

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos



**Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual en Comportamientos Agresivos en
Adolescentes por Violencia Intrafamiliar**
(Artículo Científico)

Nancy Elizabeth López Díaz

Guatemala, abril 2019

**Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual en Comportamientos Agresivos en
Adolescentes por Violencia Intrafamiliar**
(Artículo Científico)

Nancy Elizabeth López Díaz

Lcda. Leticia Padilla (Asesora)
M.A. Patricia de la Peña (Revisora)

Guatemala, abril 2019

Autoridades Universidad Panamericana

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

Autoridades Facultad 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 mes mayo del 2018.

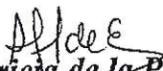
En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: “Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual en Comportamientos Agresivos en Adolescentes por Violencia Intrafamiliar”. Presentada por el (la) estudiante: Nancy Elizabeth López Díaz previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques 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.


Licda. Leticia Padilla

Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala Marzo 2019.

En virtud de que el informe final de Artículo Científico con el tema: "Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual en Comportamientos Agresivos en Adolescentes por Violencia Intrafamiliar". Presentada por la estudiante: Nancy Elizabeth López Díaz previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenidos establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


M.A. Patricia de la Peña Méndez
Revisora

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

En virtud de que el informe del Artículo Científico con el tema: "**Aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual en Comportamientos Agresivos en Adolescentes por Violencia Intrafamiliar**". Presentado por el (la) estudiante: **Nancy Elizabeth López Díaz**, 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
n	
Introducción	iii
La Familia	01
1.1. Concepto de Familia	01
1.2. Tipos de Familia	01
1.3. Patrones de Crianza	07
1.4. Tipos de Crianza	08
1.5. Violencia Intrafamiliar y Abuso	09
1.5.1. Violencia y clasificación	10
1.5.2. Abuso	12
1.5.3. Causas	12
1.5.4. Efectos	13
1.5.5. Perfil del abusador	14
1.5.6. Perfil del abusado	15
1.5.7. Datos de referencia a nivel nacional sobre la violencia intrafamiliar	15
1.5.8. Marco Legal	17
Comportamientos agresivos en adolescentes	20
2.1. Desarrollo del niño y del adolescente	20
2.2. Características del adolescente	22
2.3. Como influye la violencia en la adolescencia	24
2.4. Comportamientos disfuncionales en los adolescentes	27
2.5. Cambios Comportamentales	30
2.6. Cambios Psicológicos	32
2.7. Cambios comportamentales y psicológicos en adolescentes debidos a la violencia intrafamiliar.	34
Modelo Cognitivo Conductual	35
3.1. Antecedentes	35

3.2.	Terapia Cognitiva Conductual	38
3.3.	Conceptos básicos	40
3.4.	Fundamentos	41
3.5.	Evaluación	44
3.6.	Diagnostico	45
3.7.	Terapia cognitivo conductual y farmacología	45
3.8.	Tratamiento y técnicas de intervención	47
3.9.	Eficacia de la terapia Cognitivo Conductual	53
3.10.	Terapia individual	53
3.11.	Terapia grupal	54
3.12.	Plan terapéutico	55
	Terapia de Familia	55
4.1.	Terapia cognitiva conductual en la actualidad	55
4.2.	Definición y percursores del modelo	59
4.3.	Utilización del modelo en el tratamiento de comportamientos agresivos en adolescentes	62
4.4.	Ventajas y desventajas del abordaje desde el modelo cognitivo conductual	67
	Recomendaciones	70
	Referencias	71
	Lista de Imágenes	
	Imagen 1 Población víctima de violencia intrafamiliar	16
	Lista de tablas	
	Tabla 1 Teorías de desarrollo cognoscitivo de Piaget	20
	Tabla 2 Tipos de violencia y sus repercusiones	26
	Tabla 3 Pregunta de elaboración; plan terapéutico desde un abordaje cognoscitivo - conductual para el abordaje de conductas agresivas en adolescentes	63

Resumen

El comportamiento agresivo de adolescentes por violencia intrafamiliar es algo más común de lo que socialmente se cree. Sin embargo, a partir de 1960 empezó a considerarse como un problema social. Es muy usual que en la familia disfuncional haya desacuerdo en la forma de disciplinar a los hijos, la dificultad para negociar y definir roles, la falta de comunicación, la falta de tiempo familiar, y el manejo del dinero.

Es de suma importancia resaltar que los estilos de crianza negativos afectan significativamente las interacciones sociales y las relaciones afectivas. La presencia de violencia en cualquiera de sus formas en el ambiente familiar es la más cruel forma del ejercicio del poder; y donde la familia de manera consciente o inconsciente puede llegar a ser partícipe de la perpetuación de tan indigno acto.

Al hablar de la violencia física, sexual y psicológica no es posible medir cual es la que más hace daño en la persona que la experimenta. Sin embargo, es de reconocer que al ser víctima de violencia intrafamiliar se tendrá como primera respuesta ante la gran mayoría de situaciones que se le puede presentar en el resto de su vida, creando así el ciclo transgeneracional de la violencia.

Los agresores en contextos familiares son personas con un perfil demográfico diverso, independientes de un nivel determinado de escolaridad, provenientes de distintos estratos sociales, con edades que los identifican desde hombres jóvenes hasta envejecientes. Se les caracteriza en algunos casos como obsesionados por los deseos de control, celosos, emocionalmente aislados pero dependientes, que utilizan la racionalización para atribuir la responsabilidad de sus acciones a otros, en algunos casos impulsivos y en otros manipuladores.

Al hacer referencia a las personas que son víctimas de violencia intrafamiliar, presentan dificultad para denunciar el hecho o para dar terminada la relación que está provocando ese malestar. La madre en un significativo número de casos soporta ciertas formas de violencia, ya que al estar fuera del hogar podrá tener ciertos inconvenientes para la crianza de los hijos. Son las mujeres, por una

gran diferencia en relación con los hombres quienes experimentan la violencia intrafamiliar. Se sugiere la Terapia Cognitiva Conductual para el tratamiento de los comportamientos agresivos en adolescentes por violencia familiar; el cual se detalla minuciosamente.

Introducción

La violencia en cualquiera de sus formas es, sin lugar a duda, la expresión más cruda del ejercicio del poder, el hombre sobre la mujer, el adulto de ambos sexos sobre los niños y niñas, el rico sobre el pobre y en general el fuerte sobre el débil.

El fenómeno alarmante, multiforme, universal y creciente de la violencia intrafamiliar, ha pasado a tener un lugar de relevancia en los problemas de nuestra sociedad, por la magnitud del impacto personal y social que representa.

Constituye violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica entre las personas que mantienen una relación de familia o parentesco. La violencia siempre es una forma de ejercicio del poder, ya sea físico, económico, psicológico.

La humillación que representa el ser víctima de violencia intrafamiliar somete a la persona en una profunda auto devaluación, y la imposibilidad de hacer lo mismo al agresor representa para la víctima una frustración que crece y aguarda impacientemente, en un rincón de la inconsciencia, la oportunidad para exteriorizarlo.

La violencia intrafamiliar deja en sus víctimas lesiones físicas y heridas emocionales que si no son tratadas adecuadamente, podría convertirlo en un potencial agresor; porque ha identificado en la violencia un mecanismo para la solución de problemas y es muy probable que lo reproduzca.

En los casos de violencia intrafamiliar, a parte de las heridas que pudiera tener en el cuerpo y de otras manifestaciones del sometimiento, la víctima debe recibir atención en la esfera de la salud mental.

La familia

1.1 Concepto de familia

La familia ha sido definida de múltiples maneras y de distintas perspectivas, atendiendo a criterios de consanguinidad, relación legal, convivencia, lazos emocionales, entre otros. La gran variedad de tipos de familia que actualmente existen en la sociedad dificulta la elección de una definición única y general.

Se considera a la familia como la unidad social básica, en la cual se cumplen funciones económicas, educativas, sociales y psicológicas fundamentales para el desarrollo de los individuos que la conforman, para su incorporación a la vida social con sus semejantes.

Clavijo (2011) expone:

Entendemos por familia el conjunto de personas vinculadas por lazos estables de tipo consanguíneo, maritales, afectivos, socioculturales, económicos, legales y de convivencia, con el propósito de satisfacer necesidades fundamentales al grupo y cumplir con las funciones que le vienen encomendadas a través del devenir histórico-social (p. 43).

1.2 Tipos de familia

Cada familia es única e irrepetible y de ahí la existencia de varios criterios que pueden servir para tipificar la familia; uno de ellos es por la forma en que está organizada, y el segundo criterio está dado por su estructura. Dentro de las familias organizaciones se encuentran las tradicionales, las familias en transición y las contraculturales. Y dentro de las familias estructurales se pueden mencionar la familia nuclear, la monoparental, la reconstruida y la familia después del divorcio.

Cuervo (2007) manifiesta “varios criterios pueden servir para tipificar las diferencias entre las familias; su forma de organización, y estructura. En relación con el primer criterio se distinguen las familias tradicionales, las familias en transición y las no convencionales. En relación al segundo criterio se enumeran la familia nuclear, la monoparental y la reconstruida” (p.45).

Familias Tradicionales

La unidad familiar tradicional se describe como la estructura familiar en la que el padre se encarga del sostenimiento de la familia, la madre se queda en casa a cuidar a los hijos y a realizar los quehaceres del hogar.

De acuerdo con Valdés Cuervo (2007), las familias tradicionales:

Se caracterizan por poseer una estructura de autoridad donde se evidencia un claro predominio masculino. En ellas existe una estricta división sexual del trabajo; el padre es valorado de manera especial por su rol de proveedor y la madre por su papel en las labores del hogar y la crianza de los hijos (p.45).

Los problemas más frecuentes que suelen ocurrir en la familia tradicional son:

El desacuerdo en la forma de disciplinar a los hijos

El conflicto entre los padres, impacta a los hijos, pues éstos se sienten culpables de ser la causa de las discusiones. Generalmente, el problema es el enfrentamiento de dos estilos de educar que no logran un punto intermedio.

Según Valdés Cuervo (2007) “Estos padres atribuyen las particularidades de los hijos a factores innatos y se ven a sí mismos con poca capacidad de control e influencia. Muestran preferencia por técnicas de disciplina de tipo coercitivo y proyectan valores diferentes para niños” (p.46).

La dificultad para negociar y definir roles entre la pareja

Los roles en la pareja adoptados en la infancia y puestos en práctica en la adultez son transmitidos de generación en generación. Fomentan la lucha de poder e impide que la familia se adapte a los cambios que demanda la sociedad y alcancen la prosperidad.

Saldivar, (2015), Citando a Mensalvas M. (2008), Rodríguez, M. & Caballeira (2002), Saldivar, Aguilar & Díaz (1995) “El concepto roles de género designa no sólo a las funciones referidas, sino también a los papeles, expectativas y normas que se espera que las mujeres y los varones cumplan en una sociedad, los cuales son establecidos social y culturalmente, y que dictan pautas sobre la forma como deben ser, sentir y actuar unas y otros dependiendo en principio, del sexo al que pertenecen” (p. 2128)

La falta de comunicación

La falta de comunicación dentro de la familia, es un problema real y extremadamente común; algunas veces la familia es tan desligada que simplemente no hay espacios para comunicarse. Cada uno vive su vida independiente sin hacerse demasiado caso. Los hijos tienen que caer en conductas disruptivas y riesgosas para que el sistema acuse recibo de que algo pasa.

De acuerdo con Gómez (2008) Si hablar de riesgo es referirse a la proximidad o contingencia de estar expuesto a un daño, y la familia es la dimensión que se encuentra en mayor cercanía a la persona, es entonces ésta la que involucra un nivel más alto de peligro, pues éste se clasifica por falta de apoyo, trato violento, deserción escolar y poca estancia en el hogar (p. 108)

Falta de tiempo familiar

Para conocer a alguien hay que dedicar tiempo a esa relación, y el tiempo compartido en familia es una forma concreta de demostrar el amor que sentimos por los otros. A diferencia de los otros

problemas, éste no es reconocido por los miembros de la familia, y rara vez es motivo de consulta, pero tiene enorme relevancia para la calidad de vida familiar.

En 2010 Gervilla, Ángeles, indica que “durante el proceso de socialización, el niño adquiere a través de sus agentes y mecanismos una serie de coacciones internas derivadas de sus necesidades, deseos e intereses; y obligaciones externas, derivadas de la cultura y de las demandas de la vida social. El primer agente socializador es la familia” (p.20).

Manejo del dinero

Los problemas relacionados con el dinero suelen estar ligados con los roles dentro de la familia; un mayor riesgo de conflicto se da cuando ambos trabajan, por el símbolo de poder que implica el dinero. Otro problema es simplemente no hablar del asunto del dinero porque se considera que se está poniendo en tela de juicio la confianza y honestidad del otro.

Es muy importante para cada familia diseñar un proyecto de vida en donde se compatibilicen las expectativas y valores de los miembros. Esto va a determinar la calidad de vida a que puede aspirar la familia; supone explicitar las metas materiales que se pretende alcanzar, las posibilidades de ahorro, el barrio en que se desea vivir o el colegio al que se enviará a los hijos.

De acuerdo con Clavijo Portieles, Alberto (2002) sostiene:

Los tiempos modernos, con una progresiva tendencia a la igualdad social y sexual de la mujer, la incorporación de esta al trabajo y a la vida económica independiente, la nuclearización de la familia y la consolidación de las aspiraciones democráticas de la mayoría de las personas, han traído consigo cambios en la atmosfera, distribución de roles y status de las figuras paterna y materna en el hogar. Cambios que aún no se han consolidado, relaciones que todavía son contradictorias, conceptos que distan de haber cristalizado y ser asumidos por todos (p. 129).

Familias en Transición

En la Familia en Transición, se comparte la autoridad, los roles, se procura evitar los castigos físicos a los hijos, y se mantiene una mejor comunicación. Sobresalen las expresiones afectivas con los hijos y con la pareja.

Valdés (2007) refiere

Que los padres de estas familias no perciben como su única tarea la de proveer, la cual aceptan compartir con agrado con la madre, hacen un esfuerzo consciente por diferenciarse del modelo de hombre alienado en el trabajo y con escasa satisfacción con su vida. Vivencian la necesidad de participar en los aspectos relacionados con las tareas domésticas y la crianza de los hijos; aunque es justo señalar que perciben su función, en estas dos últimas áreas, como de apoyo a la tarea de la madre, quien perciben, con la responsabilidad fundamental al respecto (p.46).

Familias no convencionales

En este tipo de familia, los roles son invertidos; a tal extremo que el nivel académico y los ingresos económicos que aporta la mujer son superiores a los del hombre. La mujer dedica sus esfuerzos y su tiempo al campo laboral y al estudio; y es el hombre quien realiza la mayor parte de actividades en el hogar.

Valdés, (2007) manifiesta:

Las familias no convencionales se alejan del esquema culturalmente establecido en cuanto a los roles masculino y femenino. Las mujeres son activas, se proponen altos ideales personales a realizar por medio del trabajo profesional y su aporte económico al mantenimiento del hogar es mayor o parecido al del esposo. Son mujeres que dedican poco

tiempo a las labores domésticas, y al cuidado de los hijos. Por lo general tienden a delegar los aspectos relativos a las labores domésticas y el cuidado de los hijos en otras personas. En muchos casos los padres de estas familias tienen menos éxito laboral que sus esposas y desempeñan importantes funciones relacionadas con el cuidado de los hijos (p.46).

Familia Nuclear

La familia nuclear está compuesta por el padre, la madre y los hijos.

Papalia, Wendkos, Duskin, (2009) aportan que “La familia nuclear es una unidad de parentesco, relación económica y domestica bigeneracional que incluye a uno o ambos padres y a sus hijos biológicos, adoptivos, hijastros, o todos ellos” (p.13)

Familia Monoparental

Se entiende aquella familia nuclear que está compuesta por un solo progenitor (varón o mujer) y uno o varios hijos.

Valdés, (2007) Citando a Rodríguez y Luengo (2003)

De acuerdo con las distintas definiciones de familia monoparental tienen en común el considerar: 1. La presencia de un solo progenitor en el hogar, ya sea que viva solo o con sus respectivos padres; 2. La presencia de uno o varios hijos en el hogar; 3. La dependencia económica de los hijos y 4. El considerar que los fenómenos anteriores se originan por diferentes causas. En cuanto al primer criterio nosotros consideramos que en el mismo se debiera incluir sólo a aquellos progenitores que viven solos, ya que nos da la impresión que el hecho de convivir con los abuelos le permite a la familia funcionar como una familia

extensa siendo cualitativamente diferentes la división de roles y las problemáticas enfrentadas por los integrantes de la misma. No se puede considerar que todas las familias monoparentales posean características similares (p.51).

Familia Reconstruida

Está compuesta por una pareja de adultos donde uno de ellos tiene hijos de un matrimonio previo.

Según Valdés, (2007) afirma:

Las familias reconstituidas presentan una serie de características particulares: la relación paterno o materno-filial es anterior a la relación de pareja actual; algunos o todos sus integrantes tienen experiencia previa de familia y por tanto, tradiciones y expectativas acerca de la vida en común; los hijos e hijas de modo habitual integran dos familias diferentes con inevitables disparidades; y por último no está claramente definida cuál ha de ser la relación entre los niños y la nueva pareja del progenitor (p.53)

1.3 Patrones de crianza

La palabra crianza viene del latín creare, que significa orientar, instruir y dirigir. Los seres humanos adquirimos durante la crianza autonomía, autoestima, solidaridad, creatividad y dignidad entre otros. Las prácticas de crianza hacen parte de las relaciones familiares y en ellas se resalta el papel que juegan los padres en la formación de sus hijos. Estos, generalmente, tienen una noción espontánea, no muy elaborada, de la manera como se debe criar a los hijos y además son capaces de desarrollar teorías sobre la mejor forma de realizar esta tarea.

De acuerdo con Valdés, (2007) citando a Collins, Gleason y Sesma (1997), expresa:

Que la comunicación efectiva de los padres con los hijos contribuye al desarrollo de competencias sociales que permiten un comportamiento responsable y autónomo tanto en niños como en adolescentes. Habilidades como hacer un primer contacto social con un par, iniciar una conversación, compartir información personal y expresar opiniones propias son habilidades sociales aprendidas en el ambiente familiar. (p.132).

La dignidad, acompañante indispensable de los procesos de crianza y educación, que buscan como objetivo el crecimiento de los niños en dignidad, esto es, en el respeto por sí mismos y por los demás. Entre los elementos que podemos aportar durante el proceso de crianza, para que la dignidad y el decoro se incorporen definitivamente al diario vivir de las personas, están los adultos como modelos, es este el más importante, ya que este se traspasa de generación en generación.

1.4 Tipos de Crianza

Cuando no se establecen reglas dentro del hogar, se pierde el control. Aunque parezca que los hijos están creciendo en un ambiente adecuado que promueve su desarrollo se está totalmente alejado de la realidad; ya que cuando sean adolescentes seguramente mostraran una conducta que traerá consigo consecuencias negativas.

De acuerdo con Jorge, E. & González, M., (2017)

Uno de los problemas que presenta el estilo permisivo consiste en que los padres no siempre son capaces de marcar límites a la permisividad, pudiendo llegar a producir efectos socializadores negativos en los niños respecto a conductas agresivas y el logro de independencia personal. Aparentemente, este tipo de padres forman niños alegres y vitales, pero dependientes, con altos niveles de conducta antisocial y con bajos niveles de madurez y éxito personal”. (p.47)

Por lo anterior, el estilo autoritario se sugiere para el mejor desarrollo del ser humano; sin embargo hay que tener en cuenta las necesidades propias de cada etapa en desarrollo, las cuales permitirán un desarrollo pleno que le facilite socializar con sus semejantes y que le permita llevar una vida en pareja sin complicaciones.

Jensen Arnett, Jeffrey (2008), relata

Que la crianza con autoridad combina la exigencia con la sensibilidad, lo cual incluye afecto, apego emocional, amor e interés por las necesidades y el bienestar del adolescente.

La sensibilidad de los padres sirve para que los adolescentes aprendan a creer en su propia valía como personas (p.204).

1.5 Violencia intrafamiliar y abuso

La violencia en cualquiera de sus formas es, sin lugar a duda, la expresión más cruda del ejercicio del poder, el hombre sobre la mujer, el adulto de ambos sexos sobre los niños y niñas, el rico sobre el pobre y en general el fuerte sobre el débil.

De acuerdo con Muereta Reyes, Orozco Guzmán (2015), citando a Minuchin y Fishman (1981),

La familia es el contexto primario donde se crece y se recibe auxilio; sin embargo, actualmente se reconoce que la familia también puede llegar a ser partícipe, consciente o inconsciente, de la perpetuación de la violencia. En este sentido, Strauss y Gelles (2009) afirman que dentro de las familias se experimentan las agresiones más dolorosas, profundas y lacerantes al grado que, en algunas ocasiones, puede llegar a considerarse la institución más violenta de la sociedad (p.4).

1.5.1 Violencia y clasificación

Tipos de Violencia

La violencia intrafamiliar tiende a clasificarse de la manera en que se produce la agresión; de esta cuenta podemos decir que la violencia puede ser: física, sexual, y psicológica.

De acuerdo con Núñez de Arco, Carvajal (2004)

La violencia en la familia es un fenómeno sumamente polimorfo. Sus diferentes modalidades se pueden clasificar según la naturaleza de la violencia empleada, el tipo de víctima, o la relación entre la víctima y el victimario. Desde el punto de vista legal, se reconocen los siguientes tipos de violencia intrafamiliar (p.48).

Violencia física

Al hablar de violencia física se está hablando de cualquier acción que ocasiona un daño no accidental, utilizando la fuerza física o alguna clase de armamento u objeto que pueda causar o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas.

Núñez de Arco, Carvajal (2004) mencionan que

La violencia física “es la agresión en el cuerpo producida por: golpes, empujones, puñetazos, jalones de pelo, mordeduras, patadas, palizas, quemaduras, lesiones por estrangulamiento, lesiones por armas cortopunzantes, lesiones por arma de fuego y otras lesiones” (p.49).

Violencia Sexual

La violencia sexual es aquella que se manifiesta rebajando a una persona a condiciones de inferioridad, para implantar una conducta sexual en contra de su voluntad. Este es un acto cuyo objetivo es someter el cuerpo y la voluntad de la víctima. La violencia sexual puede ser: física, mediante el acto sexual, tocamientos, etc. Psicológica, cuando existe acoso sexual, propuestas indecentes, insinuaciones, etc. Sensoriales, ocurre cuando se expone en forma deliberada o no, escritos, imágenes, llamadas telefónicas, lenguaje verbal o gestual, etc.

En (2004) Según Núñez de Arco, Carvajal, sostienen que la violencia sexual “es la afectación en el ámbito de la sexualidad humana producida por actos como: manoseo, acoso sexual, pedidos de relación sexual y observaciones lesivas, agresión sexual y/o sexo forzado” (p.48).

Violencia Psicológica

El concepto de violencia psicológica es un concepto social que se utiliza para hacer referencia al fenómeno mediante el cual una o más personas agreden de manera verbal a otra u otras personas, estableciendo algún tipo de daño a nivel psicológico y emocional en las personas agredidas y sin que medie el contacto físico de ningún tipo.

Esta característica básica de este tipo de violencia la hace a veces improbable, porque claro, un golpe, una herida es fácil de demostrar, pero muchas veces si no se tienen testigos o alguna grabación que lo pruebe, es difícil probar este tipo de violencia.

De acuerdo con Núñez de Arco, Carvajal (2004)

Es el daño producido en la esfera psíquica como: aislamiento, celos excesivos, agresividad, hostigamiento verbal, degradación verbal y humillación, control económico y financiero, acosamiento, acecho, amenazas de muerte, amenazas con armas, amenazas con dañar a

personas cercanas, amenazas de quitar a los niños y otras tácticas de tortura emocional (p.49).

1.5.2 Abuso

Al hablar de abuso, se hace referencia al uso excesivo de algo en perjuicio propio o ajeno.

De acuerdo con Lohr, 2001; Milner, 1993; Nayak y Milner, 1998; Pham, 2000,

El malestar psicológico, la ansiedad, la depresión, el aislamiento social y los problemas de relación, principalmente el conflicto marital y el estrés asociado, son factores señalados por la investigación como potenciadores de unas prácticas parentales abusivas” (p.31)

1.5.3 Causas

Sin lugar a duda, lo que provoca la violencia es la pérdida de control sobre las emociones y los sentimientos. La incapacidad de ser tolerantes con nuestros semejantes se suma a las causas de la violencia. Aprendemos a ser violentos desde la infancia, nos inculcan que no nos dejemos de nadie, y desde ese momento se nos está programando para ser violentos.

Francisco Jiménez Bautista, (2012) describe:

La violencia es una manifestación cultural propia de la especie humana, aprendida y transmitida, muchas veces, de forma inconsciente, de generación en generación. Ningún animal, salvo el ser humano, disfruta practicando la crueldad sobre otro de la misma especie; sin embargo, atribuimos los calificativos de brutal, salvaje, y propios de animales, a los actos crueles practicados por el hombre. Las prácticas de tortura tan sólo son conocidas, de forma universal, en la especie humana (p.21).

Antes de la concepción se tiene ciertas preferencias por la masculinidad del nuevo ser, apenas nace y se le van inculcando los valores que se creen aceptables en una sociedad enferma donde predomina la discriminación en todo el sentido de la palabra.

Núñez de Arco, Carvajal (2004) afirma

La violencia es un fenómeno histórico que está relacionada directamente con la estructuración de las sociedades, que definen y articulan los ámbitos de lo <<masculino>> y <<femenino>> generando relaciones de poder, discriminación y subordinación. Las causas que ocasionan la violencia intrafamiliar son complejas, y es producto de una organización social basada en la desigualdad y ejercida por los que tienen más poder y derecho a intimidar y controlar (p.51)

1.5.4 Efectos

Uno de los efectos iniciales de la violencia intrafamiliar para quien la padece es el aprendizaje de los actos violentos como primera respuesta ante la gran mayoría de situaciones que se le puede presentar en el resto de su vida.

Muereta, Orozco (2015), citando a Barudy (2001) señalan

Que cuando las personas se desarrollan en contextos donde la violencia no es reconocida como un acto que lastima y provoca sufrimiento, aumenta considerablemente el riesgo de que este se exprese a través de comportamientos violentos sobre otras personas; estas nuevas violencias producirán nuevas víctimas que podrían, a su vez, transformarse en nuevos victimarios, creando, así, el ciclo transgeneracional de la violencia. Según lo expresa Linares (2002), la parentalidad es un proceso complementario en el cual los padres dan a sus hijos lo que a su vez recibieron de sus propios padres; así devuelven simbólicamente lo que recibieron de ellos. (p.7)

Toda manifestación de violencia intrafamiliar representa daño físico o psicológico, o ambos, tanto para la víctima como para el resto de la familia.

Murueta, Orozco, (2015), citando a Pérez-Sales (2006) asevera

El trauma, en este escenario, se entiende como una experiencia que constituye una amenaza real o percibida para la integridad física o psicológica de la persona, con frecuencia asociada a emociones extremas, vivencia de caos, confusión, fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia, desconcierto, humillación, desamparo, desesperanza y pérdida de control sobre la propia vida que rompe una o más de las nociones básicas que constituyen los referentes de seguridad del ser humano, especialmente las creencias de invulnerabilidad (p.11)

1.5.5 Perfil del abusador

El agresor por lo general puede padecer aislamiento social, tienen baja autoestima y suelen ser impulsivos y hostiles. Pueden padecer una gran falta de seguridad en ellos mismos o, por el contrario, una excesiva seguridad y confianza, que les hace creerse superiores a los demás. Suelen sufrir dependencia y otras alteraciones emocionales. Muchos de ellos sienten una gran necesidad de dominar. Suelen ser machistas, celosos, posesivos y excesivamente inmaduros. Tienen excesivamente asumido el rol de la masculinidad. Es intolerante con la autonomía de la mujer, lo que suele esconder bajo la apariencia de ser un gran protector de ella.

Montás, G. (2011) explica:

Los hombres agresores en contextos familiares son personas con un perfil demográfico diverso, independientes de un nivel determinado de escolaridad, provenientes de distintos estratos sociales, con edades que los identifican desde hombres jóvenes hasta envejecientes. Se les caracteriza en algunos casos como obsesionados por los deseos de control, celosos,

emocionalmente aislados pero dependientes, que utilizan la racionalización para atribuir la responsabilidad de sus acciones a otros, en algunos casos impulsivos y en otros manipuladores (p.360).

1.5.6 Perfil del abusado

Las personas que son víctimas de violencia intrafamiliar tienen dificultad para denunciar el hecho o para dar terminada la relación que está provocando ese malestar. La madre en un significativo número de casos soporta ciertas formas de violencia, ya que al estar fuera del hogar podrá tener ciertos inconvenientes para la crianza de los hijos.

Echeburúa, E. (1998) afirman que:

Una de las características singulares del maltrato doméstico es, por un lado, el comienzo temprano en la historia de la relación y, por otro, la cronicidad. Por término medio las mujeres permanecen en la situación de violencia durante un período no inferior a 10 años. La tolerancia a esta situación aversiva se explica por razones económicas, (dependencia del marido), sociales (la opinión de los demás y el aislamiento) y familiares (la protección de los hijos) (p.11).

1.5.7 Datos de referencia a nivel nacional sobre la violencia intrafamiliar

El Instituto Nacional de Estadística, recopila toda la información de los registros de las denuncias presentadas por violencia intrafamiliar. Las cifras obtenidas durante el año 2016 reflejan que en el rango de 7 a 9 años son los hombres quienes se ven más afectados en comparación con las mujeres. A partir de los 10 hasta los 80 años y más son las mujeres las más afectadas superando por mucho al registro de los hombres.

Imagen 1

Población Víctima de Violencia Intrafamiliar

República de Guatemala

Población víctima de violencia intrafamiliar de 7 años y más
por condición de alfabetismo y sexo, según grupos de edad

Año 2016

Grupos de edad	Total			Alfabeta			Analfabeta			Ignorado		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	31,120	3,265	27,855	25,610	2,878	22,732	5,337	365	4,972	173	22	151
07 a 09	47	26	21	39	23	16	7	2	5	1	1	-
10 a 14	240	56	184	226	55	171	10	1	9	4	-	4
15 a 19	2,717	131	2,586	2,410	125	2,285	290	3	287	17	3	14
20 a 24	5,716	343	5,373	5,140	326	4,814	552	16	536	24	1	23
25 a 29	5,887	452	5,435	5,153	427	4,726	714	23	691	20	2	18
30 a 34	5,048	471	4,577	4,270	441	3,829	756	29	727	22	1	21
35 a 39	3,821	395	3,426	3,077	362	2,715	729	30	699	15	3	12
40 a 44	2,503	279	2,224	1,898	260	1,638	592	19	573	13	-	13
45 a 49	1,543	223	1,320	1,108	197	911	425	25	400	10	1	9
50 a 54	1,039	207	832	695	175	520	332	31	301	12	1	11
55 a 59	715	175	540	448	139	309	264	36	228	3	-	3
60 a 64	497	139	358	320	107	213	177	32	145	-	-	-
65 a 69	344	111	233	190	74	116	146	35	111	8	2	6
70 a 74	241	90	151	118	57	61	122	33	89	1	-	1
75 a 79	131	55	76	60	31	29	69	22	47	2	2	-

80 y más	169	72	97	85	44	41	81	25	56	3	3	-
Ignorad o	462	40	422	373	35	338	71	3	68	18	2	16

Fuente: Proporcionada por Instituto Nacional de Estadística, 2016

1.5.8 Marco Legal

El Estado de Guatemala, tiene entre sus obligaciones garantizar la igualdad de todos los seres humanos en dignidad y derechos y que el hombre y la mujer, cualquiera que sea su estado civil tienen iguales oportunidades y responsabilidades.

Bastaría lo anterior, para tener claro el concepto de igualdad, sin embargo, la manifestación de la violencia intrafamiliar se vincula al desequilibrio en las relaciones de poder entre ambos géneros en los ámbitos social, político, económico y religioso, a pesar de los esfuerzos por parte de la sociedad en beneficio de la igualdad de género.

La misma, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en la sociedad guatemalteca. Esto se debía en parte, a que, en Guatemala, no se tenía un marco jurídico suficiente que contara con las definiciones, procesos y procedimientos que atendieran la situación de violencia intrafamiliar.

No existían con claridad los procedimientos civiles y penales que garantizaran la seguridad física, emocional y patrimonial de las víctimas. Las medidas que debían ser tomadas por los operadores de justicia a favor de las víctimas no eran precisas, además de no señalar las acciones que debían ser encaminadas hacia los victimarios.

Las medidas discrecionales colocaban a las víctimas de violencia intrafamiliar en total vulnerabilidad frente a sus agresores, y eran las víctimas las que abandonaban el hogar y no el agresor.

La discrecionalidad, la ausencia de procesos y procedimientos que atendieran la particular situación de la violencia intrafamiliar, favorecía las actuaciones de los agresores en detrimento de las víctimas.

El marco jurídico se había formulado considerando que la violencia familiar era una cuestión privada, propia de las parejas y que la intromisión del Estado debía ser mantener la unidad y la armonía familiar aún a costa de la integridad y los intereses de las víctimas.

Esta discrecionalidad, promovida por la ley permitía a los jueces emplear los medios de convencimiento y persuasión, incluso en contra de las mujeres y las demás víctimas de la violencia intrafamiliar.

Guatemala en cumplimiento de los compromisos que ha adquirido por la ratificación de las convenciones internacionales de derechos humanos en los últimos años, ha tenido que implementar a la legislación interna instrumentos que lleven las disposiciones internacionales, que son de observancia directa para los Estados participantes, y es por dicha situación que la ley contra la violencia dentro de la familia tiene sus antecedentes internaciones en:

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el mes de diciembre de 1948. En ella se estableció la igualdad de todos los seres humanos, sus derechos y libertades, la prohibición de la esclavitud y la proscripción de las servidumbres, torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (-CEDAW-, por sus siglas en inglés), Decreto 49-82 se basa en la Declaración Universal de Derechos Humanos que reafirma el principio de la no discriminación y proclama que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y que toda persona puede invocar todos los derechos y libertades proclamadas en esa declaración, sin distinción alguna y por ende, sin distinción de sexo”.
- Esta Convención proclama la injusticia de la discriminación contra la mujer en cuanto niega o limita su igualdad de derechos frente al hombre, porque constituye una ofensa a la dignidad

humana; exhorta a adoptar medidas apropiadas para abolir las leyes, costumbres y prácticas que constituyan discriminación en contra de la mujer.

- La Convención sobre Los Derechos del Niño [a], suscrita en 1989 y aprobada por Guatemala mediante el Decreto Legislativo número 27-90, el 10 de mayo de 1990.
- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención Belem Do Pará, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1993 y aprobada por Guatemala, mediante el Decreto legislativo número 69-94, el día 15 de diciembre de 1994.

Como resultado de la incorporación de todos los convenios mencionados anteriormente, el 24 de octubre de 1996 surge el decreto 97-96 en el cual se define la violencia intrafamiliar, la aplicación de las medidas de protección necesarias para garantizar la vida, integridad, seguridad y dignidad de las víctimas de violencia intrafamiliar.

Asimismo, tiene como objetivo brindar protección especial a mujeres, niños, niñas, jóvenes, ancianos y ancianas y personas discapacitadas, tomando en consideración las situaciones específicas de cada caso.

Las medidas de protección se aplicarán independientemente de las sanciones específicas establecidas por los Códigos Penal y Procesal Penal, en el caso de hechos constitutivos de delito o falta.

Incluye la forma en que de presentarse la denuncia y las instituciones encargadas para tal situación y la obligatoriedad de llevar un registro de las denuncias. La habilitación de centros de atención las 24 horas, la aplicación de medidas de seguridad de protección de las víctimas.

La duración de las medidas de restricción al agresor y si la reincidencia persiste las medidas a tomar. Están establecidos los procedimientos que debe acatar la Policía Nacional Civil, y los deberes que debe asumir el Estado.

Comportamientos agresivos en adolescentes

2.1 Desarrollo del niño y del adolescente

El desarrollo del niño ha sido estudiado de manera amplia. Aunque hay diferencias entre los teóricos, la mayoría coincide en que el desarrollo representa los cambios sistemáticos y sucesivos que mejoran la adaptación global del niño al ambiente. Por su parte las teorías psicoanalíticas, se centran en los cambios evolutivos del yo y en la personalidad. Sigmund Freud (1856-1939) y Erik Erikson (1902-1994) plantearon que el desarrollo es un proceso discontinuo que sigue una serie de etapas discretas.

En cada etapa de maduración surgen algunos impulsos, necesidades o conflictos que influyen en la forma en que el niño se relaciona con el ambiente. Mientras para los conductistas los cambios evolutivos del comportamiento reciben la influencia del ambiente y sostienen que los mecanismos fundamentales del desarrollo son los principios del aprendizaje.

Por otro lado, los teóricos cognoscitivos se centran en la forma en que el niño construye su propio conocimiento del ambiente; estableciendo que el desarrollo se da a través de la interacción entre sus primitivas capacidades mentales y las experiencias ambientales. Tres teorías principales las conforman:

Tabla 1
Teorías del desarrollo Cognoscitivo de Piaget

Teoría del desarrollo cognoscitivo Jean Piaget (1896-1980)	Es probablemente el psicólogo evolutivo más conocido en el campo de la pedagogía. Propuso que los niños pasan por una secuencia invariable de etapas, cada una caracterizada por distintas formas
--	---

	de organizar la información y de interpretar el mundo. Dividió el desarrollo cognoscitivo en cuatro etapas.
Teorías de procesamiento de información	Ofrecen otra perspectiva interactiva del desarrollo. En vez de centrarse en cómo se organiza el conocimiento en varias etapas del desarrollo, estudian los pasos exactos en que se llevan a cabo las funciones mentales.
Teorías del aprendizaje social	Estas teorías contribuyen a explicar cómo el niño aprende las conductas sociales, las tendencias agresivas y los comportamientos adecuados a su sexo. Proponiendo que el niño adquiere nuevas conductas mediante la observación y la imitación

Fuente: elaboración propia, agosto 2018.

La adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y da paso a la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.

Muchos autores han caído en la tentación de describir esta edad con generalizaciones deslumbrantes o, al contrario, la califican como una etapa de amenazas y peligros, para descubrir, al analizar objetivamente todos los datos que las generalizaciones, de cualquier tipo que sean, no responden a la realidad. Si hay algo que se puede afirmar con toda certeza, es que esta edad es igual de variable, y tal vez más que cualquier otra etapa del desarrollo del ser humano.

Ahora bien, la adolescencia es un proceso en el cual los individuos pasan de un estado de niño a adulto joven, pero no se trata de un proceso uniforme, por esta razón, se pueden identificar tres periodos: la adolescencia temprana que va de los 10 a 13 años caracterizada por el desarrollo físico y que se conoce como pubertad; la adolescencia media que va de los 14 a 16 años, y se caracteriza

por un distanciamiento de la familia y la adolescencia tardía comprendida entre los 17 y 19 años en la que se termina de formar la identidad. A lo largo de este proceso, se van intensificando los procesos de individuación que conducen a la consolidación de la personalidad del adolescente.

Al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos, por ejemplo, la fisiología de la pubertad es un conjunto muy complejo de fenómenos, que incluye un rápido crecimiento del cuerpo, la osificación de los huesos, cambios hormonales, y la aparición repentina de las características primarias y secundarias del sexo, al igual que las reacciones psicológicas a estos cambios. No todos estos cambios fisiológicos tienen una elevada correlación, ni las reacciones psicológicas de ellas son idénticas o igualmente intensas en todos los individuos.

De modo que los retos del adolescente en esta etapa son: "la reestructuración y consolidación de su imagen corporal, el proceso de independencia, autonomía económica y social, el establecimiento pleno de identidad, desarrollo y asunción de un sistema de valores, la programación del futuro y el desarrollo de su identidad psicosexual" (Peñaherrera, 1998, p.18).

2.2 Características del adolescente

En ambos sexos la entrada en la pubertad dispara torrentes hormonales que impactan de manera directa en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, identificadores de los roles sexuales en la especie. La aparición del vello púbico y corporal (y facial en los hombres) suele proseguir a esta primera etapa el proceso.

Otros cambios fundamentales están relacionados a la activación del aparato reproductivo y despertar de la libido. Esto consiste en la generación de espermatozoides y fluidos seminales en el varón, experimentación de las primeras poluciones nocturnas, así como crecimiento de los testículos y engrosamiento del pene. En las mujeres esto implica el inicio del ciclo menstrual y crecimiento de las glándulas mamarias, así como variaciones importantes en la flora bacteriana

vaginal y desarrollo de las glándulas de Bartolino, encargadas de las secreciones vaginales. Por último, se experimenta un engrosamiento de los labios menores y del himen.

El crecimiento es notoriamente acelerado durante los años iniciales de la adolescencia, durante los cuales se abandona la estatura infantil y el esqueleto crece a su velocidad máxima durante unos tres o cuatro años consecutivos. Se estima que el crecimiento total llega a ser de unos ocho centímetros en la mujer y unos diez en el hombre. Luego el crecimiento inicia un proceso paulatino de desaceleración a medida que los huesos adquieren su tamaño definitivo (Santrock, 2003).

En materia de peso, ocurre también un incremento notable, tendencia mayor en las mujeres que en los varones, dado el incremento de grasa corporal que implica el crecimiento de las mamas y el ensanchamiento de las caderas. Una vez terminado el proceso de crecimiento, no obstante, los varones serán más pesados que las mujeres.

Por otro lado, el crecimiento muscular es proporcional al estiramiento del esqueleto, y son un factor determinante en el aumento de la fuerza muscular. El corazón y los pulmones, especialmente en los varones, aumentan su capacidad sistólica y su presión arterial. También se completa la dentición, alcanzando la dentadura completa con los segundos molares y muelas del juicio.

Finalmente, el engrosamiento de las cuerdas vocales en los varones, así como el reforzamiento mandibular, es tan característico de esta etapa como la aparición de la “nuez” en la garganta, que no es más que el ensanchamiento del cartílago tiroideo en su parte anterior.

Estos cambios físicos de la adolescencia, sin embargo, deben entenderse en contexto de las condiciones sociales, genéticas, nutricionales y étnicas del individuo, que resultan igual de determinantes. Durante la adolescencia tendrá lugar el inicio, además, de la formación de la identidad y personalidad individuales, en la medida en que el joven descubre y asume su autonomía individual.

Esto se fundamenta en la capacidad de elección, ya que durante la niñez sus principales afectos (paternos y familiares) no han sido escogidos por él, sino dados de antemano (Mantzoros, 2000; Flier y Rogol, 1997).

Así, la maduración social empieza a ocurrir durante esta etapa, en que el adolescente prueba distintos modelos de pertenencia y de comunidad, a menudo organizada en grupos que se proveen de un sentido comunitario. La entrada a la adultez, en cambio, marcará el abandono de dichos colectivos y el emprendimiento de un modelo de vida mucho más regido por el deseo individual.

En cuanto a la emotividad, La adolescencia es una etapa clave en la formación de una emocionalidad madura, pero mientras tanto suele constituir una etapa difícil y rebelde. Y si bien es difícil resumir las posibles inquietudes que lo acompañen, a grandes rasgos se espera de un adolescente cierta polaridad en el manejo de sus emociones, lo cual conduce a irritabilidad, entusiasmos intempestivos, timidez e inseguridad, y un rango de emociones fluctuantes que a menudo tienden a la tristeza.

De allí que la adolescencia sea un período que requiera de soporte y atención familiar, a la par de tolerancia y por lo general enormes cuotas de paciencia.

2.3 Cómo influye la violencia en la adolescencia

Mosquera y Sánchez (2011) indican que:

La violencia es una cualidad, es decir la forma en que somos por instinto o cultura, por lo cual la actitud de un individuo es violenta cuando está relacionada con la fuerza, por tanto, la violencia hace referencia aquello que expresa el mal, lo malo y la maldad (p.18).

Etimológicamente hablando, la palabra violencia proviene del latín *violentia* que hace referencia a Fuerza. “La violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir daño, puede hablarse de

violencia política, económica, social o meteorológica, en un sentido amplio” (RAE, 2018). Este concepto se basa en el poder que puede ejercer una persona sobre otra.

Desde el punto de vista de salud, se define a la violencia como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo, que cause o intente causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OMS, 2002). En las definiciones consultadas, se encuentra como factor común la “Fuerza”, por lo tanto, se puede definir que la violencia es el uso de fuerza que puede provocar algún tipo de daño o lesión sea esta física o psicológica dentro de los actos de violencia se consideran agresiones físicas, amenazas, insultos y todo acto que cause daño a la integridad de una persona.

Por su parte, la violencia intrafamiliar, comprende todos aquellos actos violentos, desde el empleo de la fuerza física o de otro tipo, acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar. Se coincide con Palacio (1993) cuando plantea que:

La violencia intrafamiliar como toda acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno o varios de sus miembros que de forma permanente ocasione daño físico, psicológico o sexual a otros de sus miembros, que menoscabe su integridad y cause un serio daño a su personalidad y/o a la estabilidad familiar (p. 10).

Por lo tanto, es indispensable determinar cómo repercute la violencia entre los individuos que sufren la violencia en primera persona, así como diferenciar las distintas manifestaciones de violencia que se pueden encontrar entre la población adolescente, algunas de las cuales pueden pasar desapercibidas, en una sociedad como la guatemalteca. Dentro de las cuáles podemos mencionar:

Tabla 2
Tipos de violencia y sus repercusiones

Tipo de violencia	Repercusiones	Ejemplo
Violencia verbal	La violencia verbal se está normalizando en nuestra sociedad, especialmente cuando se percibe entre jóvenes que tienen enfrentamientos aparentemente sin importancia.	Algunos ejemplos de violencia verbal pueden ser insultos, gritos, etc., y pueden llegar a causar tanto daño psicológico como la violencia física, especialmente cuando se produce de forma frecuente.
Violencia física	La violencia física es más alarmante puesto que puede causar serios daños en el organismo. Suelen conllevar mayores castigos y, por lo general los agresores tienen que rendir cuenta con la justicia.	Golpes, bofetadas y empujones constituyen algunos ejemplos de este tipo de violencia entre población adolescente.
Violencia/maltrato psicológico	Aunque se trate de un tipo de violencia más sutil, llega a provocar serios problemas en la víctima, como baja autoestima, falta de autonomía, miedo a su pareja, etc.	Algunos ejemplos de violencia psicológica son las humillaciones, desprecios o amenazas.

Fuente: elaboración propia, agosto 2018.

En cuanto, a las repercusiones que se pueden evidenciar en la población adolescente que es víctima de violencia se ha observado numerosos indicadores de desajuste psicológico como, por ejemplo:

- Aislamiento social.
- Bajo rendimiento escolar.
- Trastornos ansiosos o síntomas relacionados.
- Trastornos depresivos o síntomas relacionados.
- Ideas o tentativas de suicidio.
- Mayor insatisfacción con la vida.
- Problemas familiares.

2.4 Comportamientos disfuncionales en los adolescentes

Laurence Steinberg, psicólogo de la Universidad Temple que se especializa en comportamiento adolescente, ofrece tres características de que debería considerarse representativas de la adolescencia:

- Los adolescentes tienen deficiencias en capacidad de toma de decisiones;
- Son especialmente vulnerables a las circunstancias coercitivas, como la presión de sus pares
- Su carácter, o personalidad, aún no están formados por completo

Deficiencias en la capacidad de toma de decisiones

Aunque los adolescentes tengan capacidad de razonamiento lógico, no siempre lo utilizan para tomar decisiones. Esto es especialmente cierto en situaciones con alto nivel emocional. Los adolescentes están propensos a las conductas de riesgo; ya sea debido a limitaciones cognitivas o a poca experiencia vital, piensan menos en consecuencias hipotéticas a futuro que en las recompensas inmediatas. Además, los adolescentes son más impulsivos que los adultos y tienen más dificultad para regular sus estados de ánimo y comportamiento.

Vulnerabilidad a la influencia de pares

Debido a su inmadurez, es posible que los adolescentes cedan ante presiones que los adultos son capaces de resistir. La influencia de los pares aumenta en la adolescencia a medida que los jóvenes buscan independizarse del control paterno. El deseo de los jóvenes por lograr la aprobación de sus pares y el temor al rechazo social afectan sus decisiones, incluso en ausencia de una coacción explícita. Los pares populares sirven como modelos para el comportamiento del adolescente.

Carácter aún no formado

El carácter, identidad y valores de los adolescentes todavía no están completamente formados. La delincuencia juvenil a menudo representa una fase temporal de experimentación y toma de riesgos, no una deficiencia moral profunda y duradera. Por tanto y en relación con lo descrito anteriormente, el cómo se vive la adolescencia, depende mucho de cómo se han vivido etapas precedentes. Además de la familia, la socialización con pares es fundamental para consolidar el acoplamiento del adolescente al grupo al que pertenece.

Por socialización se entiende, "todo proceso de aprendizaje que permite al individuo, bajo ciertas circunstancias, tomar parte en el cambio de la sociedad" (Schade & Rojas, 1989, p. 254). Por ejemplo, las relaciones de amistad que se establecen en la infancia tienen efectos duraderos en las personas: los niños que presentan mayor aceptación social tienen mayor asertividad, y los que son rechazados, desarrollan creencias negativas de lo que los otros piensan de ellos.

"El comportamiento agresivo es multicausal, pero dado que el papel de la familia en el desarrollo psicológico de la persona es indiscutible, el funcionamiento familiar, es el mejor predictor de la aparición de las conductas agresivas, así como de su tránsito hacia la delincuencia juvenil" (Berk, 1999, p. 65).

Entre los factores familiares que influyen en la conducta agresiva del adolescente se tiene, la comunidad más próxima al entorno familiar, las interacciones familiares, la crianza y los modelos

de los padres. En el primer caso, podemos decir que la violencia comunitaria, es un factor de riesgo que va de la mano de la marginalidad, el abandono, la desintegración familiar, y el que los padres del menor sean adictos o mentalmente alterados.

Por otro lado, las interacciones familiares, particularmente entre los padres, son primordialmente decisivas. Los conflictos maritales se relacionan con los desajustes emocionales de los hijos y tanto la estructura familiar como la posición del adolescente en la familia, se relacionan con la aparición de sintomatología que es clínicamente significativa.

Los conflictos maritales y las familias disfuncionales (aquellas cuyas interacciones son anómalas, violentas o indiferenciadas) generan gran ansiedad en los niños. Esta ansiedad es uno de los síntomas más comunes de la tensión emocional. A su vez, la ansiedad en la niñez tiene implicaciones negativas en el ámbito psicosocial afectando las relaciones con los pares y la competencia social del menor, tanto durante la niñez como en etapas posteriores como la adolescencia y la vida adulta

De las interacciones familiares se desprenden también pautas de crianza en las que están inmersos patrones de socialización y vinculaciones sistémicas entre todos los miembros de la familia. A. Rodríguez (2003) señala por ejemplo que los lazos débiles con la familia son la base de los trastornos desadaptativos y que los adolescentes desadaptados tienen un estilo de crianza más autoritario. Él concluye en base a sus estudios que, en las familias con lazos débiles, las normas familiares y morales se internalizan difícilmente, lo cual deviene en conductas agresivas.

En ese sentido, como sugiere este autor, las pautas de crianza se relacionan con la criminalidad y la agresión. Así pues, la estimulación de la agresividad, el poco uso del razonamiento y el elogio, la separación o divorcio de los padres, los ataques verbales y ridiculización como método de crianza son nocivos para el desarrollo psicológico del adolescente y su correcto ajuste a la sociedad. No debe pensarse que siendo duros y utilizando el castigo se corrigen malos hábitos, pues la interacción restringida entre los padres y los hijos refuerza el comportamiento agresivo de estos.

Por tanto, es necesario considerar los recursos y estrategias que desarrollan los jóvenes para afrontar el estrés en esta etapa. Muchas conductas antisociales como el consumo de drogas, los trastornos de la alimentación y la violencia son resultado de la incapacidad de algunos adolescentes para afrontar sus preocupaciones, las mismas que se encuentran diferenciadas según su sexo. Las mujeres, por ejemplo, presentan mayores preocupaciones acerca de sí mismas, mientras que los varones se preocupan más por sus actividades académicas y el ocio.

Queda claro entonces que los patrones de crianza ineficaces facilitan la presencia de la agresividad y violencia. Dado que estos ocurren varios años durante la infancia y la niñez temprana, la conducta agresiva se termina consolidando a los ocho años. Por otro lado, los vínculos de apego se mantienen fuertes hasta los 15 años, por tanto, si se ha forjado un fuerte vínculo afectivo entre padres e hijos, su tránsito por la adolescencia se hará sin excesos ni tribulaciones.

Existe por tanto una alta correlación entre la exposición a la agresión y los problemas de conducta infantil y adolescente. Por el contrario, un ambiente favorable a la comunicación, con altos niveles de respeto, son esenciales para el desarrollo académico, emocional, y la conquista de competencias sociales. En esa medida, es indispensable dotar a los padres de estrategias positivas para criar y educar a sus hijos.

2.5 Cambios comportamentales

Contacto con la sociedad

El ser humano, sociable por naturaleza pertenece a distintos grupos como la familia, escuela, grupo religioso, grupos culturales y la sociedad misma. Estos sistemas por su dinámica influyen el aprendizaje y generan relaciones cada vez más extensas y duraderas.

Independencia del medio familiar

Durante la fase inicial de la adolescencia, se refleja un menor interés en las actividades paternas y un mayor recelo a la hora de aceptar consejos o críticas. En la adolescencia media, aumentan los conflictos con los padres y se dedica más tiempo a los amigos. Cuando llega el final de la adolescencia, el joven se integra nuevamente a la familia y es capaz de apreciar de mejor manera los consejos y los valores de sus padres.

Relación con amigos y el establecimiento de las parejas

Durante la adolescencia en su fase temprana, se manifiesta un gran interés por los amigos del mismo sexo, y sus opiniones son relevantes, en detrimento de las de los padres. Esto puede ser positivo o negativo. Sienten ternura hacia sus iguales, lo que podría provocar sentimientos, miedos o relaciones homosexuales. En la adolescencia media, es muy poderoso el papel de los amigos. Se produce una integración del adolescente en la subcultura de los amigos, de conformidad con sus valores, reglas y forma de vestir, en un intento de separarse más de la familia. También, se produce una integración creciente en relaciones heterosexuales y en clubes. Durante la fase tardía de la adolescencia, el grupo va perdiendo interés. Existe menos exploración y experimentación, y se dedica más tiempo en el establecimiento de relaciones íntimas y se forman las parejas.

Desarrollo sexual del adolescente

Durante la adolescencia se presentan cambios físicos y son los responsables de la aparición del instinto sexual. La ausencia de los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad y los numerosos tabúes sociales hacen de esta etapa la satisfacción complicada. Durante los últimos cincuenta años, la actividad sexual en la adolescencia ha incrementado. Algunos adolescentes no tienen interés o no tienen información acerca de los métodos de control de natalidad existentes, ni conocen los síntomas de enfermedades por transmisión sexual. En consecuencia, el número de jóvenes que tienen hijos a esta edad y la incidencia de las enfermedades venéreas han aumentado considerablemente.

2.6 Cambios psicológicos

En la adolescencia en su fase precoz, se producen cambios físicos acelerados, mejora la capacidad cognitiva, que evoluciona desde el pensamiento concreto al pensamiento abstracto flexible, lo que da lugar a un creciente autointerés y fantasías. Se establecen objetivos vocacionales irreales o ideales. Se tiene una mayor necesidad de intimidad, y surgen los sentimientos sexuales, existe una falta de control de los impulsos que puede derivar en desafío a la autoridad y un comportamiento arriesgado. Durante la adolescencia media, aumenta la capacidad intelectual y la creatividad y se amplía el ámbito sentimental, con una nueva capacidad para examinar los sentimientos de los demás.

Tienen menos aspiraciones idealistas, aparecen sentimientos de omnipotencia e inmortalidad, que pueden llevar a una conducta arriesgada. Durante la adolescencia tardía, el pensamiento ya es abstracto y con proyección de futuro y se establecen objetivos vocacionales prácticos y realistas. Se delimitan los valores morales, religiosos y sexuales, y se establece la capacidad de compromiso y el establecimiento de límites. Se produce la independencia económica. El inicio de la pubertad sucede uno o dos años antes en las mujeres, de igual manera los cambios psicosociales y emocionales acontecen uno o dos años antes que en los varones.

Debe tenerse presente, que cuando se llega a la adolescencia, las bases del desarrollo ya están asentadas. Hay un amplio rango de normalidad en la conducta y desarrollo del adolescente y se tendrá en cuenta que lo que es normal en un estadio puede no serlo en otro; así, un adolescente en la fase tardía no debería tener dificultades para ser independiente de sus padres y amigos.

La evaluación del adolescente se realizará examinando su funcionamiento en casa, escuela, con los amigos y si ha adquirido sus objetivos con el apoyo del entorno. De no ser así, pueden desarrollarse problemas de personalidad, comportamiento, depresión, ideas suicidas entre otros. La adolescencia no es una época de “psicopatología normal”; los problemas psicológicos y del comportamiento deben ser tratados con la misma atención que los de los niños y los de los adultos.

Interés por la apariencia física

El adolescente, experimenta sentimientos de inseguridad sobre sí mismo provocados por los cambios físicos, lo que le genera preocupación respecto a su apariencia y atractivo y hace que se pregunte constantemente si es normal. Empieza a compararse con otros adolescentes y experimenta un interés creciente sobre la anatomía y fisiología sexual. Gradualmente, durante la fase media de la adolescencia, se produce la aceptación de su cuerpo, con intentos de hacerlo más atractivo. En esta etapa, por la influencia social pueden aparecer trastornos alimentarios. Es en la adolescencia tardía cuando se completa el crecimiento y desarrollo, y los cambios han sido aceptados. La imagen solo preocupa si se ha producido alguna anomalía significativa.

Desarrollo afectivo

No es posible describir adecuadamente a los adolescentes, ya que no existe ningún esquema del desarrollo que los agrupe de manera homogénea. Cuando el proceso de desarrollo está muy adelantado o retrasado respecto a sus compañeros, el adolescente frecuentemente muestra dificultades de adaptación y baja autoestima. Cada adolescente responde a situaciones de la vida de forma personal y única, influido por los diferentes factores de riesgo y protección presentes en su vida. La adolescencia no es un proceso continuo, sincrónico y uniforme.

Durante la adolescencia media, aparecen los conflictos familiares, debido a la relevancia que adquiere el grupo; es en esta época, cuando pueden presentarse con más probabilidad las conductas de riesgo. Durante la adolescencia tardía se da la reaceptación de los valores paternos y de las tareas y responsabilidades propias de la madurez. Es, durante esta época que se alcanzan los objetivos psicosociales necesarios en la evolución del joven a la edad adulta como son: lograr la independencia, aceptar su imagen corporal, establecer relaciones amistosas y lograr la identidad.

Desarrollo social

El desarrollo social del adolescente empieza a manifestarse desde temprana edad, cuando en su infancia (a partir de los 10 años) empieza a pertenecer a pequeños grupos con la única finalidad de

jugar y de hacer travesuras. A medida que se va desarrollando empieza a ver otras inquietudes a la hora de elegir a un amigo electivo tienen que tener las mismas inquietudes, ideales y a veces hasta condiciones económicas; el grupo es heterogéneo compuesto de ambos sexos ya no es como anteriormente mencionamos, los grupos que en su mayoría eran homogéneos esto la mayoría de sus veces trae como consecuencia la mutua atracción.

Algunos psicólogos se refieren a esta etapa como una de la más críticas del ser humano ya que el adolescente ve a la sociedad o al mundo como un tema de crítica y rechazo, rompe el cordón umbilical que lo liga a los padres, desconoce la autoridad o cualquier liderazgo y entre en ese período transitorio en donde no se pertenece a un conjunto, pero tampoco forma parte de un grupo puberal.

Desarrollo de la personalidad

Sobre el desarrollo de la personalidad se han desarrollado variadas teorías, por parte de diferentes autores dedicados al estudio de los diversos aspectos que influyen en el desarrollo y comportamiento del individuo en la adolescencia. La adolescencia es, si se quiere una etapa muy delicada y clave en el desarrollo de la personalidad que va a regir la vida del adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento positivo en la sociedad.

2.7 Cambios comportamentales y psicológicos en adolescentes debidos a la violencia Intrafamiliar

Existen diferentes factores que influyen dentro de la formación del carácter de una persona, principalmente en su etapa de adolescencia donde adoptan ejemplos para formar su personalidad. Uno de los factores más influyente en la formación de los jóvenes es su entorno familiar. El problema de violencia intrafamiliar es un tema muy común y escuchado en nuestra sociedad y a su vez existen muchas instituciones estatales y privadas que ayudan a las personas que son víctimas de esta violencia.

Las consecuencias físicas y psicológicas que sufren las víctimas de violencia intrafamiliar son varias. En los adolescentes son unas de las víctimas más preocupantes, ya que ellos por la etapa de la vida en la que están transitando, son muy susceptibles a todos los problemas que se les presenten y tienen a representarlos en su diario vivir de una manera caótica. No debe olvidarse que las personas van formando su personalidad, identidad, autoestima, carácter y en la adolescencia muchas de estas características comienzan a consolidarse.

Uno de los autores que habla sobre el concepto conducta, a partir del conductismo como paradigma psicológico, es Bandura (1959). Este autor señala desde su teoría del determinismo recíproco, que no solo el ambiente causaba el comportamiento, sino que también el comportamiento provocaba un ambiente. Para Cusco, Deleg y Saeteros (2014) los niños que sufren violencia intrafamiliar presentan patrones en sus características tales como: indecisión, ansiedad, descontrol, agresividad, terquedad y mal humor.

La estructura familiar es también otro factor muy importante, en un estudio realizado se determinó que un clima familiar desfavorable facilita la aparición de conductas de afrontamiento disfuncionales en los adolescentes (Martínez y Morote, 2001). En consecuencia, los conflictos familiares y la separación de los padres son hechos que, pueden conducir a serios problemas durante la adolescencia. El peligro del divorcio está en que puede ser un antecedente para comportamientos de riesgo, entre los que se tiene: el abandono de los estudios, los embarazos no deseados, los abortos, la violencia, el uso de drogas, la delincuencia, etc.

Modelo Cognitivo Conductual

3.1 Antecedentes

La psicología del presente siglo se ha caracterizado por ser multifacética, en tensión dinámica entre tres poderosas fuerzas en la experiencia humana: hacer, pensar y sentir (Mahoney, 1991). Desde Wundt, el estudio de las experiencias privadas de la persona fue uno de los temas centrales de los orígenes de la psicología científica. Sin embargo, dependiendo de la concepción de la ciencia y de

la psicología ha estado inicialmente considerada como objeto de investigación científica, luego apartada por el conductismo y, a partir de la segunda mitad del siglo XX, se produce lo que muchos han denominado la revolución cognitiva, con el reconocimiento de los procesos internos y la posibilidad de su estudio científico.

Uno de los hechos iniciales más importantes en el surgimiento de las terapias cognitivo-conductuales fue la publicación del libro de Ellis (1962) titulado *Razón y emoción en psicoterapia*, como el artículo de Beck (1963) *Thinking and depression*, que es otro hito precursor del surgimiento de la terapia cognitiva.

Años después, a mediados de los años setenta, se publicaron los primeros manuales sobre las terapias cognitivo-conductuales (Kendall y Hollon, 1979; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977), el manual de tratamiento de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) aplicando la terapia cognitiva a la depresión, produciéndose a partir de ahí su paulatina consolidación.

Los antecedentes cercanos de las terapias cognitivo-conductuales se asientan en el descontento con el psicoanálisis, la limitación del modelo conductual (E-R), la extensión de la psicología clínica en la aplicación de tratamientos psicológicos a problemas cada vez más complejos, y una base filosófica en la que se hace una consideración global del ser humano en la que la conducta, sus pensamientos y sentimientos se consideran al mismo nivel.

La terapia conductual parte de la idea de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje. De esta forma, en lugar de indagar acerca de posibles conflictos estructuras subyacentes, los terapeutas de conducta empezaron a centrarse en la conducta observable y el ambiente en el que se produce.

Desarrollaron para este análisis el proceso de evaluación conductual, alternativa también radical a los sistemas diagnósticos tradicionales, y concibieron la terapia como una empresa empírica y fundamentada en la metodología experimental propia de la investigación científica. Estos principios convirtieron a la TC en una orientación psicoterapéutica revolucionaria, cuya

contribución al desarrollo de la psicoterapia científica ha sido determinante. No obstante, los inconvenientes han sido muchos a lo largo de su existencia, por ejemplo, la ausencia de una teoría unificada del aprendizaje, las controversias sobre el papel de las variables cognitivas, así como su naturaleza y medida.

Uno de los hechos más significativos de la historia de la terapia de conducta ha sido la gran relevancia otorgada a los factores cognitivos a partir de los años 70, lo que supondrá un importante cambio en la conceptualización y tratamiento de los problemas psicológicos, habiendo tenido este cambio implicaciones que llegan a la actualidad. Es en este periodo que teóricos comienzan a considerar que los elementos cognitivos tienen una mayor relevancia en la adquisición, mantenimiento y cambio de conducta que aquel que se le estaba otorgando hasta ese momento en la Terapia de Conducta (Ruíz, 1989).

Dicha insatisfacción viene derivada de los resultados de diversas investigaciones de laboratorio, que durante los años sesenta comenzaron a cuestionar algunos de los principios establecidos sobre las leyes de condicionamiento clásico y operante.

El rasgo común, más destacable, a todos los modelos cognitivos es la consideración de la cognición como el elemento determinante de la conducta. En la actualidad los modelos cognitivos aceptan la existencia de una causalidad multidimensional a la hora de abordar la psicopatología y explicar tanto el origen, como las manifestaciones de los diversos trastornos, si bien es verdad que los procesos cognitivos, aun no siendo suficientes, siguen siendo los elementos que se consideran más relevantes y determinantes del comportamiento (Knapp y Beck, 2008). De esta forma, las terapias cognitivas diseñan siempre tratamientos basados en una formulación cognitiva del problema del paciente.

Los psicólogos cognitivos consideran que el aprendizaje es mucho más complejo que la formación de asociaciones E-R. El que aprende, entre otras cosas, encaja la nueva información en un marco organizado de conocimiento acumulado (esquema). Desde el punto de vista de la intervención terapéutica se insiste en el abordaje de los procesos cognitivos, por ser éstos el determinante

principal del comportamiento. El objetivo es una mejor comprensión de los problemas clínicos mediante un acercamiento más complejo y que, por tanto, resultaría más adecuado para el tratamiento de estos.

Adentrando al modelo, existe un gran número de terapias cognitivo-conductuales (Dobson, 1988; McMullin, 1986) que se han visto reflejadas en una importante aplicación de estas a distintos problemas comportamentales. Se han hecho distintas clasificaciones de las terapias cognitivo-conductuales. Una de las más destacadas ha sido la de Mahoney y Arknoff (1978) quienes las dividieron en tres grandes grupos: terapias de reestructuración cognitiva, terapias de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones y terapias de solución de problemas.

Dentro de las primeras incluyeron la terapia racional-emotiva de Ellis, el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum, la terapia cognitiva de Beck y la reestructuración racional-sistemática de Goldfried. Dentro de las terapias de afrontamiento para manejar situaciones se hallan el modelado encubierto de Cautela, el entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones de Goldfried, el entrenamiento en manejo de la ansiedad de Suinn y el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum.

Por último, dentro de las terapias de solución de problemas, se incluyen tres: la terapia de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfried, la terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure y la ciencia personal de Mahoney.

3.2 Terapia Cognitiva Conductual

La terapia cognitivo-conductual, a través de la modificación de los procesos mentales, resulta efectiva para la descripción de intervenciones cuyo objetivo es reducir el malestar de ciertas conductas desadaptativas y psicológicas. Las emociones y las conductas provienen en una gran parte de los pensamientos, así las técnicas cognitivo- conductuales generan cambios en la manera de pensar, sentir y actuar.

Puede aplicarse a niños, adolescentes y adultos. Constituye una intervención terapéutica prometedora y eficaz para el tratamiento con infantes y jóvenes para el tratamiento de trastornos de ansiedad, depresión, problemas de relación y fobia social. Biglieri y Vetere (2013) explican que la terapia cognitivo-conductual recurre al concepto de esquema, que es el proceso por el cual las personas recurren y adquieren significados.

Esperon y Mardomingo (2009) explican que la terapia cognitivo-conductual se centra en el papel que tienen las distorsiones cognitivas en la aparición, desarrollo y persistencia de los síntomas psicopatológicos. Su objetivo principal es normalizar la conducta y los sentimientos del sujeto.

Como parte del método el establecer objetivos es de suma importancia. Uno de los objetivos principal de la terapia cognitivo-conductual es aliviar los síntomas y prevenir la aparición de futuros trastornos. Por tanto, el terapeuta tiene un papel activo al explicar los objetivos a lograr y los métodos a utilizar, buscando la colaboración activa del paciente.

La terapia cognitivo-conductual es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada, sobre todo en sus inicios, en la psicología del aprendizaje. Actualmente parte de sus intervenciones están fundamentadas en la psicología científica, que pretende ser su punto de referencia.

Las técnicas y procedimientos utilizados en terapia cognitivo-conductual cuentan en una buena parte con base científica o experimental, sin embargo, también una proporción importante de los procedimientos utilizados surgen de la experiencia clínica. El objeto del tratamiento es la *conducta*, y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), considerada como actividad susceptible de medición y evaluación, en la que se incluyen tanto los aspectos manifiestos como los encubiertos.

La conducta se conceptualiza como básicamente aprendida, es decir, fruto de los diversos factores que han operado en la historia del sujeto, sin ignorar la influencia de los factores biológicos o sociales. El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando estas

se producen. Para ello, la intervención también puede dirigirse a modificar los procesos cognitivos que están a la base del comportamiento.

3.3 Conceptos básicos

Aunque diversos autores no están totalmente de acuerdo, Ingram y Scott (1990) indican que todas las terapias cognitivo-conductuales se basan en siete supuestos:

- Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales más que a los eventos *per se*.
- El aprendizaje está mediado cognitivamente.
- La cognición media la disfunción emocional y conductual. Debe considerarse que esta afirmación no implica una focalización lineal donde la cognición es primaria, sino más bien, que las variables cognitivas están interrelacionadas con variables afectivas y conductuales y, entonces, afecta a estas variables.
- Al menos algunas formas de cognición pueden ser monitorizadas.
- Al menos algunas formas de cognición pueden ser alteradas.
- Como una consecuencia de los incisos c, d y e, alterando la cognición podemos cambiar patrones disfuncionales, emocionales y conductuales.
- Ambos métodos de cambio terapéutico, cognitivo y conductual son deseables y deben ser integrados en la intervención.

A su vez, éstos tienen como rasgos o características los siguientes:

- Las variables cognitivas son importantes mecanismos causales. Esto no implica que no haya también otros mecanismos causales significativos, pero para las variables cognitivas son fundamentales en la constelación de los procesos que provocan el comienzo y curso de un trastorno.

- A partir de que se presume que las variables cognitivas son agentes causales, al menos alguno de los métodos y técnicas de la intervención se dirige en forma específica a objetivos cognitivos.
- Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, en particular de las cognitivas.
- Las aproximaciones cognitivo-conductuales emplean tácticas terapéuticas tanto cognitivas como conductuales. Por lo común, cada técnica conductual es dirigida a objetivos cognitivos, como es el caso de la aproximación de Beck *et al.* (1979) a la depresión, en donde emplea la asignación de tareas para casa (elemento conductual) para ayudar a modificar los pensamientos y creencias disfuncionales.
- Hay un énfasis en la verificación empírica. Ello se manifiesta en dos dominios distintos. El primero es la investigación empírica diseñada para establecer la eficacia de los procedimientos terapéuticos y ayudar a determinar los procesos por los que estos procedimientos funcionan. El segundo es un énfasis dentro de la actual terapia empleando evaluación objetiva para examinar el progreso terapéutico.
- Las aproximaciones cognitivo-conductuales son habitualmente de tiempo limitado, o al menos no se consideran terapias a largo plazo en el sentido clásico.
- En las aproximaciones cognitivo-conductuales el paciente y el terapeuta establecen una alianza de trabajo para modificar el pensamiento y conducta disfuncional.
- Los terapeutas cognitivo-conductuales son activos y directivos más que pasivos y no directivos.
- Las aproximaciones cognitivo-conductuales son educacionales en su naturaleza. Esto es, los pacientes deben aceptar la validez del modelo cognitivo-conductual de su trastorno para modificar su conducta y cognición disfuncional.

3.4 Fundamentos

El enfoque cognitivo-conductual combina, en diversos grados, principios provenientes de múltiples líneas de investigación. Básicamente está formado por una combinación del enfoque conductual,

basado en las teorías del aprendizaje, y el enfoque cognitivo, que pone su énfasis en cómo las personas organizan e interpretan sus pensamientos.

Los procedimientos de intervención que sustentan la postura cognitivo-conductual están basados en los siguientes principios:

- El organismo responde a las representaciones mentales del mundo circundante y no al medio propiamente dicho.
- Las representaciones mentales están relacionadas con procesos cognitivos involucrados en el aprendizaje humano.
- Pensamientos, sentimientos y conductas están causalmente interrelacionados, por lo que el programa psicoterapéutico debe actuar en las tres áreas.
- Las actividades cognitivas, tales como expectativas, autoafirmaciones, atribuciones, etc., son importantes en la comprensión, en la predicción psicopatológica y en el cambio psicoterapéutico.
- Pensamientos y conductas son compatibles y coherentes entre sí, lo que hace posible que los procesos cognitivos puedan ser interpretados dentro de paradigmas conductuales y que los procedimientos conductuales pueden combinarse con técnicas cognitivas.

Algunas de las características prácticas más destacadas de este modelo psicoterapéutico son:

- Su brevedad
- Su foco en el presente, en el problema (atendiendo a su historia) y en su solución.
- Su carácter preventivo de futuros trastornos.
- Su estilo de cooperación entre paciente y terapeuta.
- La importancia de la utilización del tiempo entre sesiones.

Riso (2006), retomando a otros autores (Beck, 2000), realiza un análisis de los principios primordiales de las Terapias Cognitivo- Conductuales, los cuales se puede mencionar brevemente:

Principio 1: Se conceptualiza de manera cognitiva (pensamientos o estructuración de pensamientos), al paciente y sus problemas, es decir: se interesa sobre la forma en cómo el paciente retoma los estímulos, los deja, cómo los procesa, por qué los procesa, de qué manera y cómo llega a conclusiones, pero sobre todo cómo puede pensar diferente para obtener resultados distintos, por lo que la intervención irá dirigida en ese sentido.

Principio 2: Se debe enfatizar continuamente en las sesiones una participación activa del paciente en todo el proceso psicoterapéutico de manera que se logre diseñar el procedimiento más adecuado para cada individuo a partir de su involucramiento en el diseño del mismo, aclarándose desde un inicio que la solución no se encuentra solamente en manos del terapeuta, sino que, los dos tienen que encontrarla o construirla.

Principio 3: Se plantean objetivos concretos, específicos y medibles, lo cual ayuda al terapeuta y paciente a trazar un plan que permite tener señales continuas de avance a través del cumplimiento de las metas que se hayan planteado desde el inicio y que lógicamente se pueden ir modificando conforme avanza el tratamiento.

Principio 4: La terapia Cognitivo-Conductual educa al paciente en todo lo que implica el planteamiento: esto es, el paciente termina siendo su propio terapeuta experto en la aplicación del enfoque en su propia vida, por lo que no solamente se le enseña al paciente sobre su propio padecimiento sino también bases, técnicas y procedimientos de la terapia, inclusive se plantea que el paciente debe de tomar la conducción de su propio proceso en las sesiones finales sólo con la guía del terapeuta, lo que le permitirá aplicar estos conocimientos en problemas futuros.

Principio 5: Se pone principalmente atención al presente de la persona, su forma de pensar, sentir y actuar sobre cierto acontecimiento sin descuidar la importancia del pasado, pero sin ser determinado por él, es decir, entender cómo se ha desarrollado el pensamiento del paciente a través de los años y porque no ha cambiado o cuando ha logrado cumplir objetivos y cómo lo ha hecho.

Principio 6: Todas las sesiones son estructuradas pero flexibles, dependiendo de las necesidades del paciente, no se improvisa, el tiempo se aprovecha al máximo para la resolución de los

problemas del paciente, no se deja solamente que el paciente hable sino se interviene sobre preguntas y cuestionamientos intentando provocar la reflexión y el análisis.

Principio 7: Se utilizan varias técnicas cognitivas y conductuales para cambiar (o hacerla más adaptativa) la forma de pensar, de actuar y sentir del paciente, inclusive se pueden utilizar técnicas de otros planteamientos teóricos si se rescatan los principios fundamentales epistemológicos del origen de la psicopatología en cada una de ellas.

Estos principios se aplican a las llamadas terapias cognitivo-conductuales y serán flexibles respetando los principios teóricos-epistemológicos, dependiendo de la capacidad cognitiva del paciente, el contexto de las dificultades, motivación para la terapia, preferencias, etc; lo cual se irá regulando conforme vaya avanzando el proceso de psicoterapia, buscando la modificación cognitiva en la forma en cómo el individuo procesa su información.

3.5 Evaluación

Desde su conceptualización más actual, la evaluación psicológica se entiende como un proceso de toma de decisiones y recogida sistemática de información orientado a la generación de un modelo funcional teórico del sujeto o grupo al que se evalúa.

Los procesos de evaluación y tratamiento están relacionados y son inseparables. Es una evaluación directa y continua, en donde se toma en cuenta el antes, durante y después del tratamiento. Su objetivo es la aplicación efectiva de un tratamiento, el cual debe ser evaluado para así asegurar su eficacia.

La evaluación es única para cada individuo, debe ser un proceso general adaptado para cada persona, tomando en cuenta su conducta problema, las variables que lo mantiene y el contexto donde se aplique el tratamiento. Puede darse en cualquier contexto sea clínico, experimental, natural o comunitario.

Concretamente, la evaluación cognitivo- conductual debe incluir la información y medición de conductas problema, la identificación de acontecimientos antecedentes y consecuentes, el análisis funcional de la problemática, la determinación y fijación de objetivos a alcanzar y el diseño y planificación de estrategias de intervención. Su objetivo primordial es obtener, analizar y sintetizar la información con vistas a desarrollar un programa terapéutico que promueva el cambio cognitivo y comportamental deseado.

El método de evaluación cognitivo- conductual mayormente aplicado incluye:

- La observación directa
- La entrevista clínica
- El análisis funcional
- Los autoregistros
- La autoobservación
- Aplicación de escalas, cuestionarios e inventarios, entre otros.

3.6 Diagnóstico

La evaluación clínica cognitiva-conductual no excluye las categorías diagnosticas del DSMIV – TR o bien del DSMV. Por lo que toma en cuenta variables como: el rango de situaciones en las que surge el problema, la frecuencia con la que se experimenta, el impacto del problema sobre las actividades cotidianas y la vida en general, la intensidad de los síntomas y su variabilidad.

3.7 Terapia Cognitivo- Conductual y farmacología

En estudios realizados recientemente, profesionales de la medicina han reconocido que los tratamientos farmacológicos actuales resultan insatisfactorios en ciertos casos en los que se presenta psicopatología, ya que sólo son efectivos en la mitad de los pacientes y su administración no elimina cierta patología residual que se mantiene en el tiempo.

Si se tiene en consideración la evidencia científica de los últimos años, la terapia psicológica, específicamente la terapia cognitivo-conductual, ha demostrado ser una alternativa más eficaz y económica que los fármacos para el tratamiento de determinadas patologías. Este a diferencia del tratamiento farmacológico, no supone ningún riesgo para la salud y no presenta ningún efecto secundario adverso. Además de reducir determinados síntomas y mantener estos cambios terapéuticos a largo plazo, el tratamiento psicológico cognitivo- conductual proporciona otros beneficios en comparación con el tratamiento farmacológico, tales como una mayor adherencia al tratamiento, disminución significativa del riesgo de recaídas y una elevada tasa de recuperación, evitando la cronicidad del trastorno y disminuyendo, el número de visitas al médico y los días de hospitalización.

Asimismo, el tratamiento psicológico es aconsejable por encima del farmacológico cuando el problema de salud mental que presenta el paciente está complicado por otras condiciones médicas, como abuso de alcohol o drogas, o problemas crónicos de salud física, así como en el caso de niños, adolescentes y mujeres embarazadas, debido al riesgo elevado para la salud que supone el consumo de psicofármacos en estos grupos de pacientes. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que sólo en los casos severos es recomendado el uso de medicación, pero siempre en combinación con tratamiento cognitivo-conductual, e informando al paciente sobre los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento farmacológico, los posibles efectos secundarios y los riesgos que conlleva una interrupción brusca de la medicación.

Por todos estos motivos, numerosos organismos competentes en materia de salud -como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) o la Federación Mundial de la Salud Mental (WFMH), señalan las ventajas económicas y psicosociales de la implementación de terapias psicológicas en los servicios de Atención Primaria.

3.8 Tratamiento y técnicas de intervención

Tratamiento

La Terapia Cognitivo Conductual puede ser aplicada de forma individual o grupal. Sea cual sea el formato que se elija, la relación que se tiene con el terapeuta debe ser de colaboración. Esto significa que tanto el terapeuta como el paciente deben participar activamente en la terapia y evaluar continuamente la forma en que sus sesiones progresan. La terapia en sí misma tiende a durar entre seis semanas y seis meses, dependiendo de cada caso. Por lo general, se asiste a una sesión a la semana, cada sesión con una duración entre 50 minutos y una hora.

Técnicas, instrumentos y herramientas

Terapia cognitiva de Beck

Aaron Beck realizó estudios que han aportado un conocimiento esencial acerca de la depresión y los estados emocionales, proponiendo un modelo cognitivo de la depresión y un tratamiento muy efectivo y combinar las técnicas conductuales como elemento unido a las técnicas cognitivas en el trabajo práctico. Posee una duración de entre 12 y 15 sesiones, máximo 20.

Técnicas: Aunque la terapia cognitiva de Beck se conoce con este nombre, en realidad sus técnicas incluyen técnicas cognitivas y conductuales. La diferencia que subyace es de enfoque ya que lo que se pretende es modificar las cogniciones del sujeto, que son elemento causal de la conducta.

- Registro diario de pensamientos disfuncionales: Formulario que ayuda al paciente a combatir eficazmente sus pensamientos disfuncionales.
- Técnicas de re-atribución: Se enseña al paciente a que en lugar de condenarse a sí mismos por los problemas, deben identificar los factores que contribuyen al problema y utilizar su energía para resolver problemas o aprender de ellos.

- Refutación con respuestas racionales: Tiene como propósito rebatir los pensamientos ilógicos que surgen automáticamente cuando ocurre un evento negativo y reemplazarlos con pensamientos racionales.
- Modificación de suposiciones disfuncionales: Busca sustituir los patrones disfuncionales de las emociones y cogniciones basados en distorsiones perceptuales o atribuciones erradas que contribuyen a la re-vivencia de experiencias.
- Programación de actividades: Consiste en establecer una ayuda concreta de actividades en las cuales se supervisa regularmente su correcta ejecución.
- Evaluación de la destreza y del placer: Consiste en registrar en una escala de 1 a 5 nivel de agrado y dominio de actividades diarias, en la cual: destreza se refiere al sentido de logro obtenido al realizar la tarea y placer se refiere a los sentimientos de diversión o alegría derivados de la actividad.
- Ensayo cognitivo: Consiste en pedirle al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea.
- Entrenamiento asertivo: Consiste en realizar respuestas que sustituyan una respuesta negativa que se desea reducir o eliminar, adiestrando al individuo para que consiga comportarse de forma asertiva.
- Representación de papeles: Consiste en que dos o más personas representen una situación o caso concreto de la vida real, actuando según el papel que se les ha asignado y de tal forma se haga más vivido y auténtico.

El entrenamiento en inoculación de estrés

Meichenbaum y Goodman (2003) propusieron la técnica autoinstruccional aplicada a niños impulsivos para, cambiando el diálogo interno de los mismos, conseguir incrementar su autocontrol sobre esa conducta. Luego el mismo Meichenbaum reelaboró el entrenamiento en inoculación de estrés. En la actualidad, este entrenamiento en inoculación de estrés es una terapia para abordar diversos problemas relacionados con el estrés, incluyendo tanto técnicas cognitivas como conductuales.

Técnicas: Primera fase

Conceptualización: Tiene como objetivo establecer una adecuada relación terapéutica y de colaboración entre terapeuta y paciente, identificar los problemas y síntomas relacionados con el estrés con una perspectiva situacional y recopilar información sobre ello por medio de:

- Entrevistas: Es el inicio de toda evaluación.
- Cuestionarios: Listado con una serie de preguntas y demás indicaciones con el propósito de obtener información sobre el pensamiento o conducta a modificar.
- Autoregistros: Es un elemento fundamental para tomar conciencia de su funcionamiento y mantenga la motivación para el cambio. Consiste en transcribir en un formato elaborado previamente en el cual se registran los elementos racionales de la terapia cognitivo-conductual que son la situación, pensamiento, emoción y conducta.
- Técnicas basadas en la imaginación: Consiste en imaginar situaciones y expresar sentimientos y conductas para posteriormente describir las situaciones con un cambio de pensamiento.

Segunda fase

Adquisición y ensayo de habilidades: Se entrena al sujeto en una serie de técnicas para afrontar las situaciones de estrés, las cuales son:

- Relajación: Método para ayudar al individuo a reducir su tensión física y/o mental. Generalmente permite que el individuo alcance un mayor nivel de calma, reduciendo sus niveles de estrés, ansiedad o ira.
- Estrategias cognitivas: Abarca la reestructuración cognitiva, ensayo y error, entre otros que se definen como planes o programas estructurados para llevar a cabo un determinado objetivo.
- Entrenamiento en solución de problemas: Tiene como objetivo adiestrar al individuo para facilitar el afrontamiento de situaciones de conflicto.

- Entrenamiento autoinstruccional y negación: Se enseña a la persona a hacerse a sí misma ciertas verbalizaciones que le ayudarán a cambiar su conducta contrarrestando la interferencia de pensamientos negativos.

Tercera fase

Aplicación y seguimiento: Se debe poner en práctica las distintas estrategias que se ha aprendido en la fase anterior para ver las situaciones más en vivo, donde el sujeto debe enfrentarse al estrés real. Utilizando las siguientes estrategias:

- Ensayo conductual: El objetivo del ensayo conductual es que el paciente practique las conductas adecuadas en un contexto controlado donde pueda ser observado y recibir feedback y reforzamiento.
- Juego de roles: Se utiliza para recrear una situación específica del problema y conocer así pensamientos distorsionados. El paciente realiza dramatizaciones frente al terapeuta, esto le permitirá al paciente adoptar cierto rol para poder, desde su perspectiva, entender su papel en el conflicto o bien el papel de la persona con el que la tiene. El terapeuta identificará pensamientos, ideas irracionales, comportamientos inadaptados.
- Modelado: Implica tres fases secuenciales, exposición y observación, adquisición y aceptación/ejecución/imitación. Su objetivo es la adquisición de conductas a través de la imitación específica.
- Desensibilización sistemática: Orientada a miedos fóbicos (fobia específica y problemas de ansiedad) en aquellos casos en que existe un estímulo condicionado de ansiedad.

En cuanto a la aplicación de estas técnicas, en un inicio el entrenamiento en inoculación de estrés se aplicó a fobias múltiples siendo extendido posteriormente a diversos trastornos como problemas de hospitalización, trastornos de somatización, afrontamiento en niños ante situaciones de estrés, víctimas de violaciones, reclutas, ansiedad social e ira.

Terapia de solución de problemas

De tres terapias de solución de problemas (SP), la de D’Zurilla ha recibido más atención, mayor aceptación y utilización; además en los últimos años ha sido red denominada como terapia de solución de problemas sociales, dado que los conflictos con los que se enfrenta una persona pueden ser tanto personales como interpersonales.

Técnicas

Reestructuración cognitiva: Consiste en el análisis cuidadoso de pensamientos automáticos comunicados por el paciente que son relevantes para el problema. En este análisis se trata de especificar de manera concreta el significado subjetivo del pensamiento y las evidencias en las que se basa.

Autoinstrucciones: Se enseña a la persona a hacerse a sí misma ciertas verbalizaciones que le ayudarán a cambiar su conducta.

Entrenamiento en relajación: En terapia cognitivo conductual las que más relevancia tienen son el entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson cuyo objetivo es reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular y el entrenamiento en relajación autógena que actúa restableciendo el equilibrio entre la rama simpática y para simpática.

El entrenamiento en solución de problemas puede ser utilizado en un amplio conjunto de conductas como: intervención en crisis, sustancias adictivas, trastornos de ansiedad y estrés, depresión, problemas de pareja, malos tratos, problemas comunitarios, bajo rendimiento académico, control de la ira y agresividad, pacientes con esquizofrenia.

Por su parte en el modelo cognitivo–conductual suelen utilizarse diversos instrumentos y herramientas de las cuales se puede hacer mención de:

- **Diario de Registro:** Es un instrumento que sirve para el registro simple de pensamientos que el paciente tiene al momento de tener cierto comportamiento. Estos pensamientos

son automáticos, y debe registrarse la situación, el pensamiento, la emoción y la conducta adoptada. Este Diario puede ser simple o estructurado, en el estructurado se anotará además las evidencias a favor o en contra del pensamiento automático. Es una herramienta valiosa para el paciente, ya que esto le permitirá de manera objetiva observar sus síntomas y poder así, trabajar en ellos; también le permitirá ver la evolución y la mejoría.

- Hoja de Resumen de Síntomas: En una lista de síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales que ocurren durante los episodios de depresión, manía y mixtos. Es una forma de comenzar a diferenciar los síntomas y los estados de humor normales de los anormales
- Gráficos de Vida: Es un diagrama del curso del trastorno del paciente, que ilustra la frecuencia, secuencia y duración de los episodios maníacos y depresivos.
- Gráficos del Humor: Son representaciones gráficas del estado de ánimo, evaluaciones diarias del estado de ánimo u otros síntomas que probablemente cambien en los primeros momentos durante el curso de un episodio del trastorno.
- Biblioterapia: Es una herramienta terapéutica definida como el uso de la literatura para ayudar a la gente a afrontar sus problemas emocionales, enfermedades mentales o cambios en sus vidas. El objetivo general de la biblioterapia es promover un cambio de conducta, cognitivo y/o emocional en una dirección normativa y bien establecida.
- Autoinformes: Deberán ser completados por el propio paciente, para el registro de sus propios comportamientos, cambios fisiológicos, pensamientos, etc. De gran utilidad en las conductas no observables de las personas.
- Economía de fichas: Su principal objetivo es motivar al niño en la ejecución de determinados aprendizajes y también fomentar la aparición de conductas positivas, controlando o eliminando las negativas.
- Replaying: El paciente o familia presenta los problemas que afrontó durante la semana, los cuales se convirtieron en conflictos. Es la misma dinámica que el juego de roles, varía en que se enfoca en problema durante la semana y no, el problema principal que es el motivo de consulta.

- **Árbol de logros:** El árbol de los logros es una sencilla técnica que permite al individuo reflexionar sobre sus logros y cualidades positivas, analizar la imagen que tiene de sí mismo y centrarse en las partes positivas.
- **Psicoeducación:** Hace referencia a la educación y/o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico. Tiene como objetivo eliminar los prejuicios, mejorar el cumplimiento del tratamiento, reducir el riesgo de recaídas y aliviar la carga emocional.

3.9 Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual

Los diferentes modelos de tratamiento que se agrupan bajo el nombre de Terapia cognitivo-conductual (TCC) han sido aplicados con éxito a una amplia gama de trastornos mentales y problemas que aquejan a los seres humanos. Desde sus orígenes, dichos enfoques tuvieron un importante interés por obtener apoyo empírico para los modelos de intervención que han ido diseñando. Esto contribuyó a su gran difusión, y el espíritu integrador que han tenido en el aspecto técnico le ha permitido una gran aceptación por parte de los profesionales de la salud mental en diversos contextos, hasta la actualidad.

3.10 Terapia individual

El Royal College of Psychiatrists (2009) expone que la terapia cognitivo-conductual a diferencia de otras terapias, se centra en problemas y dificultades del aquí y ahora. Se ha demostrado que es útil al tratar la ansiedad, depresión, pánico, agorafobia, fobia social, bulimia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, esquizofrenia, entre muchos más. La terapia cognitivo- conductual puede ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas, ayudando a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y como éstas afectan el actuar y pensar de un individuo.

3.11 Terapia grupal

El formato grupal presenta grandes ventajas sobre el individual en la relación costo-beneficio y la mayoría de los estudios no han encontrado diferencias significativas entre uno y otro en términos de eficacia (Burlingame, MacKenzie, Strauss, 2004).

Desde sus inicios, el modelo cognitivo de Beck contempló el formato grupal en el tratamiento de la depresión. De hecho, Hollon y Shaw (1983) redactaron un capítulo que integra el ya clásico libro *Terapia cognitiva de la depresión* (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1983). La conclusión final de estos autores enfatizó la necesidad de una composición homogénea del grupo en este tipo de tratamiento, es decir, destacaron la importancia de que el grupo debe estar integrado por pacientes con la misma patología. Las sesiones de estos primeros estudios se realizaron con grupos pequeños, formados por un número que iba de cuatro a ocho pacientes, y de una duración de alrededor de dos horas.

En la actualidad diversos autores concuerdan que, desde una perspectiva cognitivo- conductual, es importante que los grupos sean de psicopatología homogénea, de cinco a 10 sujetos, siendo nueve lo ideal, 15 sesiones como mínimo y con una duración media suele ser de 2 horas. En cuanto a su modalidad las sesiones se realizan semanalmente, proponiendo dos niveles de trabajo: Trabajo individual, en donde se selecciona a tres problemas de tres pacientes y se le dedica 20 minutos a cada paciente, mientras el resto del grupo escucha e intervienen únicamente si el terapeuta lo solicita. O Trabajo de rondas, modalidad donde se revisan progresos, autoregistro individuales, tareas para casa. En cada ronda, el paciente debe seleccionar una o dos situaciones para analizar, cómo afronto los escenarios seleccionados con la terapia cognitivo-conductual.

En la gran mayoría de los estudios publicados, se concluye que la terapia cognitiva- conductual grupal es comparable en eficacia a la terapia cognitiva-conductual individual y presenta numerosas ventajas a la hora de poder brindar asistencia a una mayor cantidad de personas afectadas por trastornos mentales.

3.12 Plan terapéutico

En cuanto a la elaboración del plan terapéutico desde un enfoque cognitivo-conductual, es importante considerar que los objetivos deben ser eficazmente planificados, accesibles y orientados al individuo, su contexto y problemática. Así mismo debe considerarse: la selección y aplicación de técnicas de intervención, el establecimiento de metas terapéuticas, la elaboración y diseño de un plan terapéutico en base a técnicas apropiadas y la valoración de los resultados terapéuticos.

Por su parte, Meichenbaum (como se citó en Ruiz y Cano 2010) propone tres etapas diferenciadas:

Primera etapa: conceptualización del proceso y observación, su finalidad es entrenar al paciente para ser un mejor observador de su conducta. Por medio de la redefinición del problema presente, en términos de relación pensamiento-afecto-conducta (P-A-C).

Segunda etapa: generar alternativas, su finalidad es ayudar al paciente a desarrollar pensamientos y conductas alternativas más adaptativas por medio de técnicas o estrategias concretas.

Tercera etapa: mantenimiento, generalización y prevención de recaídas, su finalidad es consolidar, mantener y generalizar los cambios logrados y disminuir la probabilidad de recaídas.

Terapia de familia

4.1 Terapia cognitiva- conductual en la actualidad

La terapia Cognitivo-Conductual, constantemente está evolucionando y comprobando su efectividad en el tratamiento de distintos trastornos mentales. A diferencia de otras corrientes psicoterapéuticas, la Terapia Cognitivo Conductual no tiene un solo representante, aunque se reconoce a Beck (1962) y Ellis (1962), como los que lograron organizar el planteamiento que ya se venía gestando y que surgió de dos principales planteamientos y por dos circunstancias importantes.

Uno de los planteamientos fue el psicoanálisis y su gran aportación del concepto del inconsciente (entendido como aquel pensamiento o estructura que puede determinar o influir en la conducta o la emoción). El segundo planteamiento teórico fue el conductismo, que se originó en oposición al primero para compensar la falta de científicidad en cuanto a método científico se refiere (cuestiones medibles y observables, además de repetibles), pero cayendo en un radicalismo necesario, pero poco duradero al no lograr remediar varios problemas mentales de la época, y al dejar de lado totalmente la cuestión de los frutos del pensamiento como el lenguaje o las emociones.

Por tanto tiempo después, se empieza a retomar la importancia de los procesos de pensamiento del individuo, pero con la diferencia de la utilización del método científico en cuanto a observable, medible y repetible, contraponiéndose a una parte del conductismo y del mismo psicoanálisis al darle importancia al individuo como un ser activo, no dominado por un impulso o un estímulo, sino más bien como alguien capaz de influir en su propia realidad y transformarla de cierta manera a voluntad (Hernández y Sánchez, 2007).

El enfoque cognitivo conductual viene a retomar los dos anteriores, pues plantea que la realidad la crea la persona a partir de su individual percepción de los estímulos que alcanza o desea percibir y que la recepción, acomodo, procesamiento y utilización de toda la información, está siempre mediada por patrones que el individuo ha desarrollado a lo largo de la vida y que son independientes de las situaciones del exterior, las cuales pueden influir pero no determinar la respuesta final (Caro, 1997). Su planteamiento psicopatológico menciona que la forma en cómo percibimos o interpretamos el medio, puede ser generadora de una mal adaptación o de estrés, lo que puede llevar a generar toda especie de malestares o empeorar ya síntomas preexistentes, utilizándose la cognición como principal herramienta para modificar conductas, otros pensamientos y emociones que no están permitiendo resolver problemas del medio (Beck y col. 2005, y Riso, 2006).

Es a partir de este último planteamiento que se ha ido desarrollando lo que hoy se conoce como terapias cognitivo-conductuales, las cuales como en toda teoría psicológica, la conforman distintos planteamientos que tiene lineamientos en común, principalmente en una posición epistemológica

funcional estricta que es el interés de cómo las personas estructuran su forma de pensar y a su vez como esto determinará la emoción, la conducta y otros pensamientos.

Terapia Cognitivo Conductual en la actualidad

Hayes (1999, 2004), nombró “de tercera generación” a una serie de terapias que iniciaron en la década de los noventa, con una propuesta que a su criterio resultó “novedosa”, donde de manera general, se propone que más allá de la conducta, el pensamiento o la emoción se debe de poner más atención al contexto del momento en que está viviendo la persona, intentando ser más sensible a las circunstancias de vida y a la función que está desarrollando el síntoma en la vida del sujeto.

Se considera que la primera generación nació con el conductismo (Pérez-Álvarez, 2012; Roda, 2012; y Vallejo, 2006), en un momento por mejorar las carencias del psicoanálisis, pero al encontrar en estas carencias propias surgió la segunda generación en la década de 1960, donde se considera al pensamiento como principal agente de cambio para la emoción y la conducta, aunque muy poco tiempo después se reconoce la interdependencia de estas tres entidades. Además, sobresale la utilización del método científico para probar y demostrar la eficacia y eficiencia de este planteamiento. Ya en 1990 surgen propuestas psicoterapéuticas que se autodenominaron de tercera generación, aunque para Vallejo (2007), este es un modo un tanto literario para llamarlas y aconseja hacerlo con prudencia, pues proponen algo que ya se venía realizando desde antes e inclusive plantean cuestiones de psicología clínica general, no resultando tan “nuevo” su planteamiento.

Estas terapias de tercera generación proponen tomar en cuenta el contexto, ambiente y características del sujeto para conocer cómo se ha mantenido el síntoma y qué función tiene dentro de la vida de la persona que la padece y de quien le rodea, pues uno de los planteamientos metodológicos es no juzgar el síntoma, más bien contemplarlo, aceptarlo sin prejuicio (Pérez-Álvarez, 2012; Roda, 2012), desarrollando en el paciente una aceptación del mismo como parte de su vida. En esta línea se intenta cambiar la actitud analítica y crítica hacia el síntoma por un pensamiento más flexible y abierto sobre la enfermedad.

Entre las que se nombran terapias de tercera generación se encuentran: La Terapia de Aceptación y Compromiso: ACT (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la Psicoterapia Analítico Funcional: FAP (Kohlenberg y Tsai, 1991), la Terapia de Activación Conductual: BA (Martell, Addis y Jacobson, 2001), la Terapia Integral de Pareja: IBCT (Jacobson y Christensen, 1996), la Terapia Conductual Dialéctica: DBT (Linehan, 1993), la Atención Plena o Mindfulness (Kabat- Zinn, 1990; Segal, Williams y Teasdale, 2002) y otras variantes de la terapia cognitivo-conductual (Moreno, 2012).

Las terapias de tercera generación provienen de la tradición de la terapia cognitiva y del comportamiento, pero estas nuevas terapias se diferencian con respecto a las anteriores generaciones de terapias de conducta en que:

- Abandonan el compromiso de utilizar exclusivamente cambios de primer-orden
- Adoptan asunciones de corte más contextualista
- Utilizan estrategias de cambio más experimentales por la persona en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio de primer-orden o directas
- Amplían y modifican de forma considerable el objetivo a tratar o cambiar (Hayes, 2004).

Este último punto resulta especialmente interesante. Estas nuevas terapias no se centran en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados (especialmente la cognición o el pensamiento) con el objetivo de alterar o modificar la conducta de la persona. En lugar de esto, se focalizan en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (Hayes, 1999; Luciano, 2006).

Menciona Vallejo (2007), que las terapias de tercera generación, usando este término con cierta prevención, no suponen un cambio revolucionario y radical sobre la terapia cognitivo-conductual, sino una llamada de atención sobre aspectos ya existentes y, tal vez, poco o incorrectamente valorados. Es decir, el hecho que el comportamiento tenga una finalidad (función) que el individuo busca, es tan antiguo en la terapia de conducta, como lo son la importancia de los aspectos cognitivos, verbales y emocionales, desde el neoconductismo mediacional al análisis experimental

de la conducta, pasando por las aportaciones posteriores de las teorías del procesamiento de la información.

Lo que se enfatiza en la etiqueta tercera generación es, por resumir lo comentado, el comportamiento en sí mismo, en el contexto concreto en que se presenta. Sin deslumbrarse por él pues éste puede ser circunstancial, cosa que no sucederá probablemente con la finalidad de dicho comportamiento. Esto supone ampliar el objetivo de análisis y centrarse más en la variabilidad que en la constancia de un determinado comportamiento. Adicionalmente, la importancia del comportamiento en sí pone en segundo lugar su interpretación. Interesa más el contexto presente y real, y el comportamiento concreto, o bien que el imaginario o simbólico.

Sin embargo, Moreno (2012) menciona que hace falta mucha investigación metodológicamente correcta, pues las investigaciones que sustentan estos planteamientos no pueden pasar con éxito un meta análisis metodológico e inclusive se desconoce si estas terapias autodenominadas de tercera generación serán efectivas.

4.2 Definición y precursores del modelo

Las terapias de tercera generación o la tercera ola de terapias de conducta son aquel conjunto de terapias y tratamientos creados con el propósito de realizar una modificación de la conducta del paciente, pero desde un enfoque global y próximo a la persona más que al problema, teniendo en cuenta la vivencia del paciente de su problema, cómo el contexto social y cultural han producido que su conducta sea poco adaptativa.

A diferencia de otras técnicas de modificación de conducta las terapias de tercera generación se basan en el poder del contexto y del diálogo para conseguir dicha modificación a través de la aceptación del problema tanto por parte del paciente como del terapeuta. El objetivo principal de este tipo de terapias se basa en cambiar el modo de percibir el problema por parte del individuo tratado, sin pretender un control extremo o extirpar sus conductas como si fueran algo de lo que avergonzarse sino ayudándole a observar y replantear la relación entre dichos comportamientos y

la funcionalidad que se les ha dado, así como la propia vinculación con su funcionamiento habitual, modificándolas desde la aceptación. Es decir, se plantea la necesidad de ver el tratamiento no como una lucha contra unos síntomas, sino en una reorientación vital que permita generar cambios significativos, reales y permanentes.

Las terapias de tercera generación suplen algunas de las carencias de sus antecesoras, tales como la falta de focalización en los aspectos concretos del tratamiento que producen mejoría, la provocación de comportamientos rígidos que a su vez pueden ser poco adaptativos y la poca atención prestada al contexto comunicativo habitual del paciente, así como a la percepción del propio sufrimiento.

Además, las terapias de tercera generación tienen una serie de características propias de gran interés en el tratamiento de problemas psicológicos. En primer lugar, consideran que la conducta de un individuo no resulta plenamente explicable si no se tiene en cuenta su contexto. Si el tratamiento se reduce a tratar unos síntomas de forma directa sin tener en cuenta las variables que hacen de la conducta algo útil o necesario para el paciente, la generalización del tratamiento a la vida real será complicado para el individuo en tratamiento. Otro aspecto a considerar es que las terapias de tercera generación tienen en cuenta la influencia moduladora del lenguaje, el hecho de que lo que nos digan otras personas y que feedback nos den respecto a nuestra conducta hará que veamos los comportamientos realizados de un modo u otro.

Vinculado con el punto anterior resulta destacable el hecho de que las terapias de tercera generación otorgan un papel fundamental a la relación terapéutica. Si bien esto es común a todas o casi todos los tipos de terapia psicológica existente, en el caso de las terapias de tercera generación se ve dicha relación como un elemento o instrumento de cambio *per se*, al producirse una interacción comunicativa y social que puede modificar la conducta de forma directa o indirecta. Otros tipos de terapia, si bien consideran fundamental la relación terapéutica, la ven más como el medio por el que el paciente aplica las técnicas y no como algo que produzca por sí mismo una modificación.

Si bien no son las únicas (existiendo también otras como la terapia cognitiva basada en el

Mindfulness, la terapia de activación conductual o la terapia conductual integrada de pareja), a continuación, se explican de forma breve tres ejemplos de terapias de tercera generación.

Terapia Analítica Funcional

Esta terapia se centra en el análisis funcional de los patrones conductuales, explorando no solo la conducta problema, sino que finalidad tiene la conducta y que otros comportamientos son realizados con el mismo fin. Haciendo especial hincapié en la relación terapéutica y la comunicación verbal, a la vez que se tiene en cuenta que la conducta está determinada por una gran cantidad de variables.

Su objetivo se centra en ayudar al paciente a identificar conductas clínicamente relevantes, ayudar a analizar qué hay detrás, provocar dichas conductas y alternativas adaptativas, reforzar de manera genuina aquellas que implican una mejoría y ayudar a dar una explicación e interpretación a la conducta de manera que se pueda aplicar a otros contextos vitales.

Terapia de Aceptación y Compromiso

Esta técnica es una de las más conocidas dentro de las terapias de tercera generación, siendo su principal objetivo ayudar al paciente a autodescubrir los valores fundamentales del paciente y ayudarle a aceptar el dolor de la búsqueda de una vida feliz. Se centra en el trabajo sobre los valores sin evadir ni patologizar el sufrimiento. A través de la auto-aceptación, la observación de qué pensamos y qué creencias nos provocan dichos pensamientos se busca guiar a que el paciente se involucre y comprometa a seguir sus propios valores independientemente de lo que la sociedad dicte, viviendo como el individuo cree que debe vivirse.

Terapia Conductual Dialéctica

Otra de las terapias más conocidas dentro de las de tercera generación, la terapia conductual dialéctica ha sido diseñada con el fin de ayudar a pacientes con graves problemas emocionales que

les inducen a comportamientos autodestructivos, tales como automutilaciones o intentos de suicidio.

Actualmente una de las terapias de elección a la hora de tratar el Trastorno Límite de la Personalidad, se basa en la aceptación y validación del sufrimiento del paciente para trabajar de manera dialéctica y a través de diversos módulos el control y gestión de emociones extremas e inestables. Se centra en ayudar al paciente a confiar en sus emociones y pensamientos, se le ayuda a encontrar factores que le empujen a querer seguir adelante y a mejorar sus habilidades referentes a la auto-regulación emocional, tolerancia al malestar, autoobservación y manejo de relaciones interpersonales.

4.3 Utilización del modelo en el tratamiento de comportamientos agresivos en adolescentes

En relación con el abordaje de comportamientos agresivos en adolescentes, es importante determinar que es fundamental tomar en cuenta la naturaleza particular de cada caso, la personalidad propia del sujeto y el contexto donde se desenvuelve la problemática. Sin embargo, debido al objetivo de este artículo de investigación, se expone a continuación una propuesta general en cuanto al abordaje de la problemática desde el marco cognitivo conductual.

Metas a largo plazo:

- Cumplir sistemáticamente las reglas y las expectativas en casa, en la escuela y en la comunidad.
- Eliminar todos los comportamientos y pensamientos agresivos.
- Mostrar una clara mejoría en el control de los impulsos.
- Expresar la ira de un modo controlado y respetuoso de manera sistemática.
- Que los padres establezcan y mantengan unos límites paterno-filiales adecuados, así como límites firmes y sistemáticos cuando el cliente actúe de manera agresiva o rebelde.

- Mostrar empatía, preocupación y sensibilidad hacia los pensamientos, sentimientos y necesidades de los demás de manera regular.

Tabla 3

Propuesta de elaboración; Plan terapéutico desde un abordaje cognitivo-conductual para el abordaje de conductas agresivas en adolescentes

Objetivos en terapia	Intervención terapéutica desde un abordaje cognitivo-conductual Técnicas y herramientas sugeridas a emplear para el abordaje de conductas agresivas en adolescentes
Identificar las situaciones, los pensamientos y los sentimientos que desencadenan sentimientos de agresividad y comportamientos problemáticos, así como a los destinatarios de estas acciones.	Valorar minuciosamente los diferentes estímulos (por ejemplo, situaciones, personas, pensamientos) que han desencadenado la agresividad del paciente y los pensamientos, sentimientos y acciones que han caracterizado sus respuestas de ira y enfado.
Reconocer y verbalizar la relación entre los sentimientos y el mal comportamiento.	Reforzar activamente el nivel de confianza con el cliente mediante un contacto visual sistemático, una escucha activa, una mirada positiva incondicional y una cálida aceptación para mejorar su capacidad de identificar y expresar los sentimientos en lugar de exteriorizarlos mediante el mal comportamiento; ayudar al paciente a relacionar sus sentimientos y sus comportamientos reactivos
Expresar más a menudo que se responsabiliza por su mal comportamiento	Confrontar con firmeza el comportamiento y la actitud agresiva del paciente, destacando las consecuencias para sí mismo y para los demás. Explorar y analizar los factores que contribuyen al patrón del

	paciente de culpar a los demás (por ejemplo, experiencias de castigos duros, patrón familiar de culpar a los demás).
Aceptar aprender formas alternativas de enfocar y de manejar la ira y el mal comportamiento	<p>Ayudar al paciente a reconceptualizar la ira como algo formado por diferentes componentes (cognitivo, fisiológico, afectivo y conductual) que pasan por fases previsibles que se pueden controlar (por ejemplo, expectativas exigentes no satisfechas que llevan a una mayor excitación e ira que provocan el mal comportamiento).</p> <p>Ayudar al paciente a identificar las consecuencias positivas de manejar la agresividad y el mal comportamiento (por ejemplo, respeto de los demás y de uno mismo, cooperación de los demás, mejor salud física).</p>
Aprender e implementar estrategias de relajación como nueva forma de manejar las reacciones ante la frustración.	Enseñar al paciente técnicas de relajación (por ejemplo, relajación muscular, respiración rítmica) como parte de una estrategia a medida para responder adecuadamente a los sentimientos de ira cuando aparecen.
Identificar, cuestionar y reemplazar las reflexiones que llevan a la agresividad y al mal comportamiento por reflexiones que faciliten una reacción más constructiva.	Explorar las reflexiones del paciente que median en sus sentimientos y acciones de ira (por ejemplo, expectativas exigentes reflejadas en oraciones imperativas); identificar y cuestionar los sesgos, ayudándole a generar valoraciones y reflexiones que corrijan esos sesgos y faciliten una respuesta más flexible y más templada a la frustración.
Aprender y poner en práctica la técnica para detener los pensamientos para manejar los pensamientos intrusivos indeseados que desencadenan la agresividad y el mal comportamiento.	Pedir al paciente que ponga en práctica una técnica para detener los pensamientos a diario entre sesiones revisar la puesta en práctica; reforzar los logros, aportando comentarios positivos para la mejora.

<p>Verbalizar los sentimientos de frustración, desacuerdo e ira de manera controlada y asertiva.</p>	<p>Utilizar la instrucción, la modelización y/o los juegos de rol para enseñar al paciente la comunicación asertiva; si procede, derivarle a una clase o grupo de formación para ampliar sus conocimientos.</p>
<p>Aprender y poner en práctica técnicas de resolución de problemas y/o de conflictos para manejar los problemas interpersonales de manera constructiva.</p>	<p>Enseñar al paciente técnicas de resolución de conflictos (p. ejemplo empatía, escucha activa, mensajes en primera persona, comunicación respetuosa, reafirmación personal sin agresividad, transigencia); utilizar la modelización, los juegos de rol y el ensayo conductual para trabajar los diferentes conflictos actuales.</p>
<p>Practicar el uso de las nuevas técnicas de relajación, de comunicación, de resolución de conflictos y de pensamiento en las sesiones con el terapeuta y durante los ejercicios en casa</p>	<p>Ayudar al paciente a construir y consolidar una estrategia personalizada para manejar la ira que combine cualquiera de las técnicas somáticas, cognitivas, de comunicación, de resolución de problemas y/o de conflictos adecuadas para sus necesidades.</p> <p>Utilizar cualquiera de las diferentes técnicas, incluyendo la relajación, las imágenes, el ensayo conductual, la modelización, los juegos de rol en situaciones cada vez más difíciles para ayudar al paciente a consolidar el uso de las nuevas técnicas de manejo de la agresividad.</p>
<p>Reducir el número, la intensidad y la duración de los arrebatos de ira y aumentar el uso de las nuevas técnicas de manejo de los comportamientos agresivos.</p>	<p>Hacer un seguimiento de los arrebatos agresivos descritos, con el objetivo de reducir su frecuencia, intensidad y duración mediante el uso por parte del paciente de las nuevas técnicas de manejo de la ira, revisar los progresos, reforzar los logros y aportar comentarios correctivos para la mejora.</p>
<p>Identificar los apoyos sociales que facilitarán la implementación de las nuevas técnicas</p>	<p>Animar al paciente a comentar y/o utilizar sus nuevas técnicas de manejo de la agresividad y del comportamiento con amigos de confianza, familiares u otras personas</p>

	allegadas susceptibles de apoyar su cambio
Que los padres aprendan y pongan en práctica técnicas de la formación en manejo para padres para reconocer y manejar el comportamiento problemático del paciente	<p>Utilizar el enfoque de la formación en manejo para padres, empezando por enseñar a los padres que las interacciones conductuales entre padres e hijos pueden alentar o desalentar el comportamiento positivo o negativo y que se pueden cambiar elementos clave de estas interacciones (por ejemplo, fomentar y reforzar los comportamientos positivos) para promover un cambio positivo.</p> <p>-Enseñar a los padres a definir concretamente y a identificar los comportamientos problemáticos, a identificar sus reacciones ante esos comportamientos, a determinar si su reacción alienta o desalienta el comportamiento y a generar alternativas al comportamiento problemático.</p> <p>- Enseñar a los padres a implementar de manera sistemática buenas prácticas de crianza, incluyendo el establecimiento de reglas realistas adecuadas para la edad ante el comportamiento aceptable e inaceptable; el fomento de un comportamiento positivo en el entorno; el uso del refuerzo positivo para fomentar el buen comportamiento (por ejemplo, elogios); el uso de instrucciones claras y directas, el tiempo muerto y otras prácticas de pérdida de privilegios para el comportamiento problemático.</p>
Que los padres verbalicen los límites disciplinarios adecuados para evitar futuras situaciones de abuso y para garantizar la seguridad del paciente y de sus hermanos	Explorar los antecedentes familiares del paciente en busca de un historial de negligencia y de abusos físicos o sexuales que pudieran contribuir a sus problemas conductuales; confrontar a los padres del paciente para poner fin a los métodos disciplinarios físicamente abusivos o excesivamente punitivos; realizar los pasos necesarios para proteger al paciente o a sus hermanos de más abusos (por

	ejemplo, denunciar los abusos a las instancias correspondientes, sacar al paciente o al perpetrador del hogar si fuera el caso).
Identificar y expresar verbalmente los sentimientos asociados con la negligencia, el abuso, la separación o el abandono pasados.	Animar y apoyar al paciente a expresar los sentimientos relacionados con la negligencia, el abuso, la separación o el abandono y ayudarlo a analizarlos.
Que los padres participen en una terapia conyugal.	Valorar el posible consumo de sustancias, conflictos o triangulaciones en la pareja que desvíen la atención de los problemas conyugales a los comportamientos problemáticos del cliente; derivarles hacia el tratamiento adecuado, si procede.

Fuente: elaboración propia. Agosto 2018.

4.4. Ventajas y desventajas del abordaje desde el modelo Cognitivo-Conductual

La gran evidencia científica que respalda la terapia y los múltiples estudios que se han realizado sobre su eficacia, permiten a la terapia cognitiva-conductual, demostrar su utilidad en muchos trastornos mentales.

Esta terapia es especialmente eficaz para diferentes trastornos de ansiedad como la fobia específica, el trastorno por estrés post traumático o el ataque de pánico, así como en alteraciones del estado del ánimo como la distimia y la depresión. No obstante, también ha demostrado una gran eficacia para otros trastornos como las adicciones, los trastornos de personalidad, el trastorno bipolar, problemas de conducta y agresividad e incluso trastornos psicóticos como la esquizofrenia.

Por tanto, son estas evidencias son las que han provocado que la terapia cognitiva-conductual se haya convertido hoy en día en el tratamiento de primera elección para una gran cantidad de psicólogos, y ha permitido aumentar la eficacia de la psicoterapia.

Ventajas

- Es práctica, porque ofrece muchas técnicas que ayudan a entender lo que se está viviendo y a buscar soluciones a los problemas, además está centrada en el “qué hacer para cambiar”.
- Es dinámica, porque se propone que terapeuta y paciente sean un equipo. La persona se implica en investigar qué le pasa y cómo cambiarlo.
- Está orientada al presente y al futuro, porque el objetivo es cambiar algunos patrones de pensamiento y conducta, no sólo entender por qué se han originado en el pasado.
- El tiempo de duración es menor comparado a algunas terapias que suelen ser significativamente más largas.
- Puede ser utilizada tanto en terapia individual como en terapia grupal.
- Las estrategias aprendidas son prácticas y útiles, ya que pueden ser incorporadas en la vida diaria, lo que permite lidiar con dificultades y estresores futuros incluso cuando el tratamiento haya finalizado.

Desventajas

- No es sugerido en pacientes escasamente motivados y/o motivables, que presenten una actitud pasiva hacia el tratamiento.
- No es sugerido en trastornos en los que exista un problema de personalidad y/o un conflicto intrapsíquico del paciente, que requiera un abordaje menos invasivo y que ofrezca un apoyo más a largo plazo.
- No contraindicado, pero sí desaconsejado en problemas conductuales en los que debido a la existencia de una funcionalidad interpersonal clara (p. ej., problemática de pareja primaria a la aparición de un síntoma), y a la persistencia de una causalidad circular, en el que puedan mostrarse otro tipo de procedimientos, más efectivos (p. ej., abordaje sistémico o de familia).

- Para recibir un beneficio, se necesita comprometerse en el proceso. El terapeuta puede ayudar al individuo, pero no puede hacer que los problemas se vayan sin la cooperación del paciente.
- No se le suele dar mucha importancia al inconsciente y al pasado. Muchos de los síntomas de ansiedad surgen por conflictos de los que no somos conscientes y hay que recurrir a otro tipo de técnicas para poder llegar a ellos.
- Debido a la naturaleza estructurada de la terapia cognitiva-conductual, puede no ser adecuado para personas con necesidades de salud mental más complejas o dificultades de aprendizaje.
- Algunos críticos argumentan que debido a que la terapia cognitiva-conductual sólo aborda los problemas actuales y se enfoca en temas específicos, no aborda las posibles causas subyacentes de las condiciones de salud mental, como una infancia desdichada o problemática.

Conclusiones

La familia, es el primer ámbito social del ser humano. En la cual aprenderá los principios y valores que regirán su vida. La familia ha sido objeto de nuevas clasificaciones, producto de la descomposición social, y que trae consigo nuevas formas de ver a la familia, los roles que cumple cada uno de los elementos que la conforma y las consecuencias que representa la disfunción familiar.

Es de suma importancia, resaltar el hecho que hay una opinión generalizada sobre la pérdida de los valores morales en la juventud de hoy en día y que nadie puede negar. Sin embargo, a la pérdida de valores morales, hay que agregar el ambiente violento en el cual crecen un número significativo de niños y que presentan un comportamiento agresivo producto de la violencia vivida en el seno familiar.

Varias son las formas de manifestación de la violencia que se da dentro de la familia y de igual manera, son diversos los trastornos resultantes de estar expuestos a tal situación. La familia, en sentido general no cumple con sus funciones; es decir la protección y el impulso para el desarrollo de los individuos, y el área afectiva por mencionar algunas, no se cumplen.

En consecuencia, se observa un comportamiento agresivo en adolescentes por violencia intrafamiliar. Y es aquí donde se hace mención de la importancia de la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual para ayudar a mejorar la calidad de vida con la aplicación de todos los recursos que dispone.

Referencias

- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva; Conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España: Gedisa Mexicana
- Biglieri, R. & Vetere, G. (2013). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires, Argentina: Polemos
- Caro I. (1997). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona España. Paidós
- Clavijo A. (2002). *Crisis, Familia y Psicoterapia Ciencias Médicas*. . La Habana, Cuba.
- Clavijo A. (2011). *Crisis, Familia y Psicoterapia. Ciencias Médicas*. La Habana, Cuba.
- Díaz, M., Ruiz, A., y Villalobos, A., (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*, Desclée De Brouwer, S.A. Bilbao, España.
- Echeburúa, E., (1998) *Manual de Violencia Familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Gervilla, Ángeles (2010) *Familia y Educación Familiar*. Madrid: Narcea. Recuperado de <https://searchworks.stanford.edu/view/11673369>
- Gómez Cobos, E. (2008) *Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección*. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10 (2), 105-122
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. Nueva York. Guilford Press.

Hernández, L. y Sánchez, J. (2007). Manual de Psicoterapia Cognitivo – Conductual para trastornos de la salud. Libros en Red. Argentina.

Hernández N. (2013) Psicología.com. Recuperado de:

http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/Hernandez_Nicolas.pdf

Jensen A. J. (2008) Adolescencia y adultez emergente. Pearson Educación. Recuperado de:

https://www.academia.edu/11981121/Adolescencia_y_Aduldez_Emergente_Un_Enfoque_Cultural_-_Jeffrey_Jensen_Arnett_-_3ed

Jiménez B. F. (2012). Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad.

Convergencia. Revista de Ciencias Sociales. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/conver/v19n58/v19n58a1.pdf>

Jorge, E. & González, C. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes*

Psicológicos, 17(2), pp. 39-66 <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02>

Mantzoros, C.S., Flier, J.S., & Rogol, A.D. (1997). A longitudinal assessment of hormonal and physical alterations during normal puberty in boys. V. Rising leptin levels may signal the onset of puberty. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 82, pp.1066-1070-

Santrock, J.W. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid: McGraw-Hill

Mañas, I. Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, Universidad de Almería. Recuperado de:

<https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/11/La-tercera-ola-de-terapias-de-conducta.pdf>.

Medina, C., Navarro, J.B., Baños, I., Martinena, P., Vicens-Vilanova, J., Barrantes-Vidal, N.,

Subirá, S., Obiols, J.E. (2007). ¿Explica la esquizotipia la discordancia entre informantes de

alteraciones conductuales adolescentes? *Salud Mental*, Recuperado de:

www.infocop.es/view_article.asp?id=3854

Montás, G. (2011). Perfil neurocognitivo de agresores masculinos en contextos familiares como un subtipo de la agresión generaliza (1ra. Parte). *Ciencia y Sociedad*, XXXVI (2), 360-380.

Recuperado de <http://www.redaluc.org/pdf/870/87019757008.pdf>

Moreno, C. (2012). Terapias Cognitivo – Conductuales de tercera generación: la atención plena.

Revista Internacional de Psicología. Recuperado de:

http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/Hernandez_Nicolas.pdf

Monterroso Rodríguez, S., (2016). Terapia Cognitivo-Conductual y Sociabilidad. (Tesis de Licenciatura) Universidad Rafael Landívar. Recuperado de:

<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/05/42/Monterroso-Sthephanie.pdf>

Murueta R., Orozco G., (2015). *Psicología de la Violencia. El Manual Moderno*. México.

Núñez J., Carvajal, H. (2004) *Violencia Intrafamiliar*. Sucre. Edición. Pons S., Gemma, M., Bernabé, G., Cambio y estabilidad en los factores que afectan negativamente a la parentalidad. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/artículo.oa?id=72717105>

Oblitas, L. (2004). *Los 22 enfoques más importantes en la práctica psicoterapéutica contemporánea y de vanguardia*. (4ta ed.). Psicom Editores. México.

Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. (1ª. ed.). Cengage Learning Editores, S.A. México.

Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R., (2009). *Psicología del Desarrollo*. México: McGraw-Hill

- Pérez A., M., (2012). Third – Generation Therapies: Achievements and challenges. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 12, núm. 2 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33723643008.pdf>
- Riso, W. (2006). Terapia Cognitiva. Norma. Colombia.
- Roda, R. (2012). Nuevas Terapias Psicológicas: la tercera Generación. Recuperado de: http://www.psicologiaonline.com/psicologia_clinica/nuevas_terapias_psicologicas/
- Ruiz, J. y Cano, J. (2010). Manual de psicoterapia cognitiva. Valencia, España. R&C editores.
- Ruiz, M., Díaz, M., y Villalobos, A., (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Desclée De Brouwer, S.A. Bilbao, España.
- Saldivar, A., Díaz, R., Reyes, N., Armenta, C., López, F., Moreno, M., Romero, A., Hernández, J., Domínguez, M., (2015) Acta de investigación Psicológica, México [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2015/articulos_c/Acta_Inv_Psicol_2015_5\(3\)_2124_2147_Roles_de_Genero_y_Diversidad.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2015/articulos_c/Acta_Inv_Psicol_2015_5(3)_2124_2147_Roles_de_Genero_y_Diversidad.pdf)
- Soutullo, E. C. & Mardomingo, M. (2009). Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. Médica Panamericana, S.A. Madrid, España.
- Valdés, A., (2007). Familia y desarrollo, intervenciones en terapia familiar. Distrito Federal, México: El Manual Moderno. Recuperado de: <https://www.scribd.com/doc/255768319/157681381-Familia-y-Desarrollo-Intervenciones-en-Terapia-Rinconmedico-1-Net>
- Vallejo, M.,A., (2006). Mindfulness. Papeles del Psicólogo. 27, 92-99. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/778/77827204/>