



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Presentación de una intervención cognitivo-conductual
en un caso clínico de violencia intrafamiliar”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A

Mónica Cruz González

Directora: Mtra. María Cristina Bravo González

Dictaminadores: Dra. Rocio Tron Álvarez

Lic. José Esteban Vaquero Cázares



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Mi más grande agradecimiento por llenarme de tantas bendiciones, por haberme permitido llegar hasta aquí y cumplir una de las metas más grandes en mi vida, por darme salud, sabiduría, inteligencia, entendimiento y sobre todo la paciencia necesaria para la culminación de esta tesis.

A mis padres.

Mi más sincero y eterno agradecimiento: Gloria y José Luis, gracias por todo su apoyo brindado a lo largo de todo este tiempo, no sólo moral sino económico; por todo su amor, sus enseñanzas, sus consejos, los valores inculcados, su confianza, su paciencia, por escucharme, por no dejarme caer y estar a mi lado siempre, por motivarme siempre a ser mejor cada día y superarme y por ser mi razón de ser y el motivo de mi vida, además de mi ejemplo a seguir, ya que sin ustedes no hubiera sido posible la culminación de este sueño. Muchas gracias Papis, los amo mucho.

A toda mi familia.

A mis hermanos Gabriela y Luis Daniel y a mis abuelos Rufina, Concepción, Adelina y Natividad, que gracias a Dios aún están a mi lado. Los amo.

A mis maestros.

A todos los profesores que marcaron parte de mi formación profesional y académica durante toda la carrera.

En especial a la Mtra. María Cristina Bravo González.

Gracias por aceptar ser la asesora de la presente tesis, por todas sus enseñanzas, conocimientos y sabiduría compartidos, por la paciencia, por siempre aclarar todas mis dudas, por todo su tiempo, su guía, por ser una excepcional Maestra y una gran persona, por sus excelentes clases impartidas durante la carrera, ya que gracias a ellas y a todo lo aprendido pude darle un nuevo sentido a la Psicología, y sobre todo por convertirse en un ejemplo a seguir profesionalmente; ya que sin usted esto no hubiera sido posible, muchas gracias por eso y más.

Gracias a la Dra. Rocio Tron Álvarez y al Lic. José Esteban Vaquero Cázares.

A mis mejores amigos y algunos hermanos.

Ale Ambriz, Monse Martínez, Brazy Gutiérrez, Mayra Escobar, Sandy Navarro, Aldo Rodríguez, Theo Ávila, José Barragán, Edson Bautista, Gaby Reyes, Lizbeth Sandoval, Diana Guzmán y Lizbeth Salazar. Gracias a todos por darme siempre una palabra de aliento, por estar ahí, por motivarme a salir adelante para culminar esta meta y por ser de mis personas favoritas.

En especial a Andy Rivera.

Gracias por ser parte de esta tesis, ya que sin ti esto no hubiera sido posible; por todo tu apoyo incondicional y por estar ahí siempre, por alentarme en todo momento y por no dejarme caer a pesar de los obstáculos, mil gracias chaparra.

Los amo mucho a todos.

A la familia Herrera.

Por todo su apoyo, por su cariño, por considerarme un miembro más de su familia y por convertirse en una segunda familia para mí. A mis tíos Verónica, Guadalupe, Francisco y a mis abuelos Amalia y Jesús.

A mis ángeles.

Erika Hernández y Francisco López, porque aunque están en el cielo, me cuidan desde allá arriba y me acompañan siempre.

Finalmente, gracias a cada una de las personas que forman parte de mi vida y que estuvieron involucradas directa e indirectamente en la culminación de este sueño... Muchas gracias.

ÍNDICE

pp

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	
1.1 Antecedentes	11
1.2 Definición	17
1.3 Perfil del Psicólogo Clínico	21
1.4 Funciones profesionales del Psicólogo Clínico	24
1.5 Principales modelos teóricos en Psicología Clínica	29
CAPÍTULO 2. GENERALIDADES DEL MODELO DE TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL	
2.1 Definición	40
2.2 Principios básicos	42
2.3 Modelos teóricos	46
2.3.1 Condicionamiento Clásico	47
2.3.2 Condicionamiento Operante	48
2.3.3 Teoría del Aprendizaje Social	50
2.3.4 Modelos Cognitivos	52
2.3.4.1 Terapia Racional Emotiva de Ellis	52
2.3.4.2 Terapia Cognitiva de Beck.....	54
2.4 Características generales de la TCC	55
2.5 Modelo de Evaluación Conductual	60
2.6 Técnicas de intervención en TCC	68
2.6.1 Técnicas operantes	69
2.6.2 Técnicas de exposición	70
2.6.3 Desensibilización sistemática y técnicas de relajación	70
2.6.4 Técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales	71
2.6.5 Terapias cognitivas	72
2.6.6 Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas...	73
2.7 Aplicaciones de la TCC	74

CAPÍTULO 3. PRESENTACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO CLÍNICO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

3.1 Contexto del caso: violencia intrafamiliar	78
3.2 Datos generales	85
3.3 Historia del caso	86
3.4 Análisis del caso	94
3.5 Intervención	96
3.6 Resultados	97
CONCLUSIONES	107
BIBLIOGRAFÍA	111

RESUMEN

Actualmente en México, en uno de cada tres hogares se ejerce la violencia, la mayoría de las veces por parte del hombre, lo cual convierte esta situación en un problema social de gran magnitud, debido a sus elevadas cifras. La presente tesis tiene como objetivo, mostrar una intervención cognitivo-conductual en un caso de violencia intrafamiliar; la paciente es una mujer de 48 años de edad que vive violencia intrafamiliar de parte de su esposo, lo cual está trayendo diversos problemas que se ven reflejados en la conducta y el comportamiento de su hijo, ya que se encuentra muy desmotivado en la escuela, presenta conductas agresivas con sus compañeros de salón, además de que es grosero y no le gusta realizar las tareas. Se realizó una intervención bajo el modelo de Terapia Cognitivo-Conductual, empleando una serie de estrategias terapéuticas como Psicoeducación, TREC y Orientación, enfocado principalmente a fomentar la toma de decisiones, por lo que no se trabajaron de manera sistemática cada una de las fases del modelo de evaluación conductual y no se elaboró un programa de intervención estructurado de forma exacta; debido a ello se trabajó sesión por sesión, sobre la marcha. En este caso, se canalizó a la paciente a diversas instituciones de ayuda contra la violencia y se dejó encaminado dicho proceso.

Palabras clave: violencia intrafamiliar, terapia cognitivo-conductual, estrategias, Psicoeducación, TREC, Orientación.

INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo, desde que el ser humano tiene conciencia de ser, ha hecho uso de la violencia: se ha violentado y ha violentado; es por ello que la violencia es considerada como un fenómeno mundial que tiene sus orígenes desde la existencia del hombre, en donde todo ser humano es susceptible al maltrato; sin embargo, existen grupos con alta vulnerabilidad hacia esta situación como son los niños, mujeres, adultos mayores y personas con necesidades educativas especiales.

De esta manera, la violencia cobra día a día mayor relevancia y constituye un gran problema de carácter social y mundial. En México, uno de cada tres hogares presenta algún tipo de violencia; del total de personas generadoras de violencia, 91 de cada 100 son hombres y 9 mujeres (INMUJERES, 2002).

El término violencia ha sido parte de las diferentes sociedades, familias e individuos desde el principio de la historia de la humanidad hasta nuestros días; la cual de acuerdo con Almenares, Louro y Ortiz (1999), ha sido definida como cualquier relación, proceso o condición por la cual un individuo o grupo social viola la integridad física, psicológica o social de otra persona, considerada como el ejercicio de una fuerza indebida de un sujeto sobre otro, siempre que sea experimentada como negativa.

De acuerdo con Torres, Espada y Ochoa (1996), la violencia no es un instinto, ni un reflejo, ni tampoco una conducta necesaria para la supervivencia, al contrario, la violencia se aprende, ya que el ser humano desde su nacimiento, va formando su personalidad y elaborando estrategias para enfrentarse a la realidad a través de una constante interacción con el medio ambiente; de esta manera, la violencia es el resultado de un largo proceso evolutivo, el cual está condicionado por factores culturales y sociales, por lo tanto se puede aprender a no ser violento.

Por otro lado, Corsi (1999, en Barcelata y Álvarez, 2005), considera que la dinámica de la violencia tiene dos características: a) su carácter cíclico y b) su intensidad creciente; identificando 3 fases de violencia en la pareja: 1) acumulación de la tensión: se produce una sucesión de pequeños episodios que llevan a roces permanentes, con un incremento constante de ansiedad y hostilidad, 2) episodio agudo: toda la tensión que se ha acumulado da lugar a una explosión de violencia, que puede variar en gravedad, la cual se desencadena de manera imprevista ante cualquier situación de la vida cotidiana y 3) luna de miel: se caracteriza por el arrepentimiento, en donde el sujeto activo ofrece disculpas y promete que nunca más va a ocurrir; sin embargo, normalmente al poco tiempo vuelven a aparecer los periodos de acumulación de tensión y a cumplirse el ciclo.

Almenares, et al. (1999), afirman que los diferentes grados, niveles y concepciones de la violencia son determinados por los valores, normas y creencias de cada país, época y clase social; de esta manera, la familia como célula fundamental de la sociedad no está exenta de la práctica de violencia y es considerada como una forma de violencia social en tanto es una expresión de las relaciones sociales que acontecen a nivel particular.

Además, puede definirse como toda acción u omisión cometida en el ámbito de la familia por uno o varios de sus miembros, la cual ocasione permanentemente algún daño a otros de sus miembros, ya sea físico, psicológico o sexual y que ponga en riesgo la integridad, la personalidad y/o la estabilidad familiar.

La violencia intrafamiliar puede ser de diferentes tipos, algunos más visibles que otros, como la violencia física o la emocional y/o psicológica; también puede ser dirigida a diversas personas, de padre/s a hijo/s, de hijo/s a padre/s, entre parejas o hacia las personas mayores (García, Bethencourt, Sola, Martin y Armas, 2011). Así mismo, la violencia intrafamiliar posee un componente de control y poder, por lo cual, tiene un profundo impacto en todos los miembros que componen el sistema familiar, tanto si la violencia va dirigida a ellos, como si son testigos de ésta.

Estas formas de violencia pueden ser ejercidas por cualquier miembro de la familia, independientemente de su edad, raza o sexo; aunque según la literatura, los grupos más vulnerables son los niños, mujeres, adultos mayores y personas con necesidades especiales (Almenares, et al., 1999).

Sin embargo, aunque todo tipo de violencia es inadmisibles; cuando se presenta contra uno o más de los miembros de la propia familia, a quienes se debe moral y jurídicamente, respeto, amor y comprensión, se convierte en un acto que debe ser tratado de manera contundente (Cruz, 2004).

Debido a ello, el objetivo de esta tesis, es presentar una intervención cognitivo- conductual en un caso clínico de violencia intrafamiliar; para ello se estructuran tres capítulos.

En el primer capítulo, se abordan los antecedentes de la Psicología Clínica, seguida de la definición de la misma, la cual es considerada por Compas y Gotlib (2003), como la rama de la Psicología dedicada a la generación del conocimiento psicológico y su aplicación desde la ciencia psicológica, en la comprensión y el mejoramiento del funcionamiento y bienestar físico y mental de un individuo o de un grupo de individuos; además se menciona el perfil del psicólogo clínico, así como las funciones que realiza, finalizando con los principales modelos teóricos en Psicología Clínica, como el Psicoanálisis, el Humanismo, el Conductismo y el modelo de Terapia Cognitivo-Conductual.

El segundo capítulo, muestra las generalidades del modelo de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC); es decir, la definición, la cual según Farré y Fullana (2005), es una forma de tratamiento psicológico que parte del supuesto de que los trastornos mentales se caracterizan o son debidos a pensamientos o conductas disfuncionales que pueden ser modificados. Así mismo, se abarcan los principios básicos, los modelos teóricos desde los cuales parte dicho modelo de terapia, como el Condicionamiento Clásico, Condicionamiento Operante, la Teoría del Aprendizaje Social y los Modelos Cognitivos. Posteriormente, se abordan las

características generales de la TCC, el modelo de evaluación conductual y cada una de las fases, las técnicas de intervención mayormente empleadas y algunas aplicaciones de la terapia, así como la eficacia de la misma en diversos problemas, entre ellos, la violencia.

Finalmente, el tercer capítulo corresponde a la presentación de la intervención cognitivo-conductual, en el caso clínico de violencia intrafamiliar; en una primera parte se da un acercamiento, a través del contexto de la violencia intrafamiliar, el cual muestra algunas estadísticas sobre la misma, así como su definición y sus diferentes manifestaciones, además de algunas causas para que se presente dicha problemática y diferentes intervenciones bajo el modelo cognitivo-conductual que han sido realizadas con víctimas de la violencia y hombres que la ejercen. En una segunda parte, se presenta el caso clínico, el cual se encuentra estructurado en las siguientes secciones: datos generales, historia del caso, análisis, intervención y finalmente los resultados del mismo.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

1.1 Antecedentes

Para comenzar a hablar sobre los antecedentes que llevaron a la formación de la Psicología Clínica, resulta preciso mencionar algunas cuestiones importantes sobre la Psicología; es por ello que a continuación se relatan brevemente algunos acontecimientos.

Como es bien sabido, la Psicología nace con la fundación del primer laboratorio llevada a cabo por Wilhelm Wundt en Leipzig Alemania en 1879, en donde las áreas de investigación durante aquellos años eran principalmente las de sensación y percepción; por lo tanto, durante muchos años fueron estos problemas y los que estaban relacionados con ellos, los que más interesaban a los psicólogos, no obstante, pronto aparecieron otros intereses de naturaleza más práctica (Garfield, 1979).

Sin embargo, hasta finales del siglo XIX la Psicología no existió como disciplina académica separada sino que formaba parte de la filosofía; algunos filósofos como Locke, Descartes, Hume y Berkeley se dedicaron a comprender los procesos mentales a través del discurso y el análisis filosófico (Marzillier, 1997).

De esta manera, la Psicología se apartó de la filosofía de dos modos fundamentales: el primero se refiere al desarrollo de una aproximación científica, donde, como se mencionó anteriormente, Wilhelm Wundt en 1879 abre el primer laboratorio psicológico en Alemania; él y sus estudiantes buscaban lograr una comprensión científica de la experiencia consciente, a través de un examen documentado sistemáticamente de sus experiencias y sensaciones en el momento en que se les presentaban estímulos específicos, como algunos colores y sonidos.

Por otro lado, según Marzillier (1997), la segunda separación de la Psicología vino con la extensión del tema de estudio más allá de los procesos mentales; en donde J.B Watson ejerció un profundo efecto sobre la Psicología del siglo XX con su planteamiento de que la Psicología no se interesara por los procesos mentales internos, ya que los consideraba inverificables y por lo tanto no científicos, por lo que su planteamiento se regía por la conducta observable.

Es así que el conductismo se convirtió en el credo dominante de la Psicología, ya que se enfatizó era necesario un lugar científico para la Psicología basado en la conducta observable, en donde se realizaron estudios experimentales con palomas, ratas y otros animales en laboratorios. Así mismo B.F Skinner introdujo el uso de las cajas de Skinner; en ellas, las ratas presionaban palancas o las palomas picoteaban discos en respuesta a varias condiciones; esos y muchos otros experimentos de laboratorio proporcionaron la Psicología básica del condicionamiento y del aprendizaje.

Por lo tanto, la Psicología en el siglo XX pasó de ser una sección de la filosofía a convertirse en una disciplina científica por derecho propio, dejando de ser un estudio razonado de los procesos mentales, para convertirse en el análisis experimental de la conducta animal y humana; de este modo, para dicho cambio, la Psicología estableció enlaces con otras ciencias como la biología, la fisiología y la bioquímica (Marzillier, 1997).

Actualmente, el método experimental sigue siendo una parte importante de la aproximación psicológica, aunque no es el único método de indagación; los aspectos sociales y del desarrollo de la conducta humana son también características vitales de la Psicología.

Por ello, la Psicología se relaciona con otras disciplinas académicas, ciencias biológicas (Biología y la Fisiología) por una parte, y ciencias sociales (Sociología y la Antropología) por la otra (Marzillier, 1997).

Ahora bien, al hablar de Psicología Clínica, es preciso mencionar que ésta ha evolucionado y se ha transformado de manera importante como un campo dentro de la psicología; desde su aparición como disciplina ha seguido un desarrollo acelerado al tener que responder a las demandas sociales por un lado, y por otro, a recibir la influencia de los avances de la Psicología que a su vez ha abierto múltiples y novedosas vías de acceso para la comprensión del comportamiento humano (Buendía, 1999).

Dicha Psicología dio comienzo como una ciencia interesada en el estudio de la conducta anormal o desviada, por lo cual, abarcaba una amplia variedad de fenómenos, ocupándose principalmente de los problemas relativos al área de la salud mental (Compas y Gotlib, 2003).

Así mismo, el reconocimiento de la Psicología Clínica se ha dado de forma gradual y en medio de rivalidades profesionales, como es el caso de la profesión médica; por lo cual, la aceptación de las distintas funciones propias de la Psicología Clínica no ha sido homogénea debido principalmente al modelo imperante sobre la concepción de la salud y su asistencia, sin embargo, mientras al aplicar pruebas y realizar investigación dentro de un ambiente clínico el papel de los psicólogos comenzaba a ser reconocido, su papel como terapeutas era visto con recelo, y siempre se realizaba bajo la supervisión del personal médico (Buendía, 1999).

La Psicología Clínica como campo profesional, aparece formalmente en 1896 en la Penn University, en donde Lightner Witmer con la fundación de la primera clínica psicológica y la impartición del primer curso formal de Psicología Clínica, es el primero en utilizar el término "*Psicología Clínica*" para referirse a sus esfuerzos realizados con personas con discapacidad intelectual: él concebía a la Psicología como una disciplina estrechamente vinculada con la investigación científica y sometida a la prueba de la utilidad y eficiencia en la práctica; es por ello que la Psicología Clínica comparte un conocimiento básico común a toda la Psicología: la investigación sobre el comportamiento, la biología, la cognición y las

emociones del hombre, por lo cual, hay un fuerte nexo entre la Psicología Clínica y la investigación (Sánchez, 2008).

Como se mencionó, fue Witmer el primero en utilizar el término “Psicología Clínica”, el cual resalta la importancia de considerar las necesidades y estado de cada individuo con una metodología científica aplicada en la observación y en la experimentación; así mismo, propuso que los psicólogos clínicos desempeñaran la función de maestros para ayudar a la gente a desarrollar sus capacidades.

Debido a ello, en el futuro, el psicólogo clínico sería capaz de proporcionar ayuda al individuo para resolver problemas de educación, de aptitudes vocacionales, de adaptación familiar y social, de condiciones laborales y de otros aspectos vitales (Kendall y Norton, 1988).

Por lo tanto, se consideraba a los psicólogos clínicos como consejeros profesionales que utilizaban métodos científicamente desarrollados para probar y orientar a las personas en diversas áreas importantes con la finalidad de su adaptación personal.

De acuerdo con Kendall y Norton (1988), durante la década de los treinta aparecen definiciones más restringidas para limitar la acción de la Psicología Clínica: 1) a pruebas de inteligencia y de personalidad (la enseñanza debería reservarse para los maestros, el tratamiento para los psiquiatras y el asesoramiento de carácter social para los trabajadores sociales) ó 2) a la investigación acerca de individuos anormales o subnormales (por lo que era reservado el estudio de personas normales a otros campos de la Psicología y de la medicina; sin embargo, a pesar de ello, la mayoría de los psicólogos clínicos se mantuvieron en una posición intermedia e inclinados hacia una orientación científico-profesional más abierta, tal como se observa en la definición formulada en 1935 por la Sección Clínica de la *American Psychological Association*.

Dicha definición hace hincapié en el enfoque científico para valorar los patrones y capacidades de conducta de cada paciente, así como en la función que desempeña el psicólogo clínico como asesor profesional.

Es así que la Psicología Clínica comienza en las universidades como una rama de la Psicología científica dentro de la estructura para humanidades y artes, donde la enseñanza y la investigación eran las actividades mayormente realizadas (Phares y Trull, 1999).

Ahora bien, según Buendía (1999) para poder comprender la Psicología Clínica hay que tener en cuenta algunos hechos históricos y sociales que influyeron decisivamente en sus características iniciales, tal como la forma en que se han utilizado los métodos científicos en la psicología, la forma en que se ha ido desarrollando el interés por las diferencias individuales de los seres humanos, la manera en que han sido vistos los problemas de la conducta y la actitud que se ha tenido ante ellos conforme el paso de los años.

Referente a la utilización de los métodos científicos en Psicología, la tradición de investigación ha conducido a los psicólogos clínicos a investigar experimentalmente la precisión y el valor de su trabajo, provocando así la evaluación empírica de sus funciones.

En ese sentido comienzan a elaborarse los procedimientos que van a formar las bases del diagnóstico por parte de los psicólogos, en donde resultan de gran importancia las aportaciones de autores como Galton, quien fue el primero en estudiar las diferencias psicológicas entre los individuos, Catell, quien construyó el primer test mental en 1890 y finalmente Binet quien debido a los problemas del retraso escolar y de la deficiencia mental desarrolló la primera prueba eficaz de inteligencia, la cual a su vez, ha sido prototipo para la mayoría de las pruebas de inteligencia; debido a ello, durante ese tiempo tienen lugar distintas elaboraciones psicodiagnósticas, tanto para la medida de la inteligencia como para otras

características psicológicas, siendo ello un acontecimiento de gran importancia para la Psicología Clínica (Garfield, 1979).

De esta manera, no es sino durante la Primera Guerra Mundial que la Psicología Clínica va a tener un desarrollo acelerado debido a las dificultades para evaluar habilidades que permitieran a cada individuo ocupar el puesto más adecuado; es así que después de la guerra los psicólogos clínicos avanzan en la investigación sobre la naturaleza de la personalidad, el origen de la inteligencia, las causas del problema de la conducta y las relaciones entre las conductas desviadas y el aprendizaje (Buendía, 1999).

Sin embargo, el factor decisivo de la transformación del trabajo clínico dentro de la Psicología fue la Segunda Guerra Mundial debido a las necesidades de selección y los problemas humanos que desencadenó; ya que tras la guerra, el gran número de personas que demandaban atención por problemas de salud mental hace que el papel del psicólogo clínico adquiriera una mayor relevancia al ser incluido de forma masiva en los hospitales militares debido al porcentaje tan elevado de candidatos que se rechazaban del servicio militar a causa de dificultades psicológicas o emocionales (Garfield, 1979).

A partir de ese momento, el crecimiento de la Psicología Clínica y su reconocimiento legal es un hecho; apareciendo propiamente como tal hasta la década de los cuarenta.

Así, se puede concluir que la Psicología Clínica tal como lo menciona Compas y Gotlib (2003), evolucionó como ciencia y profesión durante la segunda mitad del siglo XX, ya que a lo largo de la historia ha existido la necesidad de proporcionar cuidado y servicios a individuos que presentan problemas psicológicos, por lo que surgió, en parte, para ayudar a tener conciencia de esta necesidad; sin embargo, las necesidades de individuos con problemas

psicológicos han tomado diversos rumbos en el curso de la historia incluso antes de que la Psicología Clínica comenzara a cumplir con su función.

Finalmente, hasta ahora se ha hablado de algunos de los acontecimientos más relevantes para la formación de la Psicología Clínica, sin abordar propiamente la definición de la misma; por lo que a continuación se muestran una serie de definiciones con el objetivo de tener una mayor claridad sobre dicho término.

1.2 Definición

La Psicología Clínica surge de la tradición en las profesiones de ayuda para atender la patología o anormalidad; este término viene de la etimología griega *klínós* que significa cama, es decir, el clínico se inclina sobre el que yace en la cama; es por ello, que la orientación clínica se dirige a quien tiene problemas y trastornos, enfatizando en el caso individual (Sánchez, 2008).

De la misma forma, la Psicología Clínica puede definirse como la rama de la Psicología dedicada a la generación del conocimiento psicológico y su aplicación desde la ciencia psicológica, en la comprensión y el mejoramiento del funcionamiento y bienestar físico y mental de un individuo o de un grupo de individuos (Compas y Gotlib 2003).

En términos generales, de acuerdo con Pérez (1982), la Psicología Clínica es un área aplicada de la Psicología general, que se ocupa de buscar, instrumentalizar e implementar los principios que lleven a una comprensión del carácter único de una persona o paciente, que se encuentra en dificultades y cuyo objetivo fundamental es reducir el malestar que esa persona experimenta, ayudándola a funcionar de una manera más satisfactoria y adecuada tanto para sí misma como para las personas que constituyen su marco de referencia social.

De acuerdo a la APA (1935, en Compas y Gotlib, 2003), la Psicología Clínica es una forma aplicada de la psicología, la cual define las capacidades del comportamiento y las características conductuales de un individuo, mediante el uso de métodos de observación, de medición y de análisis; los cuales, con base en una integración de dichos hallazgos y con los datos obtenidos a partir de las exploraciones físicas y de las historias sociales, proporcionan sugerencias y recomendaciones para el ajuste adecuado del individuo.

Por lo tanto, dicha Psicología se preocupa por entender y mejorar la conducta humana; su aspecto clínico consiste en mejorar la situación de las personas que se encuentran en problemas, utilizando para ello conocimientos y técnicas, procurando al mismo tiempo a través de la investigación, mejorar las técnicas y así, ampliar los conocimientos para lograr una mayor eficiencia en el futuro (Korchin, 1976, en Bernstein y Nietzel 1988).

De esta forma, pretende ser un campo, una disciplina, una ciencia y una profesión que cubra en rango y totalidad la conducta humana; en resumen, el campo de la Psicología Clínica integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir y aliviar el desequilibrio, la invalidez y la incomodidad, promoviendo la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal, por lo cual está enfocada en los aspectos intelectuales, emocionales, biológicos, psicológicos, sociales y del comportamiento humano que funcionan a través de la existencia en las diferentes culturas, y en todos los niveles socioeconómicos, aplicados a una amplia gama de poblaciones (Cullari, 2001).

Dicho de otra manera, comprende la investigación, la enseñanza y los servicios relacionados con las aplicaciones de principios, métodos y procedimientos (Phares y Trull, 1999).

Por otro lado, como lo menciona Sánchez (2008), los objetivos de esta área de la Psicología son comprender, tratar y prevenir los problemas de la salud mental, así como sus efectos asociados; por lo cual, juega un papel central en la

evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de estos problemas. Es así, que a través del uso de pruebas psicológicas, de entrevistas y de observaciones del comportamiento, que la Psicología Clínica ayuda a identificar y a diagnosticar los problemas de salud mental.

De acuerdo a Compas y Gotlib (2003), la Psicología Clínica no sólo implica la generación de conocimiento científico de los problemas psicológicos y el funcionamiento humano, sino también la aplicación de la ciencia de la psicología; esto con el propósito de comprender y mejorar el bienestar de los individuos.

A su vez, según Sánchez (2008), la Psicología Clínica constituye en sí misma un campo disciplinar complejo, el cual se encuentra estrechamente relacionado con las ciencias médicas y de la salud, con la psicometría, la visión humanista del ser y la hermenéutica; la cual interpreta en el ser humano lo que significa la enfermedad, la condición de vida y cómo es que ésta afecta su contexto.

Por lo tanto, existen múltiples definiciones de la Psicología Clínica que ponen énfasis en uno u otro aspecto, en una u otra función; es así que encontramos enfoques de carácter psicométrico que otorgan un peso importante a las funciones de evaluación y diagnóstico mediante las pruebas psicológicas y test estandarizados; enfoques de carácter psicopatológico, los cuales destacan el estudio de individuos enfermos, en donde su "salud mental" está dañada y por tanto deben ser sometidos a tratamiento; enfoques de carácter psicodinámico, que se centran en el estudio integral de la personalidad, en la reconstrucción de la historia personal en donde se buscan explicaciones a la situación actual del individuo, además de formular hipótesis acerca de su pronóstico, de las potencialidades y habilidades de que dispone y muchos otros enfoques como aquellos que desplazan el interés del individuo hacia la comunidad (Roca, 2002).

Ahora bien, en pocas palabras, uno de los aspectos comunes de las múltiples definiciones que hasta el momento se han abordado, es que la

Psicología Clínica se encarga de ayudar a las personas que tienen problemas con la finalidad de optimizar su bienestar; sin embargo, difícilmente se puede decir que dar asistencia o terapia psicológica sea exclusivo de dicha Psicología, ya que muchos otros profesionales como los psiquiatras, las trabajadoras sociales, los educadores se dedican, en distintos niveles, a actividades que directa o indirectamente procuran ayudar en los problemas psicológicos, aunque dichos profesionales no se dedican a investigar o evaluar sistemáticamente las conductas equívocas o las condiciones presentes en los casos que intentan ayudar, tal como lo hace el psicólogo clínico (Bernstein y Nietzel, 1988).

Como lo menciona Roca (2002), la Psicología Clínica ha tenido un gran desarrollo, gracias a que se ha ampliado su campo de acción; es decir, desde el individuo enfermo hasta el individuo sano, desde la problemática de la salud mental, hasta la problemática de toda la dimensión del proceso salud-enfermedad, desde el individuo hasta el grupo humano, desde el consultorio hasta la comunidad, desde el restablecimiento de la salud hasta la optimización del potencial humano.

De esta manera, sus funciones ya dejan de ser sólo diagnósticas y psicoterapéuticas para adquirir además un carácter más profiláctico, incluyendo así funciones de prevención y promoción de la salud y de rehabilitación; es así que la Psicología Clínica, cada vez se consolida más, conservando así no solo sus funciones tradicionales, sino desarrollando nuevas.

Por tanto, la Psicología Clínica es una rama aplicada de la Psicología, la cual se apoya en presupuestos teóricos y metodológicos de ella; sin embargo al mismo tiempo, su rasgo distintivo es su carácter aplicado (práctica) y su campo de acción son los seres humanos, con sus aspiraciones, frustraciones, vivencias, creencias personales, éxitos y fracasos, es decir, los problemas que atraviesa derivados tanto de su historia personal como de su situación actual, por lo que

ésta se ocupa del estudio integral de individuos y grupos humanos por medio del empleo de técnicas psicológicas (Kendall y Norton, 1988).

Debido a ello, tal como lo menciona Roca (2002), es posible que las definiciones futuras conserven la base de los modelos propuestos, a través de la utilización de métodos científicos y de los principios de la psicología; es decir, el prestar ayuda mediante evaluación psicológica y asesoría a individuos que padecen problemas psicológicos, manteniendo una orientación científico-profesional.

Finalmente se puede decir que el propósito de la Psicología Clínica es optimizar la interacción del individuo con su medio, en función de sus potencialidades reales, por lo cual se puede resumir como una rama aplicada de los conocimientos psicológicos que persigue el estudio integral de individuos y grupos humanos, por medio del uso de técnicas psicológicas, la cual tiene como campo el proceso salud-enfermedad en su dimensión psicológica, donde realiza funciones encaminadas a optimizar las relaciones del individuo con su medio, en función de sus potencialidades reales (Roca, 2002).

Es así que, la Psicología Clínica, se encuentra en constante avance, aunque todavía mantiene una función básica de aplicar los principios psicológicos a la adaptación de las personas a cada situación; sin embargo, los métodos y el marco profesional mediante el cual trata de conseguirlo se encuentran cambiando constantemente (Buendía, 1999).

1.3 Perfil del Psicólogo Clínico

El ser psicólogo implica ser un individuo en proceso de adquirir una serie de conocimientos teóricos sobre el comportamiento humano; a su vez el psicólogo debe considerar que su ejercicio profesional se basa en el contexto de la realidad social que le rodea (Harrsch, 2005).

Debido a esto, es de suma importancia que el psicólogo sea responsable de que su equilibrio y estado mental, emocional y comportamental sean los adecuados para prestar sus servicios, es así que, cuando se vea incapacitado para ejercer sus funciones profesionales, debe interrumpir de inmediato su actividad y solicitar asesoramiento profesional (Pont, 2007).

Así mismo, el psicólogo debe ser entrenado para entender la importancia que tiene el estar al tanto de sus propios intereses, de sus perspectivas subjetivas, de sus limitaciones y de los problemas personales que pueden surgir.

Ahora bien, los psicólogos a su vez, se diferencian por la importancia que atribuyen a determinados tipos de comportamiento; por ejemplo, algunos dicen que sólo debería estudiarse lo que se puede ver, observar o medir directamente, mientras otros argumentan que las fantasías, pensamientos y sentimientos también son formas de comportamiento importantes a pesar de que no pueden ser observados directamente, sin embargo, aunque ellos no coinciden en las clases de conducta humana que son importantes, si concuerdan en que su estudio debe ser sistemático (Garrison y Loredó, 2002). De esta manera, los psicólogos buscan hacer cuatro cosas: describir, explicar, predecir y controlar el comportamiento.

De acuerdo con Baron (1996), la actividad profesional de los psicólogos puede clasificarse en tres categorías amplias: 1) la docencia o investigación, 2) los servicios de salud generales o de salud mental, lo que se conoce como Psicología Clínica y 3) la investigación en empresas, deportes, tribunales, etc; sin embargo algunos psicólogos se mueven con flexibilidad entre diversas áreas.

Debido a ello, las actividades del psicólogo, han ido variando a lo largo del tiempo y se han ramificado en diversos campos o especialidades; en ese sentido, las funciones o actividades específicas del psicólogo dependen de la rama de la Psicología en la que se encuentren desempeñando su ejercicio profesional; en este caso, al hablar del psicólogo clínico es de gran importancia mencionar que dicho profesional, enfoca su actividad a la evaluación y el tratamiento de personas

o grupos que sufren de problemas emocionales y de adaptación; es decir, su área de interés se concentra en la problemática individual de un sujeto, así como la derivada de su interacción con el ambiente (Harrsch, 2005).

De igual forma, con la finalidad de lograr lo anterior, el psicólogo clínico debe capacitarse para realizar estudios de personalidad en niños, adolescentes y adultos que implican discusión, fundamentación del psicodiagnóstico y recomendaciones terapéuticas, entre otras. Con relación a lo anterior, Harrsch (2005), argumenta que el psicólogo clínico debe contar con las herramientas necesarias para diseñar y aplicar programas de intervención psicológica, que a su vez brinden soluciones a los problemas emocionales del comportamiento humano individual o grupal; esto con el objetivo de promover pautas más adaptativas para la vida.

En resumen, de acuerdo con Kendall y Norton, (1988), los psicólogos clínicos comparten varios atributos comunes: son psicólogos porque han seguido un entrenamiento para utilizar las normas y el conocimiento psicológicos en su trabajo profesional, son clínicos porque intentan comprender a la gente en su complejidad natural y en sus continuas transformaciones de adaptación, son científicos porque emplean el método científico para lograr objetividad y precisión en su actividad profesional y, finalmente, son profesionales debido a que prestan importantes servicios humanísticos al asistir a personas, grupos sociales y comunidades, en la solución de problemas psicosociales para el mejoramiento de su forma de vida.

Finalmente, es preciso mencionar que la Psicología Clínica no es sino una de las diferentes especializaciones que existen en el campo de la Psicología y de la salud mental; de esta manera, en muchos casos, las funciones y entrenamiento profesionales de los psicólogos clínicos coinciden en parte con las funciones y entrenamiento profesionales que ofrecen disciplinas afines en el campo de la Psicología y de la salud mental, aunque cada una de estas áreas tienden a tener un enfoque y una perspectiva diferente acerca de la salud mental y del

funcionamiento humanos; sin embargo, las diferencias disminuyen con frecuencia cuando existe un trabajo conjunto de profesionales en instituciones multidisciplinarias como lo son los centros comunitarios, hospitales, universidades, etc, ya que la cooperación entre las diferentes disciplinas da lugar a un mayor conocimiento y pericia en cada profesional (Kendall y Norton, 1988).

Con la finalidad de esclarecer lo dicho anteriormente, a continuación se presentan las funciones específicas que desempeñan los psicólogos clínicos.

1.4 Funciones profesionales del Psicólogo Clínico

Para poder hablar de las funciones específicas que lleva a cabo el psicólogo clínico, resulta preciso mencionar que de acuerdo con Marzillier (1997), las principales diferencias entre psicólogos clínicos y otros profesionales se dan a) en la formación y b) en la estructura formal de su trabajo; es así que, tal como se ha mencionado anteriormente, la formación en Psicología Clínica implica un conocimiento especializado del funcionamiento psicológico y de los métodos psicológicos, los cuales, a su vez, proporcionan una destreza particular para llevar a cabo evaluaciones psicológicas como test psicométricos, tratamientos psicológicos y métodos psicológicos de investigación y valoración.

Sin embargo, el compromiso por brindar asistencia a individuos con aflicciones psicológicas no empezó en el campo de la Psicología Clínica; por lo cual, las principales funciones que realizan los psicólogos clínicos actualmente, eran desempeñadas por otros individuos e instituciones en las sociedades, siglos antes del surgimiento de la Psicología como profesión.

Debido a ello, Compas y Gotlib (2003) refieren que en diversas sociedades y en diferentes momentos de la historia, las personas responsables de atender las necesidades psicológicas de la gente han dependido de la forma en que ha sido visto el trastorno y la salud mental; por lo que las profesiones u oficios que se han responsabilizado del cuidado y bienestar de los individuos que sufren trastornos

psicológicos o psiquiátricos incluyen al clero u otros grupos religiosos y los médicos e individuos comprometidos con el bienestar social.

Por otro lado, dentro de la Psicología Clínica uno de los aspectos más relevantes es la diversidad de actividades en las que los psicólogos clínicos pueden llegar a involucrarse como parte de su trabajo; estas actividades incluyen la investigación, la enseñanza, la evaluación y el diagnóstico, la prevención y el tratamiento; sin embargo, aunque la mayor parte de los psicólogos clínicos están involucrados en alguna combinación de estas actividades, otros más están involucrados en todas ellas (Compas y Gotlib, 2003).

Además, los psicólogos clínicos tienden a definir su profesión en términos de a) la ciencia básica de la Psicología y b) su aplicación a la comprensión y resolución de problemas humanos; por lo tanto, el psicólogo clínico es primero y ante todo un “científico aplicado” o “un científico que practica la psicología” y que persigue la utilización del conocimiento científico para un fin beneficioso (Marzillier, 1997).

De acuerdo con Bernstein y Nietzel (1988), los psicólogos clínicos se dedican principalmente a seis actividades: evaluación, tratamiento, investigación, enseñanza, consultoría y administración.

Así mismo, uno de los estereotipos más comunes del psicólogo clínico es el de “administrador de test”; la aplicación de test es un tipo importante de evaluación. Sin embargo, otro grupo importante de instrumentos de evaluación consiste en los métodos conductuales, estos hacen uso de la observación directa de conductas, frecuentemente en un contexto “natural” sin la necesidad de que los pacientes sepan que están siendo evaluados, estos métodos proporcionan medidas de la frecuencia exacta o duración temporal de un fragmento de conducta (Marzillier, 1997).

Es por ello, que los psicólogos clínicos están cambiando su interés por la evaluación de medidas generales de capacidad y personalidad a medidas más específicas de opinión, autoinforme y conducta más directamente relacionados con los problemas clínicos del paciente, con su cuidado y manejo.

Por otro lado, de acuerdo con Marzillier (1997), la mayoría de lo que hacen los psicólogos clínicos está comprendido en tres categorías: evaluación, intervención y valoración; a su vez, hay otras funciones que el psicólogo puede llevar a cabo, una de éstas es entrenar o supervisar a otros en la comprensión y uso de métodos psicológicos.

En resumen, los psicólogos clínicos evalúan, diagnostican y tratan individuos y grupos con una serie de métodos y técnicas propias, con el objeto de lograr una mejor adaptación, efectividad y satisfacción personal; por lo que se dice que trabajan en la promoción de la salud mental y en la intervención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales y físicos.

Como lo menciona Buendía (1999), las funciones del psicólogo clínico son: 1) la evaluación psicológica, es decir el estudio científico del comportamiento; 2) la investigación, esto con el fin de aumentar los conocimientos básicos acerca del comportamiento humano, sobre los que puedan apoyarse las distintas formas de interacción; 3) el tratamiento psicoterapéutico realizado a nivel individual o grupal, con el fin de aliviar el malestar psicológico y conseguir los cambios necesarios, siempre en beneficio de los pacientes; 4) la prevención, con la elaboración y aplicación de programas a nivel comunitario, que por una parte controlen los factores causantes de alteraciones, y por otra desarrollen habilidades en los propios individuos que impidan así, la aparición de problemas psicológicos; y finalmente 5) la enseñanza, como forma de preparar a los futuros profesionales, así como el entrenamiento de los no-profesionales, con la finalidad de que puedan colaborar en la aplicación de programas de intervención especialmente a nivel comunitario.

Roca (2002), argumenta que las funciones del psicólogo clínico abarcan sobre todo el proceso salud-enfermedad como: 1) la prevención de enfermedades mediante la exclusión de factores de riesgo, como hábitos nocivos para la salud o comportamientos que favorecen la aparición de determinadas enfermedades, 2) la promoción de la salud, por medio de acciones encaminadas a optimizar la calidad de vida de las personas, es decir, estilos de vida más sanos, 3) el diagnóstico, donde no se trata de “etiquetar” o clasificar al individuo, sino de realizar acciones con la finalidad de dar respuestas a ciertas interrogantes y 4) el tratamiento, el cual incluye acciones sobre todo psicoterapéuticas y de orientación psicológica, que contribuyen a una mejora u optimización de la salud. Además, el psicólogo clínico puede realizar funciones de administración, asesoría, docencia e investigación.

Así mismo, los psicólogos clínicos se involucran cada vez más en el tratamiento de los factores psicológicos y conductuales relacionados con enfermedades tales como el cáncer, las enfermedades cardíacas, la diabetes, el asma, etc.

Por otro lado, los psicólogos clínicos se han involucrado en la ejecución de programas que buscan prevenir los problemas de salud mental y que promueven la salud física y mental; por lo cual, han buscado mediante la investigación, comprender mejor la naturaleza y las causas de los problemas mentales y físicos, esto con el fin de perfeccionar los métodos de evaluación y diagnóstico, así como para desarrollar y evaluar la efectividad de nuevas técnicas de tratamiento y prevención (Compas y Gotlib, 2003).

Sin embargo, el psicólogo clínico realiza todas estas actividades en una gran variedad de circunstancias y en el ámbito de diversas instituciones en las que interactúa con otros profesionales; de esta manera, en relación con la atención integral de la salud, se requiere la participación del psicólogo clínico en los programas de educación sanitaria y/o prevención y promoción de la salud, en los que puede aportar algunos contenidos sobre distintos aspectos de la salud y la

enfermedad y la aplicación de técnicas para el aprendizaje y cambio de actitudes (Buendía, 1999).

Hoy en día, la actuación del psicólogo clínico se hace imprescindible en áreas como la planificación familiar, la salud escolar, los problemas de adaptación social, y en general, en el tratamiento y prevención de problemas debido a conductas anormales o patológicas.

Ahora bien, resulta de gran importancia mencionar, que no todos los psicólogos clínicos se dedican o llevan a cabo todas las funciones antes descritas, es por ello que, hay quienes se dedican exclusivamente a un solo tipo de actividad, mientras otros se dedican a varias; sin embargo, la posibilidad de desarrollarse entre varias actividades en uno de los aspectos más importantes para un psicólogo (Bernstein y Nietzel, 1988).

En relación con lo anterior, no forzosamente los psicólogos clínicos tienen que desarrollarse dentro de una sola institución, o en una institución específicamente clínica, ya que muchos de ellos se encuentran en escuelas, hospitales, centros comunitarios, prisiones, empresas, centros de rehabilitación, asilos y en muchos lugares más; es así que, las funciones del psicólogo clínico se han multiplicado notablemente, por lo cual se le puede encontrar en múltiples trabajos, dentro de una gran variedad de instituciones; sin embargo, un número importante de psicólogos clínicos ejercen de manera independiente, dando consultas o terapias (Buendía, 1999).

Debido a ello, es muy amplia la gama de problemas que puede atender el psicólogo clínico, tales como: problemas sociales o interpersonales, trastornos sexuales, dificultades conyugales, problemas de lenguaje, asistencia escolar y vocacional, perturbaciones comportamentales asociadas a la delincuencia y alcoholismo, aunque por lo general se especializa en uno o varios de ellos, lo que a su vez permite que el tipo de personas que atiende sea muy variado (Pérez, 1982).

Por lo tanto, según Compas y Gotlib (2003), los psicólogos clínicos pueden trabajar con diversos problemas o situaciones, como la depresión, el autismo, las adicciones, problemas laborales, de pareja, fobias, trastornos obsesivos y compulsivos, problemas de conducta disruptiva, déficit en habilidades cotidianas como vestirse y comunicarse con otras personas, que de alguna u otra manera afecten el bienestar de la persona; esto mediante la práctica de las diversas formas de tratamiento psicológico (terapia cognitivo-conductual, psicoterapia interpersonal, terapia de pareja y de familia).

De esta manera, los psicólogos clínicos están especializados en algunas formas de psicoterapia, como la conductual, cognitivo-conductual y terapias centradas en el cliente; por lo contrario, es posible que algunos psicólogos clínicos no se hayan formado en estos métodos sino en otras formas de terapia o, incluso, pueden no practicar ninguna psicoterapia en absoluto.

Siendo así, la psicoterapia es la forma de intervención más practicada por los psicólogos clínicos, en donde todas las formas de psicoterapia comparten un conjunto de factores comunes y siguen una secuencia de etapas del cambio, sin embargo, los enfoques difieren en las técnicas específicas que utilizan, así como en una serie de aspectos más, dependiendo del modelo o enfoque desde el cual se aborde la problemática; es por ello que con la finalidad de ahondar en dicho tema, a continuación se presentan los principales modelos teóricos a través de los cuales el psicólogo clínico puede llegar a intervenir (Compas y Gotlib, 2003).

1.5 Principales modelos teóricos en Psicología Clínica

Dentro de la Psicología Clínica, existen diversos modelos teóricos desde los cuales el psicólogo clínico puede intervenir; algunos de ellos son: el psicoanálisis, el humanismo, el conductismo y el modelo de terapia cognitivo- conductual.

Psicoanálisis

El psicoanálisis es el principal antecedente de la visión cualitativa y subjetiva de la terapia en la clínica y es un método de introspección y exploración del inconsciente; así como un método de análisis crítico aplicable a la historia y la cultura (Carpintero, 2007, en Sánchez, 2008).

Dicho modelo es considerado como una ciencia por gran parte de sus defensores, mientras que los críticos lo consideran una pseudociencia por no ajustarse al método científico; sin embargo, desde alrededor de 1890 cuando Freud dio a conocer al Psicoanálisis, este modelo ha evolucionado en varias escuelas y formas de intervención; entre sus seguidores se encuentran Reich, Klein, Lacan y muchos otros quienes han refinado las teorías freudianas, introduciendo las propias (Sánchez, 2008).

Por otro lado, en el ámbito de la clínica, este modelo postula que los conflictos se originan en el inconsciente, el cual, es inobservable por el paciente; en donde las afectaciones relatadas por él, constituyen el síntoma del conflicto, debido a ello, el objetivo de la terapia es romper las resistencias para que el paciente acepte las motivaciones inconscientes del problema, logrando que se lleve hacia la cura.

A su vez, es característico de este modelo la búsqueda de los factores causales del comportamiento actual de la persona, a través de un análisis; el cual implica ir a la búsqueda de las raíces, en donde está la causa del comportamiento actual (Roca, 2002).

Al reconocer el papel del pasado en la determinación de los problemas actuales, es posible poner énfasis en dos elementos importantes: la predilección por el método histórico y la significación de las experiencias tempranas en la vida de una persona.

Debido a ello, en dicho modelo se parte de la idea que todo tipo de conducta está motivada por la historia del sujeto, en donde intervienen tanto factores genético-hereditarios, como los que resultan de la interacción del individuo con su familia, sociedad, etc; sin embargo, gran parte de las motivaciones generadoras de conducta son inconscientes, en donde las razones por las cuales una conducta es inconsciente llegan a ser variadas: pueden ser interferencias de otros pensamientos o bloqueos (olvidos, represiones) de la raíz o el origen de un pensamiento o en su caso, pueden deberse al rompimiento de una parte de la cadena de asociaciones que integran un pensamiento o serie de pensamientos (Sánchez, 2008).

Por lo tanto, de acuerdo con Compas y Gotlib (2003), una meta importante es ayudar a los pacientes a lograr *insight* o capacidad de introspección sobre las fuentes y orígenes de sus problemas; de esta manera, debido a que es ese material en el inconsciente lo que provoca la ansiedad, el psicoanálisis intenta ayudar al individuo a ser consciente del material y la información inconscientes para llevarlos al nivel de la conciencia; es decir ayudar a hacer consciente lo inconsciente.

De acuerdo con Sánchez (2008), el método básico del psicoanálisis es la libre asociación, en donde el paciente, en un ambiente relajado, es invitado a hablar libremente sobre lo que le venga a la mente; los sueños, los deseos, las esperanzas, las fantasías, así como los recuerdos de la infancia son de interés para el especialista en psicoanálisis, quien escucha e interpreta para intervenir cuando cree oportuno insistir o replantear alguna parte del discurso del paciente.

En este modelo la labor del psicoanalista, consiste en develar el sentido oculto o el significado inconsciente de ciertos comportamientos, manifestaciones o síntomas, identificando el tipo, constelación y dinámica de las fuerzas (conflicto) que dieron origen en el pasado a tales ocultamientos (Sánchez, 2008).

Como lo mencionan Kendall y Norton (1988), el psicoanalista ayuda a sus pacientes a adquirir comprensión profunda, primero ayudándoles a revelar sus impulsos y defensas inconscientes y posteriormente les ofrece interpretaciones destinadas a ayudar al paciente a entenderlos y aceptarlos; por lo tanto, el instrumento principal para comunicar comprensión en este modelo, es la interpretación.

Dentro de la Psicología Clínica, es innegable el impacto de dicho modelo, ya que ha influido significativamente sobre el quehacer profesional de los psicólogos clínicos, incluidos aquellos que no se consideran a sí mismos como psicoanalistas (Sánchez, 2008).

Humanismo

Uno de sus principales exponentes es Carl Rogers; su teoría está construida a partir de una sola tendencia actualizadora y universal para todos los pacientes, la cual puede definirse como una motivación innata para desarrollar potencialidades hasta el mayor límite posible (Sánchez, 2008).

Dicho modelo, resalta el hecho de la unicidad e irrepetibilidad de cada persona, ya que cada una actúa de acuerdo con la forma en que percibe su mundo y por lo tanto, su perspectiva es diferente a la de los demás y cambiante a lo largo de la vida (Roca, 2002).

En este modelo, las personas son activas y responsables de sus actos, capaces de proyectarse al futuro, elaborar planes, escoger alternativas y asumir las responsabilidades con sus posibles consecuencias.

A su vez, de acuerdo con Sánchez (2008), el humanismo está basado en el enfoque centrado en la persona; por lo cual, se establece un tipo de relación donde el terapeuta se convierte en un facilitador, quien acompaña al paciente en

un proceso de crecimiento que favorecerá y fomentará el autoapoyo, el desarrollo de los recursos personales con los que cuenta el individuo y por lo tanto la mejoría o superación del trastorno o aflicción que lo aqueja.

Las bases para una intervención bajo este modelo, son la empatía (la cual se manifiesta en un intento de poder comprender a fondo la experiencia de la persona), la consideración positiva, el juicio no inquisitivo y la aceptación incondicional; en la cual el terapeuta participa sólo como un facilitador para la autoactualización del individuo; dicho enfoque se dio a conocer como un enfoque psicoterapéutico sistematizado a principios de la década de 1940 (Lafarga, 2008).

De acuerdo con Sánchez (2008), dicho modelo, se basa en un principio de escucha, confidencialidad, respeto y empatía, favoreciendo un clima cálido y confiable; por lo cual, la intervención consiste en ayudar a crear una vida mas plena y profunda, creando condiciones de aprendizaje significativo que permitan a la personas aprender de sus experiencias.

Además, se enfatiza la libre voluntad, prestando una mayor importancia a las fortalezas que a las debilidades e insuficiencias; es por ello que su propósito es la búsqueda del bienestar y la realización personal (Roca, 2002).

Por lo tanto, el hombre no es una “cosa”, sino un ser humano digno y valioso, cuya vida no puede ser juzgada como “enferma” o “patológica” si no es comprendida desde el punto de vista de la propia persona que se pretende juzgar, y este punto de vista es único e irrepetible.

Así mismo, el hombre tiene una potencialidad inherente para su desarrollo y crecimiento que es susceptible de actualizar en cualquier momento; debido a ello el presente es el foco principal de atención de los psicólogos clínicos que parten de dicho modelo: “el pasado ya pasó y no hay nada que hacer para modificarlo, el

futuro es responsabilidad de la persona y hay que empezar a construirlo desde el presente” (Roca, 2002, p.43).

Debido a ello, este modelo pone énfasis en las experiencias psicológicas del momento presente y parte de la creencia de que todas las personas se sienten motivadas para, y son capaces de, mejorarse a sí mismas (Kendall y Norton, 1988).

Las personas no son productos del pasado; en ellas, el ambiente ejerce el libre albedrío en la búsqueda de su potencial interior y autorrealización (Phares y Trull, 2003).

Es así que, el psicólogo clínico, confiando en el potencial humano, se niega a aconsejar o a comprometerse con la toma de decisión de una persona ante una situación problemática debido a que ayudar a una persona a resolver un problema, puede llegar a crear otro problema al fomentar la dependencia e impedir el crecimiento personal (Roca, 2002).

Por lo tanto, como lo mencionan Kendall y Norton (1988), la estrategia terapéutica fundamental dentro de este modelo, implica alentar a los clientes para que dirijan su propia terapia; en donde el terapeuta no dirige activamente al cliente, sino que trata de crear una atmósfera terapéutica que sea no dirigida, para así facilitar la toma de decisiones de manera independiente.

En resumen, el humanismo se basa en una visión positiva del ser humano, en donde sus teorías destacan la tendencia de la gente a crecer y desarrollarse de maneras positivas, así como su capacidad para determinar la dirección de sus vidas (Compas y Gotlib, 2003).

Conductismo

El conductismo tradicionalmente fue la contracorriente del psicoanálisis, surgido del positivismo y del trabajo experimental en el laboratorio; el cual postulaba que solo desde una posición científica era posible utilizar procedimientos para estudiar el comportamiento, en términos observables y cuantitativos (Sánchez, 2008).

Dicho modelo se desarrolló a comienzos del siglo XX, influido por el pensamiento de los fisiólogos rusos Pavlov y Bechterev sobre el condicionamiento animal; algunas de sus figuras más destacadas, fueron los estadounidenses Watson y Skinner, quienes insistían en que las experiencias psíquicas no podían ser objeto de estudio científico porque no eran observables.

Algunos de los estudios realizados bajo dicho modelo, según Sánchez (2008), se llevaron a cabo con seres humanos en laboratorios equipados con dispositivos de observación y también en locaciones naturales como la escuela y el hogar; así mismo, otros emplearon animales, en particular ratas y palomas como sujetos de experimentación, en laboratorios estandarizados

Así mismo, los psicólogos llevaban a cabo dichos estudios aplicando los principios conductistas en casos prácticos, lo cual llevó al desarrollo de una diversidad de terapias llamadas modificación de conducta, las cuales eran aplicadas mayormente en tres áreas: tratamiento de niños con trastornos de conducta, mejora de los métodos educativos y de aprendizaje y tratamiento de adicciones y fobias por terapias de aproximaciones sucesivas.

Es así que, la influencia inicial del conductismo en la Psicología fue minimizar el estudio introspectivo de los procesos mentales, las emociones y los sentimientos, sustituyéndolo por el estudio objetivo de los comportamientos de los individuos en relación con el entorno, a través de métodos experimentales (Sánchez, 2008).

Las características básicas de este modelo son que las conductas anormales se adquieren, mantienen y extinguen según las leyes generales, las cuales a su vez, rigen las demás conductas consideradas normales; debido a ello, pueden modificarse de idéntica forma que las conductas normales (Labrador, Larroy y Puente, 2008).

Por otro lado, es un enfoque centrado en el aquí y el ahora, ya que el énfasis se coloca en los determinantes actuales del comportamiento; de esta manera, el propósito no es modificar al “sujeto en sí”, sino sus conductas, sea una o varias, de modo secuencial o simultáneo (Kendall y Norton, 1988).

En ese sentido, no siempre es necesario saber cómo se aprendió una conducta problemática específica; ya que es importante que el énfasis del tratamiento no radique en temas históricos, sino en los factores que en la actualidad mantienen la conducta. Así mismo, la mayor parte de las conductas anormales son susceptibles de modificación mediante la aplicación de los principios del aprendizaje, por los cuales las conductas inadaptadas se desaprenden y reemplazan con conductas aprendidas nuevas y más adaptadas (Compas y Gotlib, 2003).

Bajo este modelo, los métodos de tratamiento se especifican con precisión, son replicables y se adaptan a las necesidades, fortalezas y situación de cada cliente; en donde el proceso de tratamiento se evalúa de manera continua, y se realiza una evaluación objetiva del resultado del mismo.

Ahora bien, la labor del psicólogo se centra en el análisis, evaluación y tratamiento de conductas específicas y sus determinantes, y no en constructos internos o en hipótesis no objetivables; así mismo, su interés radica en detectar exactamente la queja expresada por el cliente y enseñarle nuevas habilidades para que controle su vida de manera más eficaz (Labrador, Larroy y Puente, 2008).

Debido a ello, el objetivo de la intervención bajo dicho modelo es instalar conducta(s) que el sujeto no tiene o sustituir la(s) que tiene por otra(s) más adecuada(s), en donde se trata de producir un cambio conductual observable y medible, directa o indirectamente, en cualquiera de las tres modalidades de respuesta: motoras, fisiológicas y cognitivas. A su vez, dichos procedimientos de intervención deben evaluarse de forma experimental y comprobar su eficacia, ya que es de gran importancia establecer tanto la eficacia de las técnicas o programas de intervención, como de cada uno de sus componentes (Kendall y Norton, 1988).

Finalmente, resulta importante considerar que este modelo es uno de los principales pilares en la formación del modelo de Terapia Cognitivo – Conductual; sin embargo debido a que el presente proyecto fue realizado bajo los fundamentos teóricos de dicho modelo (Cognitivo–Conductual), en este apartado solo se realizará una breve descripción del mismo, ya que en el siguiente capítulo se abarcará de manera más amplia y específica.

Cognitivo-Conductual

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

El objetivo general de la terapia cognitivo conductual es aumentar la conciencia y el conocimiento de sí mismo, facilitar una mejor comprensión de uno mismo, y mejorar el autocontrol, a través del desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales más apropiadas; dicha terapia ayuda a identificar los pensamientos y las creencias disfuncionales, que suelen ser predominantemente negativos.

De esta manera, la TCC según Kendall (1991, en Stallard, 2007), se basa en el supuesto de que las emociones y las conductas (lo que sentimos y lo que hacemos) constituyen en su mayor parte un producto de las cogniciones (de lo

que pensamos) y en consecuencia, las intervenciones cognitivo conductuales pueden generar cambios en la forma de pensar, sentir y actuar.

La TCC incluye, tanto los elementos esenciales de las teorías cognitivas como de las teorías conductuales: Kendall y Holon (1979, en Stallard, 2007) la definen como una terapia que pretende preservar la eficacia de las técnicas conductuales y que incluye las interpretaciones cognitivas que realiza la persona además de sus atribuciones acerca de los acontecimientos.

Por tanto, la TTC se concentra en la relación existente entre las cogniciones (lo que pensamos), los afectos (lo que sentimos) y las conductas (lo que hacemos). Asimismo está orientada hacia el presente, aunque se hace una historia clínica en donde se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas (Sánchez, 2008).

A su vez, la eficacia de la intervención cognitivo conductual ha sido muy comprobada, gracias a que ha demostrado tener efectos positivos en una gran variedad de trastornos o problemas (Rozado, 2007, en Sánchez, 2008).

Finalmente, este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, se enfoca en el aprendizaje, la modificación de la conducta, las tareas para casa y el entrenamiento de habilidades, la cual está centrada en los síntomas y en la resolución de éstos, el objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas; por lo cual en primer lugar es importante realizar una evaluación, en donde la cuestión principal es qué tan adecuado es el instrumento de evaluación para tomar muestras de conductas y situaciones en las cuáles esté interesado el psicólogo (Rivera, Fayne y Lucio, 1987).

En resumen la Psicología Clínica dio comienzo como una ciencia interesada en el estudio de la conducta anormal o desviada, abarcando una amplia variedad de fenómenos; aparece formalmente en 1896 en la Penn University, en donde

Lightner Witmer, es el primero en utilizar el término "*Psicología Clínica*", definida como un área aplicada de la Psicología, cuyo objetivo fundamental es reducir el malestar que una persona experimenta, ayudándola a funcionar de una manera más satisfactoria y adecuada tanto para sí misma como para las personas que constituyen su marco de referencia social.

Los psicólogos clínicos realizan una serie de actividades como la investigación, la enseñanza, la evaluación, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento, las cuales realizan en una variedad de circunstancias y en el ámbito de diversas instituciones en las que interactúa con otros profesionales. Debido a ello, los psicólogos clínicos están especializados en algunas formas de psicoterapia, como la conductual, cognitivo-conductual y terapias centradas en el cliente; aunque algunos psicólogos clínicos no se han formado en estos métodos sino en otras formas de terapia o, incluso, pueden no practicar ninguna.

Ahora bien, dentro de la Psicología Clínica, existen diversos modelos teóricos desde los cuales el psicólogo clínico puede intervenir; algunos de ellos son: el psicoanálisis, el humanismo, el conductismo y el modelo de terapia cognitivo- conductual; sin embargo, debido a que el presente proyecto tal como se mencionó anteriormente fue realizado bajo los fundamentos teóricos del modelo Cognitivo–Conductual, a continuación se abarcará de manera más amplia y específica dicho modelo de terapia.

CAPÍTULO 2. GENERALIDADES DEL MODELO DE TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

2.1 Definición

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es la aplicación clínica de la ciencia de la Psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Dicho nombre se utiliza para describir las intervenciones que tienen por objeto reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos (Stallard, 2007).

De igual manera, la TCC es considerada como una forma estructurada de psicoterapia, la cual es el resultado de la unión entre las estrategias de modificación de conducta basadas en la ciencia conductual (o análisis conductual), y la terapia cognitiva, vinculada a su vez con otros modelos cognitivos (Zayfert y Black, 2008).

Como lo mencionan Lega, Caballo y Ellis (1997), la Terapia Cognitivo-Conductual incorpora tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando los patrones de pensamiento del individuo); sin embargo, ambas intervenciones se basan en el supuesto de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas, en donde el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, las cuales sean mayormente adaptativas.

Es así que, la Terapia Cognitivo-Conductual busca modificar o alterar patrones de pensamiento y conductuales, los cuales se cree contribuyen a los problemas del paciente (Phares y Trull, 2003).

De acuerdo con Farré y Fullana (2005), la TCC es una forma de tratamiento psicológico que parte del supuesto de que los trastornos mentales se caracterizan o son debidos a pensamientos o conductas disfuncionales que pueden ser modificados; debido a ello las técnicas empleadas en este tipo de terapia van dirigidas a la modificación de dichos pensamientos y conductas. Dentro de la TCC uno de los elementos más importantes, es su compromiso con el método científico, lo cual implica operacionalizar sus conceptos teóricos, sus métodos terapéuticos y así, evaluarlos empíricamente.

Por otro lado, la TCC se encuentra basada sobre todo en sus inicios, en la Psicología del aprendizaje; sin embargo, actualmente gran parte de sus intervenciones están fundamentadas en la psicología científica, en donde 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 (aunque sea indirectamente), en la que se incluyen tanto los aspectos manifiestos como los encubiertos (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

La TCC puede ser considerada como un proceso secuencial de aprendizaje de ciertas habilidades, en el cual, el terapeuta ayuda al paciente a identificar y modificar aquellas cogniciones y conductas mayormente relacionadas con las dificultades actuales; este proceso suele seguir comúnmente tres pasos: evaluación, educación sobre el trastorno y aplicación de técnicas específicas (Farré y Fullana, 2005).

Debido a ello, el objetivo general de la Terapia Cognitivo Conductual, de acuerdo con Stallard (2007), es aumentar la conciencia y el conocimiento de sí

mismo, facilitar una mejor comprensión de uno mismo, y mejorar el autocontrol con base en el desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales más apropiadas; dicha terapia ayuda a identificar los pensamientos y las creencias disfuncionales, que suelen ser predominantemente negativos.

Así, la TCC intenta ser una forma de tratamiento estructurada, en donde su principal objetivo en cuanto a su aplicación a los trastornos mentales, es reducir los síntomas o el malestar provocado por ellos; por lo cual, suele centrarse en el estado actual y en los factores que se consideran relacionados con el mantenimiento del trastorno en el presente (Farré y Fullana, 2005).

De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), el objetivo de la intervención desde dicha terapia, es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen; es así que, la intervención también puede dirigirse a modificar los procesos cognitivos que están en la base del comportamiento.

Sin embargo, sin dejar de ser conductual, la TCC considera a la conducta como el modo, el camino o el método de acceso e intervención en los procesos y estructuras cognitivas, en otro nivel distinto al de la conducta (Balbuena, 2005).

2.2 Principios básicos

Algunos de los elementos más importantes en el surgimiento y expansión de la Terapia Cognitivo-Conductual, de acuerdo con Meichenbaum (1988), han sido la filosofía griega, el conductismo, Bandura con su teoría del aprendizaje social, los estudios de la psicología experimental y social sobre atención, memoria y percepción, los cuales mostraron cómo esos procesos psicológicos mediaban la conducta humana y finalmente el desarrollo de la Psicología Clínica, con la ampliación de su campo de intervención, debido al surgimiento de nuevos problemas y la necesidad de varios autores como Ellis y Beck de desechar

modelos inadecuados de la conducta anormal, pero sin renunciar a los procesos mediacionales, como el conductismo tradicional.

De igual manera, se pueden considerar algunos hechos que facilitaron la aparición y rápido establecimiento de las Terapias Cognitivo-Conductuales; uno de ellos es la complejidad de los problemas de los pacientes y por lo tanto, la aparición de nuevos trastornos clínicos como consecuencia de una sociedad cada vez más compleja.

Otro hecho fue la dificultad de eliminar de las intervenciones clínicas aspectos como valores, creencias, verbalizaciones, cogniciones, pensamientos, sentimientos, entre otros; ya que la realidad, en las intervenciones los mostraba como elementos causales de la conducta manifiesta. Es por ello, que se abre la posibilidad de estudiar junto a la conducta manifiesta la conducta encubierta (Meichenbaum, 1988).

Por otro lado, Dobson y Block (1988, en Lega, Caballo y Ellis, 1997) plantean una serie de factores que influyeron para hacer posible el desarrollo de la Terapia Cognitivo-Conductual:

- 1) Insatisfacción con los enfoques no mediacionales, a finales de los años sesenta, para la explicación de toda la conducta humana.
- 2) Rechazo del modelo psicodinámico de la personalidad y la terapia; dos ejemplos claros son tanto Albert Ellis, como Aaron Beck, que provenían de una tradición psicoanalítica, la cual decidieron abandonar debido a su insatisfacción con ella.
- 3) Determinados problemas eran difícilmente abordables por procedimientos no cognitivos; de esta manera, el desarrollo de técnicas cognitivo-conductuales ayudó a llenar ese vacío.

- 4) La importancia de la investigación de la Psicología Cognitiva, especialmente los modelos del procesamiento de la información para la cognición; de la misma manera una serie de investigadores realizó trabajos básicos sobre la mediación cognitiva de constructos.
- 5) La publicación de estudios sobre la eficacia demostrada de los procedimientos cognitivo- conductuales.

En ese sentido, los teóricos cognitivos en general planteaban que el aprendizaje implicaba fundamentalmente la estructuración del campo cognitivo y la percepción de relaciones entre acontecimientos ambientales (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

De esta manera, son dos líneas específicas de teorización e investigación las que han contribuido al surgimiento del enfoque de la TCC: 1) los esfuerzos de los teóricos cognitivos, tales como Albert Ellis y Aaron Beck y 2) los desafíos sobre la adecuación de los procedimientos de la terapia de conducta basada en la teoría del aprendizaje.

Ahora bien, Westbrook, Kennerley y Kirk (2007) proponen los siguientes principios básicos en la formación de la TCC, los cuales son: el principio cognitivo, el principio conductual, el principio del continuum, el principio del aquí y el ahora y el principio del sistema interactivo; sin embargo, no adjudican dichos principios únicamente a la TCC ya que muchos de ellos pueden ser compartidos por otros enfoques.

- Principio cognitivo:

La idea central de cualquier terapia cognitiva es que las emociones y los comportamientos están fuertemente influenciados por las cogniciones (los

pensamientos, creencias e interpretaciones acerca de ellos mismos o de las situaciones en las que se encuentran, es fundamentalmente el significado que le dan a los eventos que ocurren en sus vidas).

Debido a ello, es la interpretación de los eventos, no los eventos por sí mismos lo que genera las dificultades; por lo cual, los eventos no producen las mismas reacciones en todas las personas.

- Principio conductual:

La TCC refiere básicamente que el comportamiento puede tener un fuerte impacto en el pensamiento y las emociones; por lo tanto, todo lo que hacemos tiene una gran influencia en los pensamientos y en las emociones.

Es así que, nuestro comportamiento es crucial en el mantenimiento o cambio de estados psicológicos.

- Principio del continuum:

En contraste con algunos otros enfoques, en la TCC se considera que por lo general es más útil ver los problemas de salud mental como el resultado de exageraciones o versiones extremas de procesos normales; en ese sentido, los problemas psicológicos se conciben dentro de un continuum, en donde una conducta anormal puede ser considerada normal dependiendo de la situación o contexto que la rodea.

Además, parte de la idea de que los problemas psicológicos le pueden ocurrir a cualquiera.

- Principio del aquí y ahora:

Dentro de la TCC, este principio se basa en lo que está sucediendo en el presente, ya que esos elementos son los que están manteniendo la conducta problema, más que los eventos que podrían haber llevado a su desarrollo en el pasado.

- Principio interactivo:

Dicho principio parte del supuesto de que los problemas deben ser considerados como las interacciones de la persona entre los diferentes ambientes y su entorno; a través de cuatro sistemas: cogniciones, emociones, conductas y biología.

Estos sistemas interactúan unos con otros en procesos de retroalimentación junto con el entorno, no sólo en el medio ambiente físico sino también en el social, familiar, cultural y económico.

Finalmente, es de gran importancia resaltar que cada uno de los principios antes mencionados, son básicos en la formación de la TCC; sin embargo, como se mencionó anteriormente no son exclusivos de dicho modelo de terapia, ya que pueden ser compartidos por otros enfoques.

2.3 Modelos teóricos

De acuerdo con Becoña y Oblitas (2008), los antecedentes de las Terapias Cognitivo- Conductuales se pueden resumir principalmente en el descontento con el Psicoanálisis, la limitación del modelo conductual, 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, los pensamientos y sentimientos se consideran al mismo nivel.

Debido a ello, las influencias o modelos teóricos fundamentales en el surgimiento y expansión de la Terapia Cognitivo-Conductual son: Condicionamiento Clásico, Condicionamiento Operante, la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura) y los Modelos Cognitivos.

2.3.1 Condicionamiento Clásico

Una de las primeras influencias en la TCC, como se mencionó anteriormente, es la del Condicionamiento Clásico, descubierto por azar a finales del siglo XIX, en donde Pavlov, siendo una figura clave en el desarrollo de las teorías del aprendizaje, contribuyó a clarificar que en sucesivos apareamientos, las respuestas producidas de manera natural podían ser asociadas (condicionadas) a unos estímulos específicos, en donde sus investigaciones demostraron que las respuestas emocionales podían ser condicionadas en virtud de acontecimientos y situaciones específicos (Stallard, 2007).

A su vez, de acuerdo con Kriz (2001), Pavlov adoptó una perspectiva de investigación en donde se limitaba a la fisiología pura y dejaba de lado todos los aspectos “psicológicos”, en donde al estudiar los reflejos, su principal interés radicaba en poder comprender la actividad cerebral y por tanto, la conducta; siendo así, tras el descubrimiento del reflejo condicionado, Pavlov construyó una vasta teoría del condicionamiento, pero en definitiva él se orientó siempre hacia las conexiones cerebrales, sin embargo, el impacto de su obra en la Psicología y en el estudio de la conducta sigue siendo esencial.

Por otro lado, Ivan M. Sechenov, quien propuso encontrar las causas fisiológicas de fenómenos psíquicos, realizó trabajos sobre los reflejos, en donde señalaba que toda actividad psíquica estaba determinada por los mecanismos reflejos y la estimulación ambiental; además, consideraba que la Psicología era una ciencia imprecisa y subjetiva, donde era obligado el uso de una metodología

experimental, por lo cual, decidió tomar la metodología de la fisiología, eligiendo los reflejos como objeto básico de estudio (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Wolpe (1985, en Stallard, 2007), aplicó el Condicionamiento Clásico a la conducta humana y los problemas clínicos, desarrollando el procedimiento conocido como desensibilización sistemática, en donde planteaba que mediante el apareamiento de estímulos que inducen miedo con un segundo estímulo que genera una respuesta antagónica, es posible inhibir recíprocamente la respuesta del miedo; en la actualidad dicho procedimiento se utiliza ampliamente en la práctica clínica, principalmente en los trastornos de ansiedad.

2.3.2 Condicionamiento Operante

Otra influencia en el surgimiento de la Terapia Cognitivo- Conductual, es la que constituye la obra de Skinner (1974, en Stallard, 2007) con el Condicionamiento Operante, quién recalcó el importante papel de las influencias ambientales sobre la conducta; el cual se centra en la relación existente entre los antecedentes (las condiciones del contexto), las consecuencias (el refuerzo) y la conducta, por lo tanto si una determinada conducta aumenta su frecuencia por el hecho de venir seguida de unas consecuencias positivas, o de no venir seguida de unas consecuencias negativas, se dice que dicha conducta ha sido o ha quedado reforzada.

A su vez, Skinner estaba comprometido con el conductismo, rechazaba la Psicología tradicional así como sus conceptos, los cuales tachaba de mentalistas; colocando a la conducta en el lugar central de estudio (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

De acuerdo con Sánchez (2008), gracias a sus investigaciones con animales, se demostró que la conducta del individuo, aun considerando los comportamientos más complejos como el lenguaje o la resolución de problemas,

podían estudiarse científicamente partiendo de su relación con las consecuencias de éstas, recalcando así un gran principio en la comprensión del ser humano: “la conducta está en función de sus consecuencias”.

Por otro lado, Skinner argumentaba que las consecuencias positivas (estímulos) que siguen a la conducta (respuesta) incrementarían la probabilidad de que la conducta se exhibiera de nuevo en el futuro (reforzamiento positivo), de la misma forma que la eliminación de estímulos negativos que siguen a la conducta (reforzamiento negativo); de igual forma, las consecuencias negativas de una conducta tendrían el efecto de reducir la probabilidad de que la conducta se emita en el futuro (castigo).

Dichos principios operantes, de acuerdo con Compas y Gotlib (2003), se basan en la ley del efecto de Thorndike; la cual afirma que los organismos repetirán las conductas por las cuales han sido recompensados y por lo tanto, no repetirán las conductas que han sido ignoradas o por las que han recibido algún castigo.

Es así que, las aportaciones conceptuales de Skinner lo llevaron al desarrollo de una metodología de estudio de la conducta, conocido como el análisis experimental de la conducta, el cual estaba centrado en el estudio de las relaciones entre el comportamiento y los estímulos ambientales; a su vez, el objetivo del mismo, era desarrollar una ciencia conductual que fuera capaz de explicar, predecir y modificar el comportamiento atendiendo sólo a las relaciones funcionales (Sánchez, 2008).

De esta manera, la influencia de los planteamientos skinnerianos sobre el aprendizaje y su conceptualización de las relaciones estímulo-respuesta-consecuencia a través del análisis experimental de la conducta ha sido enorme; ya que posteriormente posibilitó el abordaje de un amplio grupo de problemas relevantes socialmente (problemas en el aula, problemas de conducta, desarrollo

del lenguaje, etc), dando como resultado el origen de la orientación denominada análisis conductual aplicado.

2.3.3 Teoría del Aprendizaje Social

Una importante ampliación de la terapia conductual con objeto de explicar el papel mediador de los procesos cognitivos fue desarrollada por Albert Bandura (1977, en Stallard, 2007) y su teoría del aprendizaje social, en donde se le da una gran importancia al entorno, ya que subraya el efecto mediador de las cogniciones que intervienen entre los estímulos y la respuesta; dicha teoría enfatiza que el aprendizaje puede tener lugar a través de la observación de alguna otra persona, ya que propone un modelo de autocontrol basado en la autoobservación, autoevaluación y el autorrefuerzo

De igual manera, Albert Bandura, condujo una serie de estudios del aprendizaje por observación o modelamiento, en donde demostró que una conducta se podía aprender observando a otra persona modelarla, incluso si el observador no recibía reforzamiento directo; dicho fenómeno se conoce hoy como aprendizaje vicario. Es así que, la teoría del aprendizaje social se centra principalmente en los procesos asociativos mediante los cuales los organismos, incluyendo a los seres humanos, aprenden acerca del mundo que los rodea y su relación con ese mundo (Compas y Gotlib, 2003).

Como lo mencionan Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), la aportación fundamental de Bandura radica en la posibilidad del aprendizaje a través de la observación (imitación); en donde los eventos estimulares que se presentan como modelo, se retienen y se transforman en representaciones simbólicas que, ante determinadas señales ambientales, se reproducen conductualmente, sirviendo así como guía del comportamiento.

Otra contribución importante de Bandura, ha sido el concepto de autoeficacia y su relación con el tratamiento, pues es considerado como un proceso de gran importancia para el cambio terapéutico; dicho proceso se define como las creencias en las capacidades que uno mismo tiene para realizar la conducta requerida y producir así un resultado. De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), la percepción de la autoeficacia va a determinar la elección de actividades, el esfuerzo realizado y la persistencia en la ejecución.

Por otro lado, como se mencionó anteriormente, el trabajo de Bandura sobre el aprendizaje por observación representó un paso de gran importancia en la integración de los procesos cognitivos y simbólicos en la terapia conductual, en donde se realizaron los primeros esfuerzos para incorporar factores cognitivos en los tratamientos conductuales ya existentes; es así que, la teoría y los estudios de aprendizaje por observación ofrecieron la base para integraciones posteriores de los aspectos cognitivos y conductuales de la terapia, por lo cual se desarrolló mayormente el papel de la cognición como mediadora del cambio en la terapia conductual (Phares y Trull, 2003).

En ese sentido, el trabajo de Bandura y otros teóricos sobre el aprendizaje social, destacaron la idea del aprendizaje como un proceso activo y no pasivo; es decir, se planteaba que diversas características personales y procesos cognoscitivos influían en el comportamiento, en algunas ocasiones independientemente de los estímulos, de las situaciones o los reforzadores.

Finalmente, el trabajo de Bandura ha sido importante en las aplicaciones del aprendizaje observacional, en el planteamiento del aprendizaje social y como impulsor de los aspectos cognitivos.

2.3.4 Modelos cognitivos

Un rasgo común en todos los modelos cognitivos es la consideración de la cognición como el elemento determinante de la conducta; de esta forma las terapias cognitivas diseñan tratamientos que siempre se encuentran basados en una formulación cognitiva del problema del paciente y en una conceptualización cognitiva del paciente; en donde se considera que el aprendizaje es mucho más complejo que la formación de asociaciones E-R (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Así mismo, los modelos cognitivos de reestructuración cognitiva están centrados en la identificación y cambio de las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoverbalizaciones negativas) que están determinando o manteniendo el problema; dichos modelos están centrados en el significado, analizan la racionalidad de los pensamientos o creencias y enseñan al paciente a pensar de manera correcta, eliminando los errores o distorsiones que pueden estar produciéndose en el procesamiento de la información.

Entre los modelos cognitivos de reestructuración cognitiva más influyentes se encuentran: la Terapia Racional Emotiva de Ellis y la Terapia Cognitiva de Beck, quienes perfeccionaban su modelo de terapias para trastornos emocionales, las cuales no solo incluían un fuerte componente cognitivo sino que resaltaban las cogniciones disfuncionales, o patrones problemáticos de pensamiento, como causa directa del malestar psicológico y como un punto crucial para producir el cambio terapéutico (Compas y Gotlib, 2003).

2.3.4.1 *Terapia Racional Emotiva de Ellis*

Albert Ellis, es el creador de la Terapia Racional Emotiva, quién formuló lo que se conoce como la teoría A-B-C de la conducta disfuncional; él argumentaba que los acontecimientos estresantes, conocidos como eventos activadores (A), no

causaban psicopatología o consecuencias emocionales (C) como la depresión y la ansiedad.

Ellis plantea que las creencias irracionales (B), o interpretaciones poco realistas de las personas acerca de los acontecimientos en sus vidas, es lo que lleva a las personas a deprimirse o ser ansiosas; ya que cuando una persona experimenta un acontecimiento negativo o desagradable además de tener creencias lógicas y racionales acerca de ese hecho, también se involucra automáticamente en una serie de creencias irracionales o disfuncionales acerca del suceso (Compas y Gotlib, 2003).

Por lo tanto, de acuerdo con Heman (2008), la meta principal de la TRE consiste en ayudar a los seres humanos a pensar en forma racional (científica, clara y flexible), a tener emociones apropiadas y así poder actuar de una manera funcional y adaptativa.

Debido a ello, Ellis planteaba enseñar a los pacientes a cuestionar sus creencias irracionales o ilógicas, con la finalidad de que aprendieran a argumentar contra sus creencias irracionales y así sustituirlas con creencias más racionales y adaptadas (Compas y Gotlib, 2003).

Por otro lado, la TRE sugiere que los seres humanos tienen dos tendencias biológicas importantes: 1) pensar irracionalmente y 2) la capacidad de elegir cambiar sus creencias irracionales si así lo desean; además de que no todas las emociones negativas son disfuncionales, ni todas las emociones positivas adaptativas o saludables.

El objetivo primordial de la TRE, de acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), es eliminar o reducir creencias irracionales, generar nuevas creencias racionales y promover una filosofía de vida saludable; por lo que resulta de gran

importancia que el terapeuta Racional Emotivo Conductual sea activo, didáctico, flexible, empático y tenga sentido del humor.

2.3.4.2 *Terapia Cognitiva de Beck*

La Terapia Cognitiva de Beck es un tratamiento estructurado y pautado que incluye diversas técnicas propias de la Terapia de Conducta; siendo un procedimiento de intervención estructurado, de tiempo limitado, el cual utiliza como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

De acuerdo con Phares y Trull (2003), la terapia cognitiva se enfoca en la conexión entre los patrones o estilo de pensamiento, las emociones y el comportamiento; en donde el terapeuta es un colaborador activo que brinda apoyo, y los pacientes son ayudados a abordar y cambiar las formas desadaptativas de pensamiento que conducen a la depresión y otros efectos negativos que los mantienen.

Debido a ello, en la terapia cognitiva de Beck, la estrategia fundamental consiste en la detección y posterior modificación de los pensamientos automáticos negativos y de las distorsiones cognitivas asociadas; para ello es necesario instruir al paciente en la observación del vínculo entre pensamientos y emociones y en la clarificación de los propios pensamientos referentes a la emoción (Farré y Fullana, 2005).

La finalidad de la Terapia Cognitiva es ayudar a las personas a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales; la cual se centra en la organización cognitiva de los pacientes, sin olvidar los problemas externos relacionados con su malestar.

Por otro lado, como lo mencionan Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), Beck sostiene que los individuos ante una situación estimular no responden

automáticamente, ya que antes de emitir una respuesta ya sea emocional o conductual, ellos perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan un significado al estímulo.

Así mismo, Beck propuso un modelo de organización cognitiva en donde los esquemas, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos, juegan un papel muy importante.

Finalmente, el modelo cognitivo de la depresión fue el primero desarrollado por Beck; en el cual, señala la importancia de la tríada cognitiva en los problemas depresivos, en donde las personas deprimidas tienen una visión negativa de sí mismos, de su mundo y de su futuro (Compas y Gotlib, 2003).

2.4 Características generales de la TCC

La TCC se basa en el supuesto de que las emociones y las conductas (lo que sentimos y lo que hacemos) constituyen en su mayor parte un producto de las cogniciones (de lo que pensamos) y en consecuencia, las intervenciones cognitivo conductuales pueden generar cambios en la forma de pensar, sentir y actuar (Kendall, 1991, en Stallard, 2007).

Por otro lado, la TCC incluye, tanto los elementos esenciales de las teorías cognitivas como de las teorías conductuales: Kendall y Holon (1979, en Stallard, 2007), la definen como una terapia que pretende preservar la eficacia de las técnicas conductuales y que incluye las interpretaciones cognitivas que realiza la persona además de sus atribuciones acerca de los acontecimientos.

La TCC se interesa por comprender la forma de interpretar los hechos y las experiencias, y por identificar y modificar las distorsiones o los déficits que se producen durante el transcurso del procesamiento cognitivo.

En resumen, como lo menciona Stallard (2007), la TCC se concentra en la relación existente entre las cogniciones (lo que pensamos), los afectos (lo que sentimos) y las conductas (lo que hacemos).

Este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, se enfoca en el aprendizaje, la modificación de la conducta, las tareas para casa y el entrenamiento de habilidades, la cual está centrada en los síntomas y en la resolución de éstos, el objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas; por lo cual en primer lugar es importante realizar una evaluación, en donde la cuestión principal es qué tan adecuado es el instrumento de evaluación para tomar muestras de conductas y situaciones en las cuáles esté interesado el psicólogo (Rivera, Fayne y Lucio, 1987).

De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), la TCC presta especial atención en la evaluación de la eficacia de las intervenciones, aspecto que procede del enfoque empírico referente a la evaluación y tratamiento; dicha eficacia se logra valorando los cambios producidos en la conducta tratada, considerando cambios a corto y largo plazo, así como su generalización al ambiente habitual de la persona. Debido a ello, la TCC posee un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso de intervención, poniendo énfasis en la validación empírica de los tratamientos.

Dicha terapia, según Stallard (2007), se ayuda de mediciones psicométricas y pone énfasis en la cuantificación, la identificación de indicadores objetivos de progreso y la medición de éstos, además la relación terapeuta –paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico, paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común; los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas.

Otra de las características diferenciales de la TCC respecto a otras formas de terapia, son las tareas para casa, que consisten en que el terapeuta acuerde

con el paciente la realización de ciertas actividades entre sesiones (Farré y Fullana, 2005).

De igual manera, en dicho modelo de terapia, la conducta se conceptualiza básicamente como aprendida, siendo el resultado de los diversos factores que han operado en la historia del individuo, sin dejar de lado la influencia de factores biológicos o sociales; es así que, la TCC pone énfasis en los determinantes actuales del comportamiento, sin embargo, toma en cuenta los factores históricos, los cuales explican el por qué de la situación actual (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

En ese sentido, la TCC está orientada hacia el presente, aunque se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas (Sánchez, 2008).

Además, se considera característica fundamental la utilización de la metodología experimental, o de un enfoque empírico, el cual se aplica a lo largo de todo el proceso, tanto en la evaluación y explicación de la conducta del sujeto, así como en el diseño de la intervención y en la valoración de sus resultados (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

De acuerdo con Farré y Fullana (2005), la TCC es una forma de tratamiento breve, aunque dependiendo del trastorno o problema, el tiempo suele variar; es decir, en los trastornos de poca intensidad, es probable que en unas cuantas sesiones en las cuales se ofrezca educación sobre el trastorno y pautas conductuales (generales y/o específicas) sean suficientes para conseguir mejorías clínicamente significativas.

Por otro lado, Lega, Caballo y Ellis (1997), refieren que dichas terapias comparten las siguientes suposiciones:

- Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales y no a los acontecimientos mismos.

- El aprendizaje se encuentra mediado cognitivamente; la cognición media la disfunción emocional y conductual (la cognición afecta a las emociones y a la conducta y viceversa).
- Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse; debido a ello, la modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta y tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales son deseables para el cambio.

Del mismo modo, algunas de las características principales de la Terapia Cognitivo-Conductual de acuerdo con Ingram y Scott (1990, en Lega, Caballo y Ellis, 1997) son:

- Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales.
- Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognitivas.
- Son empleadas estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones.
- Hay un notable énfasis en la verificación empírica.
- La terapia es de duración breve y de colaboración entre terapeuta y paciente.
- Los terapeutas cognitivo-conductuales son directivos; argumentan que el cambio de los síntomas se da, una vez producido el cambio cognitivo; este último se origina a través de una serie de posibles intervenciones, incluyendo la práctica de nuevas conductas, el análisis de patrones

erróneos de pensamiento y la enseñanza de un diálogo con uno mismo más adaptativo.

A su vez, Kendall y Norton (1988), refieren que los procedimientos de intervención bajo una postura cognitiva-conductual están basados en los siguientes principios:

- El organismo humano responde a las representaciones cognitivas del medio, no al medio propiamente dicho.
- Esas representaciones cognitivas están relacionadas con el proceso de aprendizaje.
- La mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognitivamente.
- Los pensamientos, sentimientos y las conductas son causalmente interactivos.

Ahora bien, desde la TCC los trastornos o problemas emocionales, son resultado de respuestas aprendidas y pueden cambiarse con un nuevo aprendizaje; por lo tanto Zayfert y Black (2008), enlistan las siguientes características definitorias:

- Confianza en poner a prueba la hipótesis, establecer objetivos y recopilar datos.
- La formación de una alianza cooperativa.
- El énfasis en el aprendizaje de nuevas respuestas a las situaciones de vida.
- El enfoque en objetivos concretos y observables.
- El enfoque en cambiar reacciones actuales y futuras.

De esta manera, la TCC tiende a estar más estructurada que muchas otras formas de terapia, debido al énfasis que se da al aprendizaje de nuevas conductas; lo cual, generalmente es logrado mediante el establecimiento de metas y la práctica de actividades específicas (Zayfert y Black, 2008).

2.5 Modelo de Evaluación Conductual

La evaluación conductual es un proceso progresivo que ocurre antes, durante y después del tratamiento; dicha evaluación es de gran importancia, debido a que proporciona información para la selección inicial de estrategias de tratamiento, ofreciendo un medio de retroalimentación para la eficacia de las estrategias de tratamiento empleadas en el proceso de tratamiento, a su vez, permite la valoración de la efectividad global del tratamiento una vez concluido y resalta factores situacionales que pueden conducir a una recurrencia del comportamiento o comportamientos problemáticos (Peterson y Sobell ,1994 en Phares y Trull, 2003).

De esta manera, como lo mencionan Kendall y Norton (1988), la evaluación conductual ha surgido como modelo para los psicólogos clínicos, el cual, ayuda a formular y evaluar planes específicos de intervención para los pacientes; así mismo, es un método que está orientado específicamente hacia la situación, en donde las variaciones específicas que ocurren en las condiciones ambientales son examinadas cuidadosamente, ello con el propósito de determinar su influencia en el funcionamiento del paciente.

La evaluación conductual proporciona a la TCC una metodología de evaluación coherente a través de supuestos básicos (las teorías del aprendizaje, los modelos cognitivos), aportando indicaciones metódicas sobre los aspectos de interés de la evaluación; así mismo, asigna un seguimiento al proceso de intervención, permitiendo su monitorización continua y facilitando su sistematización (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

De acuerdo con Fernández (1994), la evaluación conductual es considerada como una respuesta a las necesidades evaluativas de la terapia y modificación de conducta; de esta manera, la evaluación se convierte en una necesidad y en un requisito a seguir, antes de proceder al tratamiento, así como una vía de justificación de la efectividad del mismo.

Ahora bien, dentro de la evaluación conductual, se trata de identificar los comportamientos específicos del paciente, o los sistemas ambientales, que requieran algún cambio; esta evaluación es llevada a cabo con el fin de establecer una estrategia precisa y eficaz para así, ayudar al paciente a modificar su ambiente de manera que le permita comportarse de manera más eficiente. Esta evaluación puede llevarse a cabo a través de una serie de métodos como la entrevista y la observación directa (Kendall y Norton, 1988).

Es así que, tal como lo mencionan Compas y Gotlib (2003), dentro de la evaluación conductual, existe una amplia gama de métodos y medidas para su uso, tales como la entrevista, la observación y los autorreportes; estos métodos y medidas se emplean en la práctica en un amplio rango de edades y se usan para examinar diferentes áreas. A su vez, la información de la evaluación se obtiene de diferentes fuentes, las cuales incluyen las observaciones realizadas por los psicólogos clínicos u otros observadores y los reportes de los pacientes; obteniendo información acerca de la conducta en diferentes escenarios (el hogar, la escuela, el trabajo, la comunidad, etc).

Además de ello, la evaluación conductual, lleva consigo un entramado teórico-práctico para la formulación clínica de los casos, a través del proceso de análisis funcional, permitiendo así la integración individualizada de los diversos juicios clínicos sobre los problemas y objetivos de un paciente, las variables causales que parecen ejercer influencia sobre los problemas, así como otras variables moduladoras que pueden afectar al objetivo, a las estrategias y a los

resultados del tratamiento (Godoy y Haynes, 2011 en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Según Compas y Gotlib (2003), la evaluación conductual presenta cuatro metas importantes:

- 1) Identificación y operacionalización de las conductas problema y de las variables contextuales que controlan o mantienen la conducta.
- 2) Evaluación de la relación entre las conductas problema y las variables controladoras, conocido como análisis funcional de la conducta.
- 3) Diseño de un tratamiento apropiado basado en los resultados de la evaluación conductual.
- 4) Evaluación de la eficacia del tratamiento.

Por otro lado, de acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2002), el desarrollo de la evaluación conductual se basa en principios científicos, ajustándose a un proceso inductivo-hipotético-deductivo en el que se distinguen una serie de fases, las cuales a su vez, se caracterizan por objetivos y tareas propios; éstas son:

- Definición y delimitación del problema a través de la identificación de las características potencialmente relevantes del paciente, su conducta y el contexto en que ésta ocurre.
- Formulación funcional del caso, elaborando hipótesis contrastables y deducción de predicciones verificables a partir de dichas hipótesis; en donde se trata de organizar la información recogida durante la fase anterior de manera funcional, tratando de identificar las relaciones causales relevantes que deben ser cambiadas.

- Selección de conductas clave y variables relevantes y establecimiento de metas terapéuticas.
- Propuesta de intervención basada en la fase anterior.
- Aplicación del tratamiento.
- Evaluación del cambio.

A continuación, se describen brevemente cada una de las fases antes mencionadas, según diversos autores, con la finalidad de mostrarlas de manera más específica.

I. Definición y delimitación del problema objeto de intervención

Durante esta fase, el terapeuta deberá formular en términos precisos los problemas del paciente y establecer cuáles serán objeto de intervención.

En esta fase hay dos metas principales: 1) recoger los datos necesarios para el conocimiento y análisis de los problemas del paciente y 2) establecer una relación terapéutica adecuada, con la finalidad de que el paciente se sienta motivado para acudir a las sesiones y por lo tanto colabore activamente durante el proceso.

Por otro lado, el terapeuta debe delimitar las conductas problemáticas que presenta el paciente, tomando en cuenta de acuerdo con Fernández (1994), ciertos parámetros que sean relevantes para el problema (ocurrencia, frecuencia, intensidad, duración, etc), así como las variables que probablemente las estén controlando; debido a ello, se lleva a cabo un análisis topográfico de las conductas problema y un análisis funcional de las relaciones entre éstas y las variables que influyen en su mantenimiento.

Dicho análisis consiste en reunir y ordenar la información, en donde aparezcan todos los comportamientos problemáticos que se pretendan modificar; esta descripción de las conductas problema se registra a través del triple sistema de respuesta (motor, cognitivo y fisiológico), y su ocurrencia se cuantifica a través de parámetros como frecuencia, intensidad y duración (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2002).

El procedimiento más empleado para la recolección de datos iniciales es la entrevista conductual.

II. Formulación del caso

Cuando la información más relevante del problema ya ha sido identificada y se ha descrito topográficamente, se realiza la conceptualización del problema en términos funcionales; de acuerdo con Compas y Gotlib (2003), el terapeuta identifica relaciones funcionales significativas, controlables y causales entre conductas objetivo y características situaciones.

Dicha fase tiene como objetivo identificar los estímulos antecedentes y consecuentes que controlan cada respuesta problema y la determinación de la relaciones entre dichas respuestas y las variables que las controlan.

Este análisis permite identificar las variables concretas sobre las que actuará la intervención; debido a ello, uno de los esquemas más ampliamente utilizados como guía del análisis funcional es el elaborado por Kanfer y Phillips (1970, en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), el cual abarca los cuatro elementos básicos: estímulos antecedentes (E), variables del organismo (O), respuestas (R) y consecuencias (C).

Por otro lado, la información recogida y organizada funcionalmente, permite plantear modelos explicativos acerca de los problemas del paciente; de esta

manera, un modelo debe dar cuenta de cómo ocurre la conducta problema, y de cómo operan las diversas variables para dicho problema.

De la misma manera, este modelo funcional permite la formulación de hipótesis concretas sobre el origen, mantenimiento y cambio de los problemas; en donde el principal objetivo en esta fase, es la formulación de hipótesis susceptibles de contrastación empírica y a su vez la comprobación de dichas hipótesis es lo que determinará los objetivos de la intervención.

Es así que, para fijar los objetivos de intervención, las hipótesis correspondientes al mantenimiento de los problemas resultan más relevantes, que las hipótesis relativas al origen del problema (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2002).

III. Establecimiento de objetivos terapéuticos

El papel de los objetivos es orientar la selección de las estrategias terapéuticas a emplear y las metas a conseguir; en donde la consecución de dichas metas va a constituir uno de los criterios para valorar la eficacia de la intervención.

IV. Elección de técnicas y procedimientos de intervención

En función de los objetivos terapéuticos se seleccionan las técnicas o estrategias terapéuticas que puedan ayudar mejor a conseguir los objetivos planteados; en donde el análisis funcional resulta ser la estrategia más útil para este fin, ya que solo la descripción del problema puede resultar de poca ayuda.

De esta manera, el análisis funcional señala cuáles son los elementos concretos que se deben modular, eliminar o implementar para conseguir las metas u objetivos de la intervención; sin embargo, de acuerdo con Godoy (1991), se han propuesto otras estrategias, además del análisis funcional, como la conducta clave, la cual consiste en seleccionar la primera conducta de una cadena

conductual y al propiciar su modificación se espera que se vayan modificando todas las demás conductas que componen la cadena.

Finalmente, es importante señalar que la elección de técnicas que van a formar el programa de intervención, serán también determinadas por el proceso de evaluación anteriormente mencionado, pero también por otros factores del problema (gravedad, el sistema de respuesta al que pertenece), las características del paciente (edad, capacidad física), las del contexto en el que se lleva a cabo la intervención (consulta privada, institución) y las características del terapeuta (experiencia profesional, etc).

V. Aplicación del programa de tratamiento

Cuando las estrategias terapéuticas ya se han seleccionado, éstas se aplicarán siguiendo el orden que previamente se haya establecido, aunque es importante que siempre se mantenga la flexibilidad necesaria para adecuar el ritmo de la intervención a las posibilidades del paciente, sin dejar de lado los imprevistos que puedan surgir.

Por otro lado, de acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2002), la evaluación de los avances terapéuticos es conveniente y recomendable realizarla sesión a sesión de forma paralela al tratamiento; ya que de esta forma se podrá comprobar si se van cumpliendo los objetivos programados; es importante mencionar que si los objetivos programados no se cumplieran, sería necesario volver a los pasos anteriores y ya sea, modificar la técnica empleada, o la secuencia de intervención, las metas terapéuticas o las hipótesis.

La intervención habrá finalizado cuando se hayan logrado los objetivos finales; en donde es indispensable diseñar y entrenar al paciente en ciertas habilidades y estrategias específicas que propicien la generalización y el mantenimiento de los cambios conseguidos.

VI. Evaluación de la intervención

De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2002), dicha evaluación, puede realizarse en distintos momentos: a lo largo del tratamiento, en el momento final del programa de intervención y durante el seguimiento.

Por un lado, la evaluación intra-tratamiento es un proceso continuo llevado a cabo durante todo el tratamiento, con la finalidad de comprobar si se van cumpliendo las metas programadas; esto permite ir contrastando las hipótesis y modificando si es preciso, los objetivos de la intervención.

La evaluación post-tratamiento permite constatar si los objetivos finales establecidos se han logrado; el criterio para determinar el éxito de una intervención es diferente si se toma un criterio clínico, es decir, basado en el funcionamiento adecuado del paciente, o experimental medido a través de criterios estadísticos, sin embargo, ambos criterios tienen relevancia y en algunas ocasiones dependiendo de la intervención, se aconseja que se utilicen de manera conjunta.

Finalmente, la evaluación durante el periodo de seguimiento tiene como objetivo comprobar si la mejoría conseguida durante el proceso de intervención se ha generalizado eficazmente a las situaciones cotidianas del paciente y se mantiene con el paso del tiempo; sin embargo, a pesar de la importancia que tiene el continuar la evaluación durante un periodo de seguimiento amplio para constatar la efectividad de un tratamiento, actualmente muchas intervenciones carecen de él, o se realiza por un lapso de tiempo muy breve (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

2.6 Técnicas de intervención en TCC

La Terapia Cognitivo Conductual lleva consigo un amplio cuerpo de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica muy heterogéneos, para el tratamiento de los diversos problemas y trastornos psicológicos que puedan afectar al individuo en su interacción con diversos contextos, pero también para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo, favoreciendo así su adaptación al entorno y por lo tanto, el incremento de la calidad de vida (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Gracias a la diversidad que atiende este conjunto de técnicas o estrategias terapéuticas, es posible el diseño de programas de tratamiento para los problemas más novedosos, resistentes, particulares o con mayor grado de complejidad; en ese sentido, las técnicas y procedimientos utilizados en TCC, cuentan en una buena parte con base científica o experimental, sin embargo, también una gran parte de los procedimientos utilizados surgen de la experiencia clínica (reestructuración cognitiva, hipnosis, relajación, etc).

De esta manera, a través de la TCC, el psicólogo clínico puede llevar a cabo una serie de técnicas, tales como: solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, autocontrol y algunas técnicas cognitivas como la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis y la Terapia Cognitiva de Aaron Beck; las cuales no sólo incluyen un fuerte componente cognitivo sino que, más importante, resaltan las cogniciones disfuncionales o patrones problemáticos de pensamiento, como causa directa del malestar psicológico y como un punto crucial para producir el cambio terapéutico (Compas y Gotlib, 2003).

Sin embargo, de acuerdo con Farré y Fullana (2005), aunque la terapia cognitivo-conductual no puede reducirse a un listado finito de técnicas y procedimientos terapéuticos, los métodos o técnicas generales que constituyen su columna vertebral, superan las doscientos; así mismo ellos realizan la siguiente clasificación: a) métodos basados en la exposición, b) técnicas operantes, c)

técnicas cognitivas, d) técnicas de modelado, e) entrenamiento en habilidades sociales, f) entrenamiento en técnicas de control de la activación y g) métodos de autocontrol.

Por otro lado, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) presentan las técnicas de la siguiente manera: 1) técnicas operantes, 2) técnicas de exposición, 3) desensibilización sistemática y técnicas de relajación 4) técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales, 5) terapias cognitivas, 6) técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas.

A continuación se muestran de manera muy general algunas técnicas, así como su función, siguiendo la clasificación realizada por Ruiz, Díaz y Villalobos (2012).

2.6.1 Técnicas operantes

Las técnicas operantes se emplean para incrementar, instaurar y reducir conductas, basándose en los principios del condicionamiento operante o instrumental; el cual, describe la influencia de los diferentes estímulos y acontecimientos ambientales (antecedentes y consecuencias) en la conducta.

Cuando el objetivo es incrementar y mantener conductas del repertorio de una persona, el reforzamiento es el procedimiento más empleado; de la misma manera, cuando el objetivo es la adquisición de nuevas conductas, se utilizan técnicas como el Moldeamiento, Encadenamiento e Instigación. Asimismo, la reducción o eliminación de conductas se puede realizar a través de diversos procedimientos como la extinción o el castigo (ver Tabla 1).

Finalmente resulta de gran importancia mencionar que las técnicas operantes se han mantenido hasta la actualidad y siguen vigentes; lo cual, les ha permitido constituir un cuerpo de procedimientos muy eficaces, convirtiéndolas

actualmente en un elemento frecuente en las intervenciones cognitivo-conductuales.

Tabla 1. Técnicas Operantes.

Nombre	Función
Reforzamiento positivo y Reforzamiento negativo	Incremento y mantenimiento de conductas.
Moldeamiento, Encadenamiento e Instigación	Adquisición de nuevas conductas.
Extinción, Castigo : positivo y negativo	Reducción o eliminación de conductas.
Economía de fichas	Las conductas deseables siempre reciban una consecuencia positiva.
Contratos de contingencias.	Conseguir la implicación de la persona en el cambio de su conducta.

2.6.2 Técnicas de exposición

Las técnicas de exposición tienen como elemento común la exposición al estímulo temido, y difieren en cuanto a alguno de los siguientes parámetros: a) forma de presentación del estímulo temido (real o simbólica), b) intensidad de la presentación (inundación frente a exposición gradual), c) duración de la presentación, d) frecuencia de las presentaciones (masiva frente a espaciada) y e) ayuda o apoyo para la presentación del estímulo temido.

2.6.3 Desensibilización sistemática y Técnicas de relajación

La desensibilización sistemática tal y como fue formulada en sus inicios está basada en los principios del condicionamiento clásico; la idea básica de la misma, es que la respuesta de ansiedad o miedo puede ser reducida o inhibida mediante la generación de una respuesta incompatible con la ansiedad, tradicionalmente la respuesta de relajación. Dicha técnica resulta ser más eficaz en problemas fóbicos, en aquellos casos en los que existe un estímulo condicionado de ansiedad, que en problemas de ansiedad generalizada.

Por otro lado, las técnicas de relajación probablemente sean las técnicas más utilizadas en las intervenciones psicológicas, siendo un elemento fundamental en algunos procedimientos como en el caso de la técnica de Desensibilización Sistemática; así mismo, son uno de los procedimientos que tiene una aplicabilidad más diversa, siendo muy pocos los problemas y trastornos que no se pueden beneficiar de una forma u otra, de sus efectos (ver Tabla 2).

Tabla 2. Desensibilización sistemática y Técnicas de relajación.

Nombre	Función
Desensibilización Sistemática	Reducir la ansiedad y las conductas de evitación suscitadas ante determinados estímulos
Relajación progresiva de Jacobson	Reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular, tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación.
Relajación autógena	Alcanzar un estado de relajación profunda a través de representaciones mentales de las sensaciones físicas, especialmente de las sensaciones de peso y calor.

2.6.4 Técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales

Las técnicas de modelado parten de los principios teóricos de aprendizaje observacional o vicario desarrollados por Bandura, cuyo supuesto fundamental es que una gran cantidad de conductas se aprenden, mantienen y extinguen mediante la observación; a su vez cuando un observador aprende la conducta de un modelo, aprende también sus consecuencias.

De igual manera, existen diferentes tipos de modelado y formas de llevarlo a cabo tales como: modelado en vivo, simbólico, pasivo, participante, auto-modelado y modelado de autoinstrucciones.

Por otro lado, el Entrenamiento en Habilidades Sociales, es un tratamiento cognitivo – conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas; así mismo las

habilidades sociales constituyen un amplio rango de competencias que se pueden agrupar en distintas categorías relacionadas entre sí, tales como: habilidades no verbales, habilidades básicas de conversación, de comunicación, emocionales, de autoprotección, de solución de problemas.

Dichas habilidades, desde la perspectiva de la teoría del aprendizaje social, son conductas aprendidas y hay distintos mecanismos que pueden explicar su adquisición y mantenimiento como: el reforzamiento, el aprendizaje vicario, la retroalimentación interpersonal recibida y el desarrollo de expectativas cognitivas (ver Tabla 3).

Tabla 3. Técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales.

Nombre	Función
Modelado	Aprender nuevas conductas, promover o inhibir la realización de conductas en función de las consecuencias, incitar la realización de la(s) conducta(s), modificar la valencia emocional y motivar
Entrenamiento en habilidades sociales	Mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales

2.6.5 Terapias cognitivas

Las terapias cognitivas han nacido de la mano de diversos autores pioneros que, a pesar de sus diferencias, han coincidido en su enfoque sobre el papel de los procesos mentales; entre ellos se pueden distinguir Albert Ellis con el desarrollo de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) y Aaron Beck, con su Terapia Cognitiva (Feixas y Miró, 1993).

Tanto Albert Ellis, como Aaron Beck, se formaron en el psicoanálisis, pero su trayectoria los llevó a rechazar tanto los conceptos como la terapia psicoanalítica por falta de eficacia y evidencia empírica.

Por otro lado, la idea central de la TREC parte de la distinción entre creencias racionales e irracionales y su decisiva contribución en el desarrollo de

las emociones, conductas y pensamientos adecuados o disfuncionales; además considera que no todas las emociones negativas son disfuncionales ni todas las emociones positivas, adaptativas o saludables.

A su vez, la Terapia Cognitiva utiliza como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis; así mismo se centra en la organización cognitiva de los pacientes, pero también presta atención a los problemas externos relacionados con su malestar (ver Tabla 4).

Tabla 4. Terapias cognitivas.

Nombre	Función
Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) Albert Ellis	Eliminar o reducir creencias irracionales, generar nuevas creencias racionales y promover una filosofía de vida saludable
Terapia Cognitiva Aaron Beck	Identificar y contrastar pensamientos disfuncionales y modificar patrones cognitivos disfuncionales.

2.6.6 Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas

El entrenamiento en autoinstrucciones, el entrenamiento en inoculación de estrés y el entrenamiento en solución de problemas son intervenciones cuyo objetivo fundamental es el incremento en las habilidades de afrontamiento para reducir el estrés y malestar emocional, así como para incrementar la autoeficacia y la competencia personal.

Por un lado, el entrenamiento en autoinstrucciones fue diseñado por Meichenbaum (1969), el cual suele utilizarse como parte de un programa de intervención, en combinación con otras técnicas.

El entrenamiento en inoculación de estrés consiste en enseñar o estimular a los individuos a considerar lo que tienen delante; agrupar los acontecimientos en

dosis manejables, pensar sobre la forma de manejar cada acontecimiento y practicar las habilidades de afrontamiento (Meichenbaum, 1998).

Finalmente, el entrenamiento en solución de problemas establece que los problemas psicopatológicos pueden entenderse como consecuencia de estrategias de afrontamiento ineficaces o desadaptativas; el cual consta de cinco fases: 1) orientación hacia el problema, 2) definición y formulación del problema, 3) generación de alternativas de solución, 4) toma de decisiones y 5) implementación de solución y verificación (ver Tabla 5).

Tabla 5. Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas.

Nombre	Función
Entrenamiento en autoinstrucciones	Instaurar o modificar el dialogo interno cuando lo que el individuo se dice así mismo interfiere con la ejecución de una tarea específica o dificulta el abordar adecuadamente una situación.
Entrenamiento en inoculación de estrés	Enseñar un conjunto de habilidades de afrontamiento con el fin de capacitar para enfrentarse de manera más eficaz a situaciones estresantes.
Entrenamiento en solución de problemas	Incrementar habilidades para afrontar experiencias estresantes cotidianas y promover una mayor competencia cognitiva y conductual en el manejo de dichas situaciones.

2.7 Aplicaciones de la TCC

En los últimos años, la Terapia Cognitivo-Conductual en México ha ido ocupando un lugar cada vez más destacado dentro de las de psicoterapias predominantes, campo en el cual ha demostrado ser un proceso de intervención aplicable a diversos trastornos psicológicos muy variados, por lo que se ha desarrollado como una alternativa de intervención cada vez más implementada en instituciones tanto públicas como privadas; así mismo, muchas instituciones de educación pública y privada han incorporado en sus planes de estudio materias, talleres, seminarios,

cursos, etc, bajo la orientación cognitivo- conductual (Sánchez y Hernández, 2007).

De acuerdo con Rozado (2007, en Sánchez, 2008), la eficacia de la intervención cognitivo conductual ha sido muy comprobada, gracias a que ha demostrado tener efectos positivos en una gran variedad de trastornos o problemas, entre ellos la depresión, la ansiedad, el estrés, las fobias, la violencia, los problemas de relación y la fobia social, las fobias simples, así como en la forma de afrontar y de sobrellevar el dolor.

Así mismo, la TCC genera efectos positivos en otra serie de problemas que suelen aparecer comúnmente en los adolescentes, como son los trastornos de conducta, por estrés postraumático, trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos de alimentación como la anorexia y la bulimia; dicho tratamiento está encaminado con la finalidad de modificar las características cognitivas, emocionales y conductuales de estos trastornos (Williamson, Smith y Barbin, 1998).

La TCC ha sido aplicada a individuos, parejas y grupos, con fines de tratamiento y de prevención; por un lado, el tratamiento con adultos ha incluido poblaciones clínicas variadas como: fobias, ansiedad, depresión, control de la ira, adicciones y problemas sexuales. Con fines preventivos la TCC ha sido empleada en poblaciones de alto riesgo como policías, militares, víctimas de violaciones (Meichenbaum, 1988).

A su vez, existe un gran interés por la aplicación de la TCC a niños y adolescentes; dicho interés se ha visto alentado por una serie de estudios, los cuales concluyen que la TCC constituye una intervención terapéutica prometedora y muy eficaz para el tratamiento de los problemas psicológicos infantiles (Stallard, 2007).

La TCC también se ha centrado en niños hiperactivos y agresivos, con problemas de auto-control, aislamiento social y niños con retardo o con dificultades de aprendizaje y académicas; en cada una de las aplicaciones, tanto con adultos, como con niños, los resultados han sido muy eficaces (Meichenbaum, 1988).

Por otro lado, la TCC ha sido aplicada para el tratamiento de diversas adicciones como la heroína y la cocaína, en donde se intenta principalmente determinar el estadio y los procesos de cambio en el que se encuentra el adicto en el momento de iniciar el programa terapéutico (Graña y Muñoz, 1998).

De acuerdo con Andrasik y Anderson (1998), la eficacia establecida de los tratamientos cognitivo-conductuales ofrece un gran potencial para aumentar los beneficios de las personas que sufren cefaleas, tanto en términos de dolor como de problemas psicológicos.

También, las intervenciones cognitivo-conductuales han ofrecido enfoques amplios, de base empírica, para ayudar a los pacientes afectados por el VIH/SIDA; esto incluye el extender las técnicas y los programas ya establecidos para otros problemas a las experiencias personales y culturales de la enfermedad del VIH, así como el desarrollo de nuevos métodos de intervención para aspectos y problemas específicos (Campos y Thomason, 1998).

Siendo así, hoy en día la Terapia Cognitivo-Conductual se desarrolla como tratamiento para varios problemas de la salud, no sólo mental sino también físicos; teniendo mayor auge en instituciones de salud pública, debido a que cumple con uno de los requisitos más importantes en este tipo de instituciones: una atención efectiva y rápida (Sánchez y Hernández, 2007).

Finalmente, se puede decir que la Terapia Cognitivo-Conductual, es quizás, el tipo de intervención que más aplicaciones clínicas tiene actualmente, ya

que numerosos trastornos o problemáticas se están tratando actualmente con esta clase de terapia, por lo que el campo de acción se va ampliando progresivamente; en ese sentido, una de las problemáticas que puede ser abordada bajo este modelo, es la violencia intrafamiliar, la cual hoy en día se está presentando con alarmante frecuencia, ya que en uno de cada tres hogares de México, se registra algún tipo de violencia, en donde los miembros frecuentemente agresores son el jefe del hogar y la cónyuge.

Debido a ello, en el siguiente capítulo se presentará un caso clínico de violencia intrafamiliar bajo el modelo de Terapia Cognitivo- Conductual; por lo cual, a continuación se abordará de manera más amplia y específica dicha problemática.

CAPÍTULO 3. PRESENTACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO CLÍNICO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

3.1 Contexto del caso: violencia intrafamiliar

Uno de los trastornos o problemas, en donde el psicólogo clínico puede intervenir siguiendo un modelo cognitivo-conductual, es la violencia; la cual es producto de un largo proceso evolutivo, condicionado por factores culturales y sociales, por lo cual, no es algo que ocurra solamente en los últimos años, sino que ha ocurrido siempre, aunque quizá no con la misma frecuencia o intensidad que se presenta actualmente.

A lo largo del tiempo, desde que el ser humano tiene conciencia de ser, ha hecho uso de la violencia: se ha violentado y ha violentado; ha ejercido el poder y el control del otro a través de la fuerza física y económica.

De igual manera, ha utilizado la persuasión, el control psicológico para manejar y manipular según su conveniencia a sus iguales. Es así que la violencia ha estado presente desde siempre en la historia de la humanidad, ha estado y seguirá estando; la violencia no es un instinto, no es un reflejo, ni tampoco una conducta necesaria para la supervivencia, sí lo son la agresividad, el miedo y las reacciones de defensa (Torres, Espada y Ochoa, 1996).

La violencia se aprende: se aprende observando cómo los padres, los hermanos o el resto de la familia se relacionan, así como se aprende viendo televisión o leyendo.

Hoy en día, en uno de cada tres hogares del Área Metropolitana de la Ciudad de México, se registra algún tipo de violencia; de estos, en 72.2% la violencia es cíclica y en 1.1% de los hogares existe abuso sexual de un familiar contra alguno de sus miembros. Así mismo, de cada 100 hogares donde el jefe es hombre, en casi 33 se registra algún tipo de violencia por 22 de cada 100 de los dirigidos por mujeres (INEGI, 2010).

Los miembros más frecuentemente agresores son el jefe del hogar, 49.5%, y la cónyuge, 44.1%, las víctimas más comúnmente afectadas son hijas, hijos, 44.9%, y cónyuge 38.9%; las expresiones de violencia más frecuentes de maltrato emocional son los gritos y los enojos mayores; 86% de los hogares con presencia de agresiones de tipo emocional sufrieron gritos y 41%, enojos mayores.

Las formas de maltrato que con más frecuencia se presentan en la violencia física, fueron los golpes con el puño, 42%; bofetadas, 40% y golpes con objetos 23%, es por ello, que la violencia tiene un carácter destructivo sobre las personas y los objetos, la cual está ligada a la falta de respeto a los derechos humanos.

Particularmente la violencia intrafamiliar o doméstica se define como un conjunto de actitudes o de comportamientos abusivos de un miembro de la familia que tiene como objetivo controlar a otro, de manera que éste actúe de acuerdo con sus deseos; bajo este tipo de conducta, se puede comprometer la sobrevivencia y la seguridad o el bienestar de otro miembro: todas las formas de violencia familiar tienen un punto en común, pues constituyen un abuso de poder y de confianza (Álvarez y Hartog, 2005).

Así mismo, es considerada como un acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar que tipo de relación sea; es decir por parentesco consanguíneo, por afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones e independientemente del espacio físico donde ocurra.

La violencia intrafamiliar tiene como uno de sus principales factores el maltrato infantil, cuyos rasgos varían dependiendo de la posición económica, educación, grupo étnico, sexo, edad y valores o creencias de un grupo social específico; de esta manera, el maltrato en contra de los menores se ha incrementado de forma alarmante en todos los niveles económicos y sociales, y aun cuando no se tienen cifras exactas, la presencia de este hecho se hace cada vez más evidente (Azaola, 2005).

Por otro lado, la tranquilidad de las personas puede ser violentada mediante agresiones físicas o verbales, abandono, o cualquier otra conducta que cause daño físico o emocional; estas agresiones pueden ser graves y, por tanto, fáciles de identificar, o bien, presentarse como leves y aparentemente poco dañinas, pero constantes y, por ello, destructivas para la persona.

Siendo así, las manifestaciones más frecuentes de la violencia intrafamiliar de acuerdo con Labrador, Rincón y Fernández (2005), son: violencia psicológica y física.

En cuanto a la violencia psicológica, ésta se caracteriza por las actitudes y conductas que un miembro de la familia tiene hacia otro en cuanto a denigrar, criticar o humillar, intimidar o amenazar, controlar, sobrerresponsabilizar, simular la indiferencia, o algún otro comportamiento que afecte el equilibrio emocional de un miembro de la familia.

Con respecto a la violencia física, ésta se caracteriza por la utilización abusiva de la fuerza física contra un miembro de la familia, con objeto de controlarlo o dañarlo; se puede presentar en varios niveles, que van desde maltratos leves hasta la muerte. Un primer nivel, se puede caracterizar por actos como gritar, empujar; un segundo nivel, se caracteriza por dejar marcas físicas como quemaduras, rasguños u ojos amoratados; el siguiente nivel se caracteriza porque la persona agredida necesita hospitalización y un último nivel es el que provoca la muerte.

De esta manera, el impacto de la violencia familiar en la salud física y mental de quienes la viven es alarmante ya que puede tener consecuencias graves y con el tiempo irreversibles, como la muerte, dependiendo de la severidad del daño producido y de su duración; sin embargo, resulta importante mencionar que cualquier tipo de violencia sufrida en la infancia o posteriormente, tiene efectos inmediatos y a largo plazo y pueden aun persistir por mucho tiempo, aunque la violencia haya terminado (García y Cerda, 2011).

Es por ello, que las personas que viven en situación de violencia familiar pueden verse afectadas de diversas formas, algunas en forma indirecta (testigos de violencia) o en forma directa (ser víctimas de alguna modalidad de violencia). Las consecuencias ocurren en diversas áreas: física, psicológica, conductual y social. Algunas lesiones físicas pueden ocasionar daño funcional, síntomas físicos, discapacidad y hasta la muerte; por otro lado, las alteraciones psicológicas más frecuentes son: baja autoestima, pesimismo, aislamiento, desesperación, tristeza, sentimientos de ira, miedo, vulnerabilidad y frustración y problemas en diversos contextos (social, escolar, laboral, etc).

Según Álvarez y Hartog (2005), existen dos grandes tipos de causas ligadas al fenómeno de la violencia familiar:

- 1) Hace referencia a las dificultades que tienen los miembros de una familia para solucionar los conflictos entre ellos, principalmente en situaciones de estrés.

- 2) Se asocia mas con factores socioculturales que favorecen la desigualdad entre ciertos grupos sociales como los hombres y las mujeres, los adultos y los menores, y en la vida cotidiana la tolerancia a la violencia como forma de relacionarse.

Estos dos tipos de causas, son complementarias para entender el problema de la violencia doméstica y sugieren modos complementarios de intervención y prevención de la violencia en las familias.

De la misma manera, tal como lo menciona Labrador (2005) se ven implicados múltiples factores en la aparición y desarrollo de la violencia intrafamiliar, entre ellos se encuentran:

Culturales: para muchas personas la violencia doméstica es algo normal dado que las conductas violentas son parte de la esencia del ser humano, en especial del hombre.

Sociales: en una sociedad educada en la desigualdad entre personas, entre otras cosas en función de su sexo, y en la que se exige una cierta agresividad para triunfar, se puede facilitar la agresión como forma de relación en el propio hogar, o como forma de imponer y conseguir los propios objetivos.

Personales: el aprendizaje habitual en los hogares tradicionales, donde la voluntad paterna era determinante, pues establecía modos de acción punitivos para quien no siguiera esta voluntad. De esta manera, si no se ha aprendido otra forma de organizarse, de solucionar los posibles problemas, o el hecho de regular las interacciones con otra persona, es probable recurrir a la violencia, que tiene como efecto inmediato el doblegar a la víctima.

Sin embargo, muchos otros factores también están presentes en la situación de violencia familiar, desde el afecto o el amor, la dependencia económica, creencias religiosas, la preocupación por los hijos, la ilusión, la sensación de fracaso, el recuerdo de buenos momentos, el miedo, etc.

Por otro lado, Matud, Gutiérrez y Padilla (2004) diseñaron y llevaron a cabo un programa de intervención con mujeres maltratadas por su pareja bajo el

modelo de terapia cognitivo- conductual, en donde los objetivos de la intervención fueron: 1) aumentar la seguridad de la mujer, 2) reducir y/o eliminar sus síntomas, 3) aumentar su autoestima y seguridad en sí misma, 4) aprender y/o mejorar los estilos de afrontamiento, de solución de problemas y de toma de decisiones, 5) fomentar una comunicación y habilidades sociales adecuadas y 6) modificar las creencias tradicionales acerca de los roles de género y las actitudes sexistas; aunque estos objetivos se modificaron y/o adaptaron en función de la problemática y la situación específica de cada mujer.

Durante dicho estudio se utilizaron una serie de técnicas y estrategias como: a) estrategias para el control de la ansiedad (respiración profunda, relajación muscular progresiva, b) técnicas cognitivas para identificar y modificar los posibles pensamientos distorsionados, tales como reestructuración cognitiva, c) entrenamiento en habilidades sociales, d) inoculación de estrés, que se utilizó con las mujeres que presentaban estrés postraumático y e) entrenamiento en solución de problemas; además, se incluyó un componente educativo en el que se abordaron las creencias tradicionales sobre el maltrato a la mujer y las actitudes sexistas.

Los resultados del programa de intervención, mostraron que las mujeres que participaron, experimentaron una reducción significativa en su sintomatología de estrés postraumático, depresión, ansiedad y síntomas somáticos, aumentando su autoestima, la confianza en sí mismas y el control de sus vidas.

A su vez, Echeburúa y Fernández (2009), realizaron un estudio, en donde evaluaron la eficacia de un programa de tratamiento psicológico para hombres encarcelados por haber cometido un delito grave de violencia de pareja; el tratamiento constó de un programa basado en un modelo cognitivo-conductual, el cual se adaptó según las características de cada persona.

En dicho estudio se utilizaron técnicas como: psicoeducación, entrenamiento en autoinstrucciones, en asertividad, solución de problemas, habilidades de comunicación, reestructuración cognitiva y relajación; los resultados mostraron una modificación significativa sobre las creencias de la inferioridad de la mujer y sobre la violencia como forma válida de afrontar las dificultades cotidianas. Asimismo los participantes experimentaron una reducción de los síntomas como la impulsividad y la ira, así como un aumento significativo en su autoestima.

De igual manera, Labrador, Fernández y Rincón (2006), aplicaron un programa de intervención cognitivo- conductual para el trastorno por estrés postraumático (TEP) en mujeres que sufrían violencia doméstica; para ello se utilizaron técnicas como la psicoeducación, técnicas de desactivación, terapia cognitiva y terapia de exposición.

Los resultados indicaron que dicho programa fue efectivo para la reducción del TEP en el 100% de los casos; además se produjo una mejora significativa en otras variables como la depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas; lo cual muestra que el modelo de Terapia Cognitivo- Conductual resulta ser muy eficaz en el tratamiento de la violencia.

Finalmente, de acuerdo con Whaley (2003), en la actualidad la violencia doméstica o intrafamiliar, es un problema social de gran magnitud, motivo de una importante alarma social, tanto por su elevada incidencia, como por la gravedad de los hechos que trae consigo por las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, para las víctimas y sus familiares.

Debido a ello, una forma de poder evitar o erradicar la misma es tomando en cuenta que dentro de las relaciones familiares, tanto los padres, como las madres e hijos, son igual de importantes, por lo que es relevante que todos hagan un esfuerzo por vivir en armonía sin importar su sexo o su edad, ya que las

relaciones familiares sanas estimulan la comprensión, la comunicación y el apoyo entre todos los miembros.

A continuación se presenta un caso clínico de violencia intrafamiliar analizado desde el modelo de Terapia Cognitivo- Conductual, el cual se encuentra estructurado en varias secciones: datos generales, historia del caso, análisis del caso, intervención y finalmente los resultados del mismo.

Resulta de gran importancia mencionar que los datos personales, así como algunas situaciones, han sido cambiados con la finalidad de conservar la confidencialidad y anonimato de las personas involucradas en el caso.

3.2 Datos generales

Datos demográficos:

NOMBRE: ED

EDAD: 48 años

ESTADO CIVIL: Vive en concubinato desde hace 15 años

OCUPACIÓN: Ama de casa y empleada de centro comercial.

CONFORMACIÓN FAMILIAR: Vive con su esposo (de 75 años), su hijo (P, de 9 años) y su hija (S de 16 años).

ACTIVIDADES EN TIEMPO LIBRE: Ella realiza las labores del hogar y visita a su Mamá porque está enferma, atiende a sus hijos y les ayuda a su tarea y en lo que necesitan.

RELIGIÓN: Católica.

Remisión: La paciente se enteró del servicio debido a una psicóloga que acudió a la escuela de su hijo.

Motivo de consulta: La paciente (ED), al principio mencionó que su hijo necesitaba ayuda debido a que no se alimentaba bien, no iba bien en la escuela, se encontraba muy desmotivado y era grosero, lo cual le preocupaba demasiado; sin embargo, se consideró necesario tener algunas entrevistas iniciales sólo con ella.

En ese sentido, conforme el transcurso de las entrevistas se identificó que el motivo de consulta en realidad era la violencia intrafamiliar en la que tanto ella como su hijo se encontraban inmersos, ya que gran parte de las conductas y el comportamiento de su hijo era debido a la violencia que sufría de parte de su Padre.

3.3 Historia del caso

ED refiere que asiste a terapia debido a que principalmente su hijo está mal psicológicamente, sufre de agresión por parte de su Padre y debido a ello es agresivo, le falta confianza en sí mismo, no quiere seguir adelante y muestra muy poco interés en el estudio, lo cual también se ve reflejado en su alimentación; de igual manera, a su hijo le ha dado por jugar con su pene, mostrándolo en público “con morbo”.

Así mismo, la paciente menciona que incluso en algunas ocasiones debido a las agresiones que sufre su hijo de parte de su esposo, él quiere matar a su papá y eso le preocupa mucho.

ED menciona que su esposo siempre ha sido grosero con los tres pero más con su hijo porque es el más pequeño, con mucha facilidad le pega, lo insulta y siempre le está diciendo que tiene la culpa por haber venido al mundo, cuando le pega su hijo ya empieza a defenderse, porque él se quiere igualar con su padre y no hay respeto ya que su esposo le quiere pegar como si su hijo ya estuviera grande; cuando su hijo le quiere pegar, ella interviene diciéndole que lo deje porque ya está viejo y puede ir a la cárcel por un mal golpe.

Debido a ello, ED les dice a sus hijos que diga lo que diga su Papá él ya no va a cambiar porque esa es su forma de ser y que por lo tanto, ellos no hagan lo mismo y no lo escuchen, aunque sabe que es difícil, por lo que ella trata de que no escuchen y trata de comprenderlos y ayudarlos.

Anteriormente ella acudió a recibir ayuda legal en el DIF, sin embargo le dijeron que no podían hacer nada porque su esposo ya estaba viejo, lo cual le da mucho coraje; por lo tanto, lo único que ella hace es acudir a las terapias que resultan ser como un escape para ella.

De la misma manera, menciona que le da mucho coraje porque su esposo le quiere pegar a su hijo como grande y quiere hacer que reaccione como grande; su esposo se molesta porque su hijo no lo entiende o no hace lo que él quiere que haga, por lo que ella considera que es un abuso muy grande. ED comenta que su esposo jalonea a su hijo muy fuerte y lo ha llegado a lastimar, dándole golpes muy fuertes como patadas, dejándole marcas de los cinturones o de los objetos con los que le pega, incluso le ha llegado a sacar sangre de la nariz.

ED refiere que ha llegado un grado en que su esposo ya no mide las consecuencias; comenta que cuando pasan estas situaciones le dice a su esposo que nadie lo obliga a estar con ellos y por lo tanto si no quiere estar ahí se puede ir, asegurándole que ellos van a salir adelante y que no se preocupe porque no va a ser ni la primera ni la última mujer que va a estar sola.

En cuanto a la situación de ED con su esposo, menciona que él ha intentado golpearla pero ella no se ha dejado diciéndole que si él le pega, ella va a responder igual, además de que va a pedir ayuda a su familia, la cual está enterada de lo que pasa porque han llegado a ver estas situaciones. A su hija tampoco le ha pegado, sólo la ha llegado a jalar pero ella no se deja porque argumenta que él no es su Padre; sin embargo, la paciente refiere que él la agrede verbalmente diciéndole que es una golfa, una prostituta, le dice groserías, que es

interesada, que no sabe hacer nada, que es una alcahueta, maldita, desgraciada, zorra y cualquier palabra o grosería, igualmente le “mienta” la madre ya que él solo habla con groserías. Después de que esto sucede ella trata de tener calma y le pone un alto diciéndole que se calme o si no se va; sin embargo, a pesar de ello, él le dice que se va a ir cuando él quiera.

De la misma forma, ED comenta que ella siempre ha trabajado pero él no tolera que alguien le hable y que se tarde en el trabajo, ella considera que esta situación es de mucha gravedad. A su vez, relaciona dicha situación con lo que está pasando actualmente con su hijo ya que cree que todo lo que pasa le afecta; sin embargo, antes de que vivieran juntos, su esposo era muy cariñoso, cortés, atento, era todo lo contrario a la actualidad, pero su cambio fue en muy poco tiempo, inmediatamente después de que se fueron a vivir juntos.

Comenta que cuando conoció a su esposo él ya estaba pensionado por lo que nunca trabajó; sin embargo, desde ese entonces debido a que necesitaba dinero para la escuela de sus hijos, se puso a buscar un trabajo pero tenía que estar en su casa antes de que él regresara para que no la viera en la calle, por lo cual trabajó mucho tiempo a escondidas.

Menciona que viven en casa de ella, la cual está a su nombre; llevan 15 años viviendo juntos. A los 35 años quedó embarazada de su primer hijo, pero ella cree que lo perdió debido a los malos tratos de parte de su esposo ya que no estaba acostumbrada a esa vida de insultos y malos tratos.

Anteriormente dichas situaciones no eran tan acentuadas hasta hace dos años; su esposo siempre ha agredido a su hijo desde que él tenía 4 años y los golpes comenzaron a ser más fuertes.

Cuando suceden las agresiones ED refiere que le dice a su esposo que no sea agresivo con su hijo porque no quiere que sea un delincuente, que practique

el bullying, o que sea gente de la que termina en una cárcel. Aunque su esposo le pegue muy fuerte a su hijo él no se queja, ED cree que se debe a que su hijo ya lo está viendo normal; así mismo, comenta que cuando se presentan estas situaciones y ella no está presente, su hijo a veces le dice y a veces no.

ED refiere que en el momento en el que se dan dichas situaciones de agresión, se interpone entre ellos dos; sin embargo, dependiendo de la situación decide meterse o no, debido a que no le gusta defender a su hijo si él se porta mal, es decir, si es grosero, si rompe cosas, que le pegue a sus primos o que le falte al respeto a los maestros, mencionando que si su esposo le da un manazo o lo regaña, hasta ella lo hace cuando su hijo se porta mal y por lo tanto ella no interviene y le dice que mejor se porte bien. Ella menciona que cuando los golpes o regaños son sin motivo o injustificadamente ya sea su familia o sea quien sea, ella si se enoja mucho e interviene y casi se pone en medio de ellos dos y le pregunta a su esposo el por qué y trata de poner una solución; dice ya basta cuando se da cuenta que su esposo se está pasando y exagera en groserías, golpes o cuando le pega muchas veces y muy fuerte; sin embargo, está dispuesta a llegar hasta donde sea necesario para que esta situación mejore.

Cuando su esposo le pega a su hijo y es porque él se lo ha ganado, su hijo se aguanta; sin embargo, si su hijo no se lo ha ganado, hay ocasiones en las que reclama por lo fuerte del golpe y en esos momentos se revela y se defiende.

Después de que se presenta esta situación, ED abraza a su hijo, le explica y le pide que respete a su papá y que tenga paciencia, que un día se va a ir y ya no les va a hacer más daño; sin embargo, refiere que sí le hace mucho hincapié en que respete a su papá, ya que si Dios le da licencia algún día llegará a viejo, que lo perdone y que Dios nunca olvida y le va a dar su recompensa.

Así mismo, comenta que cuando ella le explica todas estas cosas a su hijo, él casi siempre se queda callado y la escucha o a veces comienza a decir sus

inconformidades o a aclararle lo que pasa, por lo que ella siempre lo escucha y juntos tratan de ver qué se puede hacer y darle una solución, pero la mayoría de las veces, se queda callado.

En cuanto al comportamiento de su hijo, ED refiere que desde que comenzaron a venir a las terapias a pesar de que su hijo no ha asistido a ninguna, ya se ha controlado, ya que según comenta, ha notado cambios en su comportamiento; sin embargo, cuando su hijo se porta rebelde o no obedece, ella trata de tener calma y a veces cuando le ha llegado a pegar a su hijo, es porque la saca de quicio, ya que por mas que ella quiera tener paciencia se desespera y lo regaña llamándole muy fuerte la atención porque no le gusta que sea mal educado o grosero.

Menciona que otro aspecto que le preocupa es que su hijo es muy morbososo, ya que se toca su pene como con malicia y lo hace a cada rato, finge subirse al tubo y se acuesta en la cama como fingiendo tener relaciones; refiere que hace poco hubo una ocasión en donde su hijo se le trepó y empezó a simular como si quisiera tener relaciones, por lo que ella inmediatamente le dijo muy enojada que le iba a dar una cachetada y que no quería que hiciera esas cosas. Comenta que esta situación le da miedo y por lo tanto le dice a su hijo que debe de aprender a controlarse porque muchas personas están en la cárcel porque son depravados sexuales, violadores y asesinos, ya que como ven programas en la televisión, ella le dice que no quiere que sea uno de esos y que tenga que estar huyendo de la policía porque abuse de las niñas, menciona que eso le asusta mucho porque su hijo está muy chiquito, le preocupa y le molesta.

Cuando suceden estas situaciones, ED se siente enojada, a veces desesperada; sin embargo, ella trata de no deprimirse pero en ocasiones se siente así, defraudada, muy engañada y a la vez siente que no debe de tomar en cuenta estas situaciones y debe de tomar fuerzas para sacudirse todo lo que le haga daño y pensar que debe luchar por sus hijos y no dejarse abatir por nada, debe

estar al pendiente de sus hijos y no puede darse el lujo de estar pensando en cosas malas porque ya tiene muchas, es por eso que trata de sobreponerse a todo y se refugia en sus hijos o en sus recuerdos, trata de pensar en ellos y trata de apurarse en su trabajo, ya que siente que es muy buena terapia trabajar y por eso trata de sacudirse todo lo que le duele y no le hace bien y vuelve a empezar día a día; de igual manera comenta que tiene algo muy en mente que le ayuda bastante, que es lo que dice Dios de que al otro día todo será nuevo, volverá un nuevo día, todo reverdecerá, todo volverá a la tranquilidad y por lo tanto trata de pensar constantemente, que mañana será un nuevo día y eso le permite tener una esperanza, que Dios siempre está con ellos.

ED considera que debido a esta situación, tanto ella como su hijo han desarrollado enfermedades, ya que del tiempo que tiene viviendo con su esposo, le han hecho varias operaciones, como quitarle la vesícula, comenta que los doctores le han dicho que todo eso es porque, aunque ella diga que no le hace caso a su esposo, esto sí repercute a su salud; de igual manera, siente uno de sus ojos se le mueve mucho y además siente como hormiguitas en toda su cara, principalmente del lado izquierdo, debido a ello toma una pastilla que funciona como calmante ya que la relajan, le dan nutrientes y le oxigenan la cabeza, además de que sirven para la migraña que padece desde los 18 años.

Debido a ello, lleva una dieta y trata de controlar las emociones fuertes porque siente que la situación que viven está afectando la salud y la de sus hijos, ya que menciona que su hija y su hijo le dicen que sienten que se les para el corazón y que no pueden respirar bien; de igual manera comenta que también la han operado en dos ocasiones debido a que le salió como un absceso o quiste y en ocasiones le duele mucho el estómago y el corazón.

Aunque ED ha llegado a buscar ayuda, menciona que las autoridades le dicen que ya no pueden hacer nada porque su esposo ya está viejo y no pueden

cambiarlo porque ya tiene toda una vida, por lo que en varias instituciones a las cuales se ha acercado para pedir ayuda, le han dicho que él ya no va a cambiar.

Por otro lado, ella considera que esta situación sí ha afectado la vida de terceras personas, ya que su esposo tiene problemas con todo el mundo a dondequiera que vayan.

Menciona que quisiera que su hijo terminara sus estudios, tuviera una profesión, que fuera un buen padre ejemplar, responsable, cariñoso, que llevara a sus hijos por un buen camino y que fuera un buen hijo; de la misma manera refiere que ser un buen hijo sería que valorara todo lo que ella le da, que estudie, que sea respetuoso.

ED refiere que lo que pudiera facilitar la solución de dichas situaciones, sería el ampliar los conocimientos de su hijo, que él tuviera sus valores bien cimentados, que ella les ayude a sus hijos tanto económicamente y controlándose un poco mas cuando son momentos difíciles y principalmente que todos pongan algo de su parte para sacar las cosas adelante; considera que lo que podría ayudar a que disminuya esta situación de violencia es que debido a que su hijo ya tendría sus valores cimentados, aprendería a controlarse aunque su esposo le grite o lo que sea, por lo que ellos serían más prudentes y más tolerantes y no se enojarían.

Ella menciona que constantemente les dice a sus hijos que si superan esta etapa de su vida, no tan fácil se van a caer, porque aunque ella ya tiene cimentadas sus cosas, sus hijos, son los que van para arriba y van a encontrarse con obstáculos; ella misma les dice que se den cuenta de cómo está la situación en su propia familia y que por eso mejor estudien porque su Papá no los deja ser felices y por lo tanto si los tres aprenden a enfrentar esto, van a poder enfrentarse a dondequiera que vayan y piensa que eso puede ser lo que les puede ayudar mucho a disminuir la violencia.

De esta forma, un aspecto que ella cree que podría obstaculizar la mejora o la solución de dicha situación, es cuando su esposo le dice que no le va a dar dinero para que siga viniendo a la terapia.

ED cree que ayudando a su hijo en sus estudios, su esposo ya no se va a enojar tanto de que él no haga la tarea, también el obedecer a ambos, que deje de ser juguetón, es decir que no se distraiga mucho con sus juguetes y que no sea tan distraído podría mejorar estas situaciones, ya que su esposo le hecha la culpa del comportamiento de su hijo, diciéndole que es porque ella lo consiente mucho.

Menciona que su hijo y su esposo conviven diariamente cuatro horas aproximadamente, con S es menos, ya que no se presenta esta situación porque ella no se deja y se defiende; sin embargo, también él es muy agresivo y grosero con ella y le dice que es sucia, cochina, que no ayuda en la casa y que sólo quiere estar en la calle.

ED refiere que su esposo acosa a su hija y es por esto que ella se aleja mucho de él; de igual manera comenta que él la ha intentado ver cuando se baña y cuando está dormida también, además, la tuvo que cambiar de turno en la escuela para que no se quedara sola cuando ella se iba a trabajar, ya que él aprovechaba que ella no estaba en casa para entrar e intentar abusar de ella. Debido a esto, ella la cuida mucho y ha tenido que hacer muchas cosas para evitar la situación como cambiarse de turno, cambiar a su hija a la mañana, dejarla con su mamá, cuidarla cuando se baña, así mismo refiere que cuando su hija tenía aproximadamente ocho años, él le dijo que no iba a descansar hasta que su hija fuera de él, lo cual los ha llevado a tener muchos problemas; es debido a esto, que su hija se encuentra muy deprimida y triste desde como hace como dos años e incluso su hija comenta que sabía que cuando ella no estuviera su esposo iba a abusar de ella, ya que en varias ocasiones la había espiado cuando se bañaba. Ella le ha dicho a su hija que cuando se acueste no se duerma completamente

para que pueda estar al pendiente y que si en algún momento él intenta hacer algo más se defienda y no lo permita.

Para la solución de esta situación, ED menciona que ha recurrido a ignorar la situación ya que en algunas ocasiones se le hace muy difícil y por eso trata de hacerse de los oídos sordos; refiere que anteriormente acudió al DIF y de ahí la mandaron a otra institución, en donde le dijeron que ellos no atendían esas situaciones y por ello, la mandaron a otra institución; comenta que aunque le dijeron que si la iban a atender, no le gustó la solución que le daban ya que le plantearon que ellos podían hacer que su marido se fuera de la casa y de la misma manera, la podían ayudar a levantar la demanda para que él les diera una pensión, sin embargo, le daban muy poco dinero de pensión aproximadamente \$1500. Dicha solución no le gustó porque sólo le iban a dar para sus hijos y a ella no, además de que no contaría con ningún servicio como el ISSSTE ni para sus hijos ni para ella, lo cual no la beneficiaba ya que su esposo la dejaría sola con todos los gastos.

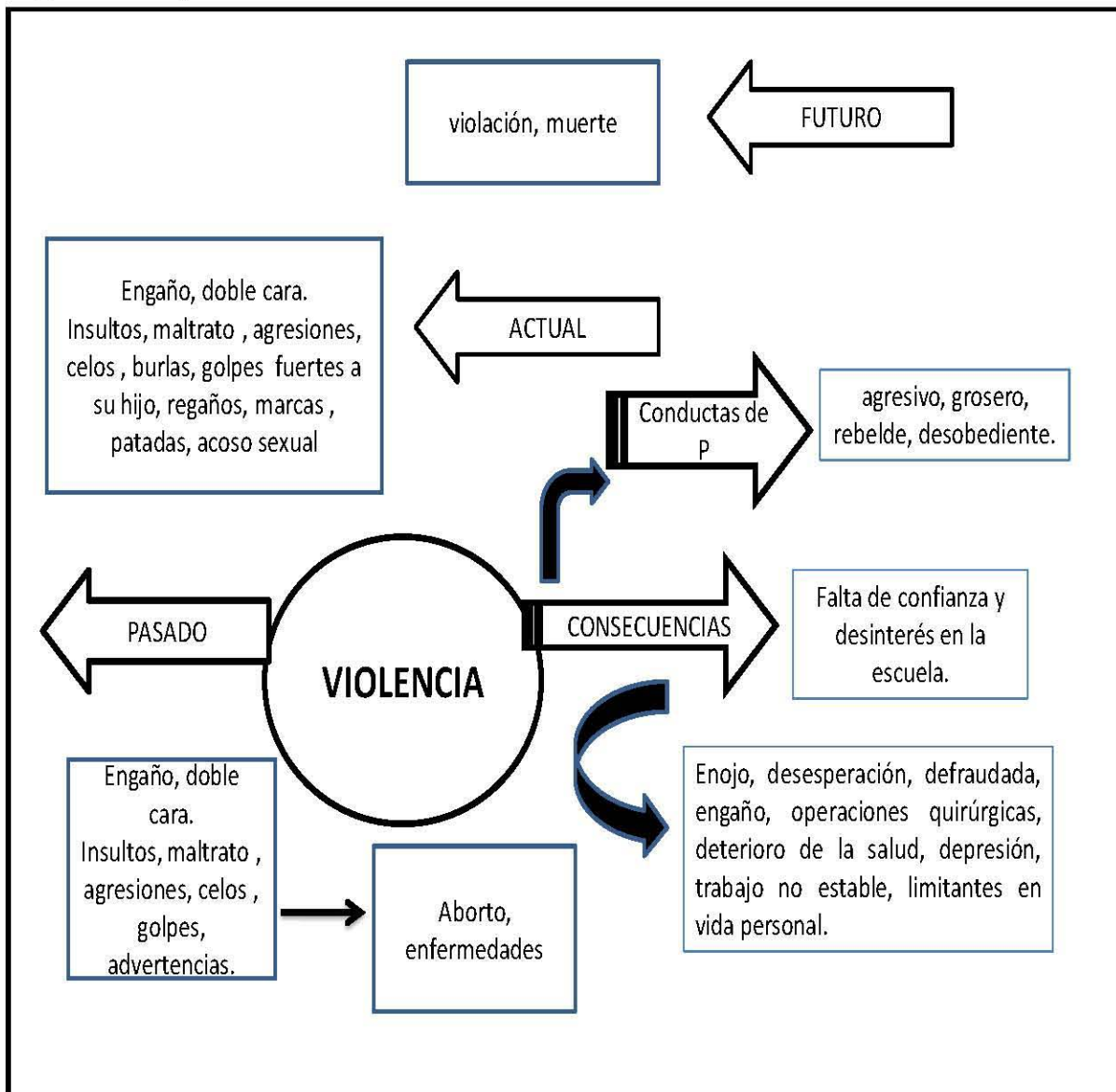
ED comenta que sí ha contemplado la idea de separarse y llevarse a sus hijos, ya que la entrada principal de dinero a la casa sale de parte de ella, porque realiza los gastos más fuertes debido a que su esposo se va y ella tiene que pagar teléfono, agua y todos los servicios.

Ella refiere que está dispuesta a hacer cualquier cosa para que esta situación mejore ya que sus hijos ya crecieron más y cuenta con su apoyo.

3.4 Análisis del caso

Para el análisis del caso, se realizó el siguiente diagrama de secuencias con la finalidad de explicarle gráficamente a ED la situación en la que tanto ella como sus hijos se encontraban inmersos (ver Figura 1).

Figura1. Diagrama de secuencias.



El diagrama muestra, cómo la violencia conforme el paso del tiempo, va en aumento; además se pueden observar las diferentes manifestaciones de la violencia tanto pasadas (insultos, maltrato, enfermedades, aborto, etc) presentes (insultos, maltrato, golpes fuertes, acoso sexual, etc) y futuras (violación y muerte) si esta problemática se sigue presentando. De igual manera, se mencionan las consecuencias que la violencia está trayendo en cada uno de los miembros de la familia.

3.5 Intervención.

En primera instancia, resulta de gran importancia mencionar, que debido a la problemática y al análisis realizado, no se trabajó de manera sistemática cada una de las fases del modelo de evaluación conductual, ya que la intervención estuvo orientada principalmente a fomentar la toma de decisiones y no a la modificación de una conducta o comportamiento en específico; por lo cual, no se elaboró un programa de intervención estructurado de forma estricta y se trabajó sesión por sesión, sobre la marcha.

Debido a ello, con el objetivo principal de fomentar la toma de decisiones, se le proporcionaron a ED una serie de instituciones de ayuda contra la violencia, a las cuales podía acudir a recibir atención, por lo cual se realizó un plan de acción a seguir en cada una de ellas.

Las estrategias terapéuticas utilizadas durante la intervención fueron las siguientes:

- **Psicoeducación**

El objetivo de esta estrategia es proporcionar información sobre las características de la problemática así como de su nivel de gravedad; dentro de la información se deben incluir causas, síntomas, pronósticos y cómo se puede resolver la problemática, esta estrategia permite que se inicie un proceso de aprendizaje acerca de la problemática que permitirá un cambio en la forma de pensar y de situar la problemática. De la misma forma las estrategias psicoeducativas permiten que exista una estructuración del proceso de la intervención, permitiendo una mayor eficacia en la intervención (Vallejo, 1998; Vallina y Lemos, 2003; Kuipers, Leff y Lam, 2004).

- **Terapia Racional Emotivo Conductual**

La premisa básica de la TRE es que gran parte, si no todo el sufrimiento emocional, es debido a los modos inadaptativos en que las personas construyen el mundo y las creencias irracionales que mantiene; de acuerdo con lo planteado en la TREC, los hombres piensan, sienten y se comportan de manera simultánea, en el modelo ABC, el principio A se refiere a los hechos activadores, mientras que B correspondería al bloque de pensamientos, creencias o evaluaciones de los pacientes y finalmente C, que sería las consecuencias emocionales y conductuales.

Así mismo, las principales metas o propósitos de la TREC son ayudar a las personas a pensar más racionalmente y a disminuir las perturbaciones emocionales que son ocasionadas por evaluaciones que hace el sujeto de sí mismo, de los demás y del mundo que lo rodean (Ellis,1989).

Resulta importante mencionar, que dicha estrategia se trabajó a modo de ejercicios de debate en algunas sesiones, por lo cual, no se implementó por completo.

- **Orientación**

Cuyo objetivo fue brindar información sobre diversas instituciones de ayuda contra la violencia y permitir que la paciente pudiera tomar la mejor decisión con respecto a la problemática.

3.6 Resultados

En primera lugar, es importante tener en cuenta que el motivo de consulta por el que ED ingresó al servicio, cambió completamente después de la recolección de información durante las entrevistas iniciales, ya que en un principio se solicitó

terapia para P debido a que ED reportaba que se encontraba mal psicológicamente, ya que sufría agresión por parte de su Padre, también refirió que P era agresivo, que era muy grosero, que no tenía confianza en sí mismo y no tenía interés en la escuela, mencionando también que a ella le preocupaba que P jugaba con su pene frecuentemente; sin embargo, con la recolección de información y el análisis de la misma, se identificó que la conducta de P era consecuencia de la dinámica familiar, por la conducta agresiva del padre, por lo debido a ello se decidió trabajar primeramente con ED ya que dicha situación era la que estaba causando todas estas conductas en P y por lo tanto, sólo hasta que se resolviera esta situación, la conducta de P mejoraría.

De igual manera es importante mencionar que durante las sesiones destinadas para la recolección de información e incluso durante la fase de intervención ED fue expresando más conductas de parte de su esposo, las cuales representaban un foco rojo para la vida tanto de ED como de P y su hermana mayor .

Ahora bien, de la primera sesión a la quinta se realizaron entrevistas, las cuales permitieron recolectar información; con base en ello, se notó que generalmente ella sólo interviene verbalmente y son muy pocas las veces que se interpone físicamente entre los dos. ED refiere que cuando sucede esta situación, le da coraje y se desespera porque su esposo se comporta como si no tuviera conciencia, lo cual le da tristeza porque se siente responsable de que sus hijos sufran esto, porque ella fue quien lo llevó a su casa.

Así mismo, ella considera que es necesario ponerle un alto a la situación; sin embargo en su discurso, ED reflejaba cierta esperanza a que pronto cambiaría la situación porque su esposo ya era grande y en algún momento tenía que morir, ya que comentó que le decía a sus hijos, que respetaran a su Papá y le tuvieran paciencia ya que algún día se iba a ir y ya no les iba a hacer más daño, colocando

así a sus hijos en un segundo plano, ya que tenían que aguantarse y respetarlo porque ya era grande y ya no iba a cambiar.

Con respecto a la conducta de P, mencionó que era muy grosero, agresivo y que no se interesaba en la escuela; sin embargo, ella notó que cuando comenzaron a venir a las terapias a pesar de que él no asistió, pudo notar que P se comenzó a controlar, ya que según comentó, su hijo venía con la mentalidad de que le iban a ayudar y por lo tanto cambió su comportamiento, refiriendo que en ocasiones era grosero y ella le llamaba la atención muy fuerte, o a veces le pegaba o lo amenazaba con dejarlo con su papá.

Al término de las situaciones de agresión ella mencionó que se siente enojada, desesperada, deprimida, defraudada y muy engañada pero que también siente que no debe de tomar en cuenta estas situaciones y que debe de tomar fuerzas para sacudirse todo lo que le haga daño y pensar que debe luchar por sus hijos, asimismo comenta que debido a esta situación ha desarrollado diversas enfermedades e incluso la han operado en dos ocasiones ya que los médicos le han dicho que la situación que vive día con día a afectado su salud. Mencionó que aunque su familia ha querido intervenir, ella no los deja ya que teme que pueda pasarles algo debido a que su esposo ya es grande.

De la misma forma en la cuarta sesión, comentó que aunque su esposo no le pega a su hija, siempre la ha insultado verbalmente ya que le dice que es una sucia, cochina e incluso ha intentado abusar de ella ya que ED menciona que descubrió a su esposo vigilando a su hija cuando se estaba bañando e incluso él en una ocasión cuando su hija estaba pequeña, le dijo que no iba a descansar hasta que fuera de él. Este factor es otro de los focos rojos que se pudieron extraer de la situación, pero a pesar de esto ED les pedía tanto a su hija como a su hijo que realizaran acciones que les permitieran estar alerta, como en el caso de su hija, a la cual le decía que no se durmiera completamente para que estuviera alerta de que su esposo no entrara a su cuarto e intentara abusar de

ella; de esta manera se pudo ver que cuando su esposo le pegaba a su hijo ED sólo trataba de detenerlo con palabras, pero muy pocas veces se interponía, lo cual refleja el pensamiento con el cual ingresó ED, sobre que su esposo ya esta grande y no va a cambiar porque esa es su forma de ser.

A su vez, argumenta que no está de acuerdo con la solución dada por la institución donde la canalizó el DIF, porque a su esposo ya no le podían hacer nada, lo cual demostró cierto sentimiento de venganza ya que decía que él se iba a ir solo, bien campante y que ella se iba a quedar sola, lo cual no era justo porque no le iban a hacer nada después de todo lo que les hizo, argumentando también, que la iba a dejar a ella sola con todos los gastos y con \$1500 pesos apenas le iba a alcanzar, por lo que iba a ser como un premio para él porque sólo lo iban a sacar de la casa y no recibiría ningún castigo.

Fue en la quinta sesión en donde se mencionó a ED que la situación tanto de P como de ella sólo se arreglaría si hubiera una separación completa de su esposo; en cuanto se le dijo esto, hubo un momento de silencio de parte de ella y aunque lo expresaba con cierta duda argumentó que sí se separaría, si es que no había otra solución; sin embargo, a ED también le gustaría la opción de engañar a su esposo, diciéndole que ella se tiene que ir con sus hijos a otro lado y así él se tendría que quedar y sería una separación casi completa, lo que demuestra en este pensamiento la inseguridad que presentaba la paciente de dejar a su esposo.

También refiere que sus hijos le han dicho que se quieren morir, lo que ella atribuye a la situación que viven; dicho esto, durante esta quinta sesión se empezaron a utilizar las estrategias terapéuticas Psicoeducación y TREC ya que se fueron debatiendo todas sus ideas irracionales sobre la marcha, es así que en esta sesión se le empezó a confrontar acerca de la situación real en la que estaban sus hijos y en el riesgo en el que se encontraban los tres ya que estaban en una constante alerta, también se le dijo que P solo iba a poder cambiar su

comportamiento si esta situación de violencia se arreglaba porque él solo estaba reflejando lo aprendido en casa.

De esta manera, se le dijo que pusiera la situación en la balanza, de un lado P y S y del otro su esposo agresivo, los \$1500 que recibía de él y todos los beneficios que obtenía por parte de su esposo, una vez hecho esto, se le preguntó si eso compensaba la vida de sus hijos, por lo cual después de unos minutos, con llanto y al finalizar el confrontamiento realizado, ED dijo que efectivamente sí era necesaria una separación completa y por lo tanto sí aceptaba la solución que se le había dado; dicho esto se empezó a utilizar la estrategia de Psicoeducación, para ello se le explicó a ED el diagrama de secuencias (ver Figura 1), en donde en un primer momento, se le mostró que la violencia siempre va en aumento, lo cual se le hizo ver en ejemplos de la misma situación, posteriormente se le explicaron las consecuencias tanto pasadas, presentes y futuras, las cuales podrían llegar hasta la muerte; en esta sesión ED logró darse cuenta de que las conductas o comportamientos de sus hijos se debían principalmente a la situación de violencia que estaba viviendo la familia y por lo tanto, sólo poniéndole fin a ésta podrían estar mejor sus hijos y ella.

De igual forma, con ayuda del diagrama se le hizo ver que en realidad se encontraban muy expuestos y vivían en constante alerta, por lo que ella logró darse cuenta de todas las consecuencias negativas de la situación, como que la violencia iba en aumento, así como las consecuencias futuras que podrían ser la muerte y el abuso sexual, lo cual reflejó un cambio muy evidente en su pensamiento y en su discurso.

En la última parte de esta sesión ED mencionó algunos eventos de su vida; entre ellos mencionó que ha sido violada en dos ocasiones y que en una de ellas fue su primo, el cual es el verdadero papá de S, sin embargo, esto no lo sabía nadie, incluso nos comentó que para ella ha sido muy difícil debido a que ni su Mamá sabe y aunque su hija siempre le pregunta no puede decirle porque es muy

difícil para ella y no quisiera dañar a su hija. En el momento en que nos dijo esto se le dio un poco de orientación y se le alentó para que pudiera salir adelante haciéndole ver sus aspectos positivos, sus talentos y habilidades, asimismo se le sugirió que era importante que dicha situación se pudiera trabajar en terapia, pero que en ese momento era importante centrarse en la situación actual en la que vivía ella y su familia.

De la sexta sesión a la novena se realizó la intervención con el apoyo de estrategias educativas como la Psicoeducación, Orientación y la TREC pero esta última no fue empleada como técnica ya que se debatían y confrontaban las ideas y pensamientos que ED tenía y reflejaba en cada una de las sesiones conforme la marcha; también es importante tener en cuenta que debido a la situación se decidió utilizar estas estrategias para comenzar el proceso de separación y así la solución de la situación de violencia en la que viven.

Durante la sexta sesión se pudieron empezar a notar más cambios tanto en el aspecto de ED, como en sus acciones y en su discurso, tomando en cuenta cómo llegó ED a la terapia; es decir desaliñada, caminaba cabizbaja, su volumen de voz era muy bajo y su discurso era diferente debido a que ella venía con la idea de que P debería de cambiar porque como su esposo ya está viejo ya no se podía hacer nada; sin embargo, aunque desde la tercera sesión se empezaron a notar pequeños cambios fue hasta la sexta sesión que resultaron más notorios, ya que a ED se le veía con mejor postura, comenzaba a caminar más erguida, se comenzó a arreglar más ya que en esta sesión llegó con un poco de lápiz delineador en sus ojos y en su expresión se veía más tranquila, en cuanto a sus acciones llegó diciendo que ya realizó un primer paso y salió a vender, sin embargo en esta ocasión tuvo que meterse debido a que su esposo salió muy enojado, en esta sesión comenzó a hablar con más confianza y soltura .

Así mismo, durante esta sesión se notó con más seguridad en su respuesta acerca de querer seguir adelante con la separación, dicho esto se comenzó con el

proceso y se le ofreció un listado de opciones de instituciones para que realizara un primer contacto; durante esta sesión se realizó un plan de acción sobre lo que tenía que preguntar y decir, asimismo se realizó un debate ya que ED expresaba que sentía feo y por un momento dudó de su decisión, por lo que se le confrontó sobre su idea y se le volvieron a recordar los focos rojos y la constante alerta en la que se encontraba, lo cual hizo que reformulara el cómo iba a decir su problemática en las instituciones con más seguridad.

En esta sesión se le vio más alegre y hasta realizaba bromas y se reía de algunas cosas que decía o que platicaba, comentó cosas personales que le pasaban en el trabajo o con su familia y que le hacían reírse o estar alegre, de igual manera se le vio con planes a futuro.

En la séptima sesión se pudo notar un gran cambio, ya que ella confirmó que llamó a las instituciones y que le habían dado luz verde, lo cual le hacía sentirse mejor; de la misma manera, se recordó el paso siguiente del plan de acción realizado, el cual era dirigirse a las instituciones personalmente, en donde nuevamente se repasó lo que iba decir en cada una de ellas, es decir, lo que preguntaría, apoyándose nuevamente de la estrategia de Psicoeducación.

Durante dicha sesión ED comentó que ya estaba vendiendo chicharrones, dulces y algunas frutas picadas, lo cual la hacía sentirse muy relajada tanto a ella como a sus hijos, ya que a su marido lo ve más tranquilo y a sus hijos los ve contentos; dicho esto se le comentó que era una buena noticia que su esposo estuviera más tranquilo, pero que era importante que no por eso dejara de realizar el proceso, por lo que debía mantenerse firme en su decisión, explicándole el por qué del comportamiento de su marido, así como lo que podría pasar si ella decidía dejar el proceso. Dicho esto ella mencionó que no iba a dejar el proceso ya que estaba consciente que lo mejor tanto para ella como para sus hijos era que se separara de su esposo y que era más valiosa la vida de sus hijos y la suya que el hecho de que pudieran hacerle algo a su esposo.

De igual manera, pudo darse cuenta que en realidad iban a estar más tranquilos los tres e incluso mucho más felices ya que no estaban solos, lo cual demostró un cambio más en su discurso; así mismo se lograron ver más cambios tanto en el aspecto físico ya que comenzaba a maquillarse e incluso la ropa era más colorida, hablaba con más confianza, con más soltura y con un volumen más alto, en su forma de ser se le veía cada vez más alegre, peinada, con el cabello suelto, es decir se le veía completamente diferente a la primera sesión.

Posteriormente ED comentó que pudo decirle a su hija la verdad con respecto a su verdadero Padre y la violación, comentando que eso fue un gran paso para ella, ya que le quitó un gran peso de encima y la ayudó a sentirse mejor.

En la octava sesión llegó un poco desanimada ya que sí había asistido a las instituciones, pero le dijeron que ya no iban a poder hacer nada con respecto a su esposo porque ya estaba grande; sin embargo, le dijeron que si podían alejarlo de ellos sacándolo de su casa, y que sí se podría actuar de manera legal, pero con respecto al acoso sexual hacia su hija sí ella denunciaba quedaría como cómplice, lo cual la desmotivó mucho, debido a esto se tuvo que debatir las ideas que le habían producido esta desmotivación, lo cual a su vez permitió que ED siguiera firme en su decisión, así mismo, en una de las instituciones le sugirieron realizar una denuncia express porque sí había cosas que se podían hacer para resolver esta situación.

Finalmente en la novena sesión se logró ver un cambio más notorio ya que comentó que ha estado vendiendo y ya no le permite a su esposo que le diga nada; incluso con respecto a esta situación comentó que sus hijos le ayudaban a sacar el puesto, de igual manera mencionó que ya casi no pelea con su esposo porque aunque él la insulta, ella no le hace caso.

En cuanto a sus hijos, refiere que los tres se sienten más tranquilos y que aunque P no tuvo sesiones, estaba demostrando un cambio de actitud ya que incluso el profesor de la escuela le había mencionado que ya se portaba mucho mejor y ya no era tan grosero; así mismo argumentó que lo ve más tranquilo e incluso siente que P la apoya mucho y cuida a su hermana, ED refiere que esto se debe a que también tanto P como S la ven más tranquila y más alegre.

A su vez, durante esta sesión, argumentó que no será la primer mujer que sola saque adelante a su hijos y que en realidad sola nunca va a estar, mencionando que esta separación le permitirá realizar muchas otras cosas que le darán mayores ingresos y así podrá sacar adelante a sus hijos, dice que a pesar de que le va a doler la separación debido a que quiere a su esposo y a que cree que se va a quedar solo, no se va a arrepentir ya que incluso ha visto que muchas parejas están mejor separados y ella cree que así estarán mejor.

Debido a todos estos cambios tanto de actitud como de pensamientos ED decidió empezar el proceso que le ayudará a que exista una separación definitiva, incluso en esta sesión mencionó que ya asistió a las instituciones que se le recomendaron y realizó tanto la denuncia para el juicio especial, como la denuncia express, asimismo en esta sesión se pudo ver un gran cambio tanto en su discurso como en su actitud ya que habla completamente diferente, con un volumen de voz más alto, con más seguridad y con más fluidez, de igual manera se ve más segura, camina mucho mas erguida e incluso en la última ocasión venía completamente maquillada, peinada, con el cabello suelto y mucho más tranquila y alegre. Es así, que el objetivo de las sesiones fue poder dejarla encaminada en el primer paso a un gran cambio, lo cual logró cambiar su discurso y actitud con los que llegó en la primera sesión.

Finalmente, resulta importante mencionar que meses después, se intentó contactar a la paciente con la finalidad de darle seguimiento al caso; sin embargo, desafortunadamente tras varios intentos por comunicarse vía telefónica con ED, no se obtuvo respuesta.

CONCLUSIONES

Como ya es sabido, hoy en día la violencia intrafamiliar es un problema social de gran magnitud, por sus alarmantes cifras, como por la gravedad de las consecuencias que trae consigo para las víctimas y sus familias.

También es cierto, que desafortunadamente muchas de las personas que la padecen, no acuden a recibir ningún tipo de ayuda o atención, por diversas causas; entre ellas, frecuentemente se encuentra el miedo, la falta de información o muchas veces, la manera de pensar, ya que la propia cultura es la que promueve ideas, creencias, valores y expectativas que dificultan frenar la situación. Debido a ello, se tiene como resultado la desigualdad entre hombres y mujeres (incluyendo los miembros de la familia), siendo generalmente el hombre adulto quien ejerce poder, autoridad y dominio hacia las niñas, los niños y las mujeres, quienes son considerados/as en una posición inferior.

Siendo así, Almenares, et al. (1999), afirman que la violencia es un comportamiento que se aprende y que tiene sus raíces en la cultura y en la forma como se estructura la misma sociedad; por lo tanto, la utilización de la violencia como un mecanismo para reducir los conflictos, se aprende desde la niñez y se transmite de una generación a otra a través de la familia, los juegos, la educación y los medios de comunicación. Lo cual, resulta muy grave, ya que es en la familia donde principalmente se transmiten los valores que prevalecen en la sociedad; sin embargo, la violencia es prevenible y no es un problema social intratable.

Un buen ejemplo de ello, son los estudios realizados por Matud, et al. (2004), quienes llevaron a cabo un programa de intervención bajo el modelo de terapia cognitivo- conductual, con mujeres maltratadas por su pareja; cuyos resultados fueron muy favorables ya que se redujo de manera significativa la depresión y la ansiedad que padecían y hubo un aumento en su autoestima, la confianza en sí mismas y el control de sus vidas.

A su vez, Echeburúa y Fernández (2009), realizaron otro estudio bajo el modelo cognitivo-conductual, en donde evaluaron la eficacia de un programa de tratamiento psicológico para hombres encarcelados por haber cometido un delito grave de violencia de pareja; los resultados mostraron una modificación significativa sobre las creencias de la inferioridad de la mujer y sobre la violencia como forma válida de afrontar las dificultades cotidianas, además se presentó una reducción de los síntomas como la impulsividad y la ira, así como un aumento significativo en la autoestima de los hombres.

Ahora bien, el objetivo de esta tesis fue presentar una intervención cognitivo- conductual en un caso clínico de violencia intrafamiliar, en donde los resultados mostraron modificaciones significativas en las creencias o pensamientos erróneos de la paciente, así como una mejora en su autoestima y confianza en sí misma, la cual se reflejó en diferentes cambios observables en ella, como su arreglo personal, su manera de caminar y su expresión. Principalmente se fomentó la toma de decisiones, por lo que se logró dejar encaminado el proceso de separación de su esposo, el cual ejercía la violencia dentro de su hogar; pudiendo notar así, la eficacia del modelo de Terapia Cognitivo-Conductual, en la intervención de dicha problemática.

Como se mencionó, el objetivo principal de la intervención estuvo encaminado a fomentar la toma de decisiones, por lo que no se siguió de manera estructurada el modelo de evaluación conductual; lo cual demuestra que no siempre se puede llevar a cabo un plan de trabajo tan sistemático, ya que dependerá no solo de la situación o problemática que se esté presentando, sino de las características específicas del paciente, por lo cual es de gran importancia mantener la flexibilidad para adaptar el procedimiento de la evaluación conductual a cada caso o problemática.

Por otro lado, es muy importante que la violencia intrafamiliar, sea abordada desde múltiples niveles de acción y sobre todo de prevención, por lo que implica el

apoyo de diferentes sectores de la sociedad, así como de instituciones de ayuda que estén al alcance de cualquier persona, sin importar, raza, sexo o clase social; lo cual, tendrá como resultado un tratamiento integral, por lo que se sugiere la intervención de varios profesionales de la salud, no solo psicólogos, sino médicos, trabajadoras sociales y/o abogados, debido a que es un problema muy complejo, con raíces biológicas, psicológicas, sociales, culturales, ambientales, económicas y políticas. Es por ello que en el caso presentado, se le proporcionaron a la paciente una serie de instituciones de ayuda contra la violencia, así como de ayuda legal, a las que podía acudir.

De igual manera, es relevante fomentar que las personas víctimas de cualquier tipo de violencia, denuncien a sus agresores; esto con la finalidad de intervenir, atacar y así poder erradicar esta problemática, además de concientizar e informar, sobre el gran impacto que la violencia tiene en la salud física y mental de quienes la viven, así como las consecuencias graves y en ocasiones lamentablemente irreversibles, dependiendo de lo severo del daño producido y de su duración.

Otra forma de poder evitar o erradicar la misma, es estableciendo una relación de igualdad entre todos los miembros de la familia, ya que las relaciones familiares sanas estimulan la comprensión, la comunicación y el apoyo entre todos los miembros (Whaley, 2003).

Finalmente, aunque el objetivo no es considerar el modelo de Terapia Cognitivo- Conductual como único o totalitario en la intervención de la violencia intrafamiliar; es preciso mencionar la gran eficacia del modelo en ésta problemática, ya que por medio de algunas estrategias terapéuticas como Psicoeducación TREC y Orientación se pudieron obtener resultados muy favorables en el caso.

Así mismo, las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), permitieron mostrar la gran alarma que representa actualmente la violencia intrafamiliar, debido a las cifras tan elevadas de los hogares o familias que la viven y la sufren, ya sea ejercida en la mayoría de los casos por parte del hombre o en muy pocos por las mujeres; además, de acuerdo con algunos autores, se abarcaron los tipos más comunes en que se manifiesta la misma y algunas de las consecuencias más graves que se pueden presentar si no se trata a tiempo, entre ellas, la muerte.

De esta manera, no se trata de aprender a vivir con la violencia, se trata de considerarla como una problemática controlable y sobre todo tratable, evitando que sea un modo de vida y modificando ciertos pensamientos y creencias; por lo que es importante promover la salud, el bienestar y la calidad de vida.

*“Ojo por ojo y todo el mundo acabará ciego”
Mahatma Gandhi.*

BIBLIOGRAFÍA

- Almenares, M., Louro, I. y Ortiz, M. (1999). Comportamiento de la violencia intrafamiliar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(3), 285-92.
- Álvarez, J y Hartog, G. (2005). *Manual de prevención de violencia intrafamiliar*. México: Trillas.
- Andrasik, F. y Anderson, R. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de las cefaleas. En Caballo, V. (coordinador). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol 2. Cap. 12, pp 401-426. España: Siglo XXI.
- Azaola, E. (2005). *Violencia intrafamiliar y maltrato infantil*. México: Milenio.
- Balbuena, F. (2005). *Psicoterapias cognitivo- conductuales: desarrollo histórico y estado actual*. España: Universitas.
- Barcelata, B. y Álvarez, I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(05), 35-45.
- Baron, R. (1996). *Psicología*. México: Pearson Educación.
- Becoña, E. y Oblitas, L. (2008). Terapia cognitivo- conductual. En Oblitas, L. (coordinador). *Psicoterapias contemporáneas*. Cap. 5, pp 89-112. México: Cengage Learning.
- Bernstein, D. y Nietzel, M. (1988). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw- Hill.

- Buendía, J. (1999). *Psicología Clínica, perspectivas actuales*. España: Pirámide.
- Campos, P. y Thomason, B. (1998). Intervenciones cognitivo-conductuales en personas con VIH/SIDA. En Caballo, V. (coordinador). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol 2. Cap. 14, pp 460-468. España: Siglo XXI.
- Compas, B. y Gotlib, I. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw Hill.
- Cruz, M. (2004). *Concepto de violencia familiar*. México: Porrúa.
- Cullari, S. (2001). *Fundamentos de psicología clínica*. México: Pearson Educación.
- Echeburúa, E. y Fernández, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(1), 5-20.
- Ellis, A. (1989). *Practica de la terapia racional emotiva*. Bilbao. Desclée de Brouwer. Pp. 13-79.
- Farré, J. y Fullana, M. (2005). *Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual*. México: Ars Medica.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Cap 3. Barcelona: Paidós.
- Fernández, R. (1994). *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. España: Pirámide.

- García, L. y Cerda, B. (2011). *Violencia familiar*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM).
- García, P., Bethencourt, J., Sola, E., Martín, A. y Armas, E. (2011). *Violencia y psicología comunitaria: aspectos psicosociales, clínicos y legales*. Granada: COMARES.
- Garfield, S. (1979). *Psicología clínica, el estudio de la personalidad y la conducta*. México: Manual Moderno.
- Garrison, M. y Loredó, O. (2002). *Psicología*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Godoy, A. (1991). El proceso de la evaluación conductual. En Caballo, V. (coordinador). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Cap. 5, pp 91-108. España: Siglo XXI.
- Graña, J. y Muñoz, M. (1998). Tratamiento cognitivo- conductual de la adicción a la heroína y a la cocaína. En Caballo, V. (coordinador). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol 2. Cap. 4, pp 169-191. España: Siglo XXI.
- Harrsch, C. (2005). *Identidad del Psicólogo*. México: Pearson.
- Hernández, A. (2008). Terapia Racional Emotiva. En Oblitas, L. (coordinador). *Psicoterapias contemporáneas*. Cap. 10, pp 201-205. México: Cengage Learning.
- Kendall, C. y Norton, J. (1988). *Psicología clínica, perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa.
- Kriz, J. (2001). *Corrientes fundamentales en Psicoterapia*. Argentina: Amorrortu.

- Kuipers, E., Leff, J. y Lam, D. (2004). *Esquizofrenia guía práctica de trabajo con las familias*. España: Paidós.
- Labrador, F., Rincón, P. y Fernández, R. (2005). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica: programa de actuación*. Madrid: Psicología pirámide.
- Labrador, F., Fernández, R. y Rincón, P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 527-547.
- Labrador, F., Larroy, C. y Puente, M. (2008). Terapia de conducta. En Oblitas, L. (coordinador). *Psicoterapias contemporáneas*. Cap. 6, pp 113-141. México: Cengage Learning.
- Lafarga, J. (2008). Más allá de la psicoterapia tradicional, el enfoque humanista centrado en la persona. En L. Oblitas. (coordinador). *Psicoterapias contemporáneas*. Cap. 7, pp 143-156. México: Cengage Learning.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España: Siglo XXI.
- Marzillier, J. (1997). *¿Qué es la Psicología Clínica?*. España: Promolibro.
- Matud, P., Gutiérrez, B. y Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del Psicólogo*. 88, 1-26.
- Meichenbaum, D. (1988). Terapias cognitivo conductuales. En Linn, S. y Garske, J. *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Pérez, A. (1982). *Psicología clínica, problemas fundamentales*. México: Trillas.
- Pont, T. (2007). *El psicólogo ante las crisis de la vida. Aportación de la Psicología Clínica desde una experiencia vivencial*. España: UOC.
- Phares, E. y Trull, T. (1999). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.
- Rivera, O., Fayne, E. y Lucio, E. (1987). *Integración de estudios psicológicos*. México: Diana.
- Roca, M. (2002). *Psicología Clínica, una visión general*. Cuba: Félix Varela.
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. 2ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sánchez, J. y Hernández, N. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual*. México: Libros en Red.
- Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica*. México: Manual Moderno.
- Sánchez, J. (2008). Psicoanálisis. En L. Oblitas. (coordinador). *Psicoterapias contemporáneas*. Cap. 4, pp 65-88. México: Cengage Learning.
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien, sentirse bien*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Torres, P., Espada, F. y Ochoa, E. (1996). *Violencia en casa*. España: Aguilar.
- Vallejo, M. (1998). *Manual de terapia de conducta*. Vol. II. Madrid: Dykinson.

- Vallina, O. y Lemos, S. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En Pérez, M; Fernández, J; Fernández, C; Amigo, I. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Cap. 1, pp. 38-42. Madrid: Pirámide.
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2007). *An introduction to Cognitive Behaviour Therapy. Skills and applications*. Londres: SAGE.
- Williamson, D., Smith, C. y Barbin, J. (1998). Terapia cognitivo- conductual para los trastornos de la alimentación. En Caballo, V. (coordinador). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol 2. Cap. 5, pp 197-212. España: Siglo XXI.
- Whaley, A. (2003). *Violencia intrafamiliar: causas biológicas, psicológicas, comunicacionales e interaccionales*. México: Plaza y Valdés.
- Zayfert, C. y Black, C. (2008). *Terapia Cognitivo-Conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. México: Manual Moderno.