema de justicia (Poder Judicial del Perú, 2019).

Desde el sector Salud, la intervención clínica y psicoeducativa en un hospital público se enmarca en disposiciones técnicas que estandarizan la atención a personas afectadas por violencia (evaluación, registro, abordaje y derivación según riesgo). En ese sentido, la aprobación y uso de una Norma Técnica de Salud para la atención integral frente a la violencia refuerza que el proceso clínico no es solo terapéutico, sino también sanitario e institucional, con procedimientos trazables y consistentes con la normativa vigente (MINSA, 2022).

2.7. Características frecuentes del agresor y aspectos clínicos relevantes para la intervención

En la práctica clínica y en la evidencia reciente, los agresores en violencia de pareja/familiar suelen presentar patrones que dificultan el cambio al inicio del proceso, como minimización del daño, atribución externa de responsabilidad (“me provocó”, “yo reaccioné”), rigidez cognitiva y conductas de control que escalan el conflicto, lo cual vuelve necesaria una intervención que priorice responsabilidad personal, metas conductuales verificables y entrenamiento de habilidades socioemocionales para cortar la escalada (Vaccaro y Mayorca, 2024).

En particular, la desregulación emocional y la reactividad ante el conflicto se asocian a mayor probabilidad de conductas coercitivas o agresivas, por lo que resulta clínicamente coherente que el trabajo grupal incluya alfabetización emocional, identificación de señales tempranas, estrategias de pausa/tiempo fuera, control de impulsos y práctica guiada de comunicación no violenta (Poma, 2022).

Asimismo, diversos análisis señalan la relevancia de factores coadyuvantes que incrementan riesgo de violencia, como el consumo problemático de alcohol, que puede intensificar la impulsividad, reducir el autocontrol y favorecer respuestas agresivas durante discusiones; por ello, en contextos hospitalarios la intervención debe considerar el tamizaje, la evaluación del riesgo y la derivación cuando corresponda, además del entrenamiento en autorregulación (Gobierno Regional de Lambayeque, 2021).

2.8. Contexto social y magnitud del problema en Perú y Lambayeque

La violencia familiar y de pareja constituye un problema de salud pública persistente, con expresión en el ámbito doméstico y repercusiones en salud mental, seguridad y convivencia, lo cual demanda respuestas integrales que articulen prevención, atención clínica e intervención psicoeducativa en servicios públicos. Esta perspectiva se sostiene en reportes internacionales recientes que documentan la magnitud y consecuencias del fenómeno, especialmente en violencia ejercida por la pareja íntima (WHO, 2021).

A nivel nacional y regional, la ENDES permite dimensionar la problemática con indicadores comparables. En el caso del departamento de Lambayeque, el reporte departamental de ENDES 2023 presenta evidencia cuantitativa sobre la ocurrencia de violencia ejercida por la pareja, lo cual respalda la pertinencia de intervenir con agresores derivados por el sistema de justicia en un hospital público, dado que la magnitud del fenómeno se refleja en la demanda de atención y en la necesidad de estrategias de reducción del riesgo y recurrencia (INEI, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2024).

En consecuencia, las sesiones grupales orientadas a conciencia emocional, control de impulsos, responsabilidad personal, comunicación asertiva y resolución no violenta de conflictos guardan relación directa con la problemática social

descrita, al atacar mecanismos frecuentes de escalada (reactividad, coerción, control, intimidación y fallas en solución de problemas), y al proponer habilidades concretas para prevenir recaídas y disminuir episodios violentos en el entorno familiar (INEI, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2024).

III. METODOLOGÍA

3.1. Contextualización y justificación del problema

La experiencia profesional se desarrolló en el Servicio de Psicología de un hospital público de categoría II-1 del departamento de Lambayeque, establecimiento integrado a la red asistencial del Ministerio de Salud (MINSA), que por su capacidad resolutoria recibe usuarios derivados desde el primer nivel y atiende demanda especializada ambulatoria, incluyendo problemáticas de salud mental asociadas a violencia en el entorno familiar. En este escenario, una demanda sostenida correspondió a usuarios adultos derivados por instancias del sistema de justicia (Poder Judicial, Ministerio Público o comisarías) por hechos vinculados a violencia familiar, quienes acudían a evaluación y atención psicológica como parte del cumplimiento de disposiciones y medidas asociadas a dichos procesos.

La violencia familiar es reconocida como un problema de alta relevancia en salud pública y derechos humanos por su frecuencia y por sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales; por ello, los marcos de salud pública recomiendan respuestas integrales desde salud y sistemas de protección, con intervenciones basadas en evidencia orientadas a reducir el riesgo y prevenir la repetición de episodios de violencia. En el Perú, el marco normativo establece la prevención, atención, protección y reeducación como componentes de respuesta frente a la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, promoviendo la articulación intersectorial.

Durante el periodo de práctica se identificó, de forma recurrente, que una proporción importante de usuarios derivados por el sistema de justicia iniciaba el proceso con resistencia, minimización o negación del comportamiento violento, además de dificultades para reconocer estados emocionales intensos y regular respuestas impulsivas, lo que afectaba la adherencia y el aprovechamiento clínico. Este patrón es consistente con lineamientos internacionales para el trabajo con personas con conducta de violencia, que describen como desafíos frecuentes la baja motivación inicial, la necesidad de un encuadre claro y el entrenamiento sostenido en autorregulación, responsabilización y reducción de riesgo, priorizando criterios de seguridad y protección.

En ese marco, la intervención se orientó a fortalecer habilidades socioemocionales relevantes para la convivencia y la prevención de conductas violentas (autoconciencia, autocontrol, habilidades relacionales, toma de decisiones responsable y empatía), entendidas como competencias que pueden entrenarse y observarse en el desempeño interpersonal. El énfasis clínico-operativo se centró en favorecer la adherencia, el encuadre, la toma de responsabilidad y el entrenamiento de recursos de regulación y afrontamiento, considerando las limitaciones reales del contexto hospitalario (alta demanda, tiempos acotados y necesidad de intervenciones breves y focalizadas).

La investigación se justifica metodológicamente al emplear una medición estandarizada de conducta propia mediante la CTS2 en una versión adaptada al estudio, instrumento construido bajo la lógica de conductas específicas y su frecuencia, con desarrollo psicométrico y evidencias de consistencia interna reportadas desde su formulación y uso para caracterizar tácticas de conflicto y violencia, lo que permite estimar cambios pre–post en condiciones comparables (Straus et al., 1996, como se cita en Vásquez et al., 2024); en lo práctico, porque plantea un Programa de Fortalecimiento de Habilidades Socioemocionales (PFHSE–VF) centrado en el entrenamiento de competencias para el autocontrol, la convivencia y la resolución no violenta del conflicto familiar, entendidas como aprendizajes sistemáticos aplicables a situaciones reales del hogar (Bisquerra, 2003, como se cita en Labaut et al., 2022); en lo teórico, porque fundamenta la violencia familiar desde un enfoque ecológico multicausal que integra factores individuales, relacionales, comunitarios y socioculturales que interactúan en su génesis y mantenimiento (Heise, 1998), la explica además como un repertorio de conducta susceptible de aprendizaje por observación, modelamiento y reforzamiento en la interacción social (Bandura, 1977, como se cita en Callata et al., 2024) y la contextualiza en sistemas ambientales interdependientes que modulan la dinámica familiar y el riesgo de recurrencia (Bronfenbrenner, 1979, como se cita en Lasekan et al., 2024); mientras que las habilidades socioemocionales se sustentan como competencia emocional entendida como autoeficacia en transacciones sociales que evocan emoción y requieren gestionar la experiencia afectiva sin desorganizar la conducta (Saarni, 1999, como se cita en Priego et al., 2025), como un conjunto

integrado de capacidades de expresión, conocimiento y regulación emocional necesarias para un funcionamiento social adecuado (Denham, 2007, como se cita en Zinsser et al., 2021) y como competencia social afectiva organizada en habilidades para enviar, recibir y experimentar afecto de modo funcional dentro de las interacciones (Halberstadt et al., 2001, como se cita en Bisquerra & López, 2021); y socialmente, porque aporta evidencia aplicable para disminuir el riesgo de repetición de episodios de violencia familiar y fortalecer respuestas institucionales orientadas al bienestar y a entornos más seguros, en coherencia con la Agenda 2030 y los ODS 3, 5 (meta 5.2) y 16 (metas 16.1–16.2) (FPNU, 2022).

3.2. Tipo de intervención realizada

Se desarrolló una intervención psicológica breve con orientación cognitivo-conductual y socioeducativa, aplicada en el marco de la atención hospitalaria y bajo supervisión del profesional responsable. Este abordaje es coherente con estándares contemporáneos para programas dirigidos a personas con conductas de violencia, que priorizan componentes estructurados como responsabilización, identificación de detonantes, reestructuración de creencias legitimadoras, entrenamiento en autorregulación y prevención de recurrencia, con monitoreo y coordinación interinstitucional cuando corresponde.

La intervención se implementó de manera individual y grupal, según la organización operativa del servicio y la evolución clínica, e incluyó acciones de: (a) evaluación clínica breve e identificación inicial de riesgo; (b) encuadre y compromisos mínimos de participación; (c) entrenamiento en habilidades socioemocionales (autoconciencia emocional, autocontrol, comunicación y resolución no violenta de conflictos); y (d) seguimiento y cierre con orientaciones de continuidad según necesidad clínica y disposiciones institucionales. La estructura y el alcance se ajustaron a la realidad asistencial del hospital, buscando mantener consistencia técnica sin perder viabilidad operativa.

3.3. Objetivos de la intervención

Objetivo general. Analizar los cambios en las conductas asociadas a la violencia familiar tras la implementación de una intervención psicoeducativa

basada en el fortalecimiento de habilidades socioemocionales en usuarios adultos derivados por el Poder Judicial en un hospital público del departamento de Lambayeque.

Objetivos específicos. En coherencia con el objetivo general, se planteó: (1) Identificar los niveles de conductas asociadas a la violencia familiar por cada dimensión en el pre test en usuarios adultos derivados por el Poder Judicial en un hospital público del departamento de Lambayeque; (2) Fortalecer las habilidades socioemocionales en usuarios adultos derivados por el Poder Judicial mediante la implementación del Programa de Fortalecimiento de Habilidades Socioemocionales para la Prevención y Reducción de la Violencia Familiar (PFHSE–VF); (3) Evaluar los niveles de conductas asociadas a la violencia familiar por cada dimensión post test tras la implementación del Programa de Fortalecimiento de Habilidades Socioemocionales usuarios adultos derivados por el Poder Judicial en un hospital público del departamento de Lambayeque; (4) Determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los resultados del pre y post test en las conductas asociadas a la violencia familiar evaluadas tras la implementación del Programa de Fortalecimiento de Habilidades Socioemocionales.

Indicadores de logro. Los indicadores de logro del Programa de Fortalecimiento de Habilidades Socioemocionales para la Prevención y Reducción de la Violencia Familiar (PFHSE–VF) fueron definidos como criterios observables y verificables que permitieron constatar el cumplimiento del objetivo general y de los objetivos específicos, considerando la estructura dimensional de la variable conductas asociadas a la violencia familiar, compuesta por negociación disfuncional, agresión psicológica, agresión física, coacción sexual y lesiones/daños ocasionados.

En relación con el objetivo general, orientado a analizar los cambios en las conductas asociadas a la violencia familiar tras la implementación de la intervención psicoeducativa, el logro se validó mediante la comparación de los resultados pre y post intervención evidenciándose una disminución en la frecuencia

y severidad de las conductas evaluadas en cada dimensión de la EBVF. Ello implicó identificar reducciones en negociación disfuncional, agresión psicológica, agresión física, coacción sexual y lesiones/daños ocasionados, así como un descenso en el puntaje global de la variable, configurando cambios conductuales observables y estadísticamente contrastables en el grupo intervenido.

En relación con el objetivo específico 1, orientado a identificar los niveles de conductas asociadas a la violencia familiar en el pretest, el logro se estableció cuando la aplicación del EBVF permitió caracterizar de manera diferenciada los niveles iniciales en cada dimensión. Ello implicó determinar el grado de presencia de conductas de negociación disfuncional (bloqueo del diálogo y resistencia al acuerdo), agresión psicológica (insultos, amenazas e intimidación), agresión física (contacto físico agresivo o conductas de alto riesgo), coacción sexual (presión o imposición para actividad sexual sin consentimiento) y lesiones/daños ocasionados (consecuencias físicas derivadas de la conducta violenta), configurando así una línea base diagnóstica integral.

Respecto al objetivo específico 2, referido a la implementación del Programa de Fortalecimiento de Habilidades Socioemocionales, el logro se evidenció mediante la ejecución completa de las sesiones programadas y la participación activa registrada en las hojas de cotejo y listas de asistencia. Durante el desarrollo del programa se consignó la disposición al diálogo, la aplicación de ejercicios de autorregulación emocional, la elaboración de compromisos conductuales, el reconocimiento del consentimiento como condición indispensable en la interacción y la reflexión sobre el impacto físico de las conductas violentas. Este indicador se verificó mediante los registros sistemáticos de sesión, fichas de trabajo y evidencias documentales generadas durante el proceso.

En relación con el objetivo específico 3, orientado a evaluar los niveles post intervención, el logro se determinó cuando el postest evidenció una disminución en la frecuencia de conductas asociadas a la violencia familiar en cada una de las dimensiones mencionadas: negociación disfuncional, agresión psicológica, agresión física, coacción sexual y lesiones/daños, manteniendo equivalencia metodológica con la medición inicial.

Finalmente, respecto al objetivo específico 4, el indicador de logro consistió en la constatación de diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el posttest tanto en el puntaje total como en cada una de las dimensiones evaluadas, confirmando que la reducción observada en negociación disfuncional, agresión psicológica, agresión física, coacción sexual y lesiones/daños se asocia al efecto del programa implementado.

3.4. Público objetivo

La intervención se dirigió a usuarios adultos (≥ 18 años) derivados formalmente por instancias del sistema de justicia hacia el hospital para atención psicológica en el contexto de violencia familiar. Se trabajó con casos asignados al Servicio de Psicología según la organización interna del establecimiento y disponibilidad de agenda, priorizando criterios clínicos, de seguridad y de continuidad de atención.

3.4.1. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes

Durante el periodo de práctica se atendió un grupo consecutivo aproximado de 24 usuarios, en su mayoría varones adultos, con rangos amplios de edad (aprox. 20 a 60 años), mayoritariamente de sexo masculino (92%). De manera frecuente, se observaron dificultades asociadas a autorregulación emocional, baja tolerancia a la frustración, conflictos relacionales recurrentes y patrones de pensamiento justificadores o minimizadores, además de condiciones concomitantes en algunos casos (como consumo de alcohol). Estas características han sido descritas en la atención de usuarios con conductas de violencia y sustentan la necesidad de intervenciones estructuradas orientadas a responsabilización, autorregulación y reducción de riesgo.

3.4.2. Criterios de inclusión

Se incluyó a usuarios que: (a) fueran mayores de 18 años; (b) contaran con derivación formal por instancias del sistema de justicia (o equivalentes); (c) estuvieran en condiciones de participar de la atención psicológica (sin intoxicación

aguda al momento de la sesión); y (d) aceptaran el encuadre y las condiciones mínimas de participación definidas por el servicio.

3.4.3. Criterios de exclusión

Se excluyó a usuarios que: (a) presentaran riesgo grave e inminente para sí o para terceros que requiriera atención inmediata por emergencia o psiquiatría; (b) evidenciaran alteraciones neurocognitivas severas que impidieran comprender las indicaciones; o (c) mostraran conducta disruptiva o agresividad aguda que imposibilitara continuar la sesión, priorizando criterios de seguridad clínica y del entorno.

3.5. Descripción del procedimiento general (etapas)

El proceso se organizó en cuatro etapas: (1) evaluación y encuadre, con entrevista inicial, registro clínico y acuerdos mínimos de participación; (2) intervención, con sesiones individuales y/o grupales según la organización del servicio, priorizando entrenamiento en habilidades socioemocionales, identificación de detonantes, autorregulación y resolución de conflictos; (3) monitoreo, mediante control de asistencia, observación clínica y seguimiento de avances; y (4) cierre y derivación, con orientaciones de continuidad, derivación interna o externa cuando correspondía y registro de cierre del caso según procedimientos del servicio. Cuando correspondió a la evaluación de resultados, se aplicó un esquema pre-post utilizando el mismo periodo de referencia antes y después de la intervención, con el fin de asegurar comparabilidad de las mediciones. Cuando se programaron sesiones grupales, se mantuvieron reglas de convivencia, confidencialidad y respeto, y se priorizó el uso de técnicas activas (análisis de situaciones, role-playing breve, tareas prácticas) coherentes con el entrenamiento de habilidades socioemocionales.

3.6. Metodologías y técnicas empleadas

Se emplearon principalmente técnicas de orientación cognitivo-conductual y entrenamiento de habilidades: análisis de situaciones problema (detonante–pensamiento–emoción–conducta–consecuencia), identificación y cuestionamiento de creencias que legitiman el control o la violencia, estrategias de autorregulación (pausa conductual, respiración y reevaluación). Este enfoque es consistente con recomendaciones internacionales para intervenciones con usuarios derivados por violencia familiar, que enfatizan la intervención estructurada, la responsabilización y la adquisición de repertorios alternativos a la violencia.

La intervención grupal constituyó el componente central del Programa de Fortalecimiento de Habilidades Socioemocionales para la Prevención y Reducción de la Violencia Familiar (PFHSE–VF), al permitir el entrenamiento sistemático de repertorios alternativos a la violencia en un entorno estructurado y clínicamente controlado. Las sesiones grupales se desarrollaron con un enfoque psicoeducativo–clínico y cognitivo-conductual, priorizando la participación activa, el aprendizaje experiencial y la práctica guiada, mediante una secuencia progresiva de contenidos orientados a: (a) comprensión de la violencia y sus efectos, (b) responsabilización personal y toma de decisiones, (c) identificación de detonantes y pensamientos justificadores, (d) autorregulación emocional y control de impulsos, (e) comunicación asertiva y establecimiento de límites, (f) resolución no violenta de conflictos y (g) prevención de recaídas.

Cada sesión grupal siguió una estructura operativa uniforme para asegurar consistencia, adherencia y trazabilidad: (1) apertura y recordatorio de reglas de convivencia y seguridad, (2) revisión breve de tareas/autorregistros entre sesiones, (3) desarrollo del tema con psicoeducación focal y ejercicios prácticos, (4) entrenamiento de habilidades con modelado y ensayo conductual (role play) en situaciones típicas de conflicto, (5) retroalimentación clínica y acuerdos verificables, y (6) cierre con asignación de tarea aplicada al contexto familiar. En coherencia con el tipo de población atendida (usuarios derivados por el sistema de justicia), se establecieron reglas explícitas para sostener el encuadre grupal: confidencialidad con límites por seguridad, respeto de turnos, no descalificación, y

compromiso de no violencia durante el proceso; además, se promovió el reemplazo de discursos de minimización o justificación por enunciados de responsabilidad y por metas conductuales observables.

La conducción del grupo se apoyó en técnicas de análisis de situaciones problema (detonante–pensamiento–emoción–conducta–consecuencia), reestructuración cognitiva y generación de alternativas, estrategias de autorregulación (pausa conductual, respiración y reevaluación), y entrenamiento de habilidades interpersonales (escucha activa, mensajes en primera persona, límites, negociación funcional y solución de problemas). El monitoreo del proceso se realizó mediante revisión sistemática de tareas/autorregistros, lo que permitió documentar la participación, el logro de actividades y la progresión de habilidades. De este modo, la intervención en grupos no se limitó a la exposición de contenidos, sino que se orientó a la práctica repetida y supervisada de conductas alternativas a la violencia, con seguimiento de su aplicación en situaciones reales del hogar.

3.7. Instrumentos de Evaluación

El instrumento utilizado para la medición de la variable violencia familiar (conducta propia) se fundamenta en la *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) de Straus et al. (1996), la cual conceptualiza la violencia como parte de un continuo de comportamientos utilizados para afrontar conflictos en la relación de pareja. Este continuo incluye tanto estrategias no violentas de negociación como tácticas coercitivas o agresivas, psicológicas, físicas o sexuales; empleadas para imponer control o resolver desacuerdos. La CTS2 evalúa estas conductas a partir de la ocurrencia y frecuencia de comportamientos específicos en un periodo determinado, permitiendo identificar patrones de interacción intrafamiliar y niveles de severidad conductual mediante indicadores observables y comparables en mediciones pre y post intervención.

La versión empleada en el presente estudio se sustenta en la adaptación peruana realizada por Vásquez et al. (2024); en dicho estudio se obtuvo validez de contenido mediante juicio de expertos con coeficientes V de Aiken superiores a 0.80 en los criterios de relevancia, coherencia, claridad y contenido.

Asimismo, se evidenció validez de constructo mediante análisis factorial confirmatorio (AFC), con índices de ajuste adecuados (CFI y TLI superiores a 0.90), así como validez convergente a través de modelos de ecuaciones estructurales. En cuanto a la confiabilidad, se reportaron coeficientes Omega de McDonald superiores a 0.85 en sus dimensiones, indicando adecuada consistencia interna.

En el presente trabajo se emplea la Escala Breve de Violencia Familiar (EBVF), elaborada bajo la misma estructura conceptual y dimensional validada en el contexto peruano, conservando la lógica de medición por frecuencia de conductas específicas en un periodo de referencia uniforme, lo cual garantiza la comparabilidad pre–post y la consistencia psicométrica del instrumento.

3.8. Monitoreo y/o evaluación de avances

El monitoreo del proceso de intervención se realizó de manera continua y sistemática, con el propósito de documentar la adherencia, la participación y el progreso en el uso de habilidades entrenadas, complementando la medición cuantitativa pre–post. Para ello se emplearon instrumentos de seguimiento específicos: (a) registro de asistencia y continuidad por sesión, (b) ficha/hoja de observación clínica del facilitador sobre participación, cumplimiento de acuerdos, manejo conductual durante la sesión y respuesta a técnicas de autorregulación, (c) checklist de monitoreo por sesión (verificación de logro de actividades clave, práctica de habilidades y cumplimiento de tarea), y (d) registro de incidencias y coordinaciones necesarias (derivaciones internas, articulación externa o acciones de seguridad cuando correspondía).

Este sistema de monitoreo permitió identificar avances operativos durante el programa (por ejemplo, aumento del uso de “pausa/tiempo fuera”, mejor reconocimiento de señales tempranas, mayor cumplimiento de tareas, reducción de conductas disruptivas en sesión y mayor disposición a acuerdos verificables), así como detectar tempranamente obstáculos (ausentismo, resistencia, minimización, dificultades de autorregistro), ajustando la conducción clínica y reforzando compromisos. En contextos reales con usuarios derivados por violencia familiar, este tipo de evaluación resulta pertinente por su factibilidad, aceptabilidad y utilidad

para sostener retención, cumplimiento y estabilidad del seguimiento, que son condiciones clave para que el proceso produzca cambios observables.

3.9. Consideraciones éticas

La experiencia profesional se desarrolló respetando los principios éticos aplicables a intervenciones psicológicas en contextos de salud pública y con población derivada por el sistema de justicia, incorporando salvaguardas específicas para resguardar la integridad, seguridad y derechos de los participantes. En ese marco, las decisiones del proceso clínico–psicoeducativo se alinearon a los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, así como a la protección de la confidencialidad, en coherencia con la naturaleza sensible del fenómeno de violencia familiar y con la necesidad de minimizar riesgos durante el acompañamiento.

El principio de beneficencia se concretó orientando la intervención a un beneficio clínico y preventivo verificable: disminuir conductas violentas y fortalecer habilidades socioemocionales que favorezcan una convivencia más segura. Para ello, el PFHSE–VF fue diseñado con una secuencia progresiva (evaluación inicial, encuadre, entrenamiento de habilidades y prevención de recaídas), priorizando competencias entrenables (conciencia emocional, autorregulación, responsabilidad personal, comunicación y resolución no violenta de conflictos). Asimismo, se incorporó monitoreo continuo del proceso (asistencia, participación, cumplimiento de acuerdos y aplicación de técnicas) con el propósito de ajustar el acompañamiento y maximizar la utilidad terapéutica. En términos de evaluación, se aplicó una medición pre y post con el mismo periodo de referencia, buscando que el cambio observado represente un beneficio real y comparable en el tiempo.

Dado que la temática puede activar reactividad emocional, defensividad o escalada, la no maleficencia se operacionalizó mediante medidas preventivas y de seguridad clínica. Primero, se establecieron reglas explícitas de trabajo (respeto, no intimidación, no amenazas, confidencialidad y límites), y se delimitó que el espacio

grupal no se utiliza para confrontaciones personales, sino para entrenamiento de habilidades. Segundo, se incluyeron estrategias de manejo de activación (pausa, “tiempo fuera” seguro, retorno planificado, respiración y control de impulsos), usadas tanto como contenidos del programa como protocolos de contención dentro de las sesiones. Tercero, se evitó promover acciones que puedan generar nuevos riesgos (“reparaciones” invasivas o contacto no seguro), priorizando alternativas terapéuticas seguras y compatibles con medidas de protección cuando correspondiera. Finalmente, ante indicadores clínicos de riesgo (p. ej., escalada de agresividad, consumo problemático, desregulación intensa o riesgo de reincidencia), se consideraron coordinaciones internas y/o derivación según el procedimiento institucional, con el objetivo de prevenir daños al participante y a terceros.

El principio de justicia se garantizó promoviendo un trato equitativo en la atención y en las oportunidades de participación dentro del programa, independientemente de edad, nivel educativo u otras condiciones. La intervención se aplicó con criterios homogéneos de encuadre, evaluación y seguimiento, evitando sesgos o favoritismos, y procurando condiciones similares de acceso a materiales, tareas y retroalimentación. Además, la evaluación pre y post se aplicó bajo condiciones equivalentes (mismo periodo de referencia), buscando comparabilidad y evitando ventajas o desventajas metodológicas entre participantes. En el contexto hospitalario, la justicia también implicó asegurar que el programa sea factible y replicable, optimizando recursos y tiempo sin afectar la calidad mínima de atención psicológica.

Aunque los participantes fueron derivados por el sistema de justicia, se respetó la autonomía en el ámbito clínico mediante un proceso de información clara y consentimiento informado, explicando el propósito del programa, la dinámica de sesiones, la naturaleza de los registros y la evaluación pre–post. Se enfatizó la participación activa como condición del proceso (cumplimiento de acuerdos, tareas y uso de técnicas), transformando la “asistencia obligatoria” en compromisos conductuales verificables. Asimismo, se explicaron los límites de confidencialidad

(por ejemplo, ante riesgo grave o situaciones que exijan actuación institucional), de modo que el participante comprenda con transparencia el alcance de la intervención y sus resguardos.

La confidencialidad se manejó mediante anonimización y manejo restringido de la información clínica. Los participantes fueron identificados con códigos en registros de análisis y reportes, evitando datos personales que permitan la identificación. La documentación (formatos clínicos, listas de asistencia, fichas de trabajo y monitoreo) se administró conforme a los procedimientos del servicio, con acceso limitado al equipo responsable. Los resultados se presentaron de manera agregada, protegiendo la identidad y evitando descripciones que expongan a los participantes o a sus familias.

La intervención se condujo dentro de competencias profesionales, utilizando técnicas psicoeducativas y cognitivo-conductuales orientadas a habilidades, manteniendo límites claros del rol terapéutico y del encuadre institucional. Se priorizó la coherencia entre lo entrenado y lo evaluado, evitando interpretaciones fuera del alcance del diseño o atribuciones causales absolutas. Además, se sostuvo un enfoque responsable orientado a reducción de daño, prevención de recaídas y articulación con apoyos institucionales cuando fue necesario, atendiendo la complejidad del fenómeno y la necesidad de continuidad en los casos con mayor riesgo.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

El presente capítulo presenta los resultados obtenidos a partir de la evaluación pre y post de la intervención psicoeducativa-clínica PFHSE-VF, aplicada a usuarios adultos derivados por el sistema de justicia y atendidos en el Servicio de Psicología de un hospital público del departamento de Lambayeque. Los hallazgos se organizan de manera secuencial y coherente con el objetivo general y cada uno de los objetivos específicos, incorporando tablas comparativas por dimensiones de violencia familiar y el resultado global.

4.1. Descripción de los resultados

Dentro de la experiencia desarrollada se organizan y presentan los resultados obtenidos manteniendo la línea discursiva de los objetivos establecidos, así se procedió a mostrar la realidad inicial y final de los acompañados según la adaptación realizada al instrumento y la correspondiente norma local para tal fin.

Tabla 1.

Descriptivos de violencia familiar y sus dimensiones según momento

Dimensión - Variable	Pre Test			Pos Test			Δ (Post-Pre)	% de cambio
	M	DE	C.V. %	Media	Desv. estándar	C.V. %		
Negociación disfuncional	9.96	0.98	10.0	2.75	1.16	43.2	-7.21	-72.4%
Agresión psicológica	10.29	0.73	7.3	2.75	0.72	26.8	-7.54	-73.3%
Agresión física	10.04	1.17	11.9	2.75	1.51	56.0	-7.29	-72.6%
Coacción sexual	2.17	1.14	53.9	0.08	0.4	489.9	-2.09	-96.3%
Lesiones/ daños	9.96	1.02	10.5	3.58	1.61	45.8	-6.38	-64.1%
Violencia familiar	42.42	2.33	5.6	11.92	3.82	32.7	-30.5	-71.9%

Nota. M = media; DE = desviación estándar; CV = coeficiente de variación; Δ = diferencia entre postest y pretest; % cambio = variación porcentual relativa; Pre = pretest; Post = postest.

En relación con el objetivo general, orientado a analizar los cambios en las conductas asociadas a la violencia familiar tras la implementación de una intervención psicoeducativa basada en el fortalecimiento de habilidades socioemocionales, la Tabla 1 presenta los estadísticos descriptivos correspondientes a las dimensiones evaluadas y a sus respectivos indicadores en los momentos pre y post intervención.

En la dimensión negociación disfuncional, cuyo indicador es la frecuencia de conductas que bloquean el diálogo y dificultan acuerdos, la media en el pretest fue de 9.96 sobre un máximo de 12 puntos, evidenciando alta recurrencia de estrategias impositivas o evitativas frente al conflicto. En la dimensión agresión psicológica, cuyo indicador corresponde a la frecuencia de agresión verbal, amenazas, control e intimidación, se registró una media de 10.29, lo que refleja una presencia reiterada de conductas de desvalorización y coerción verbal. En la dimensión agresión física, medida mediante el indicador frecuencia de contacto físico agresivo o actos de alto riesgo, la media fue de 10.04, valor cercano al límite superior de la escala, indicando alta frecuencia de conductas de agresión directa. De igual forma, en la dimensión lesiones/daños, cuyo indicador es la frecuencia/ocurrencia de daños físicos o riesgo grave atribuible a la conducta, se obtuvo una media de 9.96, lo que sugiere que las conductas agresivas no solo estaban presentes, sino que generaban consecuencias físicas relevantes. En contraste, en la dimensión coacción sexual, evaluada mediante el indicador frecuencia de presión, chantaje o fuerza para actividad sexual sin consentimiento, la media fue de 2.17, indicando menor recurrencia relativa frente a las demás dimensiones.

A nivel global, el puntaje total de la variable conductas asociadas a la violencia familiar alcanzó 42.42 sobre un máximo de 60 puntos, evidenciando un patrón conductual caracterizado por alta frecuencia de comportamientos coercitivos y agresivos. La baja variabilidad observada en la mayoría de dimensiones (C.V. < 30%) indica homogeneidad conductual en el grupo, es decir, los participantes compartían niveles similares de recurrencia en conductas violentas. Tras la intervención, las medias descendieron significativamente en todas las dimensiones.

En negociación disfuncional, la media se redujo a 2.75; en agresión psicológica y agresión física también a 2.75; en lesiones/daños a 3.58; y en coacción sexual a 0.08. El puntaje total global disminuyó a 11.92 puntos.

Desde una interpretación psicológica, estos descensos reflejan una reducción sustantiva en la frecuencia de conductas utilizadas como estrategias de afrontamiento del conflicto. La disminución en negociación disfuncional sugiere mayor apertura al diálogo y menor tendencia a bloquear acuerdos; el descenso en agresión psicológica indica reducción de respuestas verbales hostiles; la reducción en agresión física evidencia mayor control inhibitorio sobre impulsos agresivos; la disminución en lesiones/daños sugiere menor severidad conductual; y la casi desaparición de coacción sexual indica mayor reconocimiento de límites interpersonales. El incremento de la variabilidad en el postest (C.V. > 30%) sugiere que el cambio no fue uniforme, sino que cada participante mostró distintos niveles de avance en la modificación conductual.

En conjunto, los resultados descriptivos presentados en la Tabla 1 evidencian una disminución marcada en la frecuencia de conductas asociadas a la violencia familiar posterior a la intervención.

En tal sentido, las diferencias observadas entre los puntajes del pretest y el postest fueron comparadas mediante el empleo de pruebas estadísticas acordes a la naturaleza y características de los datos, estableciéndose con un 95% de confianza la existencia de diferencias significativas entre los resultados iniciales y aquellos obtenidos posteriormente a la implementación de la intervención. La comparación de los puntajes evidenció una disminución consistente en la frecuencia y severidad de las conductas asociadas a la violencia familiar en todas las dimensiones evaluadas (negociación disfuncional, agresión psicológica, agresión física, coacción sexual y lesiones/daños) así como en el puntaje global de la variable. Esta tendencia descendente sugiere modificaciones conductuales posteriores a la implementación del programa. De manera complementaria, el análisis inferencial permitió corroborar que las diferencias observadas entre ambos momentos de medición fueron estadísticamente significativas, cuyos resultados detallados del contraste se presentan más adelante en la Tabla 7.

Tabla 2.*Violencia familiar y sus dimensiones en el Pretest*

	Negociación disfuncional		Agresión psicológica		Agresión física		Coacción sexual		Lesiones/daños		Violencia familiar	
	Agres.	%	Agres.	%	Agres.	%	Agres.	%	Agres.	%	Agres.	%
Alto	24	100%	24	100%	24	100%	0	0%	24	100%	22	92%
Medio	0	0%	0	0%	0	0%	4	17%	0	0%	2	8%
Bajo	0	0%	0	0%	0	0%	20	83%	0	0%	0	0%

Nota. N = 24 participantes.

En relación con el primer objetivo específico, orientado a identificar los niveles de conductas asociadas a la violencia familiar por cada dimensión en el pretest, la Tabla 2 presenta la distribución de los participantes según niveles alto, medio y bajo en cada dimensión evaluada.

En la dimensión negociación disfuncional, cuyo indicador corresponde a la frecuencia de conductas que bloquean el diálogo y dificultan acuerdos, el 100% (24) de los participantes se ubicó en el nivel alto, evidenciando una presencia generalizada de estrategias de imposición, interrupción del diálogo o negativa sistemática a llegar a consensos dentro del núcleo familiar. De igual manera, en la dimensión agresión psicológica, evaluada mediante el indicador frecuencia de agresión verbal, amenazas, control e intimidación, el 100% (24) se situó en nivel alto, lo que refleja recurrencia constante de conductas de desvalorización, intimidación y control como formas predominantes de interacción conflictiva. En la dimensión agresión física, cuyo indicador es la frecuencia de contacto físico agresivo o actos de alto riesgo, también el 100% (24) presentó nivel alto, indicando que las conductas de empujones, golpes o acciones de riesgo formaban parte del repertorio conductual habitual frente a situaciones de tensión.

En la dimensión lesiones/daños, medida mediante el indicador frecuencia/ocurrencia de daños físicos o riesgo grave atribuible a la conducta, igualmente el 100% (24) se ubicó en nivel alto, lo que sugiere que las conductas agresivas generaban consecuencias físicas o situaciones de riesgo real. En contraste, en la dimensión coacción sexual, cuyo indicador corresponde a la frecuencia de presión, chantaje o fuerza para actividad sexual sin consentimiento, el 83% (20) se ubicó en nivel bajo, el 17% (4) en nivel medio y ningún participante en nivel alto.

Este resultado indica menor presencia relativa de esta forma específica de violencia en comparación con las demás dimensiones.

A nivel global, en la variable conductas asociadas a la violencia familiar, el 92% (22) se ubicó en nivel alto y el 8% (2) en nivel medio, sin registrarse casos en nivel bajo. Desde una interpretación psicológica, la concentración masiva en el nivel alto en la mayoría de las dimensiones sugiere la consolidación de un patrón conductual caracterizado por uso sistemático de estrategias coercitivas para resolver conflictos. La homogeneidad observada indica que el grupo compartía un repertorio similar de afrontamiento disfuncional, donde la agresión verbal y física funcionaban como mecanismos habituales de regulación del conflicto interpersonal. La menor presencia de coacción sexual podría indicar que esta conducta no era percibida o utilizada con la misma frecuencia que otras formas de violencia, aunque ello no reduce su relevancia clínica.

En conjunto, los resultados del pretest permiten establecer que la población evaluada presentaba niveles elevados de conductas asociadas a la violencia familiar en casi todas las dimensiones, configurando un perfil inicial de alta gravedad conductual que justifica la implementación de la intervención psicoeducativa.

Tabla 3.

Resultados del fortalecimiento de habilidades socioemocionales según dimensiones del PFHSE-VF

Dimensión Socioemocional	Indicador	Evidencia/ Registro	Resultados
Conciencia emocional	Identifica emociones, pensamientos y consecuencias de al menos tres casos simulados de conductas violentas.	Ficha ABC, semáforo emocional, observación clínica, mapa consecuencias.	24 participantes (100%) reconocen emociones y pensamientos asociados a conflictos.
Regulación emocional	Incorpora estrategias de regulación emocional en situaciones de conflicto.	Role - play, autorregistros, protocolo STOP, plan de pausa.	20 participantes (83%) identifica estrategias adecuadas.
Autonomía emocional	Replantea creencias irracionales y propone	Análisis de casos, reestructuració	18 participantes (75%) reformulan

	al menos tres soluciones funcionales.	n guiada, plan de reparación simbólica.	creencias y aplican soluciones.
Competencia social	Utiliza comunicación asertiva (expresión emocional + petición clara) en casos simulados.	Check list de comunicación, role - play, compromiso de empatía.	22 participantes (92%) ejecuta habilidades asertivas.
Habilidades de vida y bienestar	Aplica esquemas aprendidos y elabora un plan de prevención con al menos tres estrategias de afrontamiento.	Plan prevención de recaídas y de mantenimiento, acuerdo familiar verificable.	24 participantes (100%) elabora su plan de prevención y mantenimiento.

Nota. La evaluación de indicadores se realizó mediante observación clínica, fichas de monitoreo, autorregistros y productos elaborados por los participantes durante el PFHSE.

En relación con el segundo objetivo específico, orientado a fortalecer las habilidades socioemocionales mediante la implementación del Programa de Fortalecimiento de Habilidades Socioemocionales para la Prevención y Reducción de la Violencia Familiar (PFHSE–VF), la Tabla 3 describe la medición, evidencias y resultados globales de la ejecución del programa aplicado a los usuarios adultos.

La intervención se organizó como una ruta progresiva: inicialmente se estableció la línea base y el encuadre clínico, posteriormente se desarrolló el entrenamiento intensivo en habilidades socioemocionales, luego se promovió la transferencia al contexto familiar mediante tareas entre sesiones y finalmente se realizó el cierre con evaluación y plan de mantenimiento.

Las dos sesiones individuales cumplieron el rol de anclaje clínico-operativo. En esta fase se reconstruyeron episodios recientes de conflicto, se identificaron detonantes, señales tempranas de escalada, consecuencias y factores de riesgo/protección. Asimismo, se estableció un contrato de cambio que permitió transformar objetivos generales (“mejorar”) en metas conductuales verificables (uso de pausa, evitar insultos/amenazas, retiro seguro). Este componente favorece el desarrollo de conciencia emocional y responsabilización personal, elementos fundamentales dentro del modelo de habilidades socioemocionales.

Las diez sesiones grupales constituyeron el núcleo formativo del programa. En coherencia con las cinco dimensiones propuestas por Bisquerra (conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, competencia social y habilidades de vida y bienestar), se desarrollaron actividades orientadas a:

- Identificación y reconocimiento de emociones.
- Regulación de impulsos y manejo de la ira.
- Reestructuración de pensamientos justificadores de la violencia.
- Entrenamiento en comunicación asertiva.
- Negociación funcional y resolución no violenta de conflictos.

El trabajo combinó psicoeducación breve con entrenamiento práctico (análisis de situaciones tipo A-B-C, role-playing, técnica de pausa, protocolo STOP, acuerdos verificables). Los indicadores de logro de este objetivo se verificaron mediante registros de asistencia, fichas de trabajo, cumplimiento de tareas, productos de sesión y observación clínica del desempeño conductual durante las dinámicas grupales.

Las tareas entre sesiones cumplieron la función de generalización conductual, trasladando lo aprendido al contexto familiar real. La revisión sistemática de autorregistros permitió identificar avances, recaídas parciales y fortalecer respuestas adaptativas, facilitando la consolidación del aprendizaje.

Desde una perspectiva psicológica, el fortalecimiento de habilidades socioemocionales implica modificar el procesamiento cognitivo-emocional ante situaciones de conflicto. A mayor conciencia emocional, el sujeto logra identificar señales tempranas de activación; a mayor regulación emocional, disminuye la probabilidad de respuesta impulsiva; el desarrollo de competencia social favorece la sustitución de estrategias coercitivas por negociación funcional; y el fortalecimiento de autonomía emocional reduce la necesidad de control como mecanismo de afirmación personal. En términos conductuales, esto supone reemplazar respuestas reactivas automáticas por respuestas deliberadas y reguladas.

En este sentido, la relación teórica entre habilidades socioemocionales y violencia familiar se sustenta en que el déficit en regulación emocional y en competencias sociales incrementa la probabilidad de conductas agresivas, mientras

que su fortalecimiento reduce la recurrencia de dichas conductas al ampliar el repertorio de afrontamiento adaptativo.

La evidencia de ejecución estructurada del programa, la participación sostenida de los usuarios y la producción verificable de actividades permiten afirmar que el objetivo de fortalecimiento de habilidades socioemocionales fue alcanzado en términos de proceso formativo, constituyendo el mecanismo explicativo de los cambios observados posteriormente en los indicadores de conductas asociadas a la violencia familiar.

Tabla 4.
Violencia familiar y sus dimensiones en el Postest

	Negociación disfuncional		Agresión psicológica		Agresión física		Coacción sexual		Lesiones/daños		Violencia familiar	
	Agres.	%	Agres.	%	Agres.	%	Agres.	%	Agres.	%	Agres.	%
Alto	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Medio	6	25%	4	17%	5	21%	0	0%	5	21%	2	8%
Bajo	18	75%	20	83%	19	79%	24	100%	19	79%	22	92%

Nota. N = 24 participantes.

En relación con el tercer objetivo específico, orientado a evaluar los niveles de conductas asociadas a la violencia familiar por cada dimensión en el postest, la Tabla 4 presenta la distribución de los participantes según niveles alto, medio y bajo tras la implementación del programa.

En la dimensión negociación disfuncional, cuyo indicador es la frecuencia de conductas que bloquean el diálogo y dificultan acuerdos, el 75% (18) de los participantes se ubicó en nivel bajo y el 25% (6) en nivel medio, sin registrarse casos en nivel alto. Este resultado refleja una disminución marcada en la recurrencia de conductas orientadas a la imposición o ruptura del diálogo. En la dimensión agresión psicológica, evaluada mediante el indicador frecuencia de agresión verbal, amenazas, control e intimidación, el 83% (20) se situó en nivel bajo y el 17% (4) en nivel medio, evidenciando una reducción significativa en conductas de intimidación y desvalorización verbal. En la dimensión agresión física, cuyo indicador es la frecuencia de contacto físico agresivo o actos de alto riesgo, el 79% (19) presentó nivel bajo y el 21% (5) nivel medio, sin presencia de nivel alto, lo que

indica disminución sustancial de comportamientos agresivos directos. En la dimensión lesiones/daños, medida mediante el indicador frecuencia/ocurrencia de daños físicos o riesgo grave atribuible a la conducta, el 79% (19) se ubicó en nivel bajo y el 21% (5) en nivel medio, evidenciando reducción en la ocurrencia de consecuencias físicas derivadas del conflicto. En la dimensión coacción sexual, cuyo indicador corresponde a la frecuencia de presión, chantaje o fuerza para actividad sexual sin consentimiento, el 100% (24) alcanzó nivel bajo, no registrándose casos en niveles medio ni alto.

A nivel global, en la variable conductas asociadas a la violencia familiar, el 92% (22) se ubicó en nivel bajo y el 8% (2) en nivel medio, sin presencia de nivel alto.

Desde una interpretación psicológica, la concentración predominante en el nivel bajo en todas las dimensiones indica una reconfiguración del repertorio conductual frente al conflicto. La ausencia total del nivel alto sugiere que las conductas agresivas dejaron de ser respuestas dominantes ante situaciones de tensión interpersonal. El predominio del nivel bajo implica que los participantes lograron reducir significativamente la frecuencia de estrategias coercitivas, mostrando mayor control inhibitorio, mejor regulación emocional y mayor disposición a la negociación funcional.

El hecho de que una proporción menor permanezca en nivel medio puede interpretarse como un proceso de transición conductual, donde aún existen dificultades parciales en la consolidación de nuevas habilidades, lo cual es coherente con procesos de cambio conductual progresivo y no inmediato. En conjunto, los resultados del postest evidencian una disminución sustantiva en los niveles de conductas asociadas a la violencia familiar en todas sus dimensiones, lo que respalda el logro del tercer objetivo específico.

Tabla 5.

Prueba de normalidad (Shapiro–Wilk) para violencia familiar y sus dimensiones según momento

Dimensión–variable	Momento	W	p	Decisión
Negociación disfuncional	Pretest	0.904	0.026	No normal
	Postest	0.923	0.07	Normal
Agresión psicológica	Pretest	0.753	< .001	No normal
	Postest	0.792	< .001	No normal
Agresión física	Pretest	0.919	0.055	Normal
	Postest	0.851	0.002	No normal
Coacción sexual	Pretest	0.909	0.034	No normal
	Postest	0.209	< .001	No normal
Lesiones/daños	Pretest	0.889	0.013	No normal
	Postest	0.678	< .001	No normal
Violencia familiar	Pretest	0.942	0.181	Normal
	Postest	0.875	0.007	No normal

Nota. W = estadístico de Shapiro–Wilk. Se considera distribución normal cuando $p \geq .05$.

En relación con el cuarto objetivo específico, orientado a determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los resultados del pre y post test en las conductas asociadas a la violencia familiar, se procedió inicialmente a verificar los supuestos estadísticos correspondientes a cada dimensión y a sus respectivos indicadores operacionales.

La Tabla 5 presenta los resultados de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk aplicada a las siguientes dimensiones e indicadores: En la dimensión negociación disfuncional, cuyo indicador es la frecuencia de conductas que bloquean el diálogo y dificultan acuerdos, se evidenció ausencia de normalidad en el pretest ($p = 0.026$) y comportamiento cercano a normalidad en el postest ($p = 0.069$), aunque no consistente en ambos momentos. En la dimensión agresión psicológica, evaluada mediante el indicador frecuencia de agresión verbal, amenazas, control e intimidación, se observaron valores de significancia inferiores a 0.05 tanto en el pretest como en el postest, indicando distribución no normal. En

la dimensión agresión física, cuyo indicador corresponde a la frecuencia de contacto físico agresivo o actos de alto riesgo, se observó normalidad en el pretest ($p = 0.055$) pero no en el posttest ($p = 0.002$). En la dimensión coacción sexual, medida mediante el indicador frecuencia de presión, chantaje o fuerza para actividad sexual sin consentimiento, se evidenció ausencia de normalidad en ambos momentos. En la dimensión lesiones/daños, cuyo indicador es la frecuencia/ocurrencia de daños físicos o riesgo grave atribuible a la conducta, tampoco se cumplió el supuesto de normalidad. Finalmente, en la variable global conductas asociadas a la violencia familiar, el pretest mostró normalidad ($p = 0.180$), pero el posttest no ($p = 0.006$).

En términos metodológicos, al no existir normalidad consistente en ambos momentos para todas las dimensiones e indicadores, se concluyó que no se cumplía el supuesto requerido para el uso de pruebas paramétricas.

Tabla 6.

Prueba de homogeneidad de varianzas (Levene) para violencia familiar y sus dimensiones

Dimensión–variable	F	gl1	gl2	p
Negociación disfuncional	1.171	1	46	0.285
Agresión psicológica	0.086	1	46	0.77
Agresión física	1.189	1	46	0.281
Coacción sexual	18.824	1	46	< .001
Lesiones/daños	4.258	1	46	0.045
Violencia familiar	4.246	1	46	0.045

Nota. F = estadístico de Levene; gl = grados de libertad.

Por su parte, la Tabla 6 muestra los resultados de la prueba de igualdad de varianzas de Levene. En las dimensiones negociación disfuncional, agresión psicológica y agresión física, los valores de significancia fueron superiores a 0.05, indicando homogeneidad de varianzas entre el pre y post test. Sin embargo, en coacción sexual, lesiones/daños y en la variable global violencia familiar se observaron valores inferiores a 0.05, evidenciando heterogeneidad de varianzas.

La combinación de ausencia general de normalidad y heterogeneidad parcial de varianzas justificó la utilización de una prueba no paramétrica para muestras relacionadas.

Desde una interpretación psicológica, la significancia estadística observada en los indicadores de frecuencia de conductas que bloquean el diálogo, frecuencia de agresión verbal, frecuencia de contacto físico agresivo, frecuencia de presión sexual sin consentimiento y frecuencia de daños físicos atribuibles a la conducta indica que la disminución observada tras la intervención no corresponde a variaciones circunstanciales o a dispersión aleatoria de los datos. Por el contrario, refleja una modificación consistente en los patrones de afrontamiento del conflicto, evidenciando que los participantes redujeron significativamente la recurrencia de estrategias coercitivas y agresivas como forma de regulación emocional. En términos clínicos, esto sugiere que el fortalecimiento de habilidades socioemocionales produjo un impacto real en el control inhibitorio, en la gestión de la activación emocional y en la sustitución de respuestas impulsivas por estrategias de interacción más adaptativas, consolidando cambios conductuales observables y estadísticamente sustentados.

Tabla 7.

Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para violencia familiar y sus dimensiones (Postest – Pretest)

Dimensión–variable	W	p	Decisión ($\alpha = .05$)
Negociación disfuncional	-4.307	< .001	Se rechaza Ho
Agresión psicológica	-4.329	< .001	Se rechaza Ho
Agresión física	-4.318	< .001	Se rechaza Ho
Coacción sexual	-4.061	< .001	Se rechaza Ho
Lesiones/daños	-4.312	< .001	Se rechaza Ho
Violencia familiar	-4.292	< .001	Se rechaza Ho

Nota. W = estadístico de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon; p = nivel de significancia; Ho = hipótesis nula.

Con el propósito de determinar si la reducción observada en los indicadores de las conductas asociadas a la violencia familiar era estadísticamente significativa,

se procedió a contrastar las diferencias entre el pretest y el postest mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas, cuyos resultados se presentan en la Tabla 7.

Para ello, se plantearon las siguientes hipótesis:

H₀: La violencia familiar y sus dimensiones en el postest superan o igualan los valores del pretest.

H₁: La violencia familiar y sus dimensiones en el postest son menores que en el pretest.

En la dimensión negociación disfuncional, evaluada a través del indicador frecuencia de conductas que bloquean el diálogo y dificultan acuerdos, la prueba evidenció un valor de significancia $p = 0.000$, lo que indica que la reducción observada en la frecuencia de bloqueo del diálogo es estadísticamente significativa. En la dimensión agresión psicológica, cuyo indicador es la frecuencia de agresión verbal, amenazas, control e intimidación, también se obtuvo un valor $p = 0.000$, confirmando una disminución significativa en la recurrencia de conductas intimidatorias. De igual manera, en la dimensión agresión física, medida mediante el indicador frecuencia de contacto físico agresivo o actos de alto riesgo, el valor de significancia fue $p = 0.000$, evidenciando una reducción estadísticamente significativa en la frecuencia de agresiones físicas. En la dimensión coacción sexual, evaluada mediante el indicador frecuencia de presión, chantaje o fuerza para actividad sexual sin consentimiento, se obtuvo igualmente $p = 0.000$, confirmando que la disminución observada no responde al azar. Finalmente, en la dimensión lesiones/daños, cuyo indicador corresponde a la frecuencia/ocurrencia de daños físicos o riesgo grave atribuible a la conducta, el valor $p = 0.000$ ratifica la reducción significativa en la ocurrencia de consecuencias físicas asociadas a la conducta violenta.

Asimismo, el indicador global —puntaje total de conductas asociadas a la violencia familiar— presentó significancia estadística ($p = 0.000$), permitiendo rechazar la hipótesis nula con un nivel de error inferior al 5%. Desde una interpretación psicológica, estos resultados indican que la disminución en la frecuencia de conductas coercitivas, intimidatorias y agresivas observada tras la intervención no corresponde a variaciones circunstanciales o aleatorias, sino que

refleja un cambio conductual consistente en el repertorio de afrontamiento del conflicto. La significancia estadística en cada dimensión sugiere que el fortalecimiento de habilidades socioemocionales se asoció con una reducción real en la utilización de estrategias de dominación, impulsividad reactiva y agresión interpersonal dentro del ámbito familiar.

4.2. Análisis de los resultados

En relación con el objetivo general, orientado a analizar los cambios en las conductas asociadas a la violencia familiar tras la implementación de la intervención psicoeducativa, el análisis integral de los hallazgos evidencia modificaciones relevantes en el patrón conductual de los participantes entre el momento inicial y el posterior a la intervención.

Las conductas específicas identificadas en el pretest (bloqueo del diálogo, imposición de decisiones, insultos, amenazas, empujones, golpes y generación de daños físicos) configuraban un estilo de afrontamiento caracterizado por coerción y respuestas de elevada activación emocional. En el postest, se observó una disminución sustantiva en la frecuencia y severidad de estas conductas, lo que indica cambios en la manera en que los usuarios respondieron ante situaciones de conflicto. Desde una interpretación psicológica, estos resultados sugieren una menor recurrencia de respuestas impulsivas y una tendencia hacia formas de afrontamiento menos coercitivas en el contexto intrafamiliar.

En cuanto al objetivo específico 1, referido a identificar los niveles de conductas asociadas a la violencia familiar por dimensión en el pretest, el análisis muestra que las conductas de negociación disfuncional, agresión psicológica y agresión física no eran eventos aislados, sino formas habituales de interacción. El predominio de conductas como interrumpir el diálogo, desvalorizar verbalmente o recurrir al contacto físico agresivo indica que el conflicto era afrontado desde esquemas de dominación y control.

Desde una perspectiva psicológica, este patrón sugiere déficits en habilidades socioemocionales básicas: baja tolerancia a la frustración, dificultad para identificar emociones propias, escasa competencia comunicativa y tendencia a

la impulsividad reactiva. La violencia funcionaba, en este contexto, como estrategia aprendida de regulación del conflicto interpersonal.

Respecto al objetivo específico 2, orientado al fortalecimiento de habilidades socioemocionales mediante la implementación del programa, el análisis indica que la intervención actuó sobre los procesos subyacentes a dichas conductas. El entrenamiento en conciencia emocional permitió a los participantes reconocer señales tempranas de activación; la regulación emocional facilitó el uso de la pausa y el control de impulsos; la reestructuración cognitiva contribuyó a cuestionar creencias justificadoras de la violencia; y la práctica de comunicación asertiva ofreció alternativas conductuales frente al desacuerdo.

El cambio observado en las conductas específicas sugiere que los participantes no solo redujeron la frecuencia de comportamientos agresivos, sino que ampliaron su repertorio de afrontamiento, reemplazando estrategias coercitivas por negociación funcional. Esto implica una modificación en la secuencia cognitivo-emocional que precedía a la agresión.

En relación con el objetivo específico 3, referido a evaluar los niveles de conductas asociadas a la violencia familiar en el posttest, el análisis muestra una reconfiguración del patrón conductual. La desaparición de niveles altos en todas las dimensiones indica que las conductas de intimidación verbal, agresión física y bloqueo del diálogo dejaron de ser respuestas dominantes ante el conflicto.

Psicológicamente, este desplazamiento hacia niveles bajos sugiere mayor internalización de habilidades aprendidas y mayor capacidad para interrumpir la escalada emocional antes de que derive en agresión. La permanencia de algunos casos en nivel medio puede interpretarse como parte de un proceso progresivo de consolidación del cambio, coherente con la naturaleza gradual de los procesos de modificación conductual.

Finalmente, en relación con el objetivo específico 4, orientado a determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el pre y post test, el análisis inferencial confirmó que la reducción observada en los indicadores de

frecuencia de conductas violentas no fue producto del azar. La significancia estadística obtenida en cada dimensión respalda que el cambio en conductas como insultar, amenazar, empujar, golpear o generar daños físicos responde a un efecto asociado a la intervención.

Desde una interpretación clínica, ello implica que el fortalecimiento de habilidades socioemocionales impactó directamente en los mecanismos psicológicos que sostenían la violencia: desregulación afectiva, impulsividad, creencias de control y déficit en habilidades comunicativas. La disminución consistente en estos indicadores refleja una modificación real en los patrones de afrontamiento del conflicto familiar.

En síntesis, el análisis por objetivos permite concluir que las conductas específicas de violencia familiar identificadas en el diagnóstico inicial fueron significativamente reducidas tras la intervención, evidenciando que el fortalecimiento de habilidades socioemocionales constituye un mecanismo efectivo para la modificación de patrones conductuales coercitivos en usuarios adultos derivados por el sistema judicial.

4.3. Discusión interpretativa de los resultados

En relación con el objetivo general, orientado a analizar los cambios en las conductas asociadas a la violencia familiar tras la implementación de la intervención psicoeducativa basada en el fortalecimiento de habilidades socioemocionales, los hallazgos evidencian una reducción global sustantiva del puntaje total (-71.9%), lo que indica una disminución marcada en la frecuencia de conductas coercitivas específicas registradas entre el pretest y el postest. Este resultado es consistente con el enfoque de salud pública que considera la reducción de conductas violentas un desenlace relevante en programas dirigidos a agresores (World Health Organization [WHO], 2002). Asimismo, se ajusta a la lógica metodológica de medición por frecuencia de conductas específicas, donde la comparación pre-post permite identificar variaciones en el repertorio conductual bajo condiciones equivalentes de evaluación (Straus et al., 2003, como se citó en Shin et al., 2025).

No obstante, considerando que los participantes fueron derivados por mandato judicial, surge una interrogante relevante en el análisis interpretativo: ¿los cambios observados responden a una modificación progresiva del patrón conductual o podrían estar influenciados por presión externa asociada al cumplimiento de exigencias legales? La literatura sobre intervención con agresores señala que la motivación inicial en contextos judicializados suele ser predominantemente extrínseca, vinculada al mandato legal más que al reconocimiento espontáneo del problema. Sin embargo, investigaciones recientes indican que cuando la intervención incorpora componentes estructurados de conciencia emocional, responsabilidad personal y entrenamiento conductual, es posible observar una transición gradual hacia formas de participación más internalizadas (Expósito et al., 2024).

En ese sentido, aunque la derivación judicial pudo constituir un factor inicial de asistencia y permanencia, la magnitud de la reducción observada y su consistencia transversal en todas las dimensiones evaluadas sugieren cambios que no se limitan únicamente a una respuesta superficial ante la supervisión externa. Desde el modelo ecológico de la violencia (Heise, 1998, como se citó en Fahme et al., 2024), la conducta violenta se sostiene por la interacción de factores individuales, relacionales y contextuales; por tanto, la disminución sistemática en la frecuencia de conductas específicas (negociación disfuncional, agresión psicológica, agresión física y lesiones/daños) puede interpretarse como indicio de reconfiguración parcial del repertorio conductual en el ámbito intrafamiliar. Si el cambio hubiera respondido exclusivamente a presión social, sería esperable encontrar reducciones aisladas o inconsistentes; sin embargo, la tendencia descendente generalizada permite sostener que los cambios registrados trascienden el mero cumplimiento formal y se expresan en múltiples dimensiones del comportamiento evaluado.

Respecto al primer objetivo específico, el perfil inicial con niveles elevados en múltiples dimensiones confirma la existencia de un patrón coercitivo integrado. Esta configuración coincide con la conceptualización de la violencia como conjunto de tácticas observables que emergen durante el conflicto interpersonal (Straus, 1979, como se cita en Vásquez et al., 2024). Desde la teoría del aprendizaje social,

dicho patrón puede entenderse como resultado de conductas aprendidas y reforzadas por su aparente funcionalidad (Bandura, 1977, como se citó en Callata et al., 2024). En este sentido, la severidad inicial no responde únicamente a impulsividad aislada, sino a esquemas consolidados de afrontamiento disfuncional del conflicto.

En cuanto al segundo objetivo específico, la implementación del Programa de Fortalecimiento de Habilidades Socioemocionales incorporó componentes que, según la literatura, son determinantes para generar cambios más profundos que los derivados de la mera coerción institucional. El trabajo en autorregulación y control de impulsos se alinea con la definición de regulación emocional como capacidad de modular activación afectiva en contextos sociales demandantes (Denham, 2007, como se citó en Zinsser et al., 2021). La inclusión de autoobservación, identificación de señales y práctica de respuestas alternativas se vincula con la competencia emocional entendida como desempeño eficaz en situaciones interpersonales cargadas de emoción (Saarni, 1999, como se citó en Priego et al., 2025). Si el cambio hubiese sido exclusivamente resultado de presión externa, difícilmente se observaría disminución consistente en conductas que requieren control inhibitorio y reestructuración cognitiva sostenida.

En relación con el tercer objetivo específico, la desaparición del nivel alto en todas las dimensiones y el predominio del nivel bajo sugieren una modificación real del repertorio conductual. La reducción en negociación disfuncional implica menor uso de tácticas de imposición; la disminución en agresión psicológica refleja menor frecuencia de intimidación y descalificación; el descenso en agresión física y lesiones evidencia reducción en conductas de contacto violento y en su impacto. Estos cambios son coherentes con el planteamiento de que la violencia se expresa en tácticas específicas cuya frecuencia puede modificarse mediante aprendizaje de alternativas (Straus et al., 1996). Además, la modificación simultánea de varias dimensiones disminuye la probabilidad de que el resultado sea únicamente efecto de deseabilidad social.

Sin embargo, la permanencia de un grupo reducido en nivel medio introduce un matiz importante: el cambio no es homogéneo ni absoluto. Desde el enfoque ecológico (Bronfenbrenner, 1979, como se citó en Lasekan et al., 2024), esta

variabilidad puede explicarse por factores contextuales persistentes como dinámicas familiares, consumo de alcohol o estrés socioeconómico, elementos identificados en evidencia nacional como moduladores de la recurrencia (Vaccaro y Mayorca, 2024). Esta heterogeneidad, lejos de invalidar los resultados, sugiere que el cambio conductual es un proceso gradual y dependiente de múltiples niveles de influencia.

Finalmente, respecto al cuarto objetivo específico, la significancia estadística obtenida mediante la prueba de Wilcoxon en todas las dimensiones confirma que la reducción no responde a fluctuaciones aleatorias. Desde el enfoque de medición por frecuencia conductual (Straus et al., 2003), la comparación pre-post bajo condiciones equivalentes permite sostener que existe variación real en la conducta reportada. Si bien no puede descartarse totalmente la influencia de deseabilidad social en contextos judicializados, la magnitud del efecto y la coherencia entre dimensiones sugieren que la intervención produjo modificaciones conductuales consistentes más allá del cumplimiento formal.

En conjunto, los resultados indican que, aunque la presión judicial pudo haber actuado como catalizador inicial para la participación, el fortalecimiento estructurado de habilidades socioemocionales parece haber contribuido a una reducción significativa en conductas violentas específicas. No obstante, la necesidad de seguimiento y prevención de recaídas permanece como elemento central para consolidar el cambio y diferenciar transformación interna sostenida de ajuste conductual transitorio por presión social.

CAPITULO V. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA

5.1. Limitaciones del proceso

Durante la ejecución del Programa de Fortalecimiento de Habilidades Socioemocionales para la Prevención y Reducción de la Violencia Familiar (PFHSE–VF) se identificaron tanto fortalezas relevantes como limitaciones propias del contexto asistencial–clínico y del perfil de los participantes, las cuales deben considerarse para una interpretación equilibrada de los resultados obtenidos.

Entre los principales aciertos del proceso destaca la estructuración secuencial del programa, articulando evaluación inicial, entrenamiento progresivo en habilidades socioemocionales, transferencia al contexto familiar y evaluación final con contrastación estadística. Esta organización permitió coherencia entre diagnóstico, intervención y resultados, favoreciendo la trazabilidad clínica y la objetivación del cambio conductual mediante indicadores claros. Asimismo, la focalización en habilidades entrenables —autorregulación emocional, identificación de detonantes, comunicación asertiva, responsabilidad personal y prevención de recaídas— constituyó un acierto metodológico, dado que se intervinieron variables directamente vinculadas con la modificación de conductas coercitivas específicas.

Otro aspecto positivo fue la combinación de sesiones individuales y grupales. Las primeras facilitaron encuadre, contrato de cambio y abordaje personalizado de riesgo; las segundas promovieron aprendizaje vicario, confrontación respetuosa y normalización de procesos emocionales. La inclusión de tareas domiciliarias y registros permitió adecuar la generalización de habilidades al entorno real, fortaleciendo el componente práctico del programa.

No obstante, se identificaron limitaciones importantes. En primer lugar, el proceso se desarrolló en un hospital público con alta demanda asistencial, lo que implicó tiempos acotados y restricciones logísticas que pueden haber limitado la profundidad del trabajo individualizado en algunos casos complejos. La carga asistencial también pudo afectar la regularidad o continuidad óptima entre sesiones.

En segundo lugar, el hecho de trabajar con usuarios derivados por el Poder Judicial implicó que, en algunos participantes, la motivación inicial estuviera

influida por presión externa. Se observaron conductas iniciales de minimización, externalización de responsabilidad o participación instrumental orientada al cumplimiento. Aunque el encuadre clínico y el contrato terapéutico mejoraron la adherencia, no puede descartarse completamente la influencia de deseabilidad social en ciertos momentos del proceso. Esta condición constituye una limitación inherente a intervenciones en contextos judicializados.

En tercer lugar, la medición de resultados se basó principalmente en autorreporte mediante la EBVF y en registros clínicos de sesión. Si bien se aplicaron condiciones equivalentes pre-post y se reforzó la comprensión del periodo de referencia, el autorreporte puede estar sujeto a sesgos defensivos o ajuste de respuestas por preocupación legal o familiar. La ausencia de triangulación sistemática con reportes de terceros (pareja, familia, registros interinstitucionales) limita la verificación externa del cambio conductual.

En cuarto lugar, aunque el programa se centró en fortalecer habilidades socioemocionales, no se incorporó un instrumento psicométrico específico que midiera directamente dichas habilidades antes y después de la intervención. Esta ausencia limita la posibilidad de establecer con mayor precisión la relación causal entre incremento de competencias socioemocionales y reducción de conductas violentas, restringiendo el análisis explicativo a partir de variables intervinientes.

Finalmente, no se realizó seguimiento longitudinal a mediano o largo plazo. El cierre inmediato tras el posttest impide estimar con precisión la estabilidad del cambio o el riesgo de recaída. Dado que la modificación de patrones relacionales arraigados suele requerir refuerzos sostenidos, esta constituye una limitación relevante para valorar consolidación del efecto.

Desde un análisis crítico, se reconoce que el proceso pudo fortalecerse incorporando de manera más sistemática estrategias de entrevista motivacional al inicio, diferenciando con mayor claridad entre motivación extrínseca (cumplimiento judicial) e internalización progresiva del cambio. Asimismo, se pudo ampliar la intervención con sesiones de refuerzo posteriores y con evaluación complementaria de variables asociadas (consumo de alcohol, estrés económico, antecedentes de violencia), lo que habría enriquecido la comprensión de factores moduladores del cambio.

5.2. Acciones realizadas posteriores a la intervención y propuestas de mejora

Tras la culminación del programa, se brindaron orientaciones individuales de seguimiento para los casos que permanecieron en nivel medio en alguna dimensión, recomendando continuidad terapéutica y articulación con servicios especializados cuando correspondiera. Asimismo, se enfatizó la aplicación del plan de prevención de recaídas trabajado en las sesiones finales, reforzando identificación de señales tempranas de escalada y activación de estrategias de autorregulación aprendidas.

Como mejora futura, se propone implementar un sistema formal de seguimiento longitudinal (por ejemplo, evaluaciones a los tres y seis meses posteriores), lo que permitiría verificar sostenibilidad del efecto y diferenciar ajuste conductual transitorio de transformación consolidada.

También se recomienda incorporar un instrumento validado para medir habilidades socioemocionales en población adulta, permitiendo contrastar empíricamente el crecimiento en autorregulación, competencia social y conciencia emocional con la disminución de conductas violentas. Esta mejora fortalecería la cadena lógica del modelo de intervención y aportaría mayor robustez explicativa.

Adicionalmente, podría considerarse la inclusión de un grupo comparativo o diseño cuasi experimental en futuras implementaciones, a fin de fortalecer la validez interna del estudio.

5.3. Impacto en la institución y en los usuarios

A nivel institucional, la sistematización del PFHSE–VF permitió organizar la atención psicológica de casos derivados por el Poder Judicial bajo una estructura clara y replicable. Se optimizó el uso de recursos del servicio de Psicología, se establecieron criterios técnicos de evaluación y se fortaleció la articulación interinstitucional, contribuyendo a una gestión más ordenada y orientada a resultados.

En los usuarios, se observó mejora progresiva en autorregulación emocional, reconocimiento de responsabilidad y disminución de legitimación de conductas violentas. Incluso participantes inicialmente resistentes mostraron mayor

conciencia sobre detonantes y mayor disposición a emplear estrategias alternativas de afrontamiento, lo que sugiere avance más allá del mero cumplimiento formal.

5.4. Aporte al campo psicológico y al contexto

La intervención desarrollada valida la pertinencia de un modelo psicoeducativo breve, estructurado y basado en enfoque cognitivo-conductual para el abordaje de agresores adultos en contexto hospitalario público. Más allá de la función sancionadora asociada al sistema judicial, el programa demostró que intervenir regulación emocional, distorsiones cognitivas y habilidades interpersonales puede traducirse en reducción significativa de conductas asociadas a violencia familiar.

El aporte principal radica en haber documentado una experiencia clínicamente viable, metodológicamente organizada y susceptible de mejora continua. Si bien se identificaron limitaciones, estas no invalidan los resultados obtenidos, sino que orientan futuras implementaciones hacia mayor rigor metodológico, seguimiento sostenido y evaluación integral de habilidades socioemocionales como variable explicativa del cambio conductual.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

En relación con el objetivo general, orientado a analizar los cambios en las conductas asociadas a la violencia familiar tras la implementación de la intervención psicoeducativa basada en el fortalecimiento de habilidades socioemocionales, se concluye que los resultados evidencian una reducción significativa en la frecuencia de dichas conductas en usuarios adultos agresores derivados por el Poder Judicial. Esta variación se expresó en una disminución global del puntaje total de 42.42 a 11.92 puntos (-71.9%), registrada bajo condiciones equivalentes de medición pre y postest.

Respecto al primer objetivo específico, se concluye que en el pretest se identificaron niveles elevados de conductas asociadas a la violencia familiar en las dimensiones negociación disfuncional, agresión psicológica, agresión física y lesiones/daños, configurando un perfil basal de alta severidad que permitió establecer una línea base clara para orientar el proceso de intervención.

En relación con el segundo objetivo específico, se concluye que el Programa de Fortalecimiento de Habilidades Socioemocionales para la Prevención y Reducción de la Violencia Familiar (PFHSE-VF) fue implementado de manera estructurada y secuencial en 12 sesiones, desarrollando entrenamiento progresivo en habilidades socioemocionales orientadas a la autorregulación, responsabilidad personal, comunicación asertiva y prevención de recaídas, asegurando coherencia entre evaluación, intervención y medición final.

Respecto al tercer objetivo específico, se concluye que la evaluación postest evidenció una disminución consistente de las conductas asociadas a la violencia familiar en todas las dimensiones, con desaparición del nivel alto y predominio del nivel bajo al finalizar la intervención, lo que indica reducción en la frecuencia de conductas violentas en el periodo evaluado.

Finalmente, en relación con el cuarto objetivo específico, se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados del pretest y postest en las conductas asociadas a la violencia familiar, confirmando la eficiencia del programa mediante la contrastación antes/después con instrumento estandarizado.

6.2. Recomendaciones

En coherencia con los cambios identificados en el análisis del objetivo general, se recomienda institucionalizar la intervención psicoeducativa basada en el fortalecimiento de habilidades socioemocionales como estrategia sistemática de abordaje de conductas asociadas a la violencia familiar en agresores derivados por el Poder Judicial. Asimismo, se sugiere mantener la evaluación comparativa pre–post mediante instrumentos estandarizados que permitan continuar analizando la evolución de dichas conductas y generar evidencia periódica para la toma de decisiones clínicas e institucionales.

En relación con el primer objetivo específico, se recomienda mantener el diagnóstico inicial por dimensiones como criterio obligatorio de focalización terapéutica, priorizando las áreas de mayor severidad para ajustar la intensidad y estrategias del plan clínico.

Respecto al segundo objetivo específico, se recomienda consolidar el PFHSE–VF como programa estructurado con secuencia didáctica definida, asegurando fidelidad de aplicación, estandarización de sesiones y registro sistemático de actividades y productos terapéuticos.

En coherencia con el tercer objetivo específico, se recomienda implementar seguimiento post intervención mediante sesiones de refuerzo o controles clínicos breves, especialmente en los casos que permanezcan en nivel medio en alguna dimensión, fortaleciendo estrategias de regulación emocional y prevención de recaídas.

Finalmente, en relación con el cuarto objetivo específico, se recomienda mantener la evaluación de eficiencia mediante contrastación pre–post con instrumento estandarizado e incorporar evaluaciones de seguimiento a mediano plazo que permitan estimar estabilidad del cambio y reducción sostenida del riesgo de reincidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.
- Beraún Vásquez, H. R., & Poma Rojas, E. P. (2020). La dependencia emocional como factor de riesgo en la violencia familiar, un problema de salud pública. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 2(4), 240–249.
<https://doi.org/10.37711/rpcs.2020.2.4.226>
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7–43.
- Bisquerra, R., & Pérez-Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XX1*, 10, 61–82.
- Bisquerra Alzina, R., & López Cassá, E. (2021). La evaluación en la educación emocional: Instrumentos y recursos. *Aula Abierta*, 50(4), 757–766.
<https://doi.org/10.17811/rifie.50.4.2021.757-766>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. [Edición en español: Paidós, 1987] (Título original: *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*)
- Calizaya-López, J., Alemán-Vilca, Y., Carita-Choquecahua, A., Ortiz-Cansaya, S., Cervantes-Chávez, L., & Cáceres-Luna, G. (2025). Dependencia emocional e índice de violencia hacia la mujer en Arequipa, Perú. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 25(1), 82–94.
<https://doi.org/10.21134/924>
- Callata Timaná, L. V., Condori Valladares, S. D. W., & Calizaya-López, J. (2024). Social characteristics of aggressor in the risk level of victims of

family violence. *Journal of Infrastructure, Policy and Development*, 8(13), 9697. <https://doi.org/10.24294/jipd9697>

Canales-Merma, T., & Cruz, K. (2025). Regulación emocional y bienestar psicológico en estudiantes de la carrera de Psicología de una Universidad Privada de Arequipa – 2024. [Tesis de Licenciatura, Universidad Continental]. Repositorio Institucional Continental. https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/18305/2/IV_FSP_501_TE_Canales_Merma_2025.pdf

Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning. (2020). CASEL's SEL framework: What are the core competence areas and where are they promoted? <https://casel.org/casel-sel-framework-11-2020/>

Comes-Fayos, J., Moreno, I. R., Lila, M., Romero-Martínez, Á., & Moya-Albiol, L. (2024). Weakened sympathetic response and lower parasympathetic activity in intimate partner violence perpetrators when empathizing: Influence of autonomic activation in affective approach and prosocial behavior. *Aggressive Behavior*, 50(1), e22126. <https://doi.org/10.1002/ab.22126>

Cramer, H., Gaunt, D. M., Shallcross, R., Bates, L., Kandiyali, R., Sardinha, L. M., Rice, C. T., Man, M.-S., Feder, G., Peters, T. J., & Morgan, K. (2024). Randomised pilot and feasibility trial of a group intervention for men who perpetrate intimate partner violence against women. *BMC Public Health*, 24*, 1183. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18640-5>

Curtis, A., Chiara, R., & Moreno, M. (2023). Childhood predictors of adult intimate partner violence perpetration and victimization: A systematic review 2017–2022. *Journal of Family Violence*, 38, 123-140. <https://doi.org/10.1007/s10896-022-00451-0>

Expósito-Álvarez, C., Roldán-Pardo, M., Gilchrist, G., & Lila, M. (2024). Integrated motivational strategies for intimate partner violence perpetrators

with substance use: A randomized controlled trial. **Psychosocial Intervention**, **33**(3), 187–200. <https://doi.org/10.5093/pi2024a13>

Denham, S. A. (2007). Dealing with feelings: How children negotiate the worlds of emotions and social relationships (revisión y conceptualización de competencia emocional).
<https://denhamlab.gmu.edu/Publications%20PDFs/Denham%202007.pdf>

Dunkle, K., Stern, E., Chatterji, S., & Heise, L. (2020). Effective prevention of intimate partner violence through couples training: A randomised controlled trial of Indashyikirwa in Rwanda. *BMJ Global Health*, *5*(12), e002439. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002439>

Expósito-Álvarez, C., Roldán-Pardo, M., Vargas, V., Maeda, M., & Lila, M. (2025).
The impact of trauma and substance use on emotion regulation and intimate partner violence perpetration: Implications for perpetrator programs. *Behavioral Sciences*, *15*(2), 156.
<https://doi.org/10.3390/bs15020156>

Fahme, S. A., Chehab, S., Logie, C. H., Mumtaz, G., Fitzgerald, D., Downs, J. A., DeJong, J., & Sieverding, M. (2024). Intersecting social-ecological vulnerabilities to and lived experiences of sexually transmitted infections among Syrian refugee women in Lebanon: A qualitative study. *PLOS Global Public Health*, *4*(8), e0003507.
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003507>

Gobierno Regional de Lambayeque. (2021). Protocolo de actuación conjunta de la Instancia Regional de Concertación para erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar de la Región Lambayeque. Observatorio Regional de la Violencia.

https://observatorioviolencia.regionlambayeque.gob.pe/archivos/docs_repositorio/PBAC_completo.pdf

Grigorian, H. L. (2025). Mental and physical health, impulse control, and intimate partner violence: A literature review. *Frontiers in Psychology*, 16, 1661296. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1661296>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2022). *Violencia basada en género en el Perú: Informe anual 2022*. UNFPA. <https://peru.unfpa.org>

Halberstadt, A. G., Denham, S. A., & Dunsmore, J. C. (2001). Affective social competence. *Social Development*. <https://eric.ed.gov/?id=EJ643617&>

Heise, L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262–290. <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2023). *Estadísticas de violencia familiar y sexual 2023*. INEI. <https://www.inei.gob.pe>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI) (2024). El 53,8% de las mujeres fueron víctimas alguna vez de violencia psicológica, física o sexual en el año 2023 (Nota de prensa N.º 078-2024-INEI) [Nota de prensa]. <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n-078-2024-inei.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2023). **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 / Departamento de Lambayeque** [Informe departamental]. <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2023/departamentales/Endes14/pdf/Lambayeque.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2024). Violencia familiar. En Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 - Informe Departamental (Capítulo 11). <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2023/departamentales/Endes14/pdf/Cap11.pdf>
- Katzman, H., Brand, O., Rapp, S., Frías-Gil, C., Rusgrove, M., Shyne, F., & O’Dea, C. J. (2024). Masculine honor beliefs and perceptions of intimate partner violence by men lower in relational power. *Personality and Individual Differences*, **221**, 112529. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112529>
- Labaut, L., López Miari, C. L., & Rivera Fernández, R. (2022). Lógica y elementos estructurales del proceso de educación emocional. Análisis metodológico de dos experiencias formativas. *Integración Académica en Psicología*, *10*(30), 68–79. https://integracion-academica.org/attachments/article/367/06%20Experiencias%20formativas%20-%20LLabaut_%20CLL%C3%B3pez_%20RRivera.pdf
- Lasekan, O. A., Godoy Pena, M. T., Odebode, A. J., Mabica, A. P., Mabasso, R. A., & Mogbadunade, O. (2024). Fostering sustainable female participation in STEM through ecological systems theory: A comparative study in three African countries. *Sustainability*, *16*(21), 9560. <https://doi.org/10.3390/su16219560>
- Lila, M., & Gilchrist, G. (2023). Treatment resistant perpetrators of intimate partner violence: Research advances. *Psychosocial Intervention*, *32*(2), 55–58. <https://doi.org/10.5093/pi2023a10>
- Lila, M., Expósito-Álvarez, C., & Roldán-Pardo, M. (2025). Motivational strategies reduce recidivism and enhance treatment adherence in intimate partner violence perpetrators with substance use problems. *Frontiers in Psychiatry*, *16*, 1538050. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1538050>

- Maloney, M. A., Eckhardt, C. I., & Oesterle, D. W. (2023). Emotion regulation and intimate partner violence perpetration: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 100, 102238.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102238>
- Mañaccasa Vásquez, A. I., Castillo Rojas, M. A., Mosquera Morales, P. J., Loayza Vilca, C. B., & Cano Vásquez, A. L. (2024). Relación entre clima social familiar y violencia de pareja en mujeres atendidas en la Defensoría Municipal del Niño, Niña y Adolescente de Lima Sur. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 14(1), e3591.
<https://doi.org/10.26864/pcs.v14.n1.18>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2020). Decreto Supremo N.º 004-2020-MIMP que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar [PDF]. Sistema Peruano de Información Jurídica (SPIJ). https://spijweb.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2023/05/DECRETO_SUPREMO_004-2020-MIMP.pdf
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. PACEM (2020). Protocolo de atención del Centro Emergencia Mujer (CEM) [Documento PDF]. <https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2021/03/protocolo-atencion-del-Centro-Emergencia-Mujer-LP.pdf>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2023). Reporte anual del Servicio de Reeducción para Varones que Ejercen Violencia. Programa Nacional AURORA. <https://www.gob.pe/aurora>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2024). Reporte anual de los Centros de Emergencia Mujer (CEM): Indicadores de violencia 2024. <https://www.gob.pe/mimp>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2024). Boletines estadísticos – Portal estadístico Warmi Ñan. <https://portalestadistico.warminan.gob.pe/boletines-estadisticos/>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2024). Lineamientos técnicos para la intervención con varones que ejercen violencia. Programa Nacional AURORA. <https://www.gob.pe/aurora>

Ministerio de Salud. (2020). Resolución Ministerial N.º 801-2020-MINSA (Aprueba la Directiva Sanitaria N.º 114-MINSA-2020-DIGIESP). <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1240028-801-2020-minsa>

Ministerio de Salud. (2020). Directiva Sanitaria para la estandarización de los parámetros técnicos para la evaluación de la afectación psicológica en casos de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar (RM-801-2020-MINSA). <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1121794/rm-801-2020-minsa.pdf>

Ministerio de Salud. (2022). *Evaluación de la implementación y desempeño de los Programas Presupuestales: I Semestre 2022*. Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización. https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2022/Evaluacion_i_Semestre_2022_PP.pdf

Mora-Peigrín, M., Aranda, M., & Montes-Berges, B. (2025). Emotional skills and health assessment in interventions for intimate partner violence perpetrators: A systematic review of randomized controlled trials. *PLOS ONE*, 20(3), e0328034. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0328034>

Muñoz-Callupe, S. R., Sánchez-Valiente, P. G., Agüero Palacios, Y. D., & Saavedra, J. E. (2025). Asociación entre violencia de pareja y sintomatología depresiva en el primer año postparto en el Perú: Análisis

secundario de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) 2021–2023. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 88(3), 268–282. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/download/6107/6672/32638?>

Nesset, M. B., Lara-Cabrera, M. L., Bjørngaard, J. H., Whittington, R., & Palmstierna, T. (2020). Cognitive behavioural group therapy versus mindfulness-based stress reduction group therapy for intimate partner violence: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 20, 263. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02582-4>

Norén, L. (2025). Coming to terms with risk factors for intimate partner violence: Toward prevention and intervention strategies. *Journal of Family Violence*, 40(3), 123–139. <https://doi.org/10.1007/s10896-024-00658-3>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023). *Breaking the cycle of gender-based violence*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b133e75c-en>

Pérez-Escoda, N., López-Cassà, È., & Alvarez-Justel, J. (2023). Competencias emocionales y satisfacción con la vida en adultos. *Revista Foco*, 16(5), e2025, 1–13. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n5-133>

Pesantes, P. L. (2025). Violencia familiar y contra la mujer en su condición de tal en el distrito de Lima Norte 2022-2023. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria*, 9(1), 7616-7631. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16430

Pilkington, P. D., & Karantzas, G. C. (2025). Cognitive factors associated with intimate partner and sexual violence perpetration and victimisation: A systematic review of current research. *Aggression and Violent Behavior*, 66, Article 102246. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2025.102246>

- Poder Judicial del Perú. (2019). *Protocolo de Actuación Conjunta entre el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y el Ministerio del Interior*. Comisión de Justicia de Género. https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/genero/s_jgen/as_noticias/cs_n_protocolo_actuacion_conjunta_articulacion_detencion_retencion_intervencion_mujeres%2B_personas_vulnerables
- Poma, K. (2022). “Si es que no se queda quieta, le haremos cesárea”: ¿Son suficientes las medidas del estado contra la violencia obstétrica? Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú (IDEHPUCP). <https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wp-content/uploads/2022/03/14125055/Articulo-Karla-1.pdf>
- Priego-Ojeda, M., Ros-Morente, A., & Filella-Guiu, G. (2025). *Better together: involving parents to improve the impact of a video game program to promote primary school students’ emotional competencies*. *Journal of Computers in Education*, 12, 1027–1051. <https://doi.org/10.1007/s40692-024-00337-8>
- Romero-Martínez, Á., Lila, M., Sarrate-Costa, C., Comes-Fayos, J., & Moya-Albiol, L. (2022). Cognitive flexibility and reaction time improvements after cognitive training designed for men perpetrators of intimate partner violence: Results of a pilot randomized controlled trial. **Journal of Family Violence**, 37, 461–473. <https://doi.org/10.1007/s10896-021-00304-2>
- Romero-Martínez, Á., Santirso, F. A., Lila, M., Comes-Fayos, J., & Moya-Albiol, L. (2023). Neuropsychological performance, substance misuse, and recidivism in intimate partner violence perpetrators. *Psychosocial Intervention*, 32(2), 69–77. <https://doi.org/10.5093/pi2022a7>

- Saarni, C. (1999). A skill-based model of emotional competence: A developmental perspective (Paper presentado en SRCD; ERIC). <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED430678.pdf>
- Santirso, F. A., Gilchrist, G., Lila, M., & Gracia, E. (2020). Motivational strategies in interventions for intimate partner violence offenders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosocial Intervention*, 29(3), 175–190. <https://doi.org/10.5093/pi2020a13>
- Lawson, M., Weston, R., Simon, M., & Baker, M. (2024). *Household crowding and income loss increases intimate partner violence during the pandemic among isolating families with young children in the United States*. *Children and Youth Services Review*, 161, 107622. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2024.107622>
- Shin, H. H., Kim, H. J., Dhakal, N., Sánchez, M., & Kim, S. S. (2025). [Artículo en *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*]. <https://doi.org/10.1080/15332640.2024.2453685>
- Sousa, M., Andrade, J., de Castro Rodrigues, A., Caridade, S., & Cunha, O. (2024). The effectiveness of intervention programs for perpetrators of intimate partner violence with substance abuse and/or mental disorders: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 25(5), 4188–4203. <https://doi.org/10.1177/15248380241270063>
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41(1), 75–88. <https://doi.org/10.2307/351733>
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary

psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283–316.
<https://doi.org/10.1177/019251396017003001>

Straus, M. A., Hamby, S. L., & Warren, W. L. (2003). *The Conflict Tactics Scales handbook*. Western Psychological Services.

Torres Guillen, A. L., & Pickling Barrionuevo, R. P. (2023). Asociación entre violencia de pareja y regulación de emociones y comportamientos en niños de madres peruanas, ENDES 2019 [Tesis de licenciatura, Universidad Científica del Sur]. Repositorio Institucional UCSUR. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USUR_ac141c60975a5b76014db4df91157aba

Travers, Á., McDonagh, T., Cunningham, T., Armour, C., & Hansen, M. (2021). The effectiveness of interventions to prevent recidivism in perpetrators of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 84, 101974.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101974>

Vaccaro, G., y Mayorca, E. (2024). Factores que determinan la violencia doméstica de pareja y su recurrencia en el Perú [Infografía]. Consorcio de Investigación Económica y Social. <https://cies.org.pe/wp-content/uploads/2024/01/Factores-determinan-la-violencia-domestica-de-pareja-Infografia.pdf>

Vásquez Mamani, D. N., Peralta Soncco, R., Conde Rodríguez, I. A., Revelo Aulestia, S. V., & Travezaño-Cabrera, A. (2024). *Adaptation of the conflict tactics scales (CTS-2), in a Peruvian male sample*. *Current Psychology*, 43, 36055–36063. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06962-x>
<https://cies.org.pe/wp-content/uploads/2023/11/Que-factores-determinan-la-violencia-domestica-de-pareja-y-su-recurrencia-en-el-Peru.pdf>

World Health Organization. (2024). Violence against women. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

World Health Organization. (2021). Violence against women prevalence estimates, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women [Report]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>

World Health Organization (OMS). (2021). Violence against women: Global and regional estimates. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>

Zharima, C., & Coll. (2024). Economic hardship and perpetration of intimate partner violence: Evidence from eThekweni District, South Africa during the COVID-19 pandemic. *Injury Epidemiology*, 11, 21. <https://doi.org/10.1186/s40621-024-00483-8>

Zinsler, K. M., Gordon, R. A., & Jiang, X. (2021). Parents' socialization of preschool-aged children's emotion skills: A meta-analysis using an emotion-focused parenting practices framework. *Early Childhood Research Quarterly*, 55, 377–390. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2021.02.001>

Anexos

INSTRUMENTO VIOLENCIA FAMILIAR Escala Breve de Violencia Familiar (EBVF)

Base conceptual y de formato: CTS2 (Straus), bajo la lógica de conductas específicas y medición por frecuencia. En esta adaptación se incluye una dimensión negativa de gestión disfuncional del conflicto (anti-negociación) para evaluar conductas que bloquean el diálogo/acuerdo, manteniendo el enfoque de conducta propia.

Datos generales			
Código:	_____	Edad:	_____
Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro:	Fecha:	__/__/____

Estado civil:	_____	Tiempo de relación:	_____
Periodo de referencia		“En las últimas semanas”	

Instrucciones: A continuación, encontrará conductas que pueden ocurrir durante conflictos o discusiones con su pareja/familia. Marque con una “X” la opción que mejor describa con qué frecuencia usted realizó cada conducta en el periodo señalado.

Escala de respuestas (frecuencia): 0 = Nunca | 1 = 1–2 veces | 2 = 3–5 veces | 3 = 6 veces o más

	Ítems	Escala (frecuencia)			
		0 Nunca	1 1– 2	2 3– 5	3 6+
A. NEGOCIACIÓN (anti-negociación)	N1. Me negué a dialogar o a buscar acuerdos (por ejemplo, “se hace así y punto”).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	N2. Interrumpí, callé o impedí que mi pareja/familiar expresara su punto de vista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	N3. Rechacé propuestas razonables solo para no ceder, aunque eso empeorara el conflicto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	N4. Corté la comunicación para controlar o castigar (ley del hielo, me fui para imponer, ignoré intencionalmente).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. AGRESIÓN PSICOLÓGICA	B1. Insulté, me burlé o humillé a mi pareja/familiar durante un conflicto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B2. Amenacé a mi pareja/familiar (por ejemplo: con irme, quitar apoyo, hacerle daño, denunciar, exponer) para imponer mi decisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B3. Ejercí control coercitivo (vigilar, revisar teléfono/redes, impedir salir, aislar, “autorizar” cosas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B4. Realicé acciones intimidantes para asustar (gritar muy cerca, romper objetos, golpear pared/mesa, cerrar el paso).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. AGRESIÓN FÍSICA	C1. Empujé, jaloneé o sujeté con fuerza a mi pareja/familiar durante una discusión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C2. Di una bofetada, puñete, patada o golpe con la mano/pie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C3. Golpeé con un objeto o lancé objetos con intención de golpear a mi pareja/familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C4. Realicé una acción de alto riesgo (por ejemplo: asfixiar, estrangular, sujetar el cuello, uso/amenaza con arma).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. COACCIÓN SEXUAL	D1. Insistí o presioné sexualmente cuando mi pareja no quería (sin respetar el “no”).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	D2. Usé amenazas, chantaje o “castigos” para conseguir actividad sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	D3. Forcé contacto sexual (tocamientos/actos) sin consentimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	D4. Usé fuerza física o inmovilización para obligar a mi pareja a una práctica sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. LESIONES/DAÑOS OCASIONADOS	E1. Mis acciones dejaron marcas visibles (moretones, cortes, hinchazón), aunque no haya ido al médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E2. Mis acciones causaron dolor físico que duró hasta el día siguiente o más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E3. Mi conducta hizo que necesitara atención médica / evaluación clínica / descanso por lesión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E4. Mi conducta generó un riesgo grave (pérdida de conciencia, dificultad para respirar, amenaza con arma, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Propuesta

Programa de Fortalecimiento de Habilidades Socioemocionales para la Prevención y Reducción de la Violencia Familiar (PFHSE–VF)

1. Fundamentación de la propuesta

En usuarios adultos con antecedentes de violencia familiar, la intervención requiere abordar déficits recurrentes en habilidades socioemocionales asociadas al conflicto: reconocimiento insuficiente de señales emocionales, dificultades de autorregulación ante activación intensa, baja responsabilidad personal frente a la conducta y limitaciones en comunicación y resolución no violenta. En esa línea, el PFHSE–VF se orienta a fortalecer habilidades socioemocionales vinculadas al autocontrol, la convivencia y la resolución no violenta de conflictos, entendidas como competencias entrenables y aplicables al entorno del hogar.

La propuesta se sustenta en el modelo de competencias emocionales de Bisquerra, que organiza las habilidades socioemocionales en cinco dimensiones: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, competencia social, habilidades de vida y bienestar. Estas dimensiones se traducen en ejes de intervención (líneas de acción) para el entrenamiento de habilidades específicas, con énfasis en la prevención y reducción de conductas violentas en el ámbito familiar.

2. Objetivo general

Fortalecer habilidades socioemocionales vinculadas al autocontrol, convivencia y resolución no violenta de conflictos en usuarios adultos con antecedentes de violencia familiar, con el fin de contribuir a la reducción de conductas violentas.

3. Ejes de intervención del PFHSE–VF (líneas de acción basadas en Bisquerra)

Eje 1. Identificación y monitoreo emocional en el conflicto familiar (Conciencia emocional)

- **Propósito:** identificar emociones, señales corporales, detonantes y momentos de escalada.
- **Resultados esperados:** reconoce su “secuencia personal de escalada” (detonante–emoción–reacción) y monitorea antes de actuar.
- **Acciones clave:** registro breve de emociones; semáforo del conflicto; mapa de detonantes.

Eje 2. Autocontrol y regulación de impulsos para cortar la escalada (Regulación emocional)

- **Propósito:** aplicar estrategias para disminuir activación y controlar impulsos.
- **Resultados esperados:** usa pausa/autorregulación antes de responder; reduce episodios de pérdida de control.

- **Acciones clave:** “alto–respira–piensa–elige”; tiempo fuera seguro; tolerancia a frustración.

Eje 3. Responsabilidad personal y autogestión del cambio (Autonomía emocional y responsabilidad)

- **Propósito:** fortalecer responsabilidad por la conducta y autoeficacia de cambio.
- **Resultados esperados:** reduce racionalizaciones (“me provocaron”) y asume compromisos verificables.
- **Acciones clave:** identificar justificativos y reemplazarlos por responsabilidad; autocontrato no violento; plan de decisiones en riesgo.

Eje 4. Habilidades de convivencia y resolución no violenta de conflictos en familia (Competencia social)

- **Propósito:** entrenar comunicación asertiva, empatía, límites y acuerdos.
- **Resultados esperados:** comunica sin insulto/amenaza/control y logra acuerdos funcionales.
- **Acciones clave:** role play; escucha activa/validación; negociación funcional con acuerdos verificables.

Eje 5. Plan de vida protectora y prevención de recaídas (Habilidades de vida y bienestar)

- **Propósito:** consolidar plan personal para sostener cambios y prevenir recaídas.
- **Resultados esperados:** cuenta con plan escrito y aplica estrategias preventivas ante señales tempranas.
- **Acciones clave:** plan señal–acción–apoyo; red de apoyo; rutinas de autocuidado.

4. Estructura mínima del programa (8 sesiones) en clave familiar

El PFHSE–VF se organiza en 12 sesiones secuenciales, combinando atención individual (2 sesiones iniciales) y trabajo grupal (10 sesiones), priorizando transferencia de habilidades al entorno del hogar (interacción con “mi familiar/mi hogar”). La secuencia es progresiva: (i) línea base y compromiso, (ii) conciencia y responsabilidad, (iii) autorregulación, (iv) habilidades relacionales, y (v) prevención de recaídas y cierre.

4.1. Sesiones individuales (inicio)

Sesión 1 (Individual). Evaluación psicológica inicial – Línea base clínica
- Objetivo: identificar características personales, conductuales y condiciones de riesgo/protección.

- Contenidos: anamnesis, motivo de derivación, antecedentes, episodios, detonantes, consecuencias, red de apoyo.
- Técnicas: entrevista semiestructurada, análisis funcional (A-B-C), registro clínico. (60 min)

Sesión 2 (Individual). Encuadre, consentimiento y compromiso – Eje 3 (Autonomía emocional)

- Objetivo: establecer reglas, objetivos y compromiso personal con el proceso.
- Contenidos: normas, responsabilidad personal, metas, confidencialidad y límites, consentimiento informado.
- Técnicas: psicoeducación breve, contrato/compromiso, metas SMART. (45 min)

4.2. Sesiones grupales (desarrollo)

Sesión 3 (Grupal). Comprender la violencia y su impacto – Eje 5 + Eje 1

Sesión 4 (Grupal). Responsabilidad personal y toma de decisiones – Eje 3

Sesión 5 (Grupal). Pensamientos distorsionados y emociones asociadas – Eje 1 + Eje 2

Sesión 6 (Grupal). Identificación y manejo emocional – Eje 1 + Eje 2

Sesión 7 (Grupal). Control de la ira y control de impulsos – Eje 2

Sesión 8 (Grupal). Comunicación asertiva y límites – Eje 4

Sesión 9 (Grupal). Resolución no violenta de conflictos – Eje 4 + Eje 5

Sesión 10 (Grupal). Empatía y perspectiva de la otra persona – Eje 4 + Eje 1

Sesión 11 (Grupal). Prevención de recaídas y plan personal – Eje 5 + Eje 3

Sesión 12 (Grupal). Cierre y evaluación final – Eje 3 + Eje 5

5. Articulación de la propuesta con la evaluación (pre–post)

La evaluación del efecto del PFHSE–VF se realizará mediante un diseño pre–post, aplicando el mismo instrumento antes y después de la intervención, con el mismo periodo de referencia.

- O1 (Pre): aplicación del instrumento de violencia familiar (conducta propia) con periodo uniforme (“últimas ___ semanas”).
Momento recomendado: al finalizar la Sesión 1 (o al inicio de la Sesión 2), junto con la línea base clínica.
- X: ejecución del PFHSE–VF (12 sesiones).
- O2 (Post): Re aplicación del mismo instrumento en condiciones equivalentes.
Momento recomendado: durante la Sesión 12 (cierre) o inmediatamente después.

Indicador principal de cambio:

- $TOTAL\ VIOLENCIA = B + C + D + E$ (resultado central pre/post).

Indicador complementario:

- La dimensión “Negociación (N)” se interpreta como componente de dinámica del conflicto y se reporta complementariamente; el resultado principal se centra en la reducción del total de violencia.

Sesión	Modalidad	Eje (acción)	Dimensión Bisquerra	Tema	Objetivo específico	Contenidos (qué se trabaja)	Actividades / técnicas	Duración	Recursos	Producto/Evidencia
1	Individual	(Evaluación/ encuadre clínico)	Línea base clínica	Evaluación psicológica inicial	Identificar características personales, conductuales y condiciones de riesgo/protección	Anamnesis, motivo de derivación, antecedentes, episodios, detonantes, consecuencias, red de apoyo	Entrevista semiestructurada, análisis funcional A-B-C, registro clínico	60 min	Ficha psicológica, formatos clínicos	Línea base clínica + perfil de riesgo/protección
2	Individual	Eje 3	Autonomía emocional	Encuadre, consentimiento y compromiso	Establecer reglas, objetivos y compromiso personal con el proceso	Normas, responsabilidad personal, metas, confidencialidad y límites, consentimiento	Psicoeducación breve, contrato/compromiso, metas SMART	45 min	Formato compromiso, consentimiento, hoja de metas	Contrato de cambio + metas conductuales
3	Grupal	Eje 5 + Eje 1	Vida y bienestar + Conciencia emocional	Comprender la violencia familiar y su impacto	Reconocer la violencia familiar como problema y tomar conciencia de consecuencias	Tipos de violencia, ciclo, consecuencias en familia (hijos/hogar), costos personales/legales	Psicoeducación, debate guiado, "mapa de consecuencias", análisis de casos	90 min	Pizarra, PPT, casos impresos	Mapa de consecuencias + compromiso de no violencia
4	Grupal	Eje 3	Autonomía emocional	Responsabilidad personal y decisiones	Reducir minimización y asumir responsabilidad	Explicación vs justificación, locus de control, elección-	Reestructuración guiada, confrontación empática, "lo	90 min	Fichas de trabajo, plumones	Registro de responsabilidad + plan de

						responsabilidad, reparación	que hice / causé / haré”			reparación simbólica
5	Grupal	Eje 1 + Eje 2	Conciencia + Regulación emocional	Pensamientos distorsionados y emociones	Identificar creencias que disparan emociones y violencia	Pensamientos automáticos, celos, control, roles rígidos, atribución de culpa; vínculo pensamiento-emoción-conducta	Registro, ABC cognitivo, alternativas, práctica de reevaluación	90 min	Autorregistros, ejemplos	Lista de “gatillos cognitivos” + alternativas
6	Grupal	Eje 1 + Eje 2	Conciencia + Regulación emocional	Identificación y manejo emocional	Reconocer señales tempranas y aplicar estrategias iniciales	Señales corporales, ventana de tolerancia, escalada, estrategias de calma	Rueda de emociones, semáforo emocional, respiración diafragmática	90 min	Guías prácticas, hojas semáforo	Semáforo personal + plan de pausa
7	Grupal	Eje 2	Regulación emocional	Control de ira e impulsos	Disminuir respuestas impulsivas en conflicto	Ciclo de ira, señales de alerta, pausa conductual, autocontrol	Técnica STOP/PAUSA, detención del pensamiento, ensayo conductual	90 min	Material audiovisual, tarjetas STOP	Protocolo personal STOP + práctica supervisada
8	Grupal	Eje 4	Competencia social	Comunicación asertiva y límites	Mejorar comunicación para reducir escalamiento	Estilos comunicacionales, escucha activa, mensajes “yo”, límites	Role play, modelado, feedback, “disco rayado”	90 min	Guiones, rúbrica simple	Checklist de comunicación + desempeño en role play

9	Grupal	Eje 4 + Eje 5	Competencia social + Vida y bienestar	Resolución no violenta de conflictos	Aplicar método de solución de problemas ante conflictos reales	Definición del problema, alternativas, consecuencias, negociación funcional, acuerdos	Entrenamiento por pasos, casos prácticos, contrato de acuerdos	90 min	Casos, formatos solución	Acuerdo familiar verificable + plan de seguimiento
10	Grupal	Eje 4 + Eje 1	Competencia social + Conciencia emocional	Empatía y perspectiva del otro	Incrementar empatía y reconocimiento del daño	Empatía cognitiva/emocional, impacto en familia, reparación	“Cambio de silla”, análisis de casos/testimonios, compromiso de reparación	90 min	Videos, fichas reflexión	Carta/compromiso de empatía + reparación
11	Grupal	Eje 5 + Eje 3	Vida y bienestar + Autonomía emocional	Prevención de recaídas y plan personal	Identificar riesgos y establecer plan preventivo	Señales de recaída, detonantes, red de apoyo, plan de acción	Plan señal-acción-apoyo, lista de alertas, ensayo de escenarios	90 min	Formatos, tarjetas plan	Plan escrito de prevención de recaídas
12	Grupal	Eje 3 + Eje 5	Autonomía emocional + Vida y bienestar	Cierre y evaluación final	Evaluar avances y consolidar mantenimiento	Revisión de metas, aprendizajes, continuidad, derivaciones	Autoevaluación, feedback grupal, plan de mantenimiento, cierre	90 min	Registro final, hoja de cierre	Plan de mantenimiento + derivación si aplica

Guía de implementación y desarrollo de sesiones

Población objetivo	Usuarios adultos (≥ 18 años) derivados por instancias del sistema de justicia por hechos vinculados a violencia familiar y atendidos en un servicio de psicología hospitalario.
Modalidad	2 sesiones individuales (inicio) + 10 sesiones grupales (desarrollo).
Duración sugerida	Individual: 60 min (Sesión 1) y 45 min (Sesión 2). Grupal: 90 min por sesión.
Frecuencia	Semanal (recomendado) o según operatividad del servicio. Mantener secuencia progresiva.
Facilitación	Psicólogo(a) clínico(a) o de la salud con entrenamiento en intervención breve y enfoque cognitivo-conductual; cofacilitador(a) recomendado.
Principios transversales	Seguridad como criterio central; encuadre claro; responsabilización; enfoque de habilidades; práctica guiada; tareas entre sesiones; coordinación/derivación según riesgo.
Evaluación	Pre y post con EBVF (conducta propia) usando el mismo periodo de referencia. Reporte principal: Total Violencia (B+C+D+E). Reporte complementario: Negociación disfuncional (N).

Estructura metodológica sugerida para sesiones grupales (90 min)

Apertura y acuerdos (5-10 min) | Revisión de tarea (10 min) | Psicoeducación breve (15 min) | Entrenamiento y práctica (35-40 min) | Cierre y plan de acción (10-15 min).

Programa PFHSE–VF: Desarrollo detallado de sesiones

Sesión 1. Evaluación psicológica inicial – Línea base clínica (Individual)

Modalidad	Individual
Eje / Dimensión (Bisquerra)	Línea base clínica
Objetivo específico	Identificar características personales, conductuales y condiciones de riesgo/protección; aplicar EBVF (Pre) con periodo uniforme.
Duración	60 min
Recursos	Ficha psicológica; formato A-B-C; EBVF (Pre); hoja de red de apoyo/rutas de ayuda.
Producto / evidencia	Línea base clínica + perfil de riesgo/protección + puntaje EBVF (Pre).
Tarea (para la siguiente sesión)	Completar 1 autorregistro breve por conflicto: Situación – Emoción – Pensamiento – Conducta – Consecuencia.
Notas operativas y de seguridad	Priorizar cribado de riesgo, consumo/intoxicación aguda, episodios recientes y rutas de ayuda. Explicar límites de confidencialidad ante riesgo.

Agenda (minuto a minuto)

Minutos	Actividad	Metodología / técnica	Recursos	Producto / evidencia
0–5	Recepción y propósito de la sesión	Apertura estructurada	Ficha	Asistencia registrada
5–10	Confidencialidad y límites (riesgo/violencia)	Psicoeducación breve + encuadre	Guía del servicio	Encadre firmado/verbal
10–20	Motivo de derivación y objetivo de consulta	Entrevista semiestructurada	Ficha	Motivo y demanda
20–30	Episodios recientes (qué pasó)	Narrativa focal + clarificación	Ficha	Descripción de episodio(s)
30–40	Análisis funcional A-B-C (detonante-conducta-consecuencia)	A-B-C guiado	Formato A-B-C	A-B-C completo (1 episodio)

40–47	Factores de riesgo y protección (consumo, estrés, apoyo)	Cribado clínico breve	Hoja red de apoyo	Riesgo/protección preliminar
47–57	Aplicación EBVF (Pre)	Autorreporte guiado	EBVF	Puntaje Pre registrado
57–60	Cierre: resumen + tarea	Resumen + asignación de tarea	Hoja de tarea	Tarea asignada

Guion breve de inicio: Bienvenido/a. Hoy haremos una evaluación breve para entender lo ocurrido, identificar riesgos y acordar cómo trabajaremos. No buscamos justificar hechos; buscamos comprenderlos para prevenir que se repitan.

Guion breve de cierre: Hoy identificamos señales y situaciones de riesgo. La tarea es registrar un conflicto (aunque sea leve). En la próxima sesión definiremos metas concretas y un compromiso de no violencia.

Checklist de monitoreo (completar al cierre de la sesión).

Indicador	Evidencia / Fuente	Criterio (0–2)	Observaciones
Asistencia y puntualidad	Lista de asistencia / registro de hora	0 1 2	
Encuadre y normas	Observación del facilitador (respeto, turnos, confidencialidad)	0 1 2	
Participación	Observación (intervenciones pertinentes / cooperación)	0 1 2	
Cumplimiento de tarea previa	Revisión de autorregistros / producto traído	0 1 2	
Incidentes en el periodo	Autorreporte breve (episodios de conflicto/violencia)	0 1 2	
Aplicación de estrategia de seguridad	Plan de pausa/tiempo fuera (si hubo escalada)	0 1 2	

Sesión 2. Encuadre, consentimiento y compromiso – Responsabilidad y metas (Individual)

Modalidad	Individual
Eje / Dimensión (Bisquerra)	Eje 3 (Autonomía emocional y responsabilidad)
Objetivo específico	Establecer reglas, objetivos y compromiso personal con el proceso (metas SMART) y plan mínimo de seguridad.
Duración	45 min
Recursos	Consentimiento; formato de compromiso; hoja de metas SMART; tarjeta “Señales–Pausa–Tiempo fuera”.
Producto / evidencia	Contrato de cambio + metas semanales + plan mínimo de seguridad.
Tarea (para la siguiente sesión)	Practicar “Pausa / Tiempo fuera seguro” 1 vez en un conflicto leve y registrar resultado.
Notas operativas y de seguridad	Definir conductas observables (p. ej., no insultar/no empujar) y qué hacer si aparece ‘rojo’ (salir, calmar, pedir ayuda).

Agenda

Minutos	Actividad	Metodología / técnica	Recursos	Producto / evidencia
0–5	Recepción y repaso breve de la sesión anterior	Revisión breve	Ficha	Asistencia
5–10	Revisión rápida del autorregistro/tarea	Feedback focal	Autorregistro	Dificultades identificadas
10–18	Reglas, confidencialidad y límites del programa	Encadre + psicoeducación	Formato normas	Reglas aceptadas
18–28	Motivación y balance decisional (cambiar vs seguir igual)	Entrevista motivacional breve	Guía MI + hoja balance	Razones de cambio
28–38	Metas SMART y conducta observable	Metas SMART	Hoja metas	Metas semanales
38–43	Contrato/compromiso no violento	Contrato conductual	Formato compromiso	Compromiso firmado

43–45	Cierre y tarjeta de emergencia (Señales–Pausa)	Resumen + plan mínimo	Tarjeta	Plan mínimo
-------	--	-----------------------	---------	-------------

Guion breve de inicio: Hoy acordaremos reglas claras, metas concretas y un compromiso verificable. El foco es tu conducta y cómo prevenir que se repita.

Guion breve de cierre: Queda definido tu compromiso y metas para esta semana. Si aparece escalada, aplicarás la pausa/tiempo fuera seguro y lo registrarás.

Checklist de monitoreo (completar al cierre de la sesión).

Indicador	Evidencia / Fuente	Criterio (0–2)	Observaciones
Asistencia y puntualidad	Lista de asistencia / registro de hora	0 1 2	
Encuadre y normas	Observación del facilitador (respeto, turnos, confidencialidad)	0 1 2	
Participación	Observación (intervenciones pertinentes / cooperación)	0 1 2	
Cumplimiento de tarea previa	Revisión de autorregistros / producto traído	0 1 2	
Incidentes en el periodo	Autorreporte breve (episodios de conflicto/violencia)	0 1 2	
Aplicación de estrategia de seguridad	Plan de pausa/tiempo fuera (si hubo escalada)	0 1 2	

Sesión 3. Comprender la violencia familiar y su impacto (Grupal)

Modalidad	Grupal
Eje / Dimensión (Bisquerra)	Eje 5 + Eje 1 (Vida y bienestar + Conciencia emocional)
Objetivo específico	Reconocer la violencia familiar como problema, identificar tipos/escala de conflicto y consecuencias; establecer acuerdo grupal de seguridad.
Duración	90 min
Recursos	PPT/pizarra; casos breves impresos; hoja “Mapa de consecuencias”; acuerdo grupal.
Producto / evidencia	Mapa de consecuencias + acuerdo grupal + tarea de autorregistro.
Tarea (para la siguiente sesión)	Completar 1 autorregistro por conflicto (situación-emoción-pensamiento-conducta-consecuencia).
Notas operativas y de seguridad	Reglas estrictas: no relatos detallados que revictimicen; no normalizar; foco en responsabilidad y seguridad.

Agenda

Minutos	Actividad	Metodología / técnica	Recursos	Producto / evidencia
0–10	Bienvenida, reglas y objetivos	Apertura estructurada	Pizarra + acuerdo	Reglas acordadas
10–20	Revisión de tarea (autorregistro breve)	Ronda rápida + refuerzo	Autorregistros	Dificultades comunes
20–35	Tipos de violencia y escalada del conflicto	Psicoeducación guiada	PPT	Comprensión compartida
35–55	Análisis de casos (qué pasó y qué lo escaló)	Discusión guiada	Casos impresos	Factores de escalada
55–75	Mapa de consecuencias (familia/niños/ley/salud)	Trabajo en subgrupos	Hoja mapa	Mapa completado
75–85	Compromiso de no violencia y señales de alerta	Acuerdo conductual	Pizarra	Acuerdo firmado/verbal
85–90	Cierre + tarea	Resumen	Hoja tarea	Tarea asignada

Guion breve de inicio: En este grupo trabajaremos para reducir la violencia. Aquí no se justifica el daño: se entiende para cambiar. Mantendremos respeto y confidencialidad.

Guion breve de cierre: Hoy vimos costos y consecuencias. La tarea es registrar un conflicto para entender la secuencia que lleva a la escalada.

Checklist de monitoreo (completar al cierre de la sesión).

Indicador	Evidencia / Fuente	Criterio (0-2)	Observaciones
Asistencia y puntualidad	Lista de asistencia / registro de hora	0 1 2	
Encuadre y normas	Observación del facilitador (respeto, turnos, confidencialidad)	0 1 2	
Participación	Observación (intervenciones pertinentes / cooperación)	0 1 2	
Cumplimiento de tarea previa	Revisión de autorregistros / producto traído	0 1 2	
Incidentes en el periodo	Autorreporte breve (episodios de conflicto/violencia)	0 1 2	
Aplicación de estrategia de seguridad	Plan de pausa/tiempo fuera (si hubo escalada)	0 1 2	

Sesión 4. Responsabilidad personal y toma de decisiones (Grupal)

Modalidad	Grupal
Eje / Dimensión (Bisquerra)	Eje 3 (Autonomía emocional y responsabilidad)
Objetivo específico	Reducir minimización, fortalecer locus de control interno y compromisos verificables de cambio.
Duración	90 min
Recursos	Fichas “Lo que hice/causé/haré”; plumones; guía de compromisos.
Producto / evidencia	Registro de responsabilidad + compromiso conductual semanal.
Tarea (para la siguiente sesión)	Identificar 3 justificativos frecuentes y reescribirlos como enunciados de responsabilidad.
Notas operativas y de seguridad	Confrontación empática; evitar culpabilización de terceros. Si surge riesgo, intervención individual/derivación.

Agenda

Minutos	Actividad	Metodología / técnica	Recursos	Producto / evidencia
0–10	Bienvenida + recordatorio de reglas	Apertura	Pizarra	Clima seguro
10–20	Revisión tarea (autorregistro)	Ronda + feedback	Autorregistros	Patrones identificados
20–35	Explicación vs justificación; elección-responsabilidad	Psicoeducación + ejemplos	PPT/guía	Conceptos claros
35–55	Ejercicio: “Lo que hice / lo que causé / lo que haré”	Trabajo individual guiado	Fichas	Registro completo
55–75	Puesta en común + confrontación empática	Discusión guiada	Pizarra	Compromisos verbalizados
75–85	Compromiso verificable semanal	Contrato breve	Guía compromisos	Compromiso escrito
85–90	Cierre + tarea	Resumen	Hoja tarea	Tarea asignada

Guion breve de inicio: Hoy trabajaremos responsabilidad: explicar no es justificar. El cambio empieza cuando asumo mi conducta y decido una alternativa.

Guion breve de cierre: Te llevas un compromiso concreto para esta semana y tres frases nuevas de responsabilidad para reemplazar justificativos.

Checklist de monitoreo (completar al cierre de la sesión).

Indicador	Evidencia / Fuente	Criterio (0-2)	Observaciones
Asistencia y puntualidad	Lista de asistencia / registro de hora	0 1 2	
Encuadre y normas	Observación del facilitador (respeto, turnos, confidencialidad)	0 1 2	
Participación	Observación (intervenciones pertinentes / cooperación)	0 1 2	
Cumplimiento de tarea previa	Revisión de autorregistros / producto traído	0 1 2	
Incidentes en el periodo	Autorreporte breve (episodios de conflicto/violencia)	0 1 2	
Aplicación de estrategia de seguridad	Plan de pausa/tiempo fuera (si hubo escalada)	0 1 2	

Sesión 5. Pensamientos distorsionados y emociones asociadas (Grupal)

Modalidad	Grupal
Eje / Dimensión (Bisquera)	Eje 1 + Eje 2 (Conciencia + Regulación emocional)
Objetivo específico	Identificar creencias/interpretaciones que disparan emociones intensas y conductas violentas; practicar reevaluación.
Duración	90 min
Recursos	Hojas A-B-C cognitivo; ejemplos; pizarra.
Producto / evidencia	Lista de ‘gatillos cognitivos’ + alternativas realistas + tarea A-B-C.
Tarea (para la siguiente sesión)	Registrar 2 situaciones con A-B-C y generar 2 interpretaciones alternativas por cada una.
Notas operativas y de seguridad	Evitar debate de “quién tiene razón”; foco en pensamiento que aumenta riesgo y alternativa segura.

Agenda

Minutos	Actividad	Metodología / técnica	Recursos	Producto / evidencia
0–10	Bienvenida + objetivo	Apertura	Pizarra	Objetivo claro
10–20	Revisión tarea (justificativos/responsabilidad)	Ronda rápida	Tareas	Ajustes
20–35	Modelo A-B-C cognitivo	Psicoeducación guiada	Pizarra	A-B-C comprendido
35–55	Identificar ‘gatillos’ (celos, control, roles rígidos)	Lluvia de ideas + clasificación	Pizarra	Lista priorizada
55–75	Práctica: A-B-C + reevaluación	Trabajo guiado en parejas	Hojas A-B-C	Ejercicios completados
75–85	Guiones alternativos (qué me digo / qué hago)	Ensayo conductual breve	Guiones	Alternativas practicadas
85–90	Cierre + tarea	Resumen	Hoja tarea	Tarea asignada

Guion breve de inicio: No controlamos todo lo que pasa, pero sí cómo lo interpretamos y respondemos. Hoy entrenaremos detectar el pensamiento que enciende la escalada.

Guion breve de cierre: Te vas con tus gatillos cognitivos y alternativas. Practicarlo reduce reactividad y mejora decisiones.

Checklist de monitoreo (completar al cierre de la sesión).

Indicador	Evidencia / Fuente	Criterio (0-2)	Observaciones
Asistencia y puntualidad	Lista de asistencia / registro de hora	0 1 2	
Encuadre y normas	Observación del facilitador (respeto, turnos, confidencialidad)	0 1 2	
Participación	Observación (intervenciones pertinentes / cooperación)	0 1 2	
Cumplimiento de tarea previa	Revisión de autorregistros / producto traído	0 1 2	
Incidentes en el periodo	Autorreporte breve (episodios de conflicto/violencia)	0 1 2	
Aplicación de estrategia de seguridad	Plan de pausa/tiempo fuera (si hubo escalada)	0 1 2	

Sesión 6. Identificación y manejo emocional (Grupal)

Modalidad	Grupal
Eje / Dimensión (Bisquera)	Eje 1 + Eje 2 (Conciencia + Regulación emocional)
Objetivo específico	Reconocer señales tempranas (corporales/emocionales) y aplicar estrategias iniciales (respiración, pausa, mindfulness breve).
Duración	90 min
Recursos	Rueda de emociones; hojas “Semáforo”; audio breve (opcional).
Producto / evidencia	Semáforo personal + plan de pausa + práctica supervisada.
Tarea (para la siguiente sesión)	Aplicar respiración 2 veces al día y usar semáforo en 1 conflicto; registrar.
Notas operativas y de seguridad	Si hay activación intensa, priorizar regulación fisiológica; evitar exposición emocional sin contención.

Agenda

Minutos	Actividad	Metodología / técnica	Recursos	Producto / evidencia
0–10	Bienvenida	Apertura	Pizarra	Clima
10–20	Revisión tarea A-B-C	Ronda + feedback	Hojas	Barreras
20–35	Alfabetización emocional (nombrar y ubicar)	Rueda de emociones	Rueda	Emociones identificadas
35–50	Señales corporales y ‘ventana de tolerancia’	Psicoeducación + ejemplo	Pizarra	Señales listadas
50–70	Semáforo del conflicto (verde-amarillo-rojo)	Trabajo individual guiado	Hoja semáforo	Semáforo personal
70–82	Práctica: respiración diafragmática + pausa	Práctica guiada	Audio opcional	Ejecución correcta
82–90	Cierre + tarea	Resumen	Hoja tarea	Tarea asignada

Guion breve de inicio: La emoción sube antes de que explote la conducta. Si detecto señales tempranas, puedo cortar la escalada.

Guion breve de cierre: El semáforo y la respiración son herramientas simples y potentes. Prácticalas en calma para usarlas en conflicto.

Checklist de monitoreo (completar al cierre de la sesión).

Indicador	Evidencia / Fuente	Criterio (0-2)	Observaciones
Asistencia y puntualidad	Lista de asistencia / registro de hora	0 1 2	
Encuadre y normas	Observación del facilitador (respeto, turnos, confidencialidad)	0 1 2	
Participación	Observación (intervenciones pertinentes / cooperación)	0 1 2	
Cumplimiento de tarea previa	Revisión de autorregistros / producto traído	0 1 2	
Incidentes en el periodo	Autorreporte breve (episodios de conflicto/violencia)	0 1 2	
Aplicación de estrategia de seguridad	Plan de pausa/tiempo fuera (si hubo escalada)	0 1 2	

Sesión 7. Control de la ira e impulsos (STOP y tiempo fuera seguro) (Grupal)

Modalidad	Grupal
Eje / Dimensión (Bisquera)	Eje 2 (Regulación emocional)
Objetivo específico	Disminuir respuestas impulsivas entrenando STOP/PAUSA y 'tiempo fuera seguro' con retorno planificado.
Duración	90 min
Recursos	Tarjetas STOP; guiones de práctica; pizarra.
Producto / evidencia	Protocolo personal STOP + plan de tiempo fuera seguro + acuerdo de retorno.
Tarea (para la siguiente sesión)	Practicar STOP con 1 situación simulada y registrar; aplicar tiempo fuera si aparece 'rojo'.
Notas operativas y de seguridad	Tiempo fuera no es abandono ni castigo: incluye retorno pactado y seguridad (sin persecución/amenaza).

Agenda

Minutos	Actividad	Metodología / técnica	Recursos	Producto / evidencia
0-10	Bienvenida + repaso semáforo	Apertura	Semáforos	Conexión con sesión previa
10-20	Revisión práctica respiración	Ronda	Registros	Aprendizajes
20-35	Ciclo de la ira y señales de alerta	Psicoeducación	Pizarra	Señales priorizadas
35-55	Entrenamiento STOP/PAUSA	Modelado + práctica guiada	Tarjetas STOP	Secuencia aprendida
55-75	Tiempo fuera seguro (salir-calmar-retornar)	Role play por parejas	Guiones	Plan de retorno
75-85	Plan personal (qué hago en rojo)	Trabajo individual	Formato plan	Plan escrito
85-90	Cierre + tarea	Resumen	Hoja tarea	Tarea asignada

Guion breve de inicio: La ira no obliga a actuar. Vamos a entrenar una secuencia corta para detener, bajar activación y elegir una respuesta segura.

Guion breve de cierre: Tu protocolo STOP queda escrito. Practicarlo en calma lo vuelve automático cuando aparezca el 'rojo'.

Checklist de monitoreo (completar al cierre de la sesión).

Indicador	Evidencia / Fuente	Criterio (0-2)	Observaciones
Asistencia y puntualidad	Lista de asistencia / registro de hora	0 1 2	
Encuadre y normas	Observación del facilitador (respeto, turnos, confidencialidad)	0 1 2	
Participación	Observación (intervenciones pertinentes / cooperación)	0 1 2	
Cumplimiento de tarea previa	Revisión de autorregistros / producto traído	0 1 2	
Incidentes en el periodo	Autorreporte breve (episodios de conflicto/violencia)	0 1 2	
Aplicación de estrategia de seguridad	Plan de pausa/tiempo fuera (si hubo escalada)	0 1 2	

Sesión 8. Comunicación asertiva y límites (Grupal)

Modalidad	Grupal
Eje / Dimensión (Bisquerra)	Eje 4 (Competencia social)
Objetivo específico	Entrenar escucha activa, mensajes 'yo', peticiones claras y límites respetuosos para reducir escalada.
Duración	90 min
Recursos	Guiones de roles; rúbrica/checklist; tarjetas de frases 'Yo'.
Producto / evidencia	Desempeño en role play + checklist individual de mejora.
Tarea (para la siguiente sesión)	Aplicar 1 'mensaje yo' y 1 límite respetuoso; registrar resultado.
Notas operativas y de seguridad	Evitar confrontaciones; entrenar en situaciones de baja intensidad y con lenguaje no amenazante.

Agenda

Minutos	Actividad	Metodología / técnica	Recursos	Producto / evidencia
0-10	Bienvenida + objetivo	Apertura	Pizarra	Objetivo claro
10-20	Revisión tiempo fuera / STOP	Ronda	Registros	Dudas resueltas
20-35	Estilos comunicacionales y escucha activa	Psicoeducación + demostración	PPT	Checklist base
35-55	Mensajes en primera persona ('Yo siento... cuando... necesito...')	Modelado + práctica	Tarjetas 'Yo'	Frases construidas
55-75	Límites y 'disco rayado' (sin amenaza)	Role play + feedback	Guiones + rúbrica	Desempeño observado
75-85	Plan de aplicación en casa (situación específica)	Planificación	Hoja plan	Situación definida

85-90	Cierre + tarea	Resumen	Hoja tarea	Tarea asignada
-------	----------------	---------	------------	----------------

Guion breve de inicio: La forma de hablar puede bajar o subir el conflicto. Hoy practicaremos una comunicación que protege a ambos y evita la escalada.

Guion breve de cierre: Elegir una frase ‘yo’ y un límite para practicar esta semana. Lo importante es el tono y la coherencia con el acuerdo de no violencia.

Checklist de monitoreo (completar al cierre de la sesión).

Indicador	Evidencia / Fuente	Criterio (0-2)	Observaciones
Asistencia y puntualidad	Lista de asistencia / registro de hora	0 1 2	
Encuadre y normas	Observación del facilitador (respeto, turnos, confidencialidad)	0 1 2	
Participación	Observación (intervenciones pertinentes / cooperación)	0 1 2	
Cumplimiento de tarea previa	Revisión de autorregistros / producto traído	0 1 2	
Incidentes en el periodo	Autorreporte breve (episodios de conflicto/violencia)	0 1 2	
Aplicación de estrategia de seguridad	Plan de pausa/tiempo fuera (si hubo escalada)	0 1 2	

**Sesión 9. Resolución no violenta de conflictos (Solución de problemas)
(Grupal)**

Modalidad	Grupal
Eje / Dimensión (Bisquerra)	Eje 4 + Eje 5 (Competencia social + Vida y bienestar)
Objetivo específico	Aplicar un método estructurado de solución de problemas (definir, alternativas, elegir, plan) y generar acuerdos verificables.
Duración	90 min
Recursos	Formato de Solución de Problemas; casos; formato de acuerdo familiar.
Producto / evidencia	Acuerdo familiar verificable + plan de seguimiento.
Tarea (para la siguiente sesión)	Aplicar el método a un problema doméstico sencillo y traer plan/resultados.
Notas operativas y de seguridad	Acuerdos sin coerción: se trabaja en decisiones personales y cambios propios; no imponer.

Agenda

Minutos	Actividad	Metodología / técnica	Recursos	Producto / evidencia
0–10	Bienvenida	Apertura	Pizarra	Clima
10–20	Revisión tarea comunicación/límites	Ronda	Registros	Ajustes
20–35	Pasos de solución de problemas	Psicoeducación	Formato PST	Modelo entendido
35–55	Caso guiado (grupo)	Aplicación paso a paso	Caso impreso	Caso resuelto
55–75	Caso personal (individual)	Trabajo individual + apoyo	Formato PST	Plan personal
75–85	Contrato de acuerdo verificable	Redacción de acuerdos	Formato acuerdo	Acuerdo escrito
85–90	Cierre + tarea	Resumen	Hoja tarea	Tarea asignada

Guion breve de inicio: Hoy aprenderemos un método paso a paso para resolver problemas sin violencia. El objetivo es claridad, opciones y acuerdos realistas.

Guion breve de cierre: Te llevas un acuerdo verificable y un plan de seguimiento. Prácticalo en un problema pequeño para que funcione en uno grande.

Checklist de monitoreo (completar al cierre de la sesión).

Indicador	Evidencia / Fuente	Criterio (0-2)	Observaciones
Asistencia y puntualidad	Lista de asistencia / registro de hora	0 1 2	
Encuadre y normas	Observación del facilitador (respeto, turnos, confidencialidad)	0 1 2	
Participación	Observación (intervenciones pertinentes / cooperación)	0 1 2	
Cumplimiento de tarea previa	Revisión de autorregistros / producto traído	0 1 2	
Incidentes en el periodo	Autorreporte breve (episodios de conflicto/violencia)	0 1 2	
Aplicación de estrategia de seguridad	Plan de pausa/tiempo fuera (si hubo escalada)	0 1 2	

Sesión 10. Empatía y perspectiva del otro (reconocimiento del daño) (Grupal)

Modalidad	Grupal
Eje / Dimensión (Bisquera)	Eje 4 + Eje 1 (Competencia social + Conciencia emocional)
Objetivo específico	Incrementar empatía (cognitiva/emocional), reconocer impacto y definir reparación simbólica segura.
Duración	90 min
Recursos	Testimonios breves (video/lectura); fichas de reflexión; guía de carta terapéutica.
Producto / evidencia	Carta/compromiso de empatía (uso terapéutico) + plan de reparación simbólica segura.
Tarea (para la siguiente sesión)	Completar carta y definir 2 acciones de reparación no invasivas ni riesgosas.
Notas operativas y de seguridad	No contacto directo si existen medidas de protección. Reparación debe ser segura y no intrusiva.

Agenda

Minutos	Actividad	Metodología / técnica	Recursos	Producto / evidencia
0–10	Bienvenida	Apertura	Pizarra	Clima
10–20	Revisión tarea PST/acuerdos	Ronda	Planes	Aprendizajes
20–35	Empatía: qué es y qué no es	Psicoeducación	PPT	Conceptos
35–55	Ejercicio ‘cambio de silla’ (perspectiva)	Técnica experiencial guiada	Sillas + guía	Reflexión escrita
55–70	Testimonio/caso: impacto en familia	Análisis guiado	Video/lectura	Impactos identificados
70–82	Carta terapéutica de responsabilidad	Escritura guiada	Guía carta	Borrador carta
82–90	Cierre + tarea	Resumen	Hoja tarea	Tarea asignada

Guion breve de inicio: La empatía no es excusa; es ver el impacto real de la conducta. Reconocer daño ayuda a sostener el cambio.

Guion breve de cierre: La carta es terapéutica: no es para enviar si hay medidas. Define acciones seguras que muestren cambio, no control.

Checklist de monitoreo (completar al cierre de la sesión).

Indicador	Evidencia / Fuente	Criterio (0-2)	Observaciones
Asistencia y puntualidad	Lista de asistencia / registro de hora	0 1 2	
Encuadre y normas	Observación del facilitador (respeto, turnos, confidencialidad)	0 1 2	
Participación	Observación (intervenciones pertinentes / cooperación)	0 1 2	
Cumplimiento de tarea previa	Revisión de autorregistros / producto traído	0 1 2	
Incidentes en el periodo	Autorreporte breve (episodios de conflicto/violencia)	0 1 2	
Aplicación de estrategia de seguridad	Plan de pausa/tiempo fuera (si hubo escalada)	0 1 2	

Sesión 11. Prevención de recaídas y plan personal (Grupal)

Modalidad	Grupal
Eje / Dimensión (Bisquera)	Eje 5 + Eje 3 (Vida y bienestar + Autonomía emocional)
Objetivo específico	Identificar riesgos, señales tempranas y establecer plan Señal–Acción–Apoyo con red de ayuda.
Duración	90 min
Recursos	Formato de prevención; tarjetas plan; lista de contactos/rutas.
Producto / evidencia	Plan escrito de prevención de recaídas + red de apoyo.
Tarea (para la siguiente sesión)	Compartir plan con un apoyo seguro (si procede) y reforzar una rutina protectora.
Notas operativas y de seguridad	Plan debe incluir acciones inmediatas ante riesgo alto y derivación por consumo/psicopatología si aplica.

Agenda

Minutos	Actividad	Metodología / técnica	Recursos	Producto / evidencia
0–10	Bienvenida	Apertura	Pizarra	Clima
10–20	Revisión tarea empatía/repación	Ronda	Cartas/plan	Ajustes
20–35	Señales de recaída y situaciones de alto riesgo	Psicoeducación + lista	Pizarra	Señales priorizadas
35–55	Plan Señal–Acción–Apoyo	Trabajo individual guiado	Formato plan	Plan completo
55–70	Red de apoyo y rutas institucionales	Mapa de apoyo	Lista contactos	Red definida
70–82	Ensayo de escenarios (‘si pasa X, hago Y’)	Role play breve	Tarjetas	Respuestas practicadas
82–90	Cierre + tarea	Resumen	Hoja tarea	Tarea asignada

Guion breve de inicio: El riesgo no desaparece de golpe. La prevención es anticipar señales y actuar temprano. Hoy saldrás con un plan concreto.

Guion breve de cierre: Tu plan Señal–Acción–Apoyo es tu hoja de ruta. Compartirlo con alguien seguro aumenta probabilidades de sostener el cambio.

Checklist de monitoreo (completar al cierre de la sesión).

Indicador	Evidencia / Fuente	Criterio (0–2)	Observaciones
Asistencia y puntualidad	Lista de asistencia / registro de hora	0 1 2	
Encuadre y normas	Observación del facilitador (respeto, turnos, confidencialidad)	0 1 2	
Participación	Observación (intervenciones pertinentes / cooperación)	0 1 2	
Cumplimiento de tarea previa	Revisión de autorregistros / producto traído	0 1 2	
Incidentes en el periodo	Autorreporte breve (episodios de conflicto/violencia)	0 1 2	
Aplicación de estrategia de seguridad	Plan de pausa/tiempo fuera (si hubo escalada)	0 1 2	

Sesión 12. Cierre y evaluación final (Grupal)

Modalidad	Grupal
Eje / Dimensión (Bisquerra)	Eje 3 + Eje 5 (Autonomía emocional + Vida y bienestar)
Objetivo específico	Evaluar avances, consolidar mantenimiento, aplicar EBVF (Post) y orientar continuidad/derivación.
Duración	90 min
Recursos	EBVF (Post); hoja de cierre; hoja de mantenimiento; formato derivación (si aplica).
Producto / evidencia	Puntaje EBVF (Post) + plan de mantenimiento + derivación/continuidad si aplica.
Tarea (para la siguiente sesión)	— (cierre)
Notas operativas y de seguridad	Reforzar continuidad. Si hay riesgo alto/consumo, derivar y coordinar. No prometer ‘cura’; sostener mejora realista.

Agenda

Minutos	Actividad	Metodología / técnica	Recursos	Producto / evidencia
0–10	Bienvenida + encuadre del cierre	Apertura	Pizarra	Objetivo del cierre
10–20	Revisión breve de planes de prevención	Ronda	Planes	Ajustes finales
20–35	Aplicación EBVF (Post)	Autorreporte guiado	EBVF Post	Puntaje Post
35–55	Revisión de metas y aprendizajes por ejes	Discusión guiada	Hoja cierre	Lista de logros
55–75	Plan de mantenimiento (rutinas, señales, apoyo)	Planificación	Hoja mantenimiento	Plan consolidado
75–85	Círculo de cierre + compromiso final	Feedback grupal	—	Compromiso final
85–90	Orientación de continuidad/derivación	Indicaciones	Formato derivación	Ruta definida

Guion breve de inicio: Hoy cerraremos el proceso revisando avances y consolidando tu plan de mantenimiento. También repetiremos la EBVF para comparar pre y post.

Guion breve de cierre: El cambio se sostiene con práctica y apoyo. Si aparece riesgo, usa tu plan y pide ayuda temprano. Felicitamos el esfuerzo sin minimizar responsabilidad.

Checklist de monitoreo (completar al cierre de la sesión).

Indicador	Evidencia / Fuente	Criterio (0-2)	Observaciones
Asistencia y puntualidad	Lista de asistencia / registro de hora	0 1 2	
Encuadre y normas	Observación del facilitador (respeto, turnos, confidencialidad)	0 1 2	
Participación	Observación (intervenciones pertinentes / cooperación)	0 1 2	
Cumplimiento de tarea previa	Revisión de autorregistros / producto traído	0 1 2	
Incidentes en el periodo	Autorreporte breve (episodios de conflicto/violencia)	0 1 2	
Aplicación de estrategia de seguridad	Plan de pausa/tiempo fuera (si hubo escalada)	0 1 2	

Referencias sugeridas para técnicas y estructura

- Chapin Hall at the University of Chicago. (2022). Motivational interviewing: A guide for child welfare professionals. (Guía práctica; incluye balance decisional y formulación de metas).
- Centre for Clinical Interventions. (s. f.). Assertiveness. Government of Western Australia Department of Health. (Módulo psicoeducativo con ejercicios y guías de práctica).
- Linehan, M. M. (2015). DBT skills training handouts and worksheets (2nd ed.). Guilford Press. (Habilidades de tolerancia al malestar; STOP/PAUSA, pros y contras).
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D’Zurilla, T. J. (2020). Problem-solving therapy. In J. S. Beck (Ed.), Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (3rd ed.). Cambridge University Press. (Estructura de solución de problemas).
- Pan American Health Organization. (2021). Violence against women: Key facts and definitions. (Marco de salud pública; consecuencias y relevancia).
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2024). Intimate partner violence: Definition and health impact (fact sheet).

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL
PROGRAMA PFHSE–VF**

Título del programa/intervención: Programa de Fortalecimiento de Habilidades Socioemocionales para la Prevención y Reducción de la Violencia Familiar (PFHSE–VF)

Institución: Servicio de Psicología – Hospital
_____ (Lambayeque)

Responsable(s) de la intervención:

Fecha: / /20_____

1) INFORMACIÓN (propósito, procedimientos, riesgos, beneficios y derecho a preguntar/retirarse)

Usted está siendo invitado(a) a participar en el PFHSE–VF, una intervención psicoeducativa–clínica que busca reducir conductas de violencia familiar mediante el fortalecimiento de habilidades socioemocionales (autorregulación, comunicación asertiva, resolución de conflictos, empatía y prevención de recaídas). Esta intervención se realiza en el Servicio de Psicología de un hospital público de Lambayeque.

¿En qué consiste su participación?

- El programa contempla 12 sesiones: 2 sesiones individuales (evaluación inicial y encuadre/compromiso) y 10 sesiones grupales (entrenamiento de habilidades).
- Durante el proceso se le solicitará realizar tareas breves (autorregistros de conflicto, práctica de estrategias de pausa/tiempo fuera, aplicación de habilidades en situaciones cotidianas).
- Para evaluar cambios, se aplicará el instrumento EBVF (u otro indicado por el servicio de Psicología) en dos momentos: pre (antes o al inicio del programa) y post (al finalizar), bajo un mismo periodo de referencia.
- En sesiones grupales se trabajará con normas de convivencia y respeto, evitando detalles que puedan revictimizar o generar riesgo.

Riesgos o molestias posibles

- Puede experimentar malestar emocional al hablar de conflictos, reconocer conductas problemáticas o revisar consecuencias.
- En formato grupal, existe el riesgo de que otro participante divulgue información; por ello se establecerán normas estrictas de confidencialidad grupal (ver más abajo), aunque no puede garantizarse al 100% el control de lo que terceros comenten fuera del grupo.

Beneficios esperados

- Adquirir y practicar habilidades para reducir escalamiento del conflicto, mejorar autorregulación, comunicación y toma de decisiones.
- Mayor conciencia de detonantes, señales tempranas y estrategias preventivas para evitar recaídas.

Alternativas

- Puede recibir orientación o atención psicológica según la oferta del servicio, aun si decide no participar en el programa o no autorizar el uso académico de su información (según el caso y disponibilidad del hospital).

Derecho a preguntar o retirarse

- Usted puede hacer preguntas en cualquier momento.
- Puede retirarse del programa o solicitar suspender su participación cuando lo considere necesario.
- Si su participación está vinculada a una **derivación del Poder Judicial**, se aclara que el cumplimiento de disposiciones judiciales es un proceso **externo** al presente consentimiento; este consentimiento regula su participación clínica en el programa y/o el uso académico de información, según corresponda al servicio.

2) CONFIDENCIALIDAD (cómo se protege su información y límites)

La información recogida (entrevistas, autorregistros y puntajes de instrumentos) será tratada de forma confidencial. Para fines de registro y/o informe académico, se usará un código en lugar de su nombre. Los resultados se presentarán de manera agregada o anonimizada.

Límites de la confidencialidad:

La confidencialidad puede levantarse solo si se identifica:

- Riesgo grave e inminente de daño hacia usted u otras personas.
- Situaciones que impliquen violencia grave, amenazas, uso de armas, abuso hacia menores o personas vulnerables, u otros supuestos que exijan acción de protección y/o reporte según normativa y protocolos del establecimiento de salud.

Confidencialidad en grupo:

Todos los participantes se comprometen a no divulgar lo conversado en las sesiones. Se explicará y firmará/aceptará un acuerdo grupal de respeto y confidencialidad.

3) COMPRENSIÓN (verificación de que entendió antes de consentir)

Marque (✓) y/o responda brevemente:

- Se me explicó el propósito del PFHSE–VF y en qué consiste.
- Entiendo la duración aproximada y el tipo de actividades (individual/grupal, tareas).
- Se me explicó qué riesgos o molestias podrían presentarse y qué beneficios se esperan.
- Se me explicó la confidencialidad y sus límites.
- Sé que puedo hacer preguntas y que puedo retirarme, según lo conversado con el servicio.

Para confirmar comprensión (responda en una frase):

a) ¿Qué busca este programa?

b) ¿Qué haría si durante el proceso se siente sobrepasado(a) o incómodo(a)?

c) ¿Qué significa que hay límites de confidencialidad?

4) CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO (sin coerción, presión o influencia indebida)

Declaro que:

- He recibido información clara y suficiente, y mis dudas han sido resueltas.
- Entiendo que mi decisión de participar y/o autorizar el uso académico de la información es voluntaria, sin coerción ni presión indebida.
- Acepto participar en el PFHSE–VF en las condiciones explicadas.

(Marque lo que corresponda)

- **ACEPTO** participar en el programa PFHSE–VF. _ ____
- **NO ACEPTO** participar en el programa PFHSE–VF. _ ____

Uso académico de información anonimizada:

- **AUTORIZO** que mis datos y resultados (anonimizados/codificados) puedan ser usados con fines académicos. _____
- **NO AUTORIZO** el uso académico de mis datos (se respetará y se brindará la atención según corresponda al servicio). _____

Participante:

Nombre: _____ DNI: _____

Firma/Huella: _____ Fecha: / /20____

Responsable (psicólogo/a o investigador/a):

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: / /20____