

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos



**Terapia Cognitiva-Conductual Aplicada en Casos de Ansiedad generalizada
en Adultos por Violencia Intrafamiliar**
(Artículo Científico)

Yesenia Noemi Espada Umaña

Guatemala, abril 2019

**Terapia Cognitiva-Conductual Aplicada en Casos de Ansiedad generalizada
en Adultos por Violencia Intrafamiliar**

(Artículo Científico)

Yesenia Noemi Espada Umaña

Lcda. Leticia Padilla (Asesora)

M. Sc. Mario Alfredo Salazar Marroquín (Revisor)

Guatemala, abril 2019

Autoridades Universidad Panamericana

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrector Académico	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretario General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc.. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mayo de 2018.

*En virtud de que el Artículo Científico con el tema: "Terapia Cognitiva-Conductual aplicada en casos de ansiedad generalizada en adultos por violencia intrafamiliar". Presentado por el (la) estudiante: **Yesenia Noemi Espada Umaña**, previo a optar al grado Académico de **Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*


Leticia Eugenia Padilla Zuleta
Asesor

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES,
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, mes de marzo
del año 2019 -----**

*En virtud de que el Artículo Científico con el tema: **“Terapia Cognitiva-
Conductual Aplicada en casos de Ansiedad generalizada en adultos por
Violencia Intrafamiliar”**. Presentado por la estudiante: **Yesenia Noemi
Espada Umaña**, previo a optar al grado Académico de Maestría en
Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de
contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente
dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*


MSc. Mario Alfredo Salazar Marroquín
Revisor



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de abril del 2019. -----

*En virtud de que el Artículo Científico con el tema: **"Terapia Cognitiva-Conductual aplicada en casos de ansiedad generalizada en adultos por violencia intrafamiliar"**. Presentado por el (la) estudiante: **Yesenia Noemi Espada Umaña**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.*

**M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades**

Nota: “Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.”

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Justificación	iii
Capítulo 1	
300.02 (F41.1) Trastorno de Ansiedad Generalizada Según DSM-5	1
1.1. ¿Qué es Trastorno de Ansiedad Generalizada denominado TAG?	1
1.2. Características asociadas que apoyan el diagnóstico	3
1.3. Criterios diagnósticos	4
1.4. Tendencia en los últimos 10 años sobre casos de la Ansiedad	5
Capítulo 2	
Familia	6
2.1. Tipos de Familia	7
2.2. Patrones de Crianza	9
2.3. Ambiente Familiar	11
2.4. Negligencia Parental	14
2.5. Teoría del Apego	16
2.5.1. Figuras de Apego Central y Subsidiarias	17
Capítulo 3	
Violencia	20
3.1. Tipos de Violencia familiar	22
3.1.1. Violencia Física	23
3.1.2. Violencia Sexual	23
3.1.3. Violencia Psicológica	24
3.1.4. Violencia Económica	24
3.1.5. Violencia Doméstica	25

3.2.	Abuso	34
3.2.1.	Abuso Sexual	35
3.2.2.	Abuso Físico	35
3.2.3.	Abuso Emocional/Psicológico	35
3.3.	Marco Legal del Abuso y Violencia en Guatemala	36
3.4.	Marco Legal del Abuso y Violencia Interamericano	37

Capítulo 4

Antecedentes		38
4.1.	Terapia Cognitivo Conductual Aaron Beck	38
4.2.	Cognitiva Conductual	39
4.3.	El cognitivismo	40
4.4.	El Conductismo	41
4.5.	Técnicas	43
4.5.1.	Técnicas Conductuales	43
4.5.2.	Técnicas de Afrontamiento	44
4.5.3.	Técnicas Emotivas	45
4.5.4.	Técnicas Cognitivas	46
4.5.5.	Técnicas Cognitivas Específicas	46
4.6.	Tratamiento/Plan Terapéutico	48
4.7.	Principales técnicas cognitivas basadas en la imaginación	49
4.7.1.	Meta 1. Alterar las metacogniciones desadaptativas	50
4.7.1.1.	Reestructuración cognitiva	51
4.7.1.2.	Terapia de resolución de problemas	52
4.7.1.3.	Terapia de ampliación de conciencia	52
4.7.2.	Meta 2: Disminuir la intolerancia a la incertidumbre	53
4.7.2.1.	Terapia de resolución de problemas.	53
4.7.2.2.	Automonitoreo	54
4.7.2.3.	Control de estímulos	54
4.7.3.	Meta 3: Reducir el comportamiento evitativo	55

4.7.3.1. Terapia de exposición	56
4.7.3.2. Ensayos conductuales	57
4.7.4. Meta 4: Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad	58
4.7.4.1. Entrenamiento de relajación.	59
4.7.4.2. Desensibilización de autocontrol	59
4.7.4.3. Entrenamiento en higiene para dormir	60
4.7.4.4. Plan de tratamiento	61
4.7.4.5. La Terapia Cognitivo-Conductual en la Actualidad	63

Conclusiones	67
---------------------	----

Recomendaciones	68
------------------------	----

Referencias	69
--------------------	----

Anexos

Lista de Tablas

Tabla No. 1. Tipos de familia	8
Tabla No. 2. Tipos de crianzas	10
Tabla No. 3. Marco legal violencia	36
Tabla No. 4. Han convenido los siguientes artículos:	37
Tabla No. 5. Técnicas conductuales	43
Tabla No. 6. Técnicas de afrontamiento	44
Tabla No. 7. Técnicas emotivas	45
Tabla No. 8. Técnicas cognitivas	46
Tabla No. 9. Técnicas cognitivas específicas	46
Tabla No. 10. Principales técnicas cognitivas basadas en la imaginación	47
Tabla No. 11. Habilidades del terapeuta Cognitivo	49
Tabla No. 12. Proceso terapéutico	50
Tabla No. 13. Herramientas para evaluación específicas de la meta	51
Tabla No. 14. Herramientas de evaluación específicas de la meta 2	53

Tabla No. 15.	Herramientas de evaluación específicas de la meta 3	56
Tabla No. 16.	Tipos de Herramientas de exámenes específicas de la meta 4	58
Tabla No. 17.	Metas adicionales de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento adicionales	60
Tabla No. 18.	Para Trastorno de Ansiedad Generalizada	61

Lista de Gráficas

Gráfica No. 1.	Modelo más utilizado para la explicación de la violencia hacia las mujeres es el propuesto por Walker (1994)	21
Gráfica No. 2.	Agresividad funcional (defensiva) y agresividad disfuncional (ofensiva)	22
Gráfica No. 3.	Distribución de denuncias por tipo de violencia	26
Gráfica No. 4.	Distribución Porcentual de denuncias de violencia Intrafamiliar según la Institución que recibió la denuncia	27
Gráfica No. 5.	Distribución porcentual de denuncias de violencia intrafamiliar reportadas por el Organismo Judicial, por ley aplicada	28
Gráfica No. 6.	Casos de violencia intrafamiliar registrados	29
Gráfica No. 7.	Porcentaje de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar por pueblo de pertenencia	30
Gráfica No. 8.	Número de denuncias por departamento de ocurrencia	31
Gráfica No. 9.	Porcentaje de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, por grupos de edad	32
Gráfica No. 10.	Distribución de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, por tipo de agresión sufrida	33
Gráfica No. 11.	Distribución porcentual de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar por relación con el agresor (a)	34

Resumen

En varias áreas del mundo, existen trastornos perjudiciales para la sociedad humana, uno de los primordiales que afecta la vida cotidiana, provoca secuelas, perturba psicológicamente al ser humano en los diferentes ámbitos tanto a nivel personal, familiar, social, laboral y físico, es el Trastorno de Ansiedad Generalizada conocido como él (TAG).

El presente trabajo engloba los orígenes del trastorno de ansiedad generalizada. Partiendo desde el primer tema por la descripción y características particulares del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5).

Siendo el hogar la base de la sociedad, en este artículo científico se abordó en el segundo tema un pilar principal que es la familia, que altera; patrones de crianza, tipos de familia, ambiente familiar, teoría del apego. Identificando en ellos, orígenes por daños psicológicos que pueden llegar a transformarse en trastornos por no haber sido diagnosticado y tratado adecuadamente a tiempo.

Altos índices de violencia intrafamiliar afirman que la familia es la más afectada, por ello se incluyó en el tercer tema el impacto, consecuencia que esta genera sobre diferentes patologías, en especial el TAG. En este artículo se amplió los diferentes tipos de violencia que se ocasionan en la sociedad, también se brinda información sobre el marco legal del abuso y violencia en Guatemala e Interamericano.

En busca de una terapia con mayor efectividad en los casos de TAG, en el cuarto tema se habló de la terapia Cognitivo Conductual como una de las principales por el Dr. Aarón Beck y Albert Ellis, su aplicación, tratamiento psicoterapéutico, diferentes técnicas, aportes en la actualidad tienen un fundamento muy claro para su aplicación. Finalizando con las conclusiones y recomendaciones para la mejor descripción de este artículo.

Introducción

En los últimos años la violencia intrafamiliar es una problemática a nivel mundial, esto refiere que en la mayoría de casos en la familia haya abuso de un miembro hacia otro, provocando consecuencias a nivel psicológico, verbal y físico en la víctima directa o colateral.

Entre las secuelas psicológicas que genera la violencia intrafamiliar, es necesario mencionar el trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), este caracteriza por la preocupación crónica, excesiva y generalizada, que persiste por más de 6 meses y a la persona le es inevitable controlarse. Algunos factores que contribuyen a este trastorno suelen ser, un evento pasado cargado de emoción negativa, manifestado por derivaciones como: Violencia, rechazo, insomnio, estrés o estados que alteran la cognición y conducta humana. Sin embargo se han realizado varias investigaciones, ratificaciones a través del tiempo y se llegó a la conclusión que debe cumplir ciertos criterios según Manual de Diagnóstico y Estadístico De Los Trastornos Mentales (DSM-5), para ser pronosticado como tal.

Una de las preguntas que surgen es, como ayudar a las personas que padecen de TAG, en este documento incluye información relevante sobre la terapia cognitivo conductual (TCC), técnicas y tratamiento, ha demostrado ser una de las más efectivas a corto plazo en fobias, adicciones, depresiones y ansiedad. TCC beneficia a los pacientes a comprender que los pensamientos y sentimientos influyen en su forma de comportarse.

El tema Terapia Cognitiva-Conductual Aplicada en Casos de Ansiedad generalizada en Adultos por Violencia Intrafamiliar; surge como investigación de realizar un artículo científico, requisito indispensable de Universidad panamericana para culminar la maestría en enfoques psicoterapéuticos.

Justificación

La importancia del tema de Terapia Cognitiva-Conductual Aplicada en Casos de Ansiedad generalizada en Adultos por Violencia Intrafamiliar, surge por los índices de violencia intrafamiliar a nivel mundial; Guatemala no es la excepción, por lo que diferentes entidades trabajan para minimizar las consecuencias que esto conlleva. Se decide trabajar con la ansiedad generalizada dado que es una problemática por la que atraviesan algunos adultos, con secuelas ante estas situaciones, necesitando el apoyo adecuado, conocer los orígenes, para comprender sus propios síntomas. Se elige la terapia cognitiva conductual porque ha demostrado ser eficiente para este tipo de casos, con bases teóricas que validan los conceptos y técnicas, así como los tratamientos requeridos dependiendo el tipo de paciente.

La finalidad de ampliar información sobre el tema antes mencionado, es ayudar a las personas que se identifican con este tipo de problemática, obtengan el conocimiento, decidan buscar el apoyo adecuado según su necesidad, con profesionales que tengan la experiencia en tratamientos psicológicos de esta índole, brindando al paciente las herramientas necesarias durante el proceso que este conlleve, atendiendo lo solicitado, así lograr cada día el mayor bienestar posible.

Capítulo 1

300.02 (F41.1) Trastorno de Ansiedad Generalizada Según DSM-5

1.1. ¿Qué es Trastorno de Ansiedad Generalizada denominado TAG?

La ansiedad generalizada, es uno de los padecimientos mentales más frecuentes, el rasgo principal es que mantiene la mayor parte del tiempo a la persona que lo padece en una batalla de ansiedad incontrolable, buscan controlar su preocupación sin lograrlo, manifiestan varios síntomas tanto físicos, como psicológicos, suelen mantenerse de mal humor, preocupación persistente, preocupación anticipatoria, ideas irreales, entrelazado con síntomas que para ser diagnosticado como un trastorno debe cumplir por lo mínimo 6 meses con la sintomatología que este más frecuente que ausente y por lo mínimo tres criterios según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales DSM-5, por ejemplo tensión motora, hiperactividad vegetativa e hipervigilancia, interviniendo en deterioro significativo en su vida social, laboral, y todas las actividades que realizan.

Como trastorno con entidad propia, viene procediendo a través de varios diagnósticos para afinar su confiabilidad y realizar cambios en el foco de atención desde la “ansiedad que flota libremente” a la preocupación como característica central que define al trastorno.

En los siguientes párrafos de este capítulo se muestra el Trastorno de Ansiedad Generalizada según Manual de Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales DSM-5, iniciando por las características asociadas por el diagnóstico y criterios.

Según Asociación Americana de Psiquiatría (2014) Las características esenciales del trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad y preocupación excesivas (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades.

La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad o al impacto real de suceso anticipado.

Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación, y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma interfiere con la atención con las tareas inmediatas. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada a menudo se preocupan todos los días acerca de circunstancias rutinarias de la vida, tales como posibles responsabilidades en el trabajo, la salud, las finanzas, la salud de los miembros de la familia, la desgracia de sus hijos o asuntos de menor importancia (p. ej., las tareas del hogar o llegar tarde a las citas).

Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse en exceso por su competencia o por la calidad de su desempeño. Durante el curso del trastorno, el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otra.

Varias características distinguen el trastorno de ansiedad generalizada de la ansiedad no patológica.

En primer lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son excesivas y, por lo general, interfieren significativamente con funcionamiento psicosocial, mientras que las preocupaciones de la vida cotidiana no son excesivas, se perciben como más manejables y pueden ser aplazadas si surgen asuntos más urgentes.

En segundo lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son más penetrantes, pronunciadas y angustiosas; tienen una mayor duración y se producen con frecuencia sin desencadenantes. Cuando mayor sea la variedad de circunstancias de la vida sobre las que una persona se preocupa (P. ej., las finanzas, la seguridad de los niños, el rendimiento en

el trabajo), es más probable que sus síntomas cumplan los criterios del trastorno de ansiedad generalizada. En tercer lugar, las preocupaciones cotidianas se asocian con mucha menos frecuencia a síntomas físicos (p. ej., inquietud, sentimiento de agitación o nerviosismo).

Las personas con trastorno de ansiedad generalizada refieren malestar subjetivo debido a la preocupación constante y al deterioro de las áreas sociales u ocupacionales, o de otras áreas importantes del funcionamiento.

La ansiedad y la preocupación se acompañan de, al menos, tres de los siguientes síntomas adicionales: inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño, a pesar de que en los niños solo se requiere un síntoma adicional. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

1.2. Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Asociados a la tensión muscular pueden aparecer temblores, contracciones nerviosas, inestabilidad y molestias musculares o dolor. Muchas personas con el trastorno de ansiedad generalidad también experimentan síntomas somáticos (p. ej., sudoración, náuseas y diarrea) y una respuesta de sobresalto exagerada.

Los síntomas de hiperactividad vegetativa (p. ej., el ritmo cardíaco acelerado, dificultad para respirar, mareos) son menos prominentes en el trastorno de ansiedad generalidad que en otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico. Otras afecciones que pueden estar asociadas con el estrés (p.ej., el síndrome del intestino irritable, dolores de cabeza) acompañan con frecuencia al trastorno de ansiedad generalidad. Asociación Americana de Psiquiatría (2014)

1.3. Criterios diagnósticos

- Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
 - Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.
Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
Facilidad de fatigarse.
Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
Irritabilidad.
Tensión muscular.
Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de la figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en

la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somático, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

1.4. Tendencia en los últimos 10 años sobre casos de la Ansiedad

La siguiente información refleja dato alarmante respecto al aumento a problemática de la ansiedad en la última década, lo que indica que los profesionales de salud mental deben estar alerta a las tendencias que se marcan en los desórdenes mentales constantemente, debido a que se estima que este tipo de padecimientos va en aumento a nivel mundial, ser autodidactas, conocer nuevos enfoques de tratamiento, mantenerse a la vanguardia mejorando sus competencias, esto contribuirá a brindar un apoyo óptimo a la población que lo padece y solicita atención psicológica.

Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los casos crecieron un 18% en desórdenes depresión y un 15% en ansiedad en los últimos 10 años. En relación a los desórdenes de ansiedad, se estima que el 3,6% de la población mundial los padecía en 2015, un incremento del 14,9% con respecto al año 2005. Esta patología se da más en las mujeres (4,6%) que en los hombres (2,6%).

Concretamente, en la región de las Américas se estima que el 7,7% de las mujeres padece ansiedad, mientras que en el caso de los hombres es un 3,6%. Brasil es de nuevo el país de Latinoamérica que más desórdenes de ansiedad padece (9,3% de la población); seguido de Paraguay (7,6%); Chile (6,5%); Uruguay (6,4%); Argentina (6,3%); Cuba (6,1%) y Colombia (5,8%).

Les siguen Perú y República Dominicana (5,7%); Ecuador (5,6%); Bolivia (5,4%); Costa Rica y El Salvador (4,6%); Nicaragua y Panamá (4,5%); Venezuela (4,4%); Honduras (4,3%); Guatemala (4,2%) y México (3,6%). En números absolutos, la región del Sudeste Asiático es la

que más casos de ansiedad padece: 60 millones o el 23% del total, seguida de las Américas, con 57,22 millones y un 21% de prevalencia.

La región del Pacífico con 54,08 millones, un 20%; Europa, con 36,17 millones, un 14%; el Mediterráneo oriental, con 31,36 millones, un 12%, y África con 25,91 millones, un 10%. Ver anexos, grafica No. 12: Informe de la OMS en los últimos 10 años, sobre la depresión y ansiedad. OMS (2017)

Las estadísticas sobre el aumento de casos de ansiedad y otros desórdenes mentales son alarmantes, pero mucho tiene que ver de dónde emergen estas perturbaciones en los individuos, buscando el origen se aborda el tema familia, por la importancia que la misma tiene la formación de la persona, se continúa con información relevante como complemento para este documento.

Capítulo 2

Familia

Hernández (1998) sostiene que la familia está conformada por valores sociales, tradicionales, religiosos, siente esta la forma de relacionarse e interactuar en la sociedad, a la vez esta transmite costumbres a sus hijos tales como: forma de vestir, lenguaje, rituales (matrimonio, nacimientos, entierros) y rutinas, la forma de pensar ayudará a formular estrategias para el trabajo y la producción, los mismos que son aplicados por los miembros de la familia de acuerdo a como estos fueron adquiridos dentro de la misma, todo esto de acuerdo al medio cultural en el que se desenvuelve cada individuo. Cada núcleo familiar dilucida esta opinión derivado del sistema social, lo modifica y lo concreta según su propio modo, en patrones de relación, rituales y celebraciones idiosincráticos que determinan su identidad como familia.

La familia es la base fundamental para la formación de un ser, ayuda a construir a la persona como tal, formando la identidad desde la misma, lo que se vive en ella constituye el futuro de la existencia, ayudando a alcanzar el equilibrio social y madurez intelectual, psicológica y física, ejerciendo un gran impacto en la búsqueda de él mismo. Complementando este comentario a

continuación se describen algunos conceptos de autores referente al tema, para ampliar el concepto.

Sánchez (2007) refiere:

La familia es el primer espacio donde se construyen las relaciones interpersonales que originan la convivencia; en ocasiones suelen ser reproducidos consciente o inconscientemente de una generación a otra, hasta llegar a establecerse en la dinámica familiar patrones de comportamiento que definen quién es quién en la estructura del grupo, y determinan comportamientos ante determinadas situaciones y eventos que involucran a la totalidad de la familia. (p. 106)

Es importante recalcar el vínculo entre la familia y menores, la atención y cuidados que se le deben brindar al menor es vista particularmente como responsabilidad única de la familia. Debido a la forma de los patrones de crianza y los comportamientos que se den en los mismos, repercutirán en el bienestar y el crecimiento físico, psíquico, y social del pequeño, por tal motivo las características propias de cada familia, influirán en ese desarrollo y bienestar. Existen variedad de tipos de familia, por quienes las integran, cada una crea un contexto diferente, en el siguiente ítem, se describen los conceptos básicos como corresponda.

1.5. Tipos de Familia

Muzio (2002) menciona:

La familia es la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. Esta autora considera que familia es un concepto de límites difusos y

establece tres ejes de análisis que son importantes a la hora de definirla: consanguinidad, convivencia y afectividad.(p. 39)

La doctora Muzio (2002) resume los tipos de familia en: nuclear, extensa o consanguínea, extensas compuestas, monoparental, de madre soltera, ensamblada, reconstituida, mixta o simultánea y formada por parejas de homosexuales y polígama. Esto se presenta en el siguiente cuadro.

Tabla No. 1
Tipos de familia

Familia Nuclear Conyugal	Se constituye por una pareja casada o en unión de hecho y sus hijos/as, sin más parientes compartiendo responsabilidades en la misma vivienda.
Familia Mixta o Reconstituida	Se constituye por una pareja casada o en unión de hecho y sus hijos/as, sin más parientes compartiendo responsabilidades en la misma vivienda.
Familia Troncal o múltiple	Conviven en un mismo espacio físico o patrimonio familiar, varias generaciones como son los padres, hijos, abuelos, entre otros.
Familia de Unión de Hecho	Es una pareja, con afectividad similar a la conyugal con independencia de su orientación sexual, que deciden una asociación o unión libre, con la finalidad de convivir establemente.
Familia Monoparental	Se compone por un solo progenitor, con uno o varios hijos/as, independientemente de la causa sea por separación voluntaria del conyugue, divorcio o fallecimiento.
Familias en Serie	Es caracterizada por hombre y mujer que han estado casados varias veces y los hijos del matrimonio anterior y los del nuevo matrimonio vienen a vivir con la nueva pareja y luego los hijos que ellos procrean en la nueva relación, viviendo de manera similar a una familia nuclear.
Familia Compuesta	Esta es similar a un matrimonio polígamo en el cual dos o más familias nucleares o por partes de la misma, comparten un mismo marido o una misma mujer.
Familia Cohabitación	En este tipo de familia la pareja convive cada uno desde diferentes lugares de habitación o bien viven una semana en casa de la mujer o viceversa, y otra semana cada quien en su casa.
Familia Homoparental	Es la de pareja gay, lesbiana u homosexuales, las cuales esta formadas por parejas de un mismo sexo, que mantienen una relación relativamente estable y en muy pocos países pueden tener vínculos

	legales.
Familia Polígama	En este tipo de familia se refiere a un hombre viviendo con varias mujeres (poligamia), permitida en países islámicos permitida a hombres. económicamente poderosos.

Fuente: Ares Muzio (2002)

1.6. Patrones de Crianza

Crianza se le llama así al acto y consecuencia de criar, cuidar, alimentar y educar a un ser vivo, producir o desarrollar algo. Generalmente el concepto suele aplicarse a la tarea que desarrollan los padres o tutores de un niño durante los primeros años de su vida. Por lo que a continuación se plantean tres estilos de crianza, para conocer a grandes rasgos de que se trata cada uno de ellos.

La familia incide directamente en los diferentes hábitos de salud, en la expresión del afecto, en la posición moral y religiosa y en el tipo de vínculo interpersonal que se establece entre los individuos. Esta orientación de las conductas que ejerce el grupo familiar sobre sus miembros viene determinada por lo que se ha denominado “... afecto parental (cariño contra hostilidad) y el control parental (permisividad contra rigidez)” (G. Musitu et al, 1988, p. 77)

De la familia dependen aspiraciones, valores y motivadores en los seres individuales que de ella se forman, por lo que es un ente responsable en gran medida para ayudar a formar en el individuo, ayudándole a crear una estabilidad emocional en la etapa de la infancia como lo que será en la adultez

Sánchez (2007) afirma:

La violencia puede llegar a ser transmitida generacionalmente profundizado y agudizando la permanencia de patrones violentos, caracterizados por la repetición de formas de relación, mantenimiento de estructuras, organizaciones y funcionamientos familiares que sostienen dichos patrones. Los patrones de interacción son secuencias comunicacionales repetitivas que caracterizan cada unidad familiar. (p. 106)

Los patrones de crianza se caracterizan hacia el ser, como una parte importante de la conducta del individuo, debido a la secuencia repetitiva que se genera en el mismo, la violencia que se vive en varios ámbitos familiares hace necesario abordar la problemática desde el menor, al igual que en distintos contextos, principalmente la familia, ya que si esta falla, el menor se ve en dificultad y afectado por carencias y pérdidas del presente, que repercutirán seriamente en los diferentes estadios del ser en formación, generando vacío existencial, baja tolerancia, falta de control de emociones e impulsos, como futuras patologías, entre ellas se podrían mencionar el tema de interés como lo es la ansiedad generalizada, entre otras.

Tabla No. 2
Tipos de crianzas

Crianza autoritaria	Estilo de crianza en la cual los estándares de comportamiento son elevados, la mala conducta se castiga estrictamente y la comunicación es limitada.
Crianza permisiva	Estilo de crianza en la cual hay mucho cuidado y comunicación pero rara vez se imparten castigos, orientación o control.
Crianza Disciplinada	Estilo de crianza en la cual los padres imponen los límites pero son flexibles y están dispuestos a escuchar a sus hijo.

Fuente: Baumrind (1991).

“Los padres abusivos típicamente justifican su castigo culpando a su hijo de difícil, pero las razones se encuentran más a menudo en la familia y el adulto, no en el niño.” (Gershoff, 2002, p. 307)

Los menores reflejan la dinámica familiar que se muestra en el hogar, repiten conductas, de manera consciente o inconsciente, por ejemplo el manejo adecuado o no de sus propias emociones, cuando en la familia existen patrones de violencia, crianza autoritaria con castigos severos y sin permitir la comunicación asertiva, repercuten en el niño en cohibirse, reprimiendo lo que más adelante se convertirá en agresividad, ansiedad, y conductas inadaptadas.

Para evitar el riesgo de maltrato infantil, violencia o abuso, se deben utilizar diversas formas de castigo o reforzar la conducta positiva en el menor, ¿Cuál sería una forma de castigo a elegir? Objetivamente cualquier procedimiento puede tener efectos indeseables, partiendo de este punto de vista cuando se trata de formar futuros seres sanos emocionalmente, para integrarlos a la sociedad, en la familia es necesario poner límites adecuados, que el menor se sienta amado, respetado, cuidado, valorado utilizando diferentes técnicas, según sea el caso, no se debe limitar y encuadrar a una sola forma de educar, ya que cada menor es único y necesita diversidad de formas para aprender, siempre y cuando estas sean validadas, no violar sus límites y ayudándoles a su desarrollo integral.

Morán (2004) afirma:

En el hogar es donde los niños y niñas deben experimentar el sentido de bienestar, siendo este consecuente y predecible. Tanto las responsabilidades como las reglas que se implementan deben estar acopladas a la capacidad física, intelectual y social de ellos, para que les sea posible cumplirlas. (p. 16)

1.7. Ambiente Familiar

“El ambiente familiar ideal proporciona calidez, buena voluntad y “una fricción sana con los deseos e inclinaciones de los otros” (Horney, 1950, p. 18) Dicho ambiente permite que el niños desarrolle un sentimiento seguro de pertenencia en lugar de ansiedad básica.

El respeto es primordial entre los padres e hijos, permitiéndoles expresar emociones agradables como desagradables, la ansiedad, coraje, ira; buscando mantener un punto una proporción adecuada y control, para no irse a los extremos de permisividad o autoritarismo. Brindar comunicación abierta entre ambas vías es necesaria, como calor profundo, confianza, amor, enseñarles valores, códigos de ética y moral, costumbres que les ayudan a promover y respetar la leyes que están implícitas en la sociedad, respetar el credo religioso propio y de cada persona.

Horney(1950)afirma:

La negligencia y rechazo de los padres, provoca que el menor experimente ansiedad básica, se compone de hostilidad básica, por el apego que el infante tiene hacia los padres se le dificulta expresarla, lo que genera conflicto interno adoptando las siguientes orientaciones interpersonales: ir hacia la gente (solución de auto anularse), ir contra ella (la solución expansiva), o alejarse de ella (solución de renuncia). El individuo sano puede utilizar flexiblemente cada una de las orientaciones anteriores, a diferencia del neurótico que no logra. (p. 158)

Horney (1937) refiere:

Dentro de la familia, si el ambiente es cariñoso pueden tolerarse los tipos de trauma identificados por Freud, como el destete prematuro, el enfrentamiento de control de esfínteres o la observación del acto sexual entre padres. La conducta de los padres que socava el sentimiento de seguridad conducirá aun desarrollo neurótico. Esto incluye el descuido de los padres, la indiferencia e inclusive el rechazo activo del niño. (p. 80)

La conveniencia del ambiente familiar cariñoso, permitirá al niño generar sentido de permanencia y seguridad, beneficiándole en los diferentes ámbitos, le ayudará a la flexibilidad para reconocer sus propias emociones y percepción de lo que le rodea.

Los beneficios que brinda una hogar con un ambiente adecuado para el individuo, son innumerables, iniciando porque le ayuda a mantener una temporalidad estable psicológicamente desde su base, así como a reconocer desde cualquier perspectiva situaciones que le puedan crear conflictos internos y evitarlos a tiempo, no obstante en la mayoría de casos de familia esta dinámica es muy escasa, por los indicadores del tipo de familia, situación económica baja,

perturbaciones que alteran de una u otra la condición personal, trayendo con ello consecuencias como desórdenes mentales, que sin el entorno apropiado serán difíciles de superar.

Morán (2004) afirma:

El clima emocional y social del ambiente familiar en la que se desenvuelve el niño o niña es muy importante porque podría afectarle. Debido a que ellos son vulnerables a las influencias que les rodean. Para que los menores tengan experiencias positivas se le debe brindar respeto, afecto y aceptación. Este tipo de atenciones psicológicamente le permitirán trascender a un ser humano temporalidad mentalmente saludable. Entre las dificultades familiares, como las presiones hacia los niños o niñas para que cubran expectativas más de las que pueden conforme a sus capacidades físicas e intelectuales o sociales, al no satisfacer a los padres y experimentar rechazo por diferentes situaciones, hablándose de humillaciones, tratarlos con indiferencia, deseando cosas diferentes a lo que no son, hacerlos sentirse culpables por asuntos de los cuales no lo son, puede generarles sentimientos de inseguridad, inferioridad, ansiedad y posibles desajustes personales. Tornándose hostiles, rebeldes, timidez e introversión. Existe evidencia que el rechazo puede causar retardación fisiológica, mental y social. (p. 19)

Los extremos conllevan a situaciones contrarias de lo que se espera, hay hogares en donde los encargados de crianza, no hacen ningún tipo de esfuerzo por ayudar a los infantes a crecer y desarrollarse para independizarse, dándoles atención y cuidado excesivo, les limitan de la gratificación que produce realizar cosas por sí mismos, sin darse cuenta que con una mínima guía y asistencia podrían hacerlo. El otro extremo es la disciplina excesiva, si son castigados con frecuencia, esto creará una posible dependencia hacia ellos o bien personas desafiantes y agresivas.

Morán (2004) afirma:

Otros problemas que pueden existir en el ámbito del hogar son: el incesto, conducta anormal e impropia, maltrato psicológico y físico, enfermedades físicas y mentales, desempleo, incompatibilidad entre padre y madre, la presencia de personas ajenas en el hogar, miembros de la familia con inhabilidad (retardo mental, autismo), madres solteras mental y socialmente incapacitadas para asumir la responsabilidad con sus hijos, muerte de la madre o del padre, insatisfacción sexual (preferencia del mismo sexo), ausencias frecuentes y prolongadas del padre o la madre. (p. 28)

Como se observa en los párrafos anteriores, el ambiente familiar adecuado es vital para la formación apropiada de la persona, así como también el hogar es el vertiente donde se generan varias de las patologías que padecerá el ser, así sea en el presente o futuro. Es por ello que como siguiente punto se aborda el tema de negligencia parental, para hacer notoria las implicaciones que esta conlleva.

1.8. Negligencia Parental

“La negligencia como la privación de las necesidades biológicas, afectivas, intelectuales, sociales, morales, éticas, de valores y estructural del niño cuando se le pueden brindar.” (Barney, 2006, p. 10)

El término negligencia parental, muestra específicamente sobre las carencias en los infantes, inhibiendo el desarrollo integral de los mismos, por lo que es necesario trasladar y crear nuevas formas de pensar con respecto al cuidado adecuado que se debe brindar al menor, que los progenitores conozcan la consecuencias que derivarán de este tipo de acto negligente, para evitar que la manera errónea de atención trascienda a futuras generaciones.

Arruabarrena y de Paúl (1994) definieron la negligencia como: “Aquella situación de desprotección donde las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, higiene, vestido, protección y vigilancia en las situaciones peligrosas, educación y cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro de la unidad familiar.” (p. 90) El ambiente familiar adecuado ayuda a erradicar la negligencia parental, la cual no debe existir en los hogares, debido al daño emocional que provoca, en el presente del infante como en la vida adulta.

Díaz(2009) afirma:

Negligencia parental como un tipo de maltrato reiterativo que es generado por los padres, cuidadores o persona responsable del bien estar del niño/a, que se da por omisión, es decir, por la falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño/a y/o adolescente. Dicha omisión, se acentúa primordialmente en la no satisfacción y/o vulneración de las necesidades básicas. (p. 11)

La negligencia parental, se convierte en uno de los tipos de violencia intrafamiliar, cuando este es consecutivo y no se repara en el daño que se le causa al menor, por parte de los padres o de la persona responsable.

Fuster, García y Ochoa (1988) afirman:

La negligencia puede causar a largo plazo efectos sobre el desarrollo normal del niño” y describen esta situación como un “problema creciente en nuestra sociedad, que por otra parte tiene graves consecuencias negativas en el desarrollo de los niños. Cuya repercusión se extiende más allá del niño víctima, a la familia y a la sociedad.” (p. 12)

Existen estudios que aportan conocimientos por medio de investigaciones científicas sistematizadas con hipótesis comprobadas, que ayudan a ampliar y aclarar información

interesante para la formación del niño, como lo es la teoría del apego de Bowlby, a continuación se detallan conceptos básicos que amplían información sobre la misma.

1.9. Teoría del Apego

Apego este concepto se denomina así para nombrar afecto, devoción o estima, que un ser humano siente hacia otra persona u objeto. Se aborda desde diferentes perspectivas como la psicología, la filosofía y la religión. En referencia al concepto psicológico apego es el vínculo afectivo que se extiende a través del tiempo y resulta con mayor intensidad a través del mismo. El estar cerca de otro individuo le ayuda a sentirse resguardado y con seguridad, si este siente amenaza o angustia tendera a buscar a la persona por la cual siente el apego. La teoría del apego es la que analiza los comportamientos de los vínculos entre los sujetos.

La conducta de apego implica el rasgo observacional (conductual) del vínculo de apego. Para Bowlby,(1988) la conducta de apego es: “Cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se le considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo.” (p. 40)

Bowlby (1993) Los primeros estudios del vínculo del apego inician con el mismo autor en 1969, la investigación la realizó, en niños que fueron criados en instituciones y presentaban problemas emocionales, con gran dificultad de crear y sostener relaciones cercanas. Atribuyendo esta problemática a la carencia de estos menores con un intenso apego con sus madres durante la temprana edad.

La importancia que para él tenía sobre este campo, le llevo a brindar una explicación etológica de cómo y por qué se establece el vínculo entre la madre y su hijo. En el año 1993 ayudando a la experimentación planteó la hipótesis de la necesidad de vinculación entre el niño y su madre es una necesidad primaria y base en el desarrollo de la personalidad que cumple una función de supervivencia y protección para el niño.

Bowlby (1993) suponía que el sistema de apego era un sistema conductual que ya estaba pre adaptado, el cual combatía reduciendo el estrés y ayudaba a mantener un sentimiento de seguridad. Relacionando con las condiciones normales, una relación de apego con funcionamiento normal, en la que el niño puede expresar abiertamente el malestar y recibir respuesta sensible por parte del cuidador, permitirá amortiguar el choque en el niño y más adelante en el adulto en situaciones de altos niveles de situaciones atemorizantes.

La meta del sistema de apego es que el individuo viva la experiencia de sentirse seguro, es lo que permite un regulador de la experiencia emocional. Bowlby (1993) llamó modelos internos activos a lo que eran las experiencias pasadas con el cuidador y se incorporaban a sistemas representacionales, también llamados modelos internos de trabajo.

Para Bowlby (1993) todo sujeto crea sus propios modelos del mundo y de sí mismo, lo que le permite percibir los hechos producidos, le prevé el futuro y crea sus planes. En estas representaciones tempranas, esa cualidad es la clave del criterio del individuo para construir quiénes son sus figuras de apego, lo que le indicará como escogerlas y lo podría esperar de ellas en determinando momento. Formando los conceptos de figura central y figuras subsidiarias componen uno de los ejes de la teoría del apego.

1.9.1. Figuras de Apego Central y Subsidiarias

Bowlby (1993) afirma:

Referente a la figura de apego central es buscada por los niños para proveerse de afecto, cuando está cansado, hambriento, enfermo, alarmado, o cuando no sabe dónde está ubicado, usualmente es la madre, que es la que provee los cuidados. Las investigaciones que se han realizado revelan que en las diferentes culturas si los niños tienen que elegir una figura central preferirán otras subsidiarias como lo eran los hermanos mayores, y abuelos, dependiendo de como este estructurada la familia. Cuando la encuentra busca su cercanía y

logra la seguridad deseada; este patrón se mantendrá con las figuras de apego en las distintas etapas de la vida. (p. 265)

La conducta de apego se dirige primordialmente hacia una figura en particular, que estimula en el niño fuertes sentimientos posesivos. En tal situación el apego es hacia la madre, padre, o bien directamente a la persona encargada del cuidado diario del menor.

Bowlby (1993) utilizó la expresión monotropía para puntualizar la preferencia manifiesta del niño a apegarse a una figura determinada. Las personas que se sienten seguros son más cálidos, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal tienden a ser más positivos, integrados y con perspectivas coherentes del sí mismo.

El apego evitativo, es también denominado apego inseguro ansioso/evitativo, muestran un efecto plano de emociones ante la madre, este se da cuando la persona que cuida al menor deja de atender la señales de necesidad de protección del niño, lo que le priva de desarrollarse con sentimientos de confianza, esto genera inseguridad hacia los demás esperando repetir las experiencias de abandono, en base a las primicias pasadas.

Otro patrón de apego fue explicado como resistente o ansioso ambivalente. Los niños que muestra poca exploración y juego, les perturba la separación; se aferran insistentemente a la madre si muestra indicios de alejarse, si se retira y regresa, los niños se muestran enojados, indiferentes, incluso, llegan a pegar y a esconderse de la progenitora.

Main & Solomon (1990) afirman:

El patrón de apego desorganizado/desorientado, refleja inseguridad con el vínculo hacia la madre. Muestran conductas figuradamente no dirigidas hacia un fin, y dan la apariencia de desorganización y desorientación cuando se reencuentran con la madre. No miran a la madre cuando les coge en brazos y mantienen una expresión facial atónita. Algunos lloran

después de haberse calmado y se muestran fríos y distantes, refieren el término desorganizado o desorientado para describir los comportamientos antes no reconocidos de miedo, inusual, desorganizado o conflictivos. Son aprensivos, lloran se caen o ponen las manos en la boca, arquean los hombros en respuesta al retorno de sus padres; otros infantes dan vueltas en círculo, mientras simultáneamente van hacia sus padres, otros parecen desorientados, congelando todos sus movimientos, mientras exhiben una expresión como de trance o disociativo. (p. 198)

La variedad de investigaciones realizadas señalan con relación al ambiente familiar, que los infantes maltratados presentan una distorsión en el proceso de interacción padre/hijo, adicional a los incidentes específicos de abuso. En el párrafo anterior nuevamente se recalca de la importancia del ambiente familiar, para evitar complicaciones internas como externas, en el ámbito personal.

Cuando los padres maltratan a sus hijos, hay estudios que revelan variedad de dificultades intrínsecas, por lo que se hace importante analizar la vida infantil de los padres. Analizando retrospectivamente la historia de maltrato conduce de forma aparentemente inevitable a maltratar, aunque prospectivamente haber sido maltratado no lleva necesariamente al maltrato.

Los estudios sobre violencia intrafamiliar y vínculos de apego perpetúan apareciendo una y otra vez en el panorama de la psicología del desarrollo y la psicología social. Por lo que se hace necesario conocer a profundidad los temas, para brindar el apoyo psicológico según el caso. En el siguiente capítulo se amplía el tema de violencia intrafamiliar y lo devastante que suele ser para el desarrollo del individuo y sociedad.

Capítulo 3

Violencia

La Organización Mundial para la Salud (OMS), define la Violencia al uso intencional de la fuerza física o amenazas contra uno mismo, un grupo o una comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muertes, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Esta definición implica intencionalidad de realizar el acto independientemente del resultado que produce. Así mismo define la violencia familiar como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos.

La Real Academia Española da como su primera definición “cualidad de violento”. Definiendo a violento, entre otros conceptos como “que está fuera de su natural estado, situación o modo”, “que obra con ímpetu y fuerza”, “que se hace bruscamente, con ímpetu e intensidad extraordinarias”; “que se hace contra el gusto de uno mismo, por ciertos respetos y consideraciones”; “se dice del genio arrebatado e impetuoso y que se deja llevar fácilmente de la ira”.

Violencia su etimología proviene de la raíz latina “vis” que significa fuerza. Lo que significa entonces la fuerza física o psicológica que se ejecuta intencionalmente hacia otro sujeto o hacia sí mismo, o contra de sus pertenencias, o seres que ama, ya sea para conseguir un fin determinado, obligando la voluntad de la persona agredida, entre sus causas la patología del agresor, que disfruta del sufrimiento de los demás, así como también por trastornos psiquiátricos, otros factores que se implican favoreciendo actitudes violentas es el uso de alcohol o de drogas.

La violencia intrafamiliar, es devastadora para vivir en armonía y psicológicamente con salud mental estable, produce serias consecuencias proporcionando ambiente inadecuado para los que conviven en el hogar, afecta tanto a hombres como mujeres, niños, niñas, abuelas y a quienes les rodean, por lo que se debe buscar generar en todo momento una convivencia fraternal, con

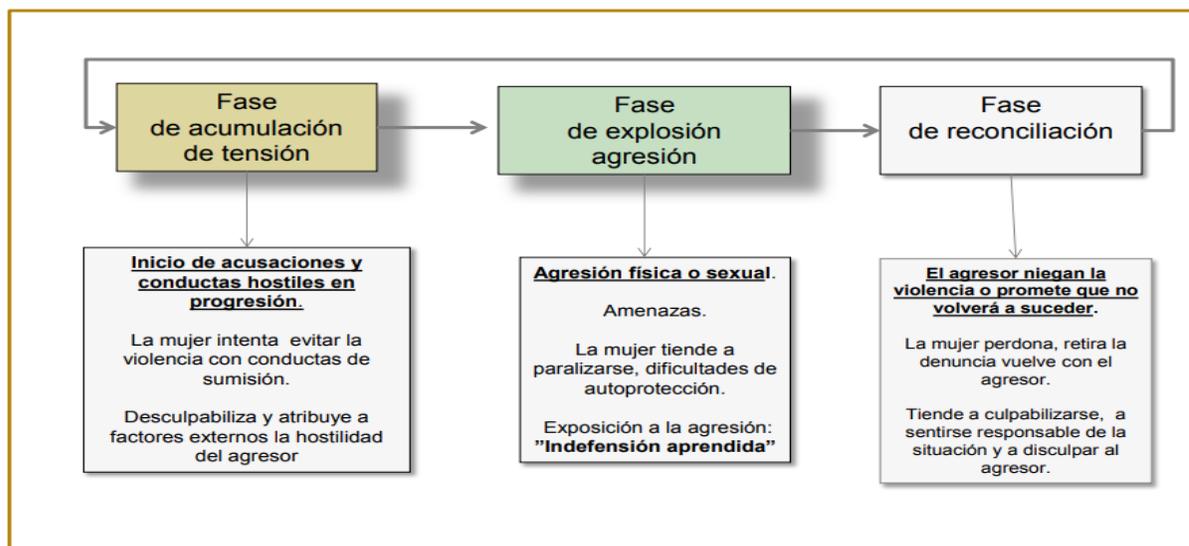
amor, confianza, respeto, responsabilidad y apoyo hacia los demás. Para educar futuras generaciones que generan cambios positivos para todos los ámbitos en los que se desenvuelven.

García (2007) expresa:

La violencia contra las mujeres se manifiesta de diversas maneras: agresiones sexuales, maltratos físicos, amenazas... Y en diversos ámbitos. Sin embargo cuando la agresión se produce en el seno del hogar es grave. Actualmente, la violencia doméstica está a la orden del día. Mujeres asesinadas por sus maridos y palizas que ponen en peligro la vida son noticias en telediarios y páginas de periódicos. El miedo y la vergüenza hacen que la víctima de malos tratos no denuncie su situación. La violencia en el hogar intimida, degrada, humilla y destruye la autoestima. (p. 268)

Gráfica No. 1

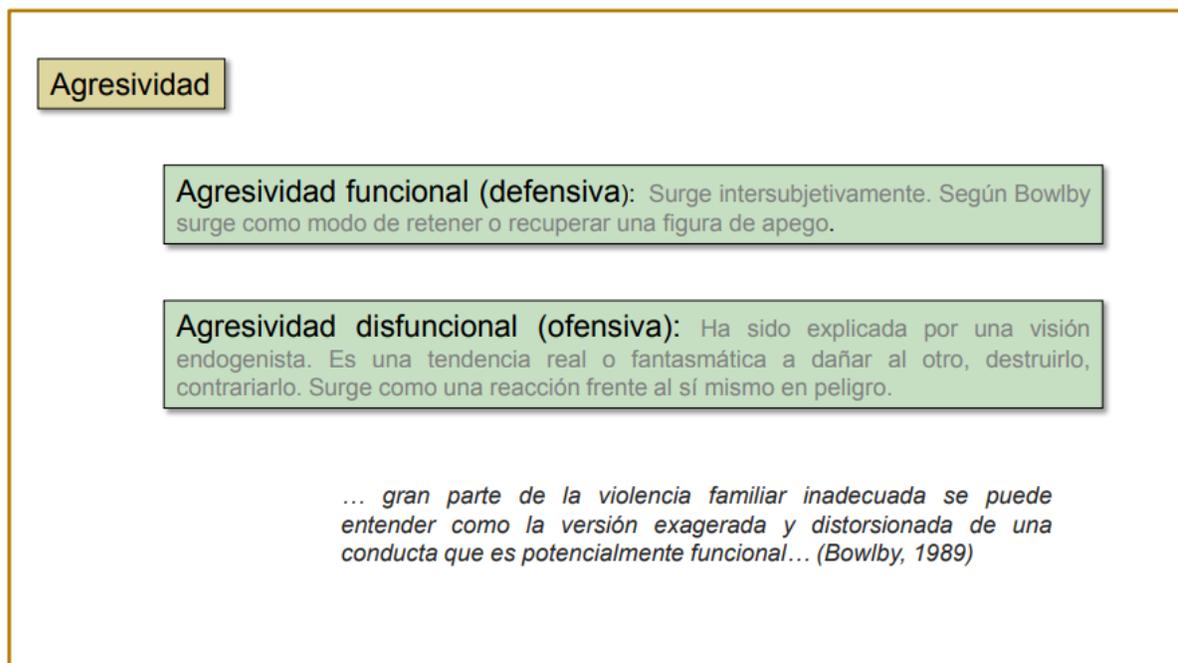
Modelo más utilizado para la explicación de la violencia hacia las mujeres es el propuesto por Walker (1994)



Fuente: Teoría del ciclo de violencia de Walker (1994)

Gráfica No. 2

Agresividad funcional (defensiva) y agresividad disfuncional (ofensiva)



Fuente: Bowlby (1993)

2.1. Tipos de Violencia familiar

La Violencia intrafamiliar, constituye una violación a los derechos humanos y para los efectos de la presente ley, debe entenderse como cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público como en el privado, a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o conviviente o exconviviente, cónyuge o excónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas. Artículo 1, Decreto 97-96 del Congreso de la República.

A continuación, se escribe respecto a los diferentes tipos de violencia que viven quienes lo padecen, privándoles de un presente y futuro con serias consecuencias tanto emocionales, físicas y sociales.

2.1.1. Violencia Física

Lesiones corporales infligidas de forma intencional: golpes, quemaduras, agresiones con armas, que no son accidente, esta es una de las mayores causas que puede originar vergüenza, temor, miedo, odio, ansiedad, entre otros.

2.1.2. Violencia Sexual

Actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y lesionan su dignidad son relaciones sexuales forzadas, abuso, violación.

Según Organización Mundial de La Salud (2002) La violencia sexual se ha asociado con diversos problemas de salud mental y de conducta en la adolescencia y la edad adulta. En un estudio basado en la población, la prevalencia de síntomas o signos que hacen pensar en trastornos psiquiátricos fue de 33% para las mujeres con antecedentes de abuso sexual durante la edad adulta, 15% para las que tenían antecedentes de violencia física por parte de su pareja y 6% para las que no habían sufrido malos tratos. La violencia sexual perpetrada por la pareja agrava los efectos de la violencia física sobre la salud mental.

También se comprobó que existe una relación entre haber sido víctima de una violación y las dificultades actuales para dormir, síntomas de depresión, afecciones somáticas, consumo de tabaco y problemas conductuales (como las conductas agresivas, el robo y el ausentismo escolar). Las mujeres víctimas de agresiones sexuales durante la niñez o la edad adulta tienen mayores probabilidades de suicidarse o de intentar suicidarse que otras mujeres. Referencia. OMS(2002)

2.1.3. Violencia Psicológica

Humillaciones, desvalorizaciones, críticas exageradas y públicas, lenguaje soez y humillante, insultos, amenazas, culpabilizaciones, aislamiento social, control del dinero, no permitir tomar decisiones.

2.1.4. Violencia Económica

Es referido a no cubrir las necesidades básicas de la persona y ejercer control a través de recursos económicos. Según artículo de Prensa Libre el 20 de abril 2017, por Geldi Muñoz Palala, de los casos de violencia contra la mujer que atendió la Defensa Pública el año pasado, el 63 por ciento fue por tipo económico.

La Estadísticas del Instituto de la Defensa Pública Penal (IDPP) de los 10 mil 784 casos y asesorías que brindaron a víctimas de violencia contra la mujer, seis mil 756 fueron en la manifestación económica, mil 176 psicológica, 686 física, 459 sexual y mil 707 casos en los que las agredidas manifestaron haber sufrido más de una de las manifestaciones.

El delito de violencia contra la mujer ocupa el primer lugar de los casos que atienden los defensores públicos, durante el año pasaron recibieron cuatro mil 602 casos solo de este delito, mientras que durante el 2015 fueron tres mil 672.

Otro delito que tiene relación con la mujer es el de negación de asistencia económica, del cual el Idpp atendió mil 798 casos el año pasado, este se da luego de que las mujeres acuden a una instancia penal y el juez resuelve que el hombre debe pasar una cantidad determinada para la manutención de los hijos, pero incumplen.

Según las estadísticas del Ministerio Público, la violencia contra la mujer es el delito más denunciado. En el 2016 se registraron 56 mil 174 reportes, mientras que en el 2015 fueron 54 mil 795.

2.1.5. Violencia Doméstica

Es considerada un problema de salud pública de primer orden por organizaciones internacionales y gobiernos. La Organización de la Naciones Unidas ONU en 1995 establece entre sus objetivos estratégicos la lucha contra la violencia contra las mujeres.

La Organización Mundial de la Salud en 1998, declaró a la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud; el mismo año en nuestro país se reconoció de forma explícita la Violencia Doméstica como un problema de estado y así se recogió en el “Plan de acción contra la Violencia Doméstica”. La violencia doméstica comporta graves riesgos para la salud de las víctimas tanto a nivel físico como psicológico, y el impacto emocional que genera esta situación es un factor de desequilibrio para la salud mental, tanto de las víctimas como de los convivientes.

A continuación se amplía el tema, con información de El Instituto Nacional de Estadística –INE-, indicando la prevalencia de la violencia intrafamiliar en Guatemala.

El Instituto Nacional de Estadística -INE-, en cumplimiento de sus funciones como órgano central de información de divulgar datos estadísticos de los delitos contemplados en la Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar, emite el presente informe de Estadísticas de Violencia Intrafamiliar que corresponde al período del primer trimestre 2014, siendo esta la primera publicación de este tipo.

El documento incluye datos preliminares del período Enero-Marzo 2014, sobre los hechos de violencia intrafamiliar registrados, las características de las mujeres y los hombres víctimas, las características de las mujeres y los hombres agresores, así como cuadros estadísticos donde se analiza la variación entre períodos de estos hechos. Las fuentes para el presente son:

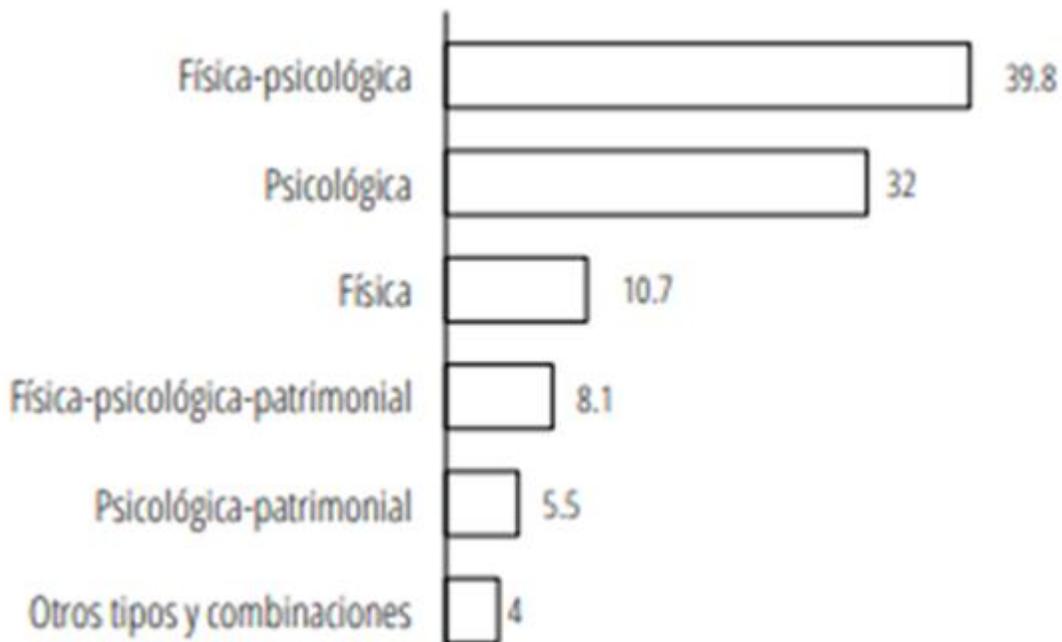
- Ministerio Público (MP),
- Procuraduría General de la Nación (PGN),

- Policía Nacional Civil (PNC),
- Organismo Judicial a través de los juzgados de Paz y de Familia (OJ),
- Bufetes Populares (BP) y la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH).

Con esta publicación el instituto persigue contribuir significativamente a las crecientes demandas de información de las y los usuarios de estadísticas de violencia intrafamiliar. Corresponde a los hechos registrados a través de la boleta única de registro estadístico de violencia intrafamiliar, recopilada de las seis instituciones nombradas en la Ley (Decreto 97 - 96)

Hechos de Violencia Intrafamiliar. El primer trimestre del 2014 tuvo un crecimiento del 13% en relación al último trimestre del 2013 (T4-2013). La variación interanual del primer trimestre del 2014 fue de un incremento del 4.0%. C. Ver la siguiente gráfica.

Gráfica No. 3
Distribución de denuncias por tipo de violencia



Fuente: INE (2014)

Institución que recibió la denuncia. En lo que se refiere a la institución que recibió la denuncia, el Organismo Judicial recibió el 58.4% del total de denuncias, seguido por la Policía Nacional Civil (34.1%) y el Ministerio Público (4.4%). Los bufetes populares no recibieron ninguna denuncia. Ver la siguiente gráfica.

Gráfica No. 4
Distribución Porcentual de denuncias de violencia Intrafamiliar según la Institución que recibió la denuncia

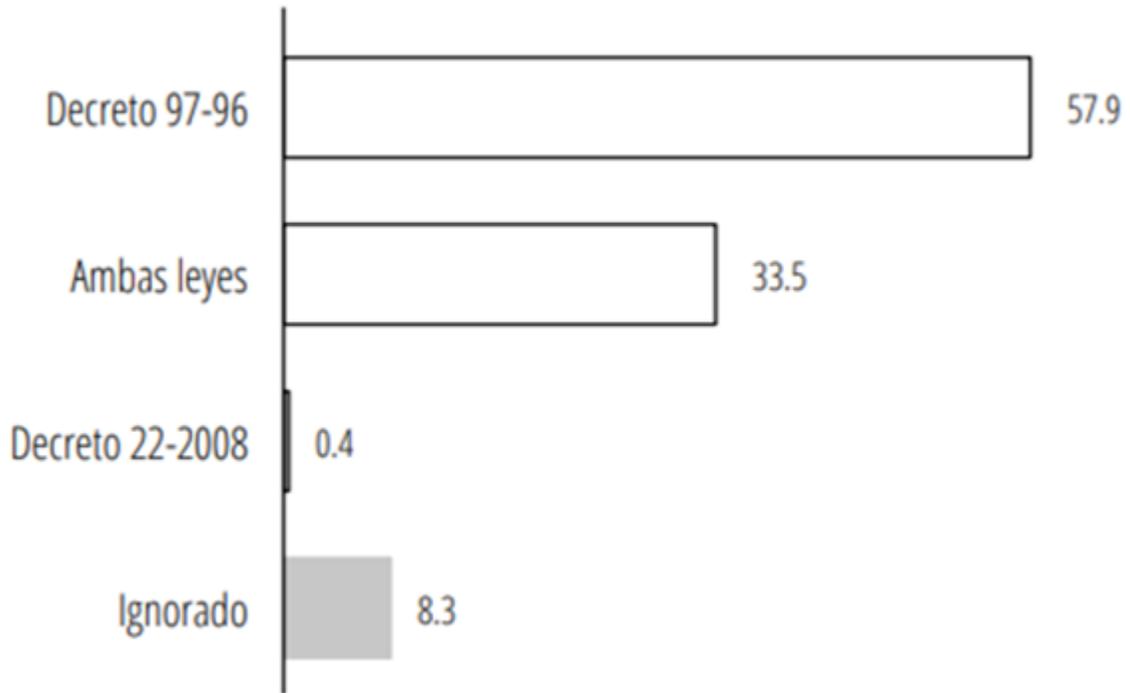


Fuente: INE (2014)

Denuncias por ley aplicada. Del total de casos reportados por el Organismo Judicial, el 57.9% fueron denuncias catalogadas dentro de los hechos contemplados en el Decreto 97-96 (Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar), el 0.4% de los casos fueron del Decreto 22-2008 (Ley Contra el Femicidio y otras Formas de Violencia Contra la Mujer) y el 33.5% se le aplicaron ambas leyes. Del 8.3% se desconoce si se aplicó o no alguna ley. Ver la siguiente gráfica.

Gráfica No. 5

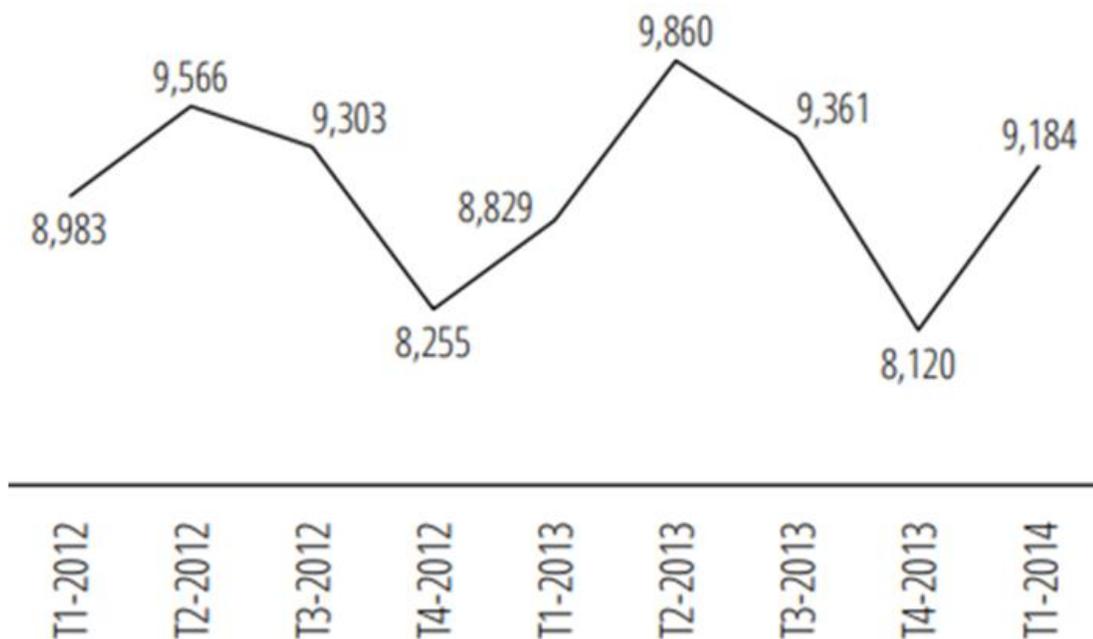
Distribución porcentual de denuncias de violencia intrafamiliar reportadas por el Organismo Judicial, por ley aplicada



Fuente: INE (2014)

Hechos de Violencia Intrafamiliar. El primer trimestre del 2014 tuvo un crecimiento del 13% en relación al último trimestre del 2013 (T4-2013). La variación interanual del primer trimestre del 2014 fue de un incremento del 4.0%. Ver la siguiente gráfica.

Gráfica No. 6
Casos de violencia intrafamiliar registrados

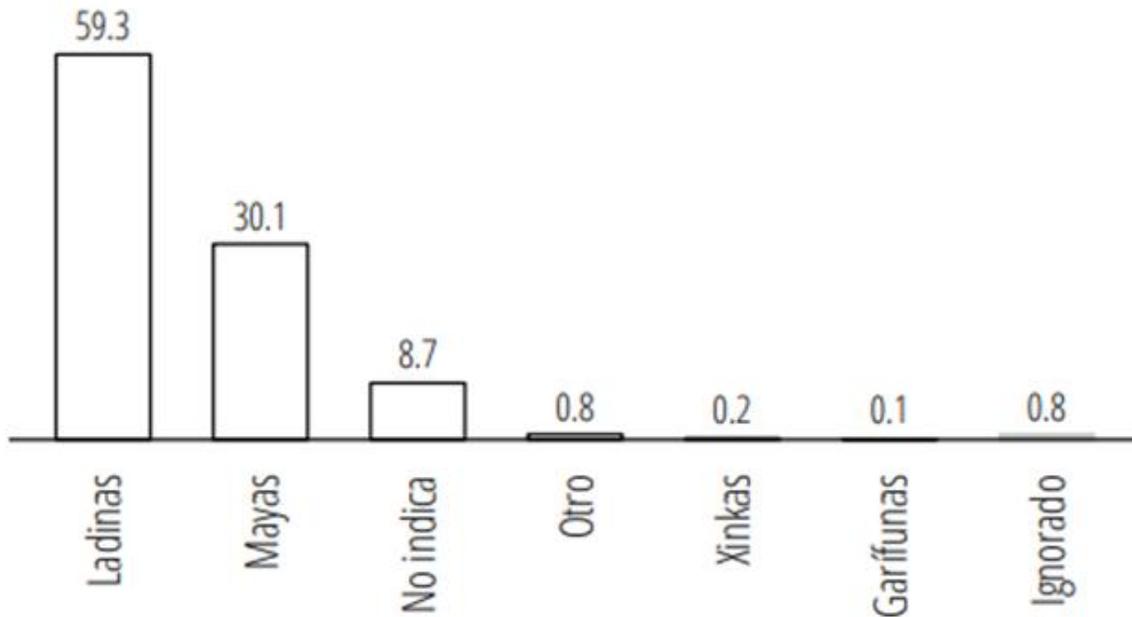


Fuente: INE (2014)

Mujeres víctimas según pueblo de pertenencia. Del total de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, el 59.3% se auto identificaron como ladinas, el 30.1% son de alguna comunidad lingüística maya y el 1% de los pueblos Garífuna, Xinka y otro. El 8.7% de las víctimas no indica ningún grupo de pertenencia y el 0.8% de los casos se ignora su pueblo de pertenencia. Ver la siguiente gráfica.

Gráfica No. 7

Porcentaje de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar por pueblo de pertenencia

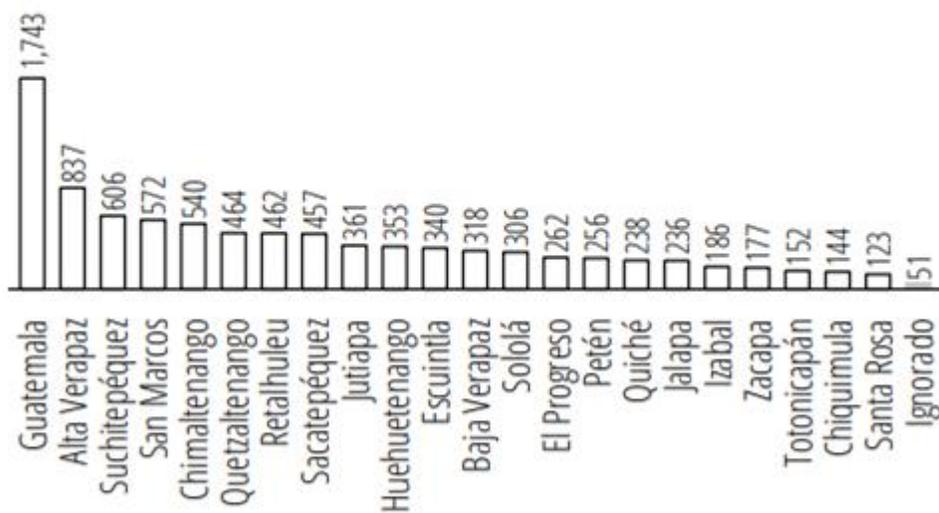


Fuente: INE (2014)

Denuncias por departamento de ocurrencia. La distribución por departamento de ocurrencia del hecho, muestra que los departamentos con mayor cantidad de denuncias fueron Guatemala (19%), Alta Verapaz (9%) y Suchitepéquez (7%). Asimismo los que reportaron la menor cantidad de casos fueron Totonicapán (2%), Chiquimula (2%) y Santa Rosa (1%). Ver la siguiente gráfica.

Gráfica No. 8

Número de denuncias por departamento de ocurrencia

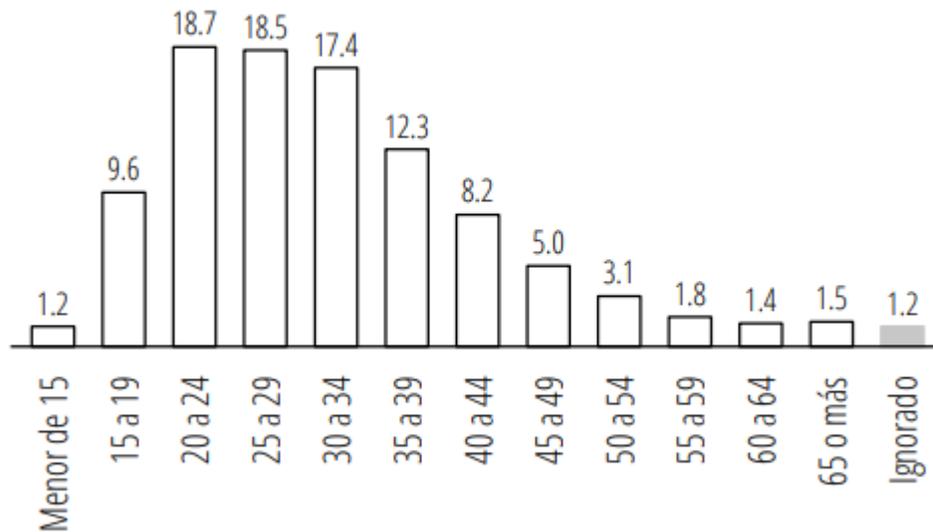


Fuente: INE (2014)

Mujeres víctimas por grupos de edad. La distribución de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, por grupo de edad, muestra que el 54.6% están entre los 20 a 34 años de edad. La menor proporción de denuncias de mujeres víctimas, es el grupo menores de 15 años (1.2%). Ver la siguiente gráfica.

Gráfica No. 9

Porcentaje de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, por grupos de edad

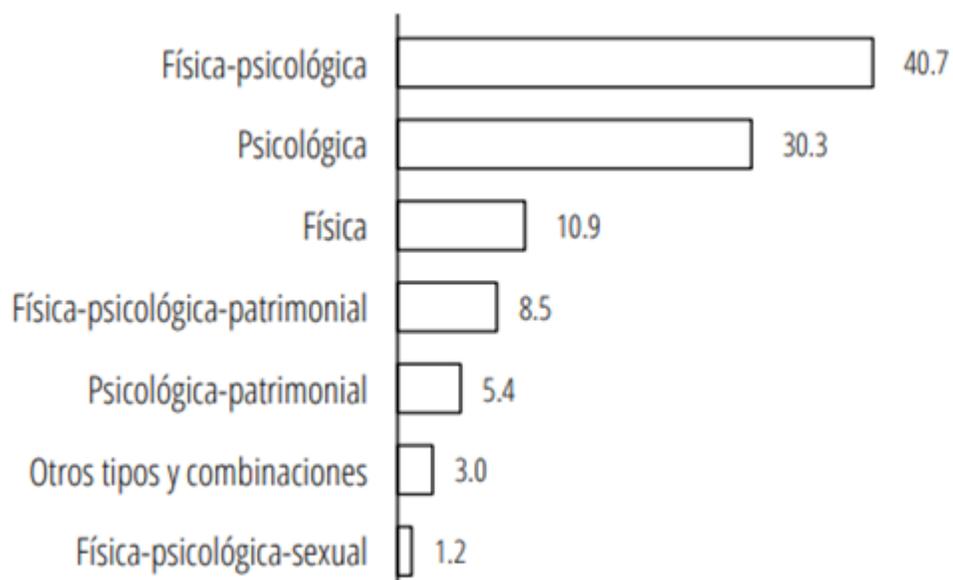


Fuente: INE (2014)

Mujeres víctimas por tipo de agresión sufrida. En el tipo de violencia denunciado por las mujeres víctimas el 40.7% de los casos fue la combinación de violencia física y psicológica, 30.3% violencia psicológica y el 10.9% violencia física. Ver la siguiente gráfica.

Gráfica No. 10

Distribución de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, por tipo de agresión sufrida

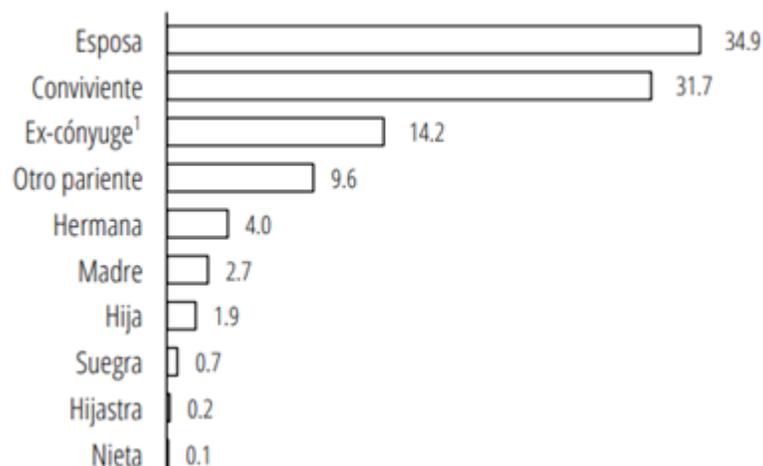


Fuente: INE (2014)

Mujeres víctimas según su relación con el agresor(a). La distribución de las víctimas según su relación con el agresor(a), el 34.9% denunció que fue su esposo, el 31.7% que fue su conviviente, el 14.2% excónyuge. En menor proporción, el 0.1% de las denuncias fueron realizadas por mujeres que declararon que el agresor fue su abuelo(a). Ver la siguiente gráfica.

Gráfica No. 11

Distribución porcentual de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar por relación con el agresor (a)



Fuente: INE (2014)

Es palpable con los datos anteriormente descritos por Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, como la violencia intrafamiliar, impera en porcentajes altos en Guatemala, convirtiéndose en un ente para brindar apoyo psicológico.

2.2. Abuso

Según la real academia española (RAE) describe abuso, como usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente algo o alguien. Así mismo refiere los diferentes tipos de abuso a continuación.

2.2.1. Abuso Sexual

Se refiere cuando una persona tiene relaciones sexuales con otra sin su consentimiento, se le denomina abuso sexual o violación. Este puede darse entre dos personas adultas, un adulto a un niño, o entre niños. Un abusador sexual obliga a la víctima a tener actividad sexual con él, entendiéndose como actividad sexual a todo acto de penetración de los genitales, el abuso también es obligar a tener sexo oral, obligar a tocar los genitales, obligar a observarlo masturbándose, entre otros.

2.2.2. Abuso Físico

Indica que el abuso físico como lo son golpes, puñetazos, mordeduras, quemaduras, restringir el movimiento, que va aumentando frecuentemente hasta que gradualmente puede causar homicidio, incluso son daños a la propiedad o artículos de valor, entre otros.

2.2.3. Abuso Emocional/Psicológico

Incluye cualquier acción que afecta la salud mental y el bienestar de una pareja, tales como : el uso de insultos, el criticismo constante, el hostigamiento, el echar la culpa de todo a la víctima, ser posesivo, celoso en extremo, mantener alejada a la víctima de familiares y amigos, intimidación y la humillación.

De acuerdo a la legislación vigente actualmente en Guatemala, “La violencia intrafamiliar, constituye una violación a los Derechos Humanos, debe entenderse como cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público como en el privado a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o conviviente o ex conviviente, cónyuge o ex cónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas”. Art. 1 de la Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar. Decreto 97-96.

Las estadísticas de violencia intrafamiliar, se presentan como una aproximación a la medición del registro de denuncias de Violencia Intrafamiliar, con el propósito de informar a la sociedad guatemalteca sobre ciertas características de esta problemática y dar cumplimiento al artículo 8 del reglamento del Decreto 97-96, acuerdo gubernativo 831-2000, reformado con el acuerdo gubernativo 463-2013.

Es de total relevancia conocer las leyes que protegen y buscan erradicar el Abuso y Violencia, por lo que a continuación se detallan algunos artículos del marco legal en Guatemala, con la finalidad de ampliar el tema y se conozca de fuente directa, de esta manera hacer valer los derechos que competen en determinadas situaciones.

2.3. Marco Legal del Abuso y Violencia en Guatemala

Según acuerdo a la legislación vigente actualmente en Guatemala, en ejercicio de las atribuciones que le confiere la literal a) del artículo 171 de la Constitución de la República de Guatemala. A continuación se hace mención de Decreto 97-96, Ley Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar, del Congreso de la República de Guatemala, Considerandos en 2003. En los siguientes artículos.

Tabla No. 3
Marco legal violencia

Artículo 1.	Violencia intrafamiliar.
Artículo 2.	De la aplicación de la presente ley.
Artículo 9.	De la reiteración del agresor.
Artículo 10.	De las obligaciones de la policía nacional.
Artículo 13.	Ente Asesor.

Fuente: Constitución Política de Guatemala (Decreto 97-96).

2.4. Marco Legal del Abuso y Violencia Interamericano

A nivel Internacional existen leyes promulgadas por la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, que a su vez buscan minimizar la violencia intrafamiliar, a continuación se mencionan algunos de los artículos y decretos para promoverla estipulados por la organización de estados americanos. OEA(1994)

La Convención de Belem do Pará , ha sido ratificada por casi todos los Estados de la Región,4 con excepción de Canadá, Cuba, Estados Unidos y Jamaica, y por tanto, los Estados ratificantes adquirieron las obligaciones que este texto consagra en sus artículos 7 y 8 y que hacen referencia a acciones de hacer y no hacer en los planos de la prevención, sanción (legislación y acceso a la justicia), atención integral (detección, intervención en crisis, protección y derivación a las instancias correspondientes) e información y registro.

Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “convención de belém do para”, los estados partes de la presente, reconociendo que el respeto irrestricto a los derechos humanos ha sido consagrado en la declaración universal de los derechos humanos y reafirmado en otros instrumentos internacionales y regionales.

Tabla No. 4

Han convenido los siguientes artículos

Artículo 1.	Debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.
Artículo 2.	Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:
Artículo 3.	Toda Mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.
Artículo 4.	Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos.

Artículo 5.	Toda mujer podrá ejercer libre y plenamente sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y contará con la total protección de esos derechos consagrados en los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos.
Artículo 6.	El derecho de toda Mujer a una vida libre de violencia.
Artículo 7.	Los Estados Partes condenan a todas las formas de violencia contra la mujer.
Artículo 8.	Los Estados Partes convienen en adoptar, en forma progresiva, medidas específicas.
Artículo 10	Los Estados Partes deberán incluir información sobre las medidas adoptadas para prevenir y erradicar la violencia contra la mujer, para asistir a la mujer afectada por la violencia.

Fuente: Organización de Estados Americanos (1994).

Los acuerdos y tratados para erradicar la violencia intrafamiliar, buscan el bienestar de la familia, del individuo, han tenido que enmarcar de manera explícita cada una de sus pautas, debido al daño emocional que este provoca, trasladando socialmente ese daño, a la familia que es la base de la sociedad, y donde el individuo tiende a formar sus patrones de conducta, quienes son víctimas, están privados de vivir una vida en armonía y que les permita desarrollarse integralmente.

Capítulo 4

Antecedentes

3.1. Terapia Cognitivo Conductual Aaron Beck

La terapia Cognitivo-Conductual (TCC), es un tratamiento psicoterapéutico usualmente utilizado a corto plazo y su enfoque es ayudar al paciente en un problema muy específico, durante el proceso aprende cómo identificar y cambiar patrones de pensamiento destructivos o perturbantes, es utilizado para tratar diferentes tipos de trastornos entre ellas fobias, adicción, depresión y ansiedad. La TCC ayuda a los pacientes a comprender que los pensamientos y sentimientos influyen en su forma de comportarse.

Goldfried (1996) sostiene un aspecto importante en el desarrollo del enfoque Cognitivo-Conductual, es darle a las cogniciones un papel principal en la conducta, con la finalidad que el paciente busque que se dice a sí mismo para entender su malestar emocional y las reacciones alrededor. Conforme el proceso más que las cogniciones y diálogos internos, lo que se trata es de establecer es el significado en el fondo de esas cogniciones, lo que es en sí la esencia de la conducta.

Cuando se inicia el tratamiento en clínica, los pacientes les es difícil manifestar de forma directa lo que piensan vinculándolo con su propio malestar emocional, lo que hace ardua la tarea para identificar que se están diciendo a sí mismos, antes, durante y después de expresar lo que sienten, a diferencia cuando se les ayuda a reconocer el sentido, se hablan hacia ellos mismos, a través de pensamientos automáticos.

La terapia Cognitivo-Conductual ayuda al paciente mediante diferentes técnicas aplicadas a romper el ciclo de pensamientos negativos y preocupaciones. Si el paciente logra romper este ciclo podrá desarrollar un sentido de control sobre el comportamiento preocupante manejando y reduciendo los pensamientos ansiosos. Los beneficios con el tiempo superan a las intervenciones psicofarmacológicas. A continuación se muestran los antecedentes del origen de la terapia Cognitivo-Conductual para comprender a grandes rasgos sobre el tema.

3.2. Cognitiva Conductual

Rojas y Tobón (2005) sostienen en los tiempos contemporáneos de Sócrates, Platón y Aristóteles, la psicología era una herramienta mucho más física que mental, a diferencia de la que existe en la actualidad, es intrigante conocer qué hace más de 3000 a 2000 años antes de Cristo, la psicología era usada dentro de la medicina no era como una rehabilitación, realmente era como una tortura, no era de extrañarse que tarde o temprano se cambiara el enfoque.

En la época antes mencionada se consideraba que una persona trastornada o con pensamientos psicópatas, no era más que almas endemoniadas que se introducían en sus víctimas para

torturarlos o engañarlos, creyendo de esto que al hacer una cirugía muy ortodoxa sin sentido en la cabeza del paciente, provocaría un agujero sobresaliente para que estas almas fueran liberadas y encontrar una rehabilitación por lo menos no con vida, pero si en paz.

La psicología tiene diversos enfoques terapéuticos, la psicología explora conceptos como la percepción, la atención, la motivación, la emoción, el funcionamiento del cerebro, la inteligencia, el pensamiento, la personalidad, las relaciones personales, la conciencia y la inconsciencia. Gracias a esto se crearon estudios más confortantes y humanos que antes no existían. Para continuar esta breve explicación de la creación de las terapias conductivo conductual es importante conocer la historia dividiendo la terapia en dos partes por un lado la cognitiva y por el otro conductual.

3.3. El cognitivismo

El cognitivismo es una escuela psicológica heredada de ciencia fundada por Wilhelm Maximilian Wundt (16 de agosto de 1832 -31 de agosto de 1920) un fisiólogo, psicólogo y filósofo célebre por haber desarrollado el primer laboratorio de psicología experimental en Leipzig en 1879, su enfoque central la cognición, problemas mentales y los procesos sensoriales de la mente, y de los funcionamientos mentales implicados en el saber. Su primordial estudio son los mecanismos del conocimiento, desde la percepción, la memoria y el aprendizaje, implantando formación de conceptos y razonamiento lógico.

En cuanto a lo cognitivo este es el acto de conocimiento, en sus funciones de guardar, memorizar, percibir, analizar, organizar y usar la información recibida a través de los sentidos. La investigación cognitivista en los campos del juicio y de la toma de decisiones han tenido un gran impacto en otras disciplinas.

M. Nezu, Maguth Nezu y Lomardo (2006) sostienen que la a terapia Cognitiva fue formulada y desarrollada por Aaron Beck, en inicios de los años setenta. La formulación original de la Terapia Cognitiva, Beck marca los principales componentes que contribuyeron: entre ellos la

insatisfacción con resultados del psicoanálisis, investigaciones con la depresión, así como la observación y auto observación de pensamientos de los pacientes, en sucesos vitales negativos de alta información emocional.

Entre los autores que realizaron los primeros trabajos de formulaciones de la Terapia Cognitiva, se destacan Psicólogos como Kelly y Piaget, psicoanalistas como Alexander, Adler, Horney y Sullivan.

Beck, plantea un modelo cognitivo para explicar los trastornos emocionales, iniciando con la depresión, también un procedimiento de intervención basado en la Terapia Cognitiva. Plantea que los individuos ante un suceso estimular no responden automáticamente, sin antes emitir una respuesta emocional o conductual, perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo. El proceso de intervención de la Terapia Cognitiva, está dirigido fundamentalmente a modificar los patrones cognitivos disfuncionales.

3.4. El Conductismo

En América del Norte se formó como una herramienta naturalista con inspiración en la física (en contra a la psicología fundada por Wundt, que 1879 creó el primer laboratorio en Alemania); Es destacada porque recoge datos sobre la conducta observación visual objetivamente, y para usar una metodología sistemáticamente, escribiendo teorías para su descripción analítica, sin interesarse por su explicación.

Estas metodologías conductistas tienen como base en el método científico, y trata de conocer las condiciones que determinan el comportamiento de cualquier animal, por el esquema causa-efecto, y permiten en algunas situaciones la predicción del comportamiento y la posibilidad de intervenir en ellas. Su psicología se orienta hacia la producción tecnológica.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001) refiere uno de los defensores más impacto del conductismo fue Burrhus Frederic Skinner, quien transcribió y formo diversos trabajos con gran controversia sobre las diferentes técnicas psicológicas para la transformación del comportamiento. El fin de las teorías de Skinner era crear una sociedad en completa armonía.

La Terapia Cognitivo Conductual (T.C.C.), Su origen tiene como base la terapia conductual a mediados de los años cincuenta, y su conjunto con la terapia cognitiva en los años setenta, posicionándose como tal en los años ochenta y noventa mediante una consistencia línea de investigación sobre su eficacia, efectividad y eficiencia en el tratamiento de diferentes trastornos psicológicos.

Dentro del marco de la psicología conductual, influyeron particularmente los modelos mediacionales, los cuales progresivamente reconocieron la importancia de la cognición. Así surgieron dos modelos de terapia cognitiva. El de Beck y el de Ellis, luego en los años ochenta, emergieron dentro de este campo las terapias constructivistas y pos racionalista.

Principales aportaciones históricas de Watson y Skinner, mostrando como esta terapia fue ampliando y progresando en sus horizontes lineales reconocidos más allá del marco estrecho del conductismo radical y progresista.

Uno de los precursores por unificar estas terapias es por el psicólogo Ardilla en 1993 con su propuesta de la síntesis experimental de comportamiento. Los hallazgos de Watson en 1930, considera que la conducta era creada por el ambiente o de la interacción del ambiente y el organismo, por Skinner 1975 o Kanfer y Phillips 1976.

Los modelos no mediacionales se inician con Thorndike en el año de 1898, autor que trato de relacionar eventos antecedentes sobre un animal al tener un alimento fuera del aula. Por otro lado Pavlov, 1849 a 1936 realizó otros estudios basando de Thorndike pero este solo con ambientes de observación. Después de los estudios observables Watson en 1878 y 1958, fue quien planteo el conductismo como una herramienta psicología. Todo esto fue reformando la aportación de

Burrhus y Frederic Skinner 1904 – 1992 quien uso los datos empíricos y gradualmente para el método inductivo. Así entre los años de los 60 a 90 gracias a estos grandes aportes se creó la técnica de Terapia cognitiva Conductual. Que no era más que un debate entre Watson y Skinner.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), se centra en la utilización de gran variedad técnicas que el terapeuta aplica durante el proceso del tratamiento, permitiendo a los pacientes superar con éxito, puntualmente la problemática que les asecha, las cuales se detallan a continuación.

3.5. Técnicas

3.5.1. Técnicas Conductuales

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) refieren existen variedad de técnicas que ayudan y apoyan a un psicólogo para descubrir la conducta de un paciente, para el terapeuta conductual el cambio manifiesta un cambio de sí mismo, para el terapeuta cognitivo es un fin para conseguir la modificación cognitiva que es el objetivo principal para la terapia cognitiva. Las técnicas conductuales son herramientas que permiten experimentar para probar hipótesis y creencias del paciente. Con la finalidad de probarle al paciente que puede hacer cosas que antes pensaba que no podía. Por pensamientos negativos en sus emociones, motivaciones y conducta. Esta técnica permiten que el paciente inicie acciones que le ayuden a reducir los pensamientos obsesivos, para conseguir bienestar.

Tabla No. 5
Técnicas conductuales

Programación de actividades	de	La finalidad es buscar la manera de comprobarle al paciente que puede controlar su tiempo y realizar algunas actividades realistas, realizando una serie programas con diferentes niveles, cuidando no exceder el nivel de dificultad, para que sea agradable y no producir el efecto contrario.
-----------------------------	----	--

Role-Playing:	Esta técnica no solo sirve para ensayar la conducta que se aplica en el ambiente, también para demostrarle al paciente que todo lo que piensa en un futuro no es verdad, que hay alternativas diferentes y situación positivas en su forma de actuar.
---------------	---

Fuente: Manual de técnicas de intervención cognitivas conductuales.

3.5.2. Técnicas de Afrontamiento

Existen otras técnicas conductuales que como las anteriores que apoyan según su trastorno para el objetivo de su tratamiento, siempre con el objetivo de modificar sus pensamientos negativos.

Tabla No. 6
Técnicas de afrontamiento

Técnicas de control de Estímulos	Sirve para reducir los estímulos que interfieren para dormir y reducir los que inducen. Por ejemplo no tomar cafeína de noche, no dormirse tan tarde sin un horario cronológico de sueño, evitar ir a dormir con problemas del día. Entre otros.
Relajación: Como estrategia de Coping	Es decir usar la relajación para poder reducir la ansiedad que interfiere con el afrontamiento en un problema.
Exposición graduada	Son las situaciones de ansiedad o a las que escapan, frecuentemente con pacientes de ansiedad. La exposición se puede realizar mediante conciencia sistemática de la imaginación o trasladar todo en vivo siempre y cuando tengan en consideración cuales afectan más que otras.
Control de la Respiración o técnicas de hiperventilación	Se utiliza cuando la persona sufre de trastorno de ansiedad, pánico o situaciones somáticas amenazantes como ocurre en los problemas de agorafobia.

Entrenamiento Asertivo	Permite poner en prácticas las situaciones entrenadas para manejar adecuadamente las situaciones o ambientes que se encuentran, y personas que provocan ansiedad. Incluye opinar, decir no, expresarnos. Entre otros.
------------------------	---

Fuente: Manual de técnicas de intervención cognitivas conductuales.

3.5.3. Técnicas Emotivas

Se utiliza en las sesiones que implementa el terapeuta y sirve para que el paciente sea entrenado para su uso en situaciones de ambiente natural, además cuando sienta que su estado emocional sea alterando y necesita controlarlo. Beck menciona algunas que sirven para pacientes depresivos.

Tabla No. 7
Técnicas emotivas

Inducción de autocompasión	Se utiliza principalmente cuando algunas personas no pueden desahogarse llorando y necesitan hacerlo.
Inducción de cólera controlada	Se trata de señalar aspectos de la experiencia o la situación que puedan provocar cierto enfado con la vida. Personas o situaciones. el sentimiento de enfado se puede tomar positivo si, es usado para no sentir frustración y tristeza.
Evitar verbalizaciones internas catastróficas	“El no puedo soportar tanto sufrimiento” ayuda a fortalecer el sentimiento de tristeza, dado que esto expresa, motiva la percepción de frustración y problemas, la idea es que el paciente pueda sustituir pensamientos negativos por positivos, para soportar el sufrimiento que está pasando en el momento.
Distracción externa	Ver la T.V. llamar por teléfono, leer libro, entre otros. Son distractores para disminuir la ansiedad y evitar que su mente se centre en sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad.
Hablar de forma limitada de los sentimientos	Sirve para reducir el sentimiento de tristeza, procurando no hablar a cada momento de sus sentimientos, puesto que la continuidad de esto hace que el malestar se mantenga.
Análisis de responsabilidad	Reduce sentimientos de culpa, frecuentemente en los pacientes con ira o rencor que puedan estar depresivos.

Fuente: Manual de técnicas de intervención cognitivas conductuales.

3.5.4. Técnicas Cognitivas

Aaron Beck consideraba a estas técnicas, como el conjunto de información que se utiliza para cuestionar de forma socrática las ideas del paciente para encontrar y modificar pensamientos negativos.

Tabla No. 8
Técnicas cognitivas

Autoregistros	Sirve para identificar pensamientos del paciente en la terapia, cuales le producen malestar, así como analizar la capacidad del dominio y cordura en diferentes actividades. El más utilizado es registro diario de pensamientos distorsionados, con la finalidad de examinación o tratamiento diario.
Descubrimiento Guiado	Sirve para alcanzar nueva información que involucren sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático.

Fuente: Manual de técnicas de intervención cognitivas conductuales.

3.5.5. Técnicas Cognitivas Específicas

Las técnicas específicas de cuestionamiento socrático y descubrimiento guiado son equivalentes, las más habituales:

Tabla No. 9
Técnicas cognitivas específicas

Técnicas de Retribución	Sirve para cambiar los rasgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales de locus de control interno como externo, estabilidad e inestabilidad y especificidad global o específico.
Técnica de Conceptualización Alternativa	Esta técnica sirve para encontrar soluciones a las problemáticas únicas y encontrar la solución.
Técnicas basadas en la imaginación	Se solicita al paciente que se imagine una situación o preguntar al respecto de los sentimientos y conductas que se desatan. Para

	conocer el estado de daño que se produce.
--	---

Fuente: Manual de técnicas de intervención cognitivas conductuales.

Beck, Rush, Shaw y Emery (1985) Recogen algunas de las principales técnicas cognitivas basadas en la imaginación que se utilizan en terapia cognitiva.

Tabla No. 10

Principales técnicas cognitivas basadas en la imaginación

Parada de Imaginación	Se le pide al paciente que se imagine una situación de su vida o un recuerdo que le provoque malestar, después imaginarse otras situaciones que le den armonía y felicidad para cambiar las negativas.
Repetición Continuada	Cuando el paciente tenga una inestabilidad emocional por imaginar una fantasía o situación de su vida, que lo altere se le recomienda y se le pide que memorice o repita la situación hasta que se tranquilice emocionalmente.
Proyección Temporal	Se solicita al paciente que cuando tenga una imaginación muy fuerte que le altera su estado de ánimo, que haga de esa imaginación un ambiente muy distinto al que tenía en ese momento alterando el tiempo con un año, mes, día, para que se pueda tener una objetividad de su problema.
Imagen metáfora	Puede indicársele al paciente que tenga diferentes visiones o imaginaciones de sus pasados altamente emotivos.
Parada de imagen catastrófica	Se indica al paciente que ante memorias de imágenes catastróficas, intente omitir, cambiar o ser neutro. Que cambie su ambiente que le altera muy profundamente su estado de ánimo, para cambiarlo por un lugar más armónico y seguro.
Imaginación inducida	La idea es que el paciente cambie la imaginación negativa por positiva, con la intención que el paciente pueda controlar su pasado positivamente.
Repetición de metas	Para reformar la autoeficacia perceptiva del momento, se le pide al paciente que repita las situaciones positivas hasta llegar a tener el control de su fantasía.
Imaginación positiva	Se le indica al paciente que cambie las imaginaciones negativas por las positivas, para que pase más tiempo pensando en lo positivo que en lo negativo. Para ser utilizada como distracción cuando tenga incomodidades.
Imaginación como estrategia de Coping	Se entrena para utilizar la imaginación como estrategia para afrontar su situación, usando el comportamiento o la personalidad de una persona como modelo, intentando cambiar la situación de su estado de menos a más amenazante y entrenándose mentalmente distintos posibles finales.

Fuente: Manual de técnicas de intervención cognitivas conductuales.

3.6. Tratamiento/Plan Terapéutico

El tratamiento conllevará una serie de sesiones terapéuticas, en la primera sesión generalmente sirve para recolectar datos e información sobre por qué el paciente recurre al requerimiento psicológico, mediante entrevista abierta, semiestructurada o estructurada, establecer un buen rapport, explicar sobre las bases de la terapia cognitiva, cómo se llevará a cabo el tratamiento y crear la expectativa sobre el cambio que podrá realizar el paciente.

Aunque existen variedad de manuales de tratamiento y autoayuda, las técnicas no se aplican de manera automática y uniforme cada paciente y caso conlleva la utilización de las mismas de manera individual y única.

Sin embargo, durante el tratamiento es el paciente quien aprende a detectar sus pensamientos intrínsecos y aprende a cuestionarse las secuelas que conllevan a permitir un significado particular a sus experiencias.

Es importante antes de dar por terminado el tratamiento, que el terapeuta analice y valore si el paciente ya ha adquirido la habilidad y entrenamiento necesario para descubrir y cuestionarse los pensamientos que se activan ante futuros sucesos y que le produzcan incomodidad emocional. Blackburn y Davidson (1990) describen las habilidades principales del terapeuta cognitivo en los siguientes dos equipos.

Tabla No. 11

Habilidades del terapeuta Cognitivo

Habilidades generales	<ul style="list-style-type: none">• Conocimiento de Psicopatología• Habilidades de entrevista• Habilidades terapéuticas generales(empático, genuino, cálido, entre otros.)
Habilidades especiales	<ul style="list-style-type: none">• Conocimiento del modelo cognitivo• Colaboración• Educación y cortesía• Habilidades para escuchar• Profesionalidad• Flexibilidad• Humor

Fuente: elaboración propia.

3.7. Principales técnicas cognitivas basadas en la imaginación

Scott (2009) sostiene el tratamiento presentando de forma detallada los objetivos, dividiendo la entrevista en dos fases, primera sesión dedicada al diagnóstico psicopatológico, para lo que se recomienda realizar una entrevista abierta con la finalidad de establecer rapport, diagnóstico diferencial, entrevista estructurada y diagnóstico.

En la segunda sesión una entrevista que incluya pruebas psicométricas, compartir con el cliente la formulación provisional de cada trastorno identificado, analizar las expectativas del cliente sobre la terapia y el terapeuta, se seleccionan los problemas más urgentes, se clarifican las metas específicas, realistas, factibles, evaluables, y que se llevarán a cabo en un plazo limitado, definir el rol del paciente y el terapeuta, proposición de tareas para caso, actividades que garanticen la experiencia de éxito, inmediata, recabar información sobre la opinión del cliente y su reacción a esta primera entrevista.

Tabla No. 12
Proceso terapéutico

Siete pasos para conseguir el cambio cognitivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar la lógica del tratamiento. 2. Entrenar al paciente en técnicas del tratamiento. 3. Promover la realización de conductas mediante técnicas específicas y programación de tareas para casa. 4. Identificar pensamientos automáticos, creencias subyacentes y procesos por los que se han formado y mantienen. 5. Contrastar creencias y llevar a cabo un examen lógico de estrategias de razonamiento defectuosas. 6. Articular los supuestos básicos subyacentes (esquemas). 7. Preparar para la terminación de la terapia y prevenir de recaídas.
--	---

Fuente: Steven Hollon (1986).

Beck (1970) sostiene que la duración del tratamiento de la mayoría de los trastornos emocionales conlleva un número de sesiones limitadas: en el caso de la depresión reactiva unipolar, entre 15 y 20 con una periodicidad semanal. En casos más graves podría ser conveniente realizar dos sesiones semanales durante 4-5 semanas y posteriormente se pasaría a una semana.

En el tratamiento Cognitivo-Conductual, la meta final y parte de los objetivos principales es disminuir la preocupación, la dificultad para controlarla y la angustia debido a ella. Principales metas de resultados y objetivos del tratamiento para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, se hallan las siguientes: Alterar las metacogniciones desadaptativas, disminuir la intolerancia a la incertidumbre, reducir el comportamiento evitativo aminorar los síntomas físicos de la ansiedad.

3.7.1. Meta 1. Alterar las metacogniciones desadaptativas

Wells (1995) diferenció dos tipos de preocupaciones en personas con TAG, las de tipo 1 se refieren a cuestiones externas (p. ej., situaciones amenazadoras) e internas (p. ej., sensaciones somáticas); en estas últimas implican metacogniciones acerca de la preocupación. Sostiene que la importancia de las metacogniciones radica en que perpetúan la preocupación. De manera específica, los pacientes con TAG albergan ciertas ideas acerca de la función de tal inquietud. En

algunos casos estas ideas implican evaluación negativa de la preocupación que abarca un desempeño perturbador, exageración del problema y una causa de angustia emocional, o bien pueden ser también positivas.

Tabla No. 13

Herramientas para evaluación específicas de la meta

Anxious Thoughts Inventory (Wells, 1994; Inventario de Pensamientos de ansiedad).	Evalúa la vulnerabilidad ante la preocupación ansiosa e incluye una subescala de metacogniciones acerca de la preocupación.
Consequences of Worrying Scale (Daved, Tallis, Capuzzo, 1996; Escala de consecuencias de la preocupación).	Estima las ideas acerca de las consecuencias negativas y positivas de la preocupación.
Why Worry Scale (Freeston, Rheaume, Letarte, Dugs, Ladouceur, ¿por qué preocupa la gente?)	(p. eje., protección percibida de emociones negativas para evitar que ocurra un suceso negativo).

Fuente: elaboración propia.

Intervenciones potenciales específicas de la meta 1 son: Reestructuración cognitiva, terapia de resolución de problemas, terapia de ampliación de conciencia.

3.7.1.1. Reestructuración cognitiva

Los pacientes con TAG por lo general no están conscientes de que ideas alojan sobre la preocupación.

Beck, Enery y Greenberg(1985) identifica los pensamientos automáticos distorcionados, suposiciones disfuncionales, alterando las ideas básicas. Se educa al paciente a identificar las distorsiones cognitivas (catastrófico, generalizaciones, adivinaciones, pensamiento dicotómico, desechar lo positivo) para remplazar con ideas más adaptativas. Se debe instruir al paciente sobre como los pensamientos que no son sometidos a análisis estos persistieran la preocupación.

La reestructuración cognitiva busca crear diversas opciones al acontecimiento que temido por el paciente, enseñándoles a desarrollar o cambiar el procesamiento distorsionado de información, a que aprendan y entiendan que es la interpretación de circunstancias amenazadoras, y no las circunstancias en sí, lo que provocan la angustia. Se instruye a analizar de forma racional la probabilidad real, en comparación con un evento real, de que acontezca un hecho temido. No se trata de minimizar los acontecimientos a los cuales les teme el paciente, es de hacer valer el punto de vista de que pueda suceder pero hay diferentes formas de afrontar el acontecimiento, así como las suposiciones adaptativas a la preocupación.

Leahy (2002) sostiene que las tareas de casa, son importantes en la intervención de la terapia cognitivo-conductual. Marca algunas tareas útiles para fomentar la adherencia a estas actividades con técnicas de reestructuración cognitiva, para facilitar la identificación de pensamientos automáticos que son capaces de entorpecer la realización completamente de las tareas de casa, retirar la atención excesiva a sensaciones negativas y a perturbar las ideas metacognitivas acerca de los beneficios de preocuparse.

3.7.1.2. Terapia de resolución de problemas

La primordial resistencia en el TAG es la preocupación de tipo 1, la cual perdura mediante metacogniciones relativas a la preocupación. Mantenerse de preocupación en preocupación es lo que limita la capacidad del paciente con TAG para comprender claramente la naturaleza de los problemas estresantes que necesitan resolverse. Esta terapia ayuda a los pacientes a resolver de mejor manera sus problemas y generar alternativas para encontrar mejores soluciones a sus problemáticas.

3.7.1.3. Terapia de ampliación de conciencia

Roemer y Orsillo (2002) Los pacientes con TAG la mayoría del tiempo pasan preocupándose por lo que les depara el futuro. Sugieren la terapia de ampliación de conciencia como un elemento significativo de un plan general de tratamiento de personas con TAG, los puntos interesantes a

mencionar son la aceptación y compromiso. Hayes, Pankey, Gregg (2003) Roemer y Orsillo originan acciones que consientan al paciente acepte el presente en lugar de preocuparse por lo que va a suceder. Sobresalen la psicoeducación en relacionadas a las ideas sobre la preocupación, el entrenamiento de relajación, la exposición y la “acción consiente” (p. ej., resolución de problemas y establecimiento de metas positivas) para reducir la preocupación y las ideas acerca de ella, así como acrecentar la probabilidad de obtener metas positivas a largo plazo.

3.7.2. Meta 2: Disminuir la intolerancia a la incertidumbre

La intolerancia a la incertidumbre es reportada con mayor frecuencia en paciente con TAG que en los que padecen otros trastornos de ansiedad. Se preocupan por reducir la incertidumbre acerca del futuro e promover un imaginario sentido de control.

Tabla No. 14

Herramientas de evaluación específicas de la meta 2

<p>Freeston et al., (1994) sostiene Escala de intolerancia a la incertidumbre (Intolerance of Uncertainty Scale).</p>	<p>Evalúa la intolerancia a la incertidumbre incluso las consecuencias emocionales y conductuales de la falta de certeza, las expectativas de que el futuro es predecible y los intentos de controlarlo.</p>
---	--

Fuente: elaboración propia.

Intervenciones potenciales específicas de la meta 2 son: Automonitoreo, control de estímulos, terapia de resolución de problemas.

3.7.2.1. Terapia de resolución de problemas.

En los pacientes con TAG la intolerancia a la incertidumbre lleva a señalar problemas que en realidad no existen y a la consecuente instrumentación de habilidades ineficaces de resolución de los mismos. Así, los pacientes con TAG se caracterizan por un orientación negativa de los problemas, y las capacidades con que cuenta para resolverlos. Para los pacientes con TAG esta

situación implica conflicto para percibir las dificultades cuando en verdad ocurren, atribuciones erróneas acerca de sus causas, sobreestimación de la amenaza que representan, falta de control percibida sobre ellas, así como un mínimo compromiso de tiempo y esfuerzo propuestos a abordar los problemas de modo infructuosa.

3.7.2.2. Automonitoreo

Brown, O'Leary, Barlow (2001) Tiene la función de procedimiento de evaluación, siendo una parte importante en el plan general del tratamiento para pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada.

En esta técnica se educa al paciente a que aprenda a identificar las signos o estímulos que desatan la ansiedad, los pensamientos asociados con tales señales y sus reacciones a ellas. Pueden ser señales internas como lo son pensamientos, sensaciones físicas o externas sucesos estresantes. Ayuda al terapeuta a conocer más de los síntomas, al igual que a los pacientes a conocer más de lo que les sucede respecto a sus propias preocupaciones. Al identificar el conocimiento sobre sí mismos se reduce la sensación de incertidumbre y crece la percepción de control.

3.7.2.3. Control de estímulos

Nezu, Maguth Nezu y Lomardo (2006) refieren en pacientes con TAG, involucra controlar las circunstancias en las cuales surge la preocupación es decir, cuándo y cómo. Se enseña a la persona a que reserven un lapso y lugar específicos para inquietarse. En este caso las preocupaciones se retrasan hasta la hora programada, omento en el cual se asigna al paciente la labor de estar intranquilo. El retrasar la preocupación permite al paciente a darse cuenta de que esta no constituye una estrategia de afrontamiento necesaria para lidiar con su intolerancia a la incertidumbre. Está técnica ayuda se reporta menor necesidad de preocupación y una mayor capacidad para evitarla.

3.7.3. Meta 3: Reducir el comportamiento evitativo

La preocupación es un método de evitación de afrontamiento. La evitación supersticiosa percibida, en esta situación los pacientes con TAG por lo general manifiestan un pensamiento mágico o supersticioso, según sea el acto de preocuparse evita futuros sucesos negativos.

En el caso de evitación experiencial o evitación de angustia interna, este se manifiesta de varias formas, algunas veces los pacientes intentan suprimir la preocupación, pero a viceversa esta se incrementa. De una inquietud a otra, más que procesar una preocupación específica, es otra forma de evasión experiencial. El paciente se preocupa por situaciones simples pero se aflige por asuntos más angustiantes, como pensamientos y emociones negativas acerca de su propio concepto negativo.

Kozak (1986) sostiene aunque la angustia sea menor a corto plazo, a mayor plazo la evitación tendrá consecuencias negativas, pues cohibe el procesamiento emocional, que el causal de experiencia necesaria para alcanzar la disminución duradera de la ansiedad; aunado a esto la evitación experiencial de la angustia interna crea una tensión interna crónica y otra variedad de síntomas somáticos.

El estado de evitación da como efecto un reforzamiento negativo de la preocupación de diversas maneras. Como primer punto, evitar la preocupación disminuye por un lapso de tiempo la activación somática e inhabilita el procesamiento emocional del suceso temido; en segundo lugar, debido a que la preocupación se fundamenta en un acontecimiento inexistente que por lo general no ocurre, las personas con TAG a menudo atribuyen dicha ausencia de cumplimiento del hecho temido como feliz consecuencia de su preocupación evasiva.

Craske, Rapee, Jackel y Barlow (1989) sostienen que Igualmente del reforzamiento, el afrontamiento de la preocupación se vigoriza más mediante la relación cíclica entre preocupación y evitación (es decir, la evitación es una reacción ante la preocupación e instigadora de ella). Al mismo tiempo la evasión, más de 50% de las personas con TAG muestra algunos

“comportamientos de preocupación” (es decir, conductas correctivas, preventivas o rituales cuyo propósito es disminuir o evitar la angustia).

Tabla No. 15

Herramientas de evaluación específicas de la meta 3

Subjective Units of Distress Scale (SUDS; Escala de Unidades Subjetivas de Angustia).	Evalúa el grado autoinformado de angustia fisiológica o psicológica de los pacientes, por lo general en una escala de 0 (sin angustia en absoluto) a 100 (la mayor angustia que han sentido jamás).
Behavioral Avoidance Test (BAT; Prueba de evitación conductual).	Jerarquía de estímulos evitados ajustada al paciente; se aplica junto con la SUDS. 128 Trastornos y problemas específicos

Fuente: elaboración propia.

Intervenciones potenciales específicas de la meta son: Terapia de exposición, ensayos conductuales, estrategias interpersonales.

3.7.3.1. Terapia de exposición

Borkovec, Costello (1993) sostienen en relación a los demás trastornos de ansiedad en los que la evitación conductual es más clara, la evitación en los pacientes con TAG se caracteriza por evitar pensamientos. La exposición para quienes sufren TAG intenta examinar por completo los pensamientos temidos y experimentar la ansiedad proveniente. Se trata de comprender el propósito de la terapia de exposición, familiarizarlo a los pensamientos problemáticos, así mismo se muestra también como una oportunidad de emplear distintas habilidades aprendidas: La reestructuración cognitiva se ha comprobado que la terapia de exposición es un elemento eficaz del tratamiento al ocuparse con el TAG.

En este tipo de procedimiento, la primer parte es que los pacientes identifiquen de 2 ó 3 preocupaciones. Elige imágenes vivenciadas como lo son pensamientos, emociones, comportamientos, cada uno dentro de su propio concepto. En segunda fase se le solicita al paciente que puntualice en preocupación y sus imágenes proporcionadas durante un tiempo de 25 a 30 minutos, experimentando sus temores. En la tercera etapa de la exposición comienza la sesión informativa, donde el paciente razona y procesa lo que le provoca la ansiedad.

3.7.3.2. Ensayos conductuales

Como ya se mencionó, las preocupaciones se manifiestan por la ausencia del suceso catastrófico temido, junto con la evitación y el pensamiento supersticioso. Similares a la exposición, los ensayos conductuales (o comprobación de hipótesis) facilitan tanto la experiencia del temor como la obstrucción entre la preocupación y la no ocurrencia del suceso temido.

Se capacita a los pacientes a ver sus pensamientos como hipótesis, no como consecuencias, para las cuales se busca evidencia que las apoye o las elimine. Se instruye a los pacientes a definir con claridad sus pensamientos acerca de las consecuencias percibidas de la prevención de la respuesta. Después se les pide que comprueben la veracidad de sus conocimientos cuando no manifiestan sus comportamientos de evitación o preocupación.

Borkovec, Newman, Pincus, Lytle (2002) sostienen los individuos con TAG (trastorno de Ansiedad Generalizado) usualmente se distancian de los demás en un intento por evitar críticas o rechazo que temen pudieran ocurrir si se acercan a las personas. La evitación de afrontar a una persona desgasta las relaciones y desvía el desarrollo de otras relaciones potenciales. Se ha demostrado que en el TAG las preocupaciones a menudo se manifiestan en torno a las relaciones interpersonales. Además, las dificultades interpersonales persistentes predicen resultados deficientes en la terapia cognitivo-conductual.

Newman, Castonguay, Borkovec (2003) refieren la capacitación en habilidades sociales, asertividad y facilidad de comunicación mejora las interacciones interpersonales. Newman y

colaboradores crearon una terapia integrativa, un tratamiento que incorpora funciones interpersonales, de terapia cognitivo-conductual y factores empíricos. Además, en un intento por disminuir la evitación interpersonal y mejorar las relaciones interpersonales, la terapia funciona con compañeros que contribuyen a abordar las relaciones deterioradas.

3.7.4. Meta 4: Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad

Las manifestaciones del TAG no se relacionan mucho con la actividad del sistema nervioso simpático, por ejemplo: los ritmos cardíacos elevados y se relaciona más con parálisis y contracciones musculares. Los síntomas somáticos del sistema más pronunciados son impulsividad, inquietud, migraña fuerte, insomnio, taquicardia física e interrupción de concentración mental. Además, algunas enfermedades fisiológicas y físicas. Se asocian con el TAG, como dolor de pecho Carter, Maddock (1992) y el síndrome de intestino irritable Tollefson, Tollefson, Pederson, Luxenberg (1991). De hecho, la gente con TAG visita más los centros asistencia médica en comparación con las demás personas.

Tabla No. 16

Tipos de Herramientas de exámenes específicas de la meta 4

Entrenamiento de relajación.	Relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, imágenes positivas guiadas, meditación y biorretroalimentación son algunas técnicas de relajación.
Desensibilización de autocontrol.	Consiste en aplicar la relajación junto con los pensamientos e imágenes propios de la preocupación.
Entrenamiento en higiene para dormir.	Ayuda a recuperar el sueño, se instruye a los pacientes para que elaboren un programa de sueño regular.

Fuente: elaboración propia.

3.7.4.1. Entrenamiento de relajación

Öst, Breitholtz (2000) refiere que los pacientes con TAG a menudo informan dificultad para relajarse, deben presentarse y practicarse con frecuencia diversas técnicas para disminuir la tensión (es decir, tanto en las sesiones como fuera de ellas). Se ha descubierto que el entrenamiento de relajación es un tratamiento eficaz para los síntomas del TAG.

Es importante analizar que para algunos pacientes con TAG la relajación produce un paradójico incremento de ansiedad. En el caso de estas personas, la relajación intensifica su percepción de falta de control, lo que genera mayor preocupación y angustia somática. Además, en lugar de ser capaces de relajarse, algunos pacientes pasan el tiempo de tranquilidad pensando una y otra vez en sus mortificaciones.

3.7.4.2. Desensibilización de autocontrol

Golfried (1971) refiere la desensibilización de autocontrol consiste en aplicar la relajación junto con los pensamientos e imágenes propios de la preocupación. La diferencia de la desensibilización sistemática tradicional, es que no es necesaria una jerarquía detallada del temor.

El paciente identifica las situaciones y señal que provoca ansiedad (físicas, cognitivas, conductuales y externas) que, a su vez, se clasifican como leves, moderadas o graves. Una vez que aprenden la relajación muscular progresiva, se les instruye para que efectúen esta habilidad de manejo del estrés cuando imaginen dichas situaciones estresantes, alternan entre la visualización de la situación estresante y la aplicación de la respuesta de relajación. La desensibilización de autocontrol permite la extinción de la ansiedad, además de ser una forma de practicar las recién adquiridas habilidades adaptativas de afrontamiento.

3.7.4.3. Entrenamiento en higiene para dormir

Las perturbaciones del sueño se asocian a menudo con el TAG y crean dolencias físicas (rigidez muscular, dificultad para concentrarse). El entrenamiento conductual en higiene para dormir ayuda a recuperar el sueño. En primer lugar, se instruye a los pacientes para que elaboren un programa de sueño regular (es decir, acostarse y levantarse diario a la misma hora, incluso los fines de semana). En un intento por establecer una correspondencia condicionada entre la cama y el sueño, cama solo se usa para dormir y tener relaciones sexuales (no para leer ni ver la televisión). Leahy, Holland (2000).

Después se indica al individuo a que no intente dormirse, pues esto aumenta la ansiedad y, paradójicamente, reduce la probabilidad de conciliar el sueño; en cambio, deben concentrarse en relajarse. Es importante limitar la ingestión de líquidos, en particular cafeína y alcohol, antes de acostarse, a fin de evitar la urgencia de levantarse al baño. Si no se duerme antes de 15 minutos desde que se acostó, la recomendación es que se levante de nuevo.

En ese momento, se pide al individuo que identifique pensamientos automáticos (p. ej., “nunca me voy a dormir y no voy a poder hacer nada mañana”) y después enfrentar dichas distorsiones cognitivas. Por último, se enseña a los pacientes a no esperar resultados inmediatos.

Tabla No. 17

Metas adicionales de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento adicionales

Mejorar las habilidades del manejo del tiempo.	Se enseña al paciente a delegar responsabilidades, a ser firme cuando resulta conveniente (p. ej., a decir “no”) y a adherirse a un programa predeterminado.
Disminuir el estrés cotidiano general.	El entrenamiento autoinstruccional, la terapia de resolución de problemas, el entrenamiento de relajación, el manejo del tiempo y la activación conductual contribuyen a reducir el estrés.

Aumentar la eficiencia propia.	Las intervenciones del tipo de la reestructuración cognitiva, la terapia de resolución de problemas y las imágenes positivas guiadas, ayudan a mejorar la eficiencia y aumentar los beneficios de otras intervenciones de terapia cognitivo-conductual.
Disminuir la necesidad de benzodiacepinas.	Los beneficios de la terapia Cognitivo Conductual a largo plazo son mayores a los que produce la medicación, con el apoyo del médico, se busca disminuir gradualmente.

Fuente: elaboración propia.

Persons, Mennin y Tucker (2001) sostiene los pacientes con TAG consumen benzodiacepinas prescritas por el médico, las cuales son muy adictivas y plantea riesgos significativos si se consume durante periodos prolongados. Aunque estos son consumidos a corto plazo, los beneficios de la terapia Cognitivo Conductual a largo plazo son mayores a los que produce la medicación. Buscando reducir los mismos con el apoyo del médico tratante.

3.7.4.4. Plan de tratamiento

Tabla No. 18
Para Trastorno de Ansiedad Generalizada

Problema Clínico	Objetivo/Meta	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Planteamiento de problemática o motivo de consulta	Establecer rapport, toma de información	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista Abierta o semiestructurada 	1 Sesión
Disminuir las preocupaciones, Internas y Externas	Alterar las metacogniciones desadaptativas.	<ul style="list-style-type: none"> Reestauración Cognitiva. Terapia de resolución de problemas. Terapia ampliación de conciencia. 	3 sesiones

Intolerancia a la Inertidumbre	Disminuir la intolerancia a la incertidumbre.	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de resolución de problemas. • Automonitoreo • Control de Estimulos. 	3 sesiones
Preocupación como un método evitativo de afrontamiento a). Evitación Superticosa percibida. b). Evitación Experiencial.	Reducir el comportamiento evitativo.	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de exposición. • Ensayos conductuales. • Estrategias Interpersonales. 	3 sesiones
Síntomas somáticos de la ansiedad como lo son: Inquietud, Intranquilidad ,irritabilidad, dificultad para dormir, fatiga, dificultad para concentrarse. Algunas enfermedades medicas como: Dolor en el pecho. Síndrome de intestino irritable.	Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento de relajación. • Desensibilización de autocontrol. • Entrenamiento en higiene para dormir. 	3 sesiones
Tratamientos adicionales	Mejorar las habilidades del tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> • Se enseña a delegar responsabilidades. • A ser firme cuando es conveniente decir “no”. • Exhortación para elaborar lista de tareas prioritarias. 	3 sesiones
Tratamientos adicionales	Disminuir el estrés cotidiano general.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento autoinstruccional. • Terapia de resolución de problemas. • Entrenamiento de relajación. • Manejo de tiempo. • Activación Conductual. 	2 sesiones

Tratamientos adicionales	Aumentar la eficiencia propia	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración Cognitiva. • Terapia de resolución de problemas. • Imágenes positivas guiadas. • Entre otras técnicas de cognitivo conductual. 	2 sesiones
Tratamientos adicionales	Disminuir la necesidad de benzodiacepinas	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de exposición. • Reestructuración cognitiva. • Terapia de resolución de problemas. • Trabajar de la mano con el médico que receta para la disminución de los Mismos. 	2 sesiones

Fuente: Formulación de casos y Diseño de tratamiento cognitivo conductuales.

Ladouceur et al., (2000) sostienen meta análisis demuestran que la terapia cognitivo-conductual para el TAG, después del tratamiento, muestran mejoras que perduran al menos año. Los participantes alrededor de un 77%, dejan de presentar criterios diagnósticos, referentes al TAG.

3.7.4.5. La Terapia Cognitivo-Conductual en la Actualidad

La terapia Cognitivo-Conductual, denominada actualmente como la aplicación clínica de la ciencia psicología, fundamentado en principios y procedimientos validados empíricamente. Es el enfoque terapéutico de más auge de la actualidad, y de más uso por los profesionales de la psicología.

Siendo mayormente efectiva en lo que refiere a Trastornos de ansiedad generalizada, enfoque de habilidades de manejo de estrés de Meichenbaum (1997) y procedimiento de resolución de problemas sociales.

La tendencia psicodidáctica, es capacitar a los pacientes para aprender a manejar, no solo la situación del presente, si no también otras situaciones diarias y las que se les presenten en el futuro. En la actualidad se están desarrollando tratamientos para trastornos psicológicos específicos, tomando como base la diversidad de técnicas cognitivo conductuales. Aikins y Craske (2001) refiere partiendo desde la perspectiva cognitivo-conductual, la ansiedad generalizada nace como resultado de distorsiones cognitivas que brotan en el proceso de preocupación.

En la actualidad la tendencia al padecimiento del trastorno de ansiedad generalizada, se acrecienta cada vez más, las investigaciones realizadas no demuestran estudios a profundidad, existiendo poco esclarecimiento de cómo se desarrolla. Esto implica que a nivel biológico aún se desconocen una amplitud de información que sería relevante para el proceso terapéutico, lo que requiere mucha más complejidad en el tratamiento.

Hettema, Prescott y Kendler (2004) comenta según averiguación de una superposición en la vulnerabilidad genética con el rasgo de personalidad de neuroticismo apoya la noción de que hay un componente biológico en el trastorno de ansiedad generalizada. Es decir, que las personas que heredan este tipo de trastorno también padecerán de personalidad neurótico profundo.

Las averiguaciones anteriores, hacen que sea necesario en el proceso terapéutico, no enfocarse puramente a identificar solo el trastorno de ansiedad generalizada, si no otros rasgos de trastorno que pueden padecer los pacientes y realizar el apoyo desde diferentes facetas, para lograr obtener resultados exitosos. Un ejemplo claro es cuando hay factores hereditarios que hacen vulnerable al paciente a padecer de diferentes sintomatologías, sin haber estado expuestos externamente a un estado que propicie el rasgo del trastorno.

Halgin y Whitbourne (2003) sostienen otro factor relevante a mencionar es el ambiente sociocultural, el cual influye en el trastorno de ansiedad generalizada, el estrés en el que se desenvuelve la persona podría incrementar a una ansiedad crónica. Las personas con este tipo de trastorno por lo general buscan inicialmente ayuda médica, los expertos que reconocen y diferencian la condición del problema les sugieren medicamentos y búsqueda de un profesional de la salud mental.

Actualmente, la terapia cognitiva-conductual es una área heterogénea compuesta por diversidad de terapias con sus propias técnicas, énfasis teóricas y epistemológicas. Actualmente la terapia Cognitivo-Conductual, cobra gran relevancia por su eficacia en uno mejores tratamientos para la ansiedad generalizada, trastornos de pánico, y trastornos de alimentación a la bulimia, aportando en gran manera ayuda a pacientes que necesitan y quieren someterse al proceso que conlleva a través de aplicaciones de la misma.

Con la finalidad de mejorar personalmente en su pensamiento y forma de actuar. Borkovec y Ruscio (2001) refieren que la alternativa a la medicación es la terapia cognitivo-conductual, aprenden cómo reconocer pensamientos ansiosos, a buscar alternativas más racionales a la preocupación, emprender acción para probar estas alternativas. Reduciendo notablemente la sintomatología.

Es observable que a través de los últimos años, el enfoque cognitivo-conductual evoluciona, en el ámbito clínico, conforme avanza el tiempo, se realizan innovaciones a las técnicas, se generan nuevas hipótesis, se contrasta la efectividad de los tratamientos, se trata por todos los medios de adaptar cada día mejor las técnicas a los pacientes, se analiza el trabajo que realizan los terapeutas así como las implicaciones que hace durante el proceso, así como el entorno del paciente.

Ayudando a obtener fuente de información para establecer contrastación de hipótesis por medio de estudios correlacionales, cuasiexperimentales y experimentales en el entorno investigativo y de construcción teórica.

Lo anterior expuesto, es lo que permite que se vea reflejado el desarrollo de teóricos, investigación y aparición de nuevas técnicas de tratamiento. La interdependencia entre la observación clínica y la investigación empírica, seguirá permitiendo que en los próximos años esta situación se mantenga e incluso es previsible que en los próximos años incremente aún más, como es característica de la terapia Cognitivo-Conductual evolucionar conforme los tiempos.

Conclusiones

El rol de la Psicología es de suma importancia para apoyo de diferentes trastornos y para quienes padecen del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la persona que lo padece presenta síntomas de preocupación crónica, excesiva y generalizada, los síntomas se prolongan hasta y durante seis meses, haciéndoseles difícil controlarse, la terapia Cognitivo Conductual ha demostrado a través de diferentes estudios y del tiempo su eficacia para este tipo de trastorno, entre otros, permitiendo por medio de sus técnicas se trasladen nuevos conocimientos al paciente que se somete al proceso del tratamiento, adquiriendo destrezas y habilidades, que le ayudaran con éxito a dejar de presentar los síntomas referentes al TAG, por lo menos un año después del tratamiento.

La familia es la base fundamental para la formación de un ser, ayuda a construir a la persona como tal, formando la identidad desde la misma, lo que se vive en ella constituye el futuro de la existencia, ayudando a alcanzar el equilibrio social y madurez intelectual, psicológica y física, ejerciendo un gran impacto en la búsqueda de él mismo. Es importante recalcar el vínculo entre la familia y menores, la atención al menor es vista particularmente como responsabilidad única de la familia. Debido a que los comportamientos repercutirán en el bienestar y el crecimiento físico, psíquico, y social del pequeño, por tal motivo las características propias de cada familia, influirán en ese desarrollo y bienestar.

La violencia intrafamiliar por ende genera negligencia y sentimientos de rechazo, provocando que el menor que la vive experimente ansiedad básica, desencadenando una serie de comportamientos anormales en la conducta, que si no son tratados a tiempo, se convierten en complicaciones para el desenvolvimiento emocional, ocupacional y social, tanto en el presente del infante como en la vida adulta.

Recomendaciones

Se sugiere como profesionales de la psicología, ser entes investigativos, seguir adquiriendo nuevos conocimientos que permitan ampliar el bagaje, en las diferentes terapias, para brindar apoyo de excelencia a quienes buscan el apoyo terapéutico, para quienes actualmente sufren de problemas psicológicos y trastornos. Haciendo conciencia de la expectativa que se genera ante las personas y la sociedad el rol que se desempeña como psicólogo.

En base a la importancia y el enriquecimiento que aporta cada uno de los artículos científicos, realizados por los profesionales de maestría de enfoques psicoterapéuticos, se propone sean compartidos entre colegas estudiantes a culminar el modulo, para fomentar y permitir trascender la información, así como utilizarla como herramienta clave para el apoyo de pacientes que padecen de las diferentes sintomatologías enmarcadas en cada documento.

Se propone que las prácticas de estudiantes de la salud mental y futuros profesionales, brinden retroalimentación y un proceso continuo para educar y concientizar a la población a través de talleres, escuelas de padres, información a futuras madres en centros hospitalarios, educativos, de la importancia de la maternidad y paternidad responsable, así como el rol de crianza y vinculo solamente ellos pueden desempeñar y desempeñaran, durante toda la vida del infante, y repercusiones tanto positivas o negativas y el gran impacto psicológico, que siendo una familia con los conocimientos necesarios logran producir un cambio en el desarrollo individualmente, para integrar a futuro seres sanos emocionalmente a la sociedad.

Los profesionales de la salud mental, deben conocer las diferentes consecuencias que genera la violencia intrafamiliar tanto a nivel psicológico, física y aspectos legales en general, para brindar información oportuna a los pacientes que sufren de esta problemática, también ampliar el conocimiento sobre que metodologías son las más adecuadas para el tratamiento adecuado a este tipo de pacientes.

Referencias

- Aikins, D.E., & Craske, M.G. (2001). *Teorías cognitivas del trastorno de ansiedad generalizada*. Clínicas Psiquiátricas de Norte América, 23,57-74.
- Arés Muzio P. (2002). *Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Arés Muzio P. (2010). *La Familia. Una mirada desde la Psicología*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Arruabarrena, M. I., & De Paúl, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia*. Evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide.
- Asociación Americana de Psiquiatría., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagny Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ta. Ed.)*. Madrid [entre otros.]: Editorial Médica Panamericana.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia*. Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa.
- Beck, A. T., (1970) *Terapia Cognitiva: Naturaleza y relación con la terapia conductual*. *Terapia de comportamiento*, 1, 184-200.
- Beck, A.T., & David L. Clark, (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. España: Desclée de Brouwer.
- Beck, A.T., Emery, G., y Greenberg, R.L.(1985). *Trastornos de ansiedad y fobia.: Una perspectiva cognitiva*. Nueva York: Libros básicos.

- Berger (2007). *Psicología del desarrollo infancia y adolescencia*. (7ta. Ed.). Madrid: Panamericana.
- Blackburn, I. M., & Davison, K., (1990) *Terapia cognitiva para la depresión y ansiedad*. Oxford: Publicaciones Científicas de Blackwell.
- Borkovec, T., & Rusio, A. (2001). *Psicoterapia para el trastorno de ansiedad generalizada*. Revista de psiquiatría clínica, 62 (Suppl. 11), 37-42.
- Borkovec, T., Newman, M.G., Pincus, A., y Lytle, R. (2002). *Un análisis de componentes de la terapia cognitive-conductual para el trastorno de ansiedad generalizada y el papel de los problemas interpersonales*. Revista de consultaría y psicología clínica, 70, 288-298.
- Borkovec, T.D., & Costello, E. (1993). *Eficacia de la relajación aplicada y la terapia conductual cognitiva en el tratamiento del trastorno de ansiedad*. Revista de Consultoría y Psicología Clínica, 61, 611-619.
- Borkovec, T.D., & Inz, J. (1990). *La naturaleza de la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada*. Un predominio de la actividad del pensamiento. Investigación del comportamiento y terapia. 28, 153-158
- Boumring Diana, (1991). *Estilos de crianza y desarrollo del adolescente* (Vol. 2). Nueva York: Garland.
- Bowlby, J. (1958). *La Naturaleza de la vinculación del niño con su madre*. Revista Internacional.
- Bowlby, J. (1969). *Fijación y pérdida: (Vol.1)*. Nueva York: Libros básicos.
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Bowlby, j. (1993). *El apego y la pérdida*. Buenos Aires: Paidós.

Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.

Breitholz, E., Johansson, B., Öst, L. G. (1999). *Cogniciones en pacientes con trastornos de pánico y trastornos de ansiedad generalizada*. Un enfoque prospectivo. *Investigación de terapia & comportamiento*, 37, 533-544.

Brown, T. A., O'Leary, T. A., y Barlow, D. H. (2001). *Trastorno de ansiedad generalizada*. En D. H. Barlow (Ed). *Manual clínico de trastornos psicológicos tratamiento paso a paso*. (3rd. Ed.). Nueva York: Guilford Press.

Carter, C. S., & Maddock, R. J, (1992). *Dolor en el pecho en el trastorno de ansiedad generalizada*. *Revista internacional de medicina psiquiatrica*, 22, 291-298.

Cloninger S. (2002). *Teorías de la Personalidad*. (3ra. Ed.) México: Pearson.

Craske, M., Rapee, R. M., Jackel, L., y Barlow, D. H. (1989). *Dimensiones cualitativas de la preocupación en sujetos con trastornos de ansiedad generalizada* *DSM-III-R y controles no ansiosos*. *Investigación de terapia de comportamiento*, 27, 397-402.

D'Zurilla, T.J. & Goldfried, MR. (1971). *Resolución de problemas y modificación del comportamiento*. *Revista de psicología anormal*, 78: 107-126

Davey, G.C., Tallis, F., y Capuzzo, N. (1996). *Creencias sobre las consecuencias de preocuparse*. *Investigación de terapia cognitiva*. 20, 499-520.

Decreto 97-96 Del Congreso de la República de Guatemala: Constitución de la República de Guatemala. Literal.

Díaz Peñaloza, C. (Mayo 2009). *Negligencia parental*. Chile: Periódico presencia.

- Ellis Albert, (2000). *Como Controlar la Ansiedad antes de que le Controle a Usted*. España: Editorial Paidós.
- Ellis, A. (1997). *Reflexiones sobre la terapia racional-emotiva*. En M.J. Mahoney (Ed.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: teoría, investigación y práctica*. (pp.93-99). Bilbao: DDB.
- Foa, E. B., Kozak, M.J. (1986). *Proceso emocional del miedo y exposición a la información correctiva*. *Boletín Psicológico*, 99, 20 – 35.
- Fresston, M. H., Rheaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., y Ladouceur, R. (1994). *¿Por qué la gente se preocupa?*. *Personalidad y diferencias individuales*, 17,791-802.
- Fuster, E. & Ochoa, G. (1988). *Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos*. España: Barcelona.
- Gershoff, E. (2002). *Castigo corporal por parte de los padres y las conductas, experiencias infantiles asociadas una revisión metaanalítica y teórica*. *Columbia University: Boletín de Psicología* vol 128, No.4, 539-579.
- Goldfried, M. (1996). *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Halgin, P., & Krauss, S., (2009). *Psicología de la Anormalidad* (5ta. Ed.) México: Mcgraw Hill.
- Hayes, S. C., Pankey, J., Gregg, J. R. Ditomasso, y E. Gosch (2003). *Terapia de aceptación y compromiso*. *Tratamientos comparativos para trastornos de ansiedad* (pp. 110-136). Nueva York: Springer Publishing Co.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B., (2001). *La teoría del marco relacional es un relato Post-Skinneriano del lenguaje humano y la cognición*. Nueva York: Plenum Press.

- Hernández, A. (1998). *Familia, Ciclo Vital y Psicoterapia Sistémica Breve*. Santafé de Bogotá: El Buho.
- Hettema, J.M., Presscott, C.A. y Kendlet, K.S. (2004). *Fuentes genéticas y ambientales de covariación entre el trastorno de ansiedad generalizada y el neuroticismo*. Revista de psiquiatría, 161, 1581-1587.
- Hollon, S. D., Kendall, P. C., y Lumry, A., (1986). *Especificidad de la cognición depresotica en la depresión clínica*. Revista de psicología de anormalidad, 95, 52-59.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Leger, E., Gagnon, F., y Thibodeau, N. (2000). *Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de ansiedad generalizada*. Revista de consultoría clínica de psicología, 68, 957-964.
- Lago Barney, G. (2006). *Negligencia o descuido*. Sociedad colombiana de Pediatría. Módulo. 3. Colombia: Caldas.
- Leahy, R. L., (2002). *Mejorar el cumplimiento de la tarea en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada*. Revista de psicología clínica, 58, 499-501.
- Leahy, R. L., Holland, S. J. (2000). *Planes de tratamiento e intervenciones para la depression y trastornos de ansiedad*. Nueva York: Guilford.
- López, S., & Escudero, V.(2003) Cap 1: *Concepto de Familia*. En Familia, Intervención y Evaluación. Ed. CCS, Madrid.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). *Proceso para identificar niños desorientados en situaciones extrañas de Ainsworth*. Chicago and London: The University of Chicago Press.

- Meichenbaum, D. (1997). *Cambios en las concepciones de la modificación de conducta cognitiva: pasado y futuro*. En M.J. Mahoney (Ed.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: teoría, investigación y práctica*. (pp.93-99). Bilbao: DDB.
- Minuchin, S. (2002). *Familias y terapia familiar*. (9na. Ed.) España: Gedisa, S.A.
- Musitu, G. et al. (1988). *Familia y educación*. Prácticas educativas de los padres y socialización de los niños. Barcelona, Labor.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, C. L., Hiember, C. L., Turk, y D. S. Menin (2003). *Terapia Integrativa para el trastorno de ansiedad generalizada*. New York: Guilford Press.
- Nezu, A., Nezu, C., y Lombardo, E., (2013). *Formulación de casos y Diseño de tratamiento cognitivo conductuales*, (5ta. Ed.). México: Manual Moderno.
- Ost, L. G., & Breitholtz, E. (2000). *Relajación aplicada versus terapia cognitiva en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada*. *Investigación del comportamiento y terapia*, 38, 777-790.
- Persons, J. B., Mennin, D. S., y Tucker, D. E., (2001). *Conceptos erróneos comunes sobre la natural y el tratamiento del trastorno de ansiedad generalidad*. *Análisis psiquiátricos*, 31, 501 – 507. *Psicoanálisis*, 39, 350-373. *Investigación e intervención*. (pp. 198). Chicago: University of Chicago Press
- Roberto, E., & Morán, V. (2004). *Educandos con desórdenes emocionales y conductuales*. Ed. Universidad de Puerto Rico.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). *Ampliación de nuestra conceptualización y tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada*. *Psicología Clínica: ciencia y práctica*, 9, 54-68.

- Rojas., Ariel N. & Sergio T. (2005). *Terapia cognitivo-conductual*. (1ra. Ed.) El modelo procesual de la salud mental como camino para la integración, la investigación clínica. España: Universidad de Manizales.
- Roy-Byrne, P. P., & Katon, W. (1997). *Trastorno de ansiedad generalizada en atención primaria: la vía de los precursores/ modificadores para una mayor utilización de la atención de salud*. *Revista de psiquiatría clínica*, 58 (supl. 3) 34-38.
- Ruiz, M., Diaz, M., y Villalobos, A., (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitivas conductuales*. España: Desclée de Brouwer.
- Sánchez, M.R., & Milena, S.V. (2007). *Lectura Sistémica sobre familia y patrón de la violencia*. (1ra. Ed.) Colombia: Caldas.
- Scott, M. J., (2009). *Terapia cognitiva conductual simplemente efectiva*. Guía Práctica. Nueva York: Routledge.
- Tollefson, G. D., Tollefson, S.L., Pederson, y M., Luxenberg, M. (1991). *Síndrome del intestino irritable comórbido en pacientes con ansiedad generalizada y depresión mayor*. *Análisis clínico de Psiquiatría*, 3, 215-222.
- Walker, L. (1979). *Las mujeres agredidas*. Nueva York: Harper & Row Publisher.
- Wells, A. (1994). *Una medida de preocupación multidimensional desarrollo. Inventario de pensamientos ansiosos, estrés y afrontamiento*. 6, 289-229.
- Wells, A. (1995). *Meta-Cognición y preocupación: un modelo cognitivo del trastorno de ansiedad generalizada*. *Psicoterapia conductual y cognitiva*, 23, 301-320.

Electrónicas

Fuente no firmada:

Depresión y ansiedad. (2017, febrero 28) Informe según Organización Mundial de la salud recuperado de <https://www.diariodemocracia.com/vida/sociedad/156237-depresion-ansiedad-dos-problematicas-que-estan-aum/>

Fuente no firmada:

Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belem Do Para). (1995, agosto 14) Informe según Organización de los Estados Americanos. Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/convencion_belem_do_para.pdf

Anexos

Anexo 1

Gráfica No.1

Informe de la OMS en los últimos 10 años, sobre la depresión y ansiedad



Fuente: OMS (Organización Mundial para la Salud, 2017).