



UNIVERSIDAD
RICARDO PALMA

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO



Psicólogo: Lenin Cárdenas Angulo

Temario 4ta sesión

- Trauma y Resiliencia.
- Técnicas de intervención breve

INTERVENCIÓN PROGRAMA TERAPÉUTICO

Contacto psicológico

- Permitir el desahogo
- Escucha activa
- Tranquilizar, dar seguridad
- Canalizar y contener sus emociones
- Mostrar empatía
- Transmitir esperanza
- Mostrar un posicionamiento contra la violencia

Ayuda a la acción

- Examinar el problema
- Explorar la violencia
- Informar de los recursos y derechos
- Promover la toma de decisiones
- Valorar el riesgo

Ofrecer seguridad

- Alejamiento del agresor
- Facilitándole los recursos de acogida
- Retorno al hogar
- Facilitándole recursos de autoprotección
- Sosteniendo una “ruptura evolutiva

Recuperación emocional

- Visibilización de la violencia
- Trabajo específico de:
 - creencias erróneas
 - roles de género
 - aspectos emocionales
 - habilidades
 - redes de apoyo
- Trabajo psicológico: resignificación del hecho traumático

ATENCIÓN A HIJOS E HIJAS DE LAS PERSONAS ATENDIDAS

- La violencia que se ejerce sobre las mujeres en el ámbito familiar también afecta a los y las menores que lo integran. Los niños y las niñas son víctimas de la violencia de género que se ejerce sobre sus madres y son víctimas en todos los casos de violencia psicológica y, a veces, también física directa.

Entre los efectos que la violencia de género tiene sobre los/as menores se encuentran:

- Problemas de socialización: aislamiento, inseguridad o agresividad.
- Problemas de integración en la escuela: falta de concentración, disminución del rendimiento, etc.
- Síntomas de estrés postraumático: insomnio, pesadillas, fobias, ansiedad.
- Síntomas depresivos: llanto, tristeza, aislamiento.
- Alteraciones del desarrollo afectivo, tales como dificultad para manejar las emociones e internalización de roles de género erróneos.
- En algunos casos, la muerte.

Las circunstancias en las que los y las menores pueden estar expuestos a la violencia de género, son las siguientes:

- El/la menor está presente de forma directa en el momento de producirse el hecho violento.
- Encontrándose en otra estancia, escucha lo que “cree que pasa al otro lado”.
- En algunas ocasiones que ni ve ni oye, simplemente presiente lo que puede estar pasando.

- El daño producido en cualquiera de ellas debe ser evaluado y, a priori, ninguno es más benévolo que otro.
- Se hace necesario, por tanto, la incorporación de buenas prácticas a través de la actuación profesional, promoviendo el trabajo en red y la elaboración de protocolos de actuación que faciliten abordar y atender adecuadamente los casos que se detecten.

- En este apartado sobre menores, hijos e hijas de víctimas de violencia de género, queremos comenzar con una pregunta que nos asalta: ¿Qué necesita una criatura para crecer sana emocionalmente y ser capaz de establecer buenas relaciones con las demás personas?
- Necesita un vínculo sano y seguro con las personas que se encargarán de su crianza los primeros años de vida.

- El hecho de trabajar con mujeres víctimas de violencia de género nos obliga a poner atención sobre el cuidado de las condiciones en las que sus hijos/as se están desarrollando.
- Para garantizar respuestas adecuadas en la atención de los hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género se considera conveniente hacer una revisión del desarrollo evolutivo del niño/a contemplando el desarrollo psicomotor, cognitivo y socioafectivo.

Trabajo en grupo

1. ¿Cuáles son las principales características que tiene mi intervención (programa protocolo) respecto a los casos de violencia de género,?

¿Esta se encuentra validada , por ejemplo de acuerdo a las características de la población de mi zona de trabajo?

2.- ¿Qué enfoques terapéuticos utilizo con frecuencia?

3.- ¿Qué estrategias y/o técnicas psicoterapéuticas suelen ser más efectivas?

4.-¿En mi Centro se cuenta con algún instrumento que permita medir el grado de satisfacción, motivación, respecto a la labor desempeñada por los profesionales?

5.¿Cuento con algún instrumento que me permita medir mi grado de estrés, cansancio laboral por la labor desempeñada?

Resiliencia

- Morales & Díaz (2011), manifiesta: La resiliencia se refiere a la capacidad que tienen algunas personas para mantenerse positivamente activas tras las adversidades de su entorno y se recuperan con facilidad ante sus calamidades sea cual fuera el motivo de su trauma. A pesar de ello permite que el individuo resiliente pueda contar con mayores recursos para afrontar nuevas adversidades en su vida futura.

- “La resiliencia se ha visto en diversas situaciones adversas que sufren las personas, una de ellas, es la violencia de género, que se ha venido manifestando de distintas formas y en diferentes contextos, que en mayor magnitud estos casos se han visto con mayor transcendencia en mujeres” (Zalapa, García, & Figueroa, 2012).

Resiliencia

Autorregulación emocional,
habilidad para lidiar con
frustraciones.



- “Las consecuencias en la violencia de género producen un deterioro significativo en la salud física y psicológica de las mujeres que la padecen, ya que tanto el maltrato físico, psicológico o emocional pueden repercutir de forma negativa sus capacidades resilientes; pero pueden ser potenciadas y recuperadas para que de esta manera estén preparadas para afrontar las dificultades que se le presentan en su relación de violencia” (Salvador, 2015).

La OMS (2014) refiere:

- Estas formas de violencia pueden ser causa de depresión, trastorno de estrés postraumático, insomnio, trastornos alimentarios, sufrimiento emocional e intento de suicidio. En el mencionado estudio se observó que las mujeres que han sufrido violencia de pareja tenían casi el doble de probabilidades de padecer depresión y problemas con la bebida.
- La tasa fue aún mayor en las que habían sufrido violencia sexual por terceros. Entre los efectos en la salud física se encuentran las cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general.
- La violencia sexual, sobre todo en la infancia, también puede incrementar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, así como las prácticas sexuales de riesgo en fases posteriores de la vida.
- Asimismo se asocia a la comisión (en el hombre) y el padecimiento (en la mujer) de actos de violencia.

- A nivel psicológico aunque las secuelas no son visibles como los daños físicos existen en ciertos casos daños irreparables, entre los devastadores efectos que esta conducta produce en la salud mental, destaca la disminución de la autoestima en las víctimas, por ser ésta una experiencia que destruye su amor propio, colocándolos en un mayor riesgo, dicho sentimiento de desvalorización genera la ausencia de su poder personal e incapacidad de relación conllevando a estados depresivos y ansiosos alterando su funcionamiento normal en las distintas áreas en las que se desenvuelve

- “La autoestima es una de las herramientas personales e importantes a las que las mujeres podrían recurrir para defenderse de las agresiones a las cuales son expuestas; la cual es relacionada por una disminución de la identidad, que la persona se atribuye a sí misma, y las características personales, sus ideas y valores, que en este proceso de degradación muchas mujeres sienten que no pueden decir quiénes eran anteriormente” (Kirkwood, 1999).

Algunos de los síntomas psicológicos que con mayor frecuencia sufren las víctimas de violencia doméstica:

1. Ansiedad Generalizada o aguda
2. Depresión
3. Problemática de pareja. Dentro del rubro de la problemática de pareja, se deben explorar los aspectos psicopatológicos de la pareja, tales como:
 - a) Ira descontrolada.
 - b) Ansiedad/estrés.
 - c) Celos patológicos.
 - d) Consumo abusivo de alcohol.
4. e) Déficit de asertividad y de comunicación.
5. Pérdida de la autoestima
6. Sentimientos de culpa
7. Aislamiento social

La Psicología positiva

“En el nivel clínico, uno de los objetivos de la psicología positiva es cambiar el marco de intervención hacia el desarrollo de estrategias terapéuticas que favorezcan la experiencia emocional positiva, lo cual está orientado hacia la prevención y tratamiento de los problemas derivados o agravados por la presencia de emociones negativas como la ansiedad, la depresión, la agresión y el estrés, entre otros”.

La psicología humanista

- Hace tiempo que ha defendido la existencia en el ser humano de una “fuerza” que le lleva hacia la autorrealización (Maslow, 1983), de un mecanismo interno, llámese actitud positiva o biófila, que favorece la salud y la normalidad, que alienta a crecer y ser mejores, aún en condiciones adversas (Chiland, 1982, Radke-Yarrow y Sherman, 1990).
- Viktor Frankl, el hombre en busca de sentido

INTERVENCIÓN PROGRAMA TERAPÉUTICO

Contacto psicológico

- Permitir el desahogo
- Escucha activa
- Tranquilizar, dar seguridad
- Canalizar y contener sus emociones
- Mostrar empatía
- Transmitir esperanza
- Mostrar un posicionamiento contra la violencia

Ayuda a la acción

- Examinar el problema
- Explorar la violencia
- Informar de los recursos y derechos
- Promover la toma de decisiones
- Valorar el riesgo

Ofrecer seguridad

- Alejamiento del agresor
- Facilitándole los recursos de acogida
- Retorno al hogar
- Facilitándole recursos de autoprotección
- Sosteniendo una “ruptura evolutiva

Recuperación emocional

- Visibilización de la violencia
- Trabajo específico de:
 - creencias erróneas
 - roles de género
 - aspectos emocionales
 - habilidades
 - redes de apoyo
- Trabajo psicológico: resignificación del hecho traumático

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La intervención psicológica en la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género

Tiene como meta:

Modificar componentes cognitivos afectivos motivacionales y comportamentales en función de promover el bienestar psicológico y reducir la escalada del daño derivado de la violencia de género.

Propósitos:

- Comprensión adecuada de la problemática y desarrollar los recursos necesarios para enfrentarla.
- Reducción de la sintomatología y el impacto psicológico del maltrato.
- Aumento y fortalecimiento de la autoestima, autoconcepto, autoeficacia y seguridad en sí misma.
- Enseñanza y mejoramiento de los estilos de afrontamiento, solución de problemas y toma de decisiones

- Fomento de estilos de comunicación y habilidades sociales adecuadas.
- Modificación de las creencias tradicionales sobre roles de género, actitudes sexistas y mitos sobre la violencia en la pareja.
- Restablecimiento del bienestar psicológico del individuo, disminuyendo o eliminando las manifestaciones de trastornos emocionales, ansiedad, depresión y tensión.

PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN:

- **Ver** a la mujer sola, en un espacio lo menos ruidoso posible y aislado del paso de las demás personas, garantizando la confidencialidad.
- **Atenderla** frente a frente o en diagonal.
- **Procurar** que el lugar sea claro, con temperatura agradable y bien ventilado.
- **Utilizar** el tiempo necesario para la entrevista.
- **Escuchar** primero y luego recoger datos. Tomar datos entre pausas.
- **Registrar** con precisión su historial y descripción de los hechos.

ACTITUDES A EVITAR DURANTE LA INTERVENCIÓN

- **Culpabilizar** a la mujer a través de frases como:
“¿Por qué sigue con él? ¿Qué ha hecho usted para que él sea tan violento? Si usted quisiera realmente acabar con la situación, se iría”.
- Tratar el problema como un simple conflicto de pareja o derivarla a terapia de pareja.

La terapia de pareja está absolutamente contraindicada, ya que puede poner más en riesgo la vida de la mujer, como también realizar sesiones de mediación conjunta.

- No se pueden imponer los propios criterios y decisiones.
- Manifestar prejuicios sobre la violencia. Es imprescindible reflexionar sobre los propios valores, creencias y actitudes en relación con la violencia.
- Evitar dar respuestas rápidas y precipitadas.
- Pretender dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente, dando falsas esperanzas.
- **Patologizar**, juzgarla, darle consejos, conductas paternalistas o victimizarla con comentarios o expresiones

Líneas interventivas con la mujer maltratada: (15)

- Trabajar sobre su sistema de creencias, mitos, ciclo de la violencia, estereotipos e identidad de género.
 - Clarificar factores relacionados con la aparición de la violencia de pareja (macrosociales y microsociales, familiares, relacionales e individuales)
 - Resignificar las emociones que experimenta ante la violencia (culpa, vergüenza, fracaso, miedo, inseguridad, ansiedad, depresión).
 - Favorecer el desarrollo de las cualidades volitivas (independencia, firmeza, perseverancia y autodominio)
 - Adecuar niveles de autovaloración, autoestima, autodeterminación, autoeficacia.
 - Reconstrucción de sentidos, significados y proyectos vitales.
 - Favorecer la ampliación o formación de su red de apoyo familiar y social.
 - Reaprendizaje de modos de afrontamiento adaptativos.
 - Estimular que sea parte activa de resolver su situación, que ella misma diga lo que necesita y cómo desea ser ayudada.
 - Reajustar indicadores funcionales de la personalidad (flexibilidad, mediatización reflexiva, capacidad para reestructurar el campo, la tendencia activa a concienciar, la dimensión temporal, autodeterminación, seguridad, optimismo).
-

Líneas interventivas con la mujer que ha terminado la relación: (15)

Ayudarlas a elaborar el duelo por las pérdidas: de la relación, de la ilusión de una familia, de un proyecto de vida, económicas, de la red social.

Ayudarlas a enfrentar el sentimiento de culpa, soledad y vulnerabilidad.

Reajustar los roles.

Estimular la creación y fortalecimiento de lazos de apoyo sociales y familiares.

Reconstrucción de sentidos, significados y proyectos vitales.

Resignificar las emociones que ha experimentado ante la violencia.

- Es **imprescindible** que sea **un o una profesional de la psicología** quien se **responsabilice** de la utilización de **estrategias y/o técnicas** que estime oportunas, **dentro del contexto del proceso terapéutico** que se mantiene con la mujer víctima de violencia de género.
- Una utilización inapropiada o en un momento no adecuado, puede acarrear muchos más problemas que aquellos que se tratan de solucionar.

- El psicólogo(a) o terapeuta que trabaja con estas mujeres maltratadas debe desarrollar un arsenal de técnicas psicoterapéuticas en sus intervenciones. La manera en que deben ser utilizadas no responden a un orden, éstas van variando según el momento y el paciente.
- En estas intervenciones, el profesional, en la medida que las utiliza enseña su empleo a las pacientes y las invita y motiva a usarlas por su cuenta en su diario vivir.

- Es necesario enfocar la intervención psicológica a partir de la combinación de diversas técnicas de intervención: las cognitivas, emocionales, psicoeducativas, de autoayuda, gestálticas, psicodinámicas, conductuales, de comunicación y de relajación-meditación.

- La interacción de estas técnicas resulta altamente beneficiosa para superar los sucesos vitales de violencia de género que tienen grandes repercusiones en las esferas cognitiva-afectivo-motivacional y comportamental.

- Las técnicas o combinaciones de técnicas se seleccionan en función de las metas y objetivos perseguidos en la terapia, las conceptualizaciones que ha realizado el profesional del caso, lo que necesita la paciente en el momento específico de la intervención, los recursos disponibles con que cuenta la paciente y las habilidades o destrezas del terapeuta.

- Entre las técnicas cognitivas utilizadas dentro del proceso terapéutico para mejorar el estado de salud psicológica de la mujer, destacan las siguientes:

Técnicas cognitivas:

- **Reevaluación cognitiva:** utilizada por profesionales de la psicología para trabajar las ideas de autoculpa, negación de ser víctima, vergüenza, falta de valía y sentimiento de fracaso como persona, mujer, esposa, madre e hija, así como de amor, de afecto, etc. en relación a:
- Identificando los pensamientos generadores de malestar, unos son pensamientos repetitivos e involuntarios en forma de recuerdos e imágenes sobre el maltrato y los otros son creencias y pensamientos autocríticos, principalmente de vergüenza y culpabilidad.
- Ella misma, trabajando la autoestima y autoconcepto: empoderamiento y autonomía de la mujer víctima de violencia de género.

- Sus hijas e hijos: se trabaja la relación con el maltratador-dominador, la victimización que también padecen.
- Las relaciones sociales externas: con la familia de origen y la del maltratador, con las amistades y la sociedad en general.
- La violencia vivida y sus consecuencias en ella y las y los niños y niñas.
- Su pareja maltratante.
- El proceso judicial.

- Identificando las diferentes formas de mirarse uno mismo, al mundo y a los demás entre ellos: Focalizando en lo negativo: prestar atención a lo negativo y desatender lo positivo.
- **Personalizando:** asumir el 100 % de la responsabilidad en los acontecimientos negativos.
- **Hipergeneralizando:** sacar una regla general y universal a partir de un detalle específico. —si fracasé una vez, siempre fracasaré.

- Utilizando excesivas expresiones debería/tengo que: excesivas autoverbalizaciones de sobre exigencia, también referidas al mundo o a los demás. -Debería haber actuado antes, —No me hubiera ocurrido si -
- Leyendo la mente de los demás: suponer que los demás no se interesan por ti, que no le gustas a los demás, etc. Sin pruebas de que esas suposiciones sean correctas.
- Pensando de manera extrema: significa categorizar la experiencia en términos extremistas y dramáticos. —tengo que ser perfecto de lo contrario no valgo nada.

- **Reestructuración cognitiva:** se trabaja con base en las creencias irracionales que tiene interiorizadas la mujer, para transformarlas en creencias racionales, más eficaces y saludables para el bienestar de ella misma como mujer, madre, esposa e hija y sobre las demás personas.
- Por ejemplo: centrándose en las relaciones afectivas y de pareja o sobre el mundo en general o en la justicia que espera recibir.

- **Técnicas para disputar las creencias irracionales:** argumentos lógicos, empíricos y de consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas.
- **Detener el pensamiento:** cada vez que identifiques la avalancha de pensamientos repetitivos, involuntarios, negativos en forma de recuerdos e imágenes sobre el maltrato **DETENERLOS** con palabras clave como "Para" o "Basta", y luego respirar con calma o sustituirlos por un nuevo pensamiento más acertado de forma positiva. Lo importante es no alimentar un pensamiento que te hace daño emocional, sino reconocerlo y dejarlo pasar.

Las siguientes técnicas fueron tomadas y adaptadas del libro “Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida”:

- **Descatastrofizar:** se utiliza con el objetivo de ayudar a la paciente a evaluar si está sobreestimando la naturaleza de una situación como catastrófica.
- Se utilizan preguntas del tipo: ¿Qué es lo peor que te puede suceder? O, si sucede ¿De qué manera cambiará tu vida de aquí a cuatro meses? Con esta técnica se ayuda a que la paciente no vea las consecuencias de sus acciones como todo o *nada, lo que las lleva a percibir las situaciones como menos catastróficas.*

Ejemplo:

- **Paciente:** *Mi familia pensará que soy una fracasada.*
- **Terapeuta:** *¿Y qué sucede si lo hacen? ¿Y qué hay de malo en que ellos o cualquier otra persona piensen que es una fracasada? ¿te convierte en eso? ¿Qué tiene de horrible?*
- **Paciente:** *Sería terrible, desastroso.*
- **Terapeuta:** *Vamos a mirarlo de nuevo ¿Qué sucede si ellos piensan algo de ti? ¿Cómo sabes qué piensan? ¿es verdad eso que piensan?*
- **Paciente:** *De cualquier forma, el mundo seguirá girando igual por lo que no es tan terrible, aunque siga para mí pareciendo horrible*
- **Terapeuta:** *Tienes toda la razón el mundo seguirá girando igual ¿Y entonces qué?*

El proceso de convertir la adversidad en ventaja:

- Con esta técnica se pide al paciente que busque las posibles consecuencias positivas de una situación o momento difícil. Se pretende que el paciente aprecie que como suele suceder con mucha frecuencia para algo que se pierde, se gana otra importante.
- Esto suele ser difícil dado que las pacientes tienden a ver el lado negativo u oscuro de lo que les sucede, buscar algo positivo en la situación que atraviesan puede ser complejo. Lo más probable es que no encuentren nada positivo.
- Muchas veces suelen ver aspectos positivos, pero reconociéndolos como negativos llegando incluso a tildar al terapeuta como no realista. En este caso el terapeuta puede responder que su punto de vista no es menos real que la perspectiva negativa también irreal del paciente

Ejemplo:

- **Paciente:** *En esta situación que estoy con dos hijos, sin trabajo y sin casa propia, ¿qué puedo hacer?*
- **Terapeuta:** *¿Sin casa propia? ¿Has pensado en la casa que te han brindado tus padres? ¿Has pensado en otras posibilidades, que de hecho hemos hablado? ¿Qué hay de todo eso?*
- **Paciente:** *Tienes razón no tengo por qué lamentar algo que ya detestaba, pero no sé si seré capaz de hacer algo nuevo, de irme en este momento.*
- **Terapeuta:** *Analícemos esa idea que acabas de decir....*

Descubrimiento guiado de la asociación:

El terapeuta mediante preguntas sencillas puede ayudar a la paciente a examinar el significado que le atribuye a los acontecimientos. Las preguntas pueden ser: ¿Qué implica esto?, ¿Y entonces qué? ¿Qué sucederá entonces? ¿Qué prueba tienes para confirmar que esto es verdad?, ¿Ves algunas conexiones en todo eso?, ¿Ves algunos puntos en común entre todos estos pensamientos?

En esta técnica se trabaja con el paciente para que enlace ideas, pensamientos, imágenes, se le proporciona por el terapeuta las conjunciones a las verbalizaciones.

Con esta técnica el terapeuta guía a la paciente por el proceso terapéutico según las conceptualizaciones y los objetivos terapéuticos. Esta técnica al pertenecer al arsenal de técnicas cognitivas de la terapia cognitiva conductual desde esta teoría puede emplearse para identificar las presunciones o esquemas subyacentes de la paciente.

Fantasear consecuencias:

Se le pide a la paciente que fantaseen una situación y que describan las imágenes y los problemas que se relacionan. Con esta técnica se invita al paciente a que traiga a consulta las situaciones o interacciones imaginadas que se han sucedido en el pasado o que creen que acontecerán en el futuro.

Se intenta que la paciente traslade las fantasías que evoca a la situación presente mediante verbalizaciones, haciendo que las imágenes lleguen a ser más dóciles a la adaptación. En ocasiones en la medida que describen sus problemas pueden darse cuenta de la irracionalidad de sus ideas.

Si las consecuencias que fantasean son razonables y posibles, se puede trabajar con la paciente para evaluar el peligro con realismo y desarrollar la estrategia de manejo. Es necesario conocer que las imágenes fantaseadas se matizan con las mismas actitudes y creencias disfuncionales que afectan sus percepciones las que en general son negativas. Ayudar al paciente a investigar y explicar el estilo, contenido y forma puede generar buen material de trabajo para la terapia.

Ejemplo:

- **Terapeuta:** Me gustaría que cerraras los ojos y que imaginaras lo que crees que sucederá al saber tu hijo que te separarás de su padre.
- **Paciente:** Me imagino entrando en su cuarto. Mi hijo se encuentra allí jugando en la computadora y me mira y pregunta por la situación
- **Terapeuta:** ¿Qué te hará o dirá?
- **Paciente:** Se pondrá muy bravo cuando le diga que me voy a divorciar. Me gritará y dirá que no lo haga, que él no quiere separarse de su papá, que voy a arruinar sus vidas. Me dirá que mejor le dé otra oportunidad.

- **Terapeuta:** *¿Qué estás pensando ahora?*
- **Paciente:** *También pensaba que se pondrá en contra mía, que me dirá que si quiero me vaya sola de la casa. Posiblemente me diga que yo tengo la culpa de todo y aprovechará cualquier momento para decírmelo.*
- **Terapeuta:** *¿Qué hará entonces?*
- **Paciente:** *Se pondrá muy bravo y esto le durará días, un buen tiempo, pero creo que llegará a calmarse.*
- **Terapeuta:** *Vamos a volver a la imagen anterior. En tu fantasía, en tu imaginación, tu hijo se enfadará, se pondrá en contra tuya y te hace no tomar la decisión.*
- **Paciente:** *¡No, no! Él se preocupa mucho por mí, no va a ponerse en contra mía. Y se pondría muy mal si yo sigo soportando estas golpizas, si yo sigo con este sufrimiento.*

Comprensión del significado idiosincrásico:

Dado la amplitud de significados que tienen las palabras el terapeuta no puede estar seguro que es lo que quiere decir el paciente cuando utiliza las palabras "triste", "suicida", "atemorizada".

Por este motivo es fundamental preguntar directamente a la paciente sobre el significado de sus verbalizaciones. Estas preguntas se estructuran de manera tal que no sean intrusivas, sino que el terapeuta sin dar en el blanco de la comprensión se halle en la dirección correcta.

Esta técnica es como asumir el "enfoque Colombo" (hace alusión a un personaje que encarna un detective que va resolviendo los casos no diciendo a las personas lo que piensan que han hecho, sino que presumiendo que no sabe nada hace preguntas que parecen tontas u obvias y así llega al saber).

Ejemplo:

- **Paciente:** *yo soy una mujer sin suerte*
- **Terapeuta:** *te llamas una mujer sin suerte y qué significa eso para ti, ¿qué es una mujer sin suerte?.*
- **Paciente:** *Ud. sabe lo que es una mujer sin suerte, una mujer como yo.*
- **Terapeuta:** *No, no estoy seguro, yo sé lo que yo quiero decir cuando digo una mujer sin suerte, pero es importante saber qué significa para ti cuando usas ese término.*

Reatribución:

Una afirmación que en ocasiones está presente en este tipo de paciente es creer que "todo ha sido culpa mía". En ocasiones hacen suyas la idea "se lo merece por su comportamiento" "se lo buscó por no hacerle caso".

No es posible que una persona sea responsable de todo lo que sucede en una relación y menos llegar a la escalada de violencia. Algunos pacientes tienden a hacerse responsables de sucesos que son escasamente atribuibles a ellos y en otras ocasiones tienden a culpar a alguien y de esta manera no asumir ninguna responsabilidad.

Es tarea del terapeuta ayudar a distribuir la responsabilidad entre todas las partes relevantes. El terapeuta debe adoptar una posición media donde ayude al paciente a reatribuir la responsabilidad y no sentirse culpable de todo, ni atribuir falsamente la culpa a la otra persona.

Ejemplo:

- **Paciente:** *todo es culpa mía, si yo le hubiese hecho caso, si no hubiese sido tan exigente, no estaríamos donde estamos.*
- **Terapeuta:** *En otro momento me contaste que también hiciste cosas muy buenas a favor de la relación, o sea que según Ud. Ha hecho cosas buenas y malas por la relación. ¿Es tuya toda la culpa de que no haya funcionado tu matrimonio, tu relación?*
- **Paciente:** *sí, claro que mía.*
- **Terapeuta:** *¿Qué hizo tu pareja en la relación?, ¿qué papel jugó? ¿hizo algo que ayudó a las dificultades o problemas que tienen? Te invito a que valores, examines tus contribuciones y las de tu pareja en la situación actual de pareja que tienen.*

- **Paciente:** *Si miro bien todo es culpa mía*
- **Terapeuta** *¿Hizo tu pareja algo que contribuyera al problema?*
- **Paciente:** *¿Además de golpearme y mentirme?*
- **Terapeuta:** *Vamos a empezar por ahí*

Examen de las opciones alternativas:

- Estas mujeres maltratadas son generalmente pacientes que creen que han perdido todas las opciones o que consideran que son muy escasas o nulas y dentro de ellas puede valorarse como posibilidad la muerte como la más fácil. El empleo de esta estrategia cognitiva por el terapeuta implica que este trabaje con la paciente para generar opciones adicionales.
- Si el terapeuta confronta con el paciente la opción del suicidio como inadecuada, impropia o mala, puede enfrentarse directamente con el paciente y esta situación puede tender al paciente a asumir una postura más fuerte a favor del suicidio, distanciarlo o perder la confianza.
- Aunque incorrecta el suicidio es una opción, por lo tanto, el objetivo del terapeuta es generar otras opciones, incluso una, por muy limitadas que parezcan. El terapeuta encamina su trabajo a favor de que siempre hay otra alternativa.

Cuestionar las pruebas:

- Esta es una técnica muy útil para combatir los pensamientos disfuncionales. Se trata de examinar el grado en que el pensamiento se apoya en pruebas disponibles y si otras interpretaciones se corresponden con las pruebas.
- Es objetivo del terapeuta que enseñe al paciente a cuestionarse las pruebas que está empleando para mantener o reforzar una idea o creencia. Para ello el terapeuta debe orientar también el trabajo hacia el examen de todas las fuentes, procedan de donde procedan; conociendo que las personas prestan una atención selectiva a las pruebas que confirman sus creencias o ideas.
- Con frecuencia el paciente le da idéntico valor a todas las fuentes vengan de donde vengan. Suelen centrarse en fragmentos de la información que confirman y calzan bien a sus puntos de vista e ignorar las partes principales de la información, es como "ver un árbol y no todos los árboles que conforman el bosque". Es objetivo en esta técnica que el paciente aprenda a cuestionarse todas las pruebas.

Exageración o paradoja:

- Llevando una idea hasta el extremo, el terapeuta puede ayudar al paciente a moverse hacia una posición más central. Debe manejarse por el terapeuta con cautela y no con mucha frecuencia ya que algunas pacientes pueden sentirse ridiculizados y que se toma a la ligera sus problemas.
- En la dinámica el paciente puede ver o colocar las cosas en posiciones extremas, en consecuencia cuando el terapeuta adopta una posición aún más extrema utilizando los absolutos nunca, siempre, todo, nada, nadie, todos; se obliga al paciente a moverse de su extremo y adoptar una posición más moderada.
- Hay que tener en cuenta que en ocasiones la paciente adopta la proposición del terapeuta como reforzador de su posición, este es un riesgo que debe manejar el terapeuta. Se recomienda que para su empleo es necesario que exista una fuerte relación profesional entre terapeuta –paciente, una buena temporalización y tener el terapeuta las destrezas para saber cuándo retirarse o abandonar la técnica.

Ejemplo:

- **Paciente:** *A nadie le intereso, nadie me ha ayudado nunca.*
- **Terapeuta:** *¿Nadie?, ¿Nadie en este mundo se ha interesado por tí o te ha brindado una ayuda, aunque haya sido pequeña?*
- **Paciente:** *Bueno quizás mi mamá*
- **Terapeuta:** *¿Ningún maestro, profesor, amigo, compañero de trabajo, vecino, conocido se ha interesado por tí y te ha ayudado alguna vez de alguna manera?*
- **Paciente:** *Ya Ud. va al extremo. Claro que han existido personas que me han ayudado en determinadas situaciones, pero no cuando yo lo he necesitado.*
- **Terapeuta:** *Repasemos todo esto. Cambia las cosas. Las personas se han interesado por ti, las personas te han ayudado, pero no cuando tu querías o necesitaban que lo hicieran. ¿Hay alguna manera que puedas trabajar para conseguir más ayuda pidiéndola de otra forma? ¿Distintas formas o distintas gentes?*

Graduar:

- Es una técnica muy útil para los pacientes que ven el mundo o las cosas de manera dicotómica. Permite ganar en distancia y perspectiva al ver las cosas como que pertenecen a un continuo de fuerza.
- Cualquier movimiento que se logra con su empleo hacia un punto medio o un foco dimensional resultará de gran utilidad.

Ejemplo:

- **Terapeuta:** Si gradúas tu desesperación en una escala de 1 a 100 ¿En qué punto te encuentras?
- **Paciente:** En el máximo
- **Terapeuta:** Eso es demasiado. ¿Puedes pensar en la situación de mayor desesperación que hayas vivenciado en toda tu vida? ¿Cuándo fue eso?
- **Paciente:** Eso es fácil cuando me cogió por el cuello delante del niño y sentí que no podía respirar.
- **Terapeuta:** ¿Entonces cuán desesperada estuviste?
- **Paciente:** 100.

- **Terapeuta:** *¿Puedes recordar el momento de mayor tranquilidad, calma*
- **Paciente:** *No*
- **Terapeuta:** *¿En ningún momento en tu vida?*
- **Paciente:** *Bueno por decir algo ...*
- **Terapeuta:** *Me pregunto si has estado en paz, sosegada alguna vez*
- **Paciente:** *Sí, cuando me dijeron que mi hermanita había nacido, cumplía yo 10 años.*

- **Terapeuta:** *Si ese fue un momento de tranquilidad, clasifícalo como 1 o 0 desesperación. Usa esos dos acontecimientos, el nacimiento de tu hermana como 0 desesperación y el intento de matarte en presencia de tu hijo como 100 de desesperación. Comparados esos dos momentos: ¿Cuál es tu desesperación en este instante?*
- **Paciente:** *Si lo veo de esa manera, comparado con eso es de 40 0 45.*

Otro ejemplo

- **Terapeuta:** Si gradúas tu tristeza en una escala de 1 a 100 ¿En qué punto te encuentras?
- **Paciente:** En el máximo
- **Terapeuta:** Eso es demasiado. ¿Puedes pensar en la situación de mayor tristeza que hayas vivenciado en toda tu vida? ¿Cuándo fue eso?
- **Paciente:** Eso es fácil cuando me golpeó por primera vez delante del niño y sentí que no tenía remedio.
- **Terapeuta:** ¿Entonces cuán triste estuviste?
- **Paciente:** 100.

- **Terapeuta:** *¿Puedes recordar el momento de mayor alegría?*
- **Paciente:** *No*
- **Terapeuta:** *¿En ningún momento en tu vida?*
- **Paciente:** *Bueno por decir algo ...*
- **Terapeuta:** *Me pregunto si has sido feliz alguna vez.*
- **Paciente:** *Si. Cuando me regalaron una bicicleta por mi cumpleaños, cumplía yo 10 años.*

- **Terapeuta:** *Si ese fue un momento feliz, clasifícalo como 1 o 0 tristeza. Usa esos dos acontecimientos, el regalo de cumpleaños como 0 tristeza y la primera golpiza como 100 de tristeza. Comparados esos dos momentos: ¿Cuál es tu tristeza en este instante?*
- **Paciente:** *Si lo veo de esa manera, comparado con eso es de 40 0 45.*

Externalización de las voces:

- El terapeuta cumple el papel de los pensamientos negativos sirviendo como recurso para que la paciente pueda llegar a responder de forma más adaptativa. En un principio la paciente puede enunciar sus pensamientos disfuncionales y el terapeuta modelar las respuestas de manera más adaptativa.
- Se puede por el terapeuta ir gradualmente, previo modelaje de las respuestas adaptativas, aumentando la dificultad de los pensamientos disfuncionales. El terapeuta reconoce el tono, contenido y contexto general de los pensamientos pudiendo generar intervenciones; el paciente no se percata tanto de esto y habitualmente "oyen" solo en sus cabezas las voces disfuncionales. Beck, Rush, Shaw y Emery refieren que es una técnica que también permite al terapeuta ir evaluando cómo la paciente va aprendiendo a aplicar las técnicas cognitivas.
- Con ella se enfrenta al paciente con los pensamientos e imágenes automáticas, se exageran las creencias y después se anima a los pacientes a responder. Esto permite al paciente reforzar la confianza en su capacidad para manejar posibles "acontecimientos o sucesos difíciles" en el futuro.

- **Ejemplo:**
- **Terapeuta:** *Te invito a que en la medida que yo soy tu voz negativa, tu produzcas una voz más positiva y funcional.*
- **Paciente:** *Trataré*
- **Terapeuta:** *¡Comencemos! ¡Si no sabes lo que estás haciendo!*
- **Paciente:** *Eso no es verdad. Algunas veces puedo estar por encima de mis posibilidades, pero en general sé lo que hago.*

Desarrollo de la disonancia cognitiva:

- Es una técnica muy útil en pacientes que están pensando en el suicidio. Estos generalmente enfrentan algún conflicto con respecto a su familia o creencias culturales o religiosas. Pueden ver el suicidio desde lo aprendido en su vida como malo, incorrecto, pecaminoso.
- Cuando hay conflictos entre los propios pensamientos, las creencias y la conducta, se produce ansiedad. La meta ante estos pacientes consiste en generar ansiedad y después ayudarles a resolverla de forma efectiva. Los pacientes pueden plantear que su muerte resolverá un problema o que no tendrá significado, ni importancia.
- Hacerle examinar el efecto de su muerte sobre sus seres queridos puede ser un impedimento efectivo. Alimentando la disonancia de la paciente, elevando el nivel de ansiedad, el terapeuta puede guiar al paciente hacia la resolución de la disonancia de manera funcional.

- **Ejemplo:**
- **Terapeuta:** *¿Qué consecuencias tendrá esto para tu hija y tus padres?*
- **Paciente:** *Vivirán, seguirán con sus vidas.*
- **Terapeuta:** *Estoy seguro que vivirán, pero ¿con qué efecto? ¿Cómo influirá tu conducta en lo que piensan, sienten y hacen en sus vidas futuras?*
- **Paciente:** *Mejor no pensar en eso.*
- **Terapeuta:** *Pero es algo que está ahí, que debes al menos ahora mirar.*
- **Paciente:** *¿Para qué, por qué hacerlo? Cuando me muera todo habrá acabado....*
- **Terapeuta:** *Una vez que te mueras el efecto, las consecuencias permanecen.*

Uso de metáforas:

- La metáfora es una representación simbólica de una situación y como tal es sintética, totalizadora, condensa diferentes elementos, su ubica en el hemisferio derecho del cerebro que es el del inconsciente, Las metáforas proporcionan una Gestalt en la cual hechos que antes se veían aislados, se pueden percibir relacionados unos con otros. El lenguaje explicativo, que se basa en el razonamiento, tiende a aislar y a fragmentar, a describir un hecho seguido de otro, de manera lineal. El lenguaje metafórico tiende a sintetizar y a combinar, une diferentes niveles de pensamiento y toca los sentimientos, es determinante en la comprensión de las relaciones, alianzas, distancias emotivas, resistencias al cambio, etc.
- El uso de la metáfora se puede dar en dos niveles: el uso activo de la metáfora por parte del terapeuta, o activar a la paciente para que utilice metáforas en su comunicación.
-

Hablar con metáforas.

- Es una manera efectiva de recoger información y de comunicarse cuando una mujer se encuentra particularmente bloqueada para expresar los sentimientos. En algunas ocasiones comunicar con metáfora promueve un cambio, a través de toma de conciencia, a veces dramática. Por ejemplo, decirle a una mujer que expresa miedo de salirse de la relación *"usted se siente en una cárcel, atrapada ¿de qué están hechos los barrotes? ¿de miedo? aquí está una llave para abrir la puerta de la cárcel, se la entrego". "su vida es como un río al que se le han puesto muchos diques que no lo dejan fluir, el agua está estancada, se ha vuelto fangosa. El río puede seguir fluyendo por otros cauces diferentes, el agua tiene mucha fuerza, va a encontrar esos nuevos cauces"*.
- Otra manera de comunicarse con metáforas consiste en atribuir a un objeto (una silla, una muñeca) connotaciones emotivas propias de un individuo o de varias personas. Por ejemplo, *una silla puede personificar a una persona y pedirle a la mujer que le hable a esa persona y le exprese sus sentimientos con toda intensidad. O a una madre preocupada por la violencia de la que están siendo testigos sus hijos, se le puede dar una muñeca para que le comunique sus angustias y que imagine lo que la muñeca le respondería.*

-

El uso de metáforas por la paciente.

- Cuando una persona genera una metáfora expresa su realidad interna, en forma significativa y relevante para ella misma, los cambios que se den en la metáfora, se darán simultáneamente en un nivel inconsciente, profundo de esa realidad interna y por tanto determinarán cambios en los afectos y en las conductas de la persona. Se puede utilizar de la siguiente manera: Se le pide a la mujer que cierre los ojos, que se relaje (se sugiere introducir alguna técnica de relajación), se le pide que tenga un sueño o fantasía en el que se vea ella misma representada simbólicamente, que deje que surja el primer símbolo que llegue a su mente que represente su vida en este momento.

- En una segunda fase, se le pide que transforme ese símbolo, como a ella le gustaría que estuviera, que permita en su imaginación que ese símbolo cambie. Como tercera fase se le pide que abra los ojos y que verbalice las imágenes que fueron evocadas, lo que surge es un panorama vivo y dinámico de imágenes simples y elocuentes no censuradas por la lógica. Para terminar se le dice que esa imagen va a seguir trabajando dentro de ella más allá de la sesión. (*Una mujer se representaba como una flor marchita y sedienta, el segundo momento consistió en transformarse en un jardín lleno de flores brillantes.*)

Asignación de tareas (18)

- La realización de tareas fuera de la sesión constituye una manera de experimentar cambios por la persona, no basta comprender el problema hay que ensayar formas diferentes de comportarse. No es suficiente explicar el problema a una mujer, ni siquiera que ella misma logre explicárselo; lo más importante es que pueda hacer cosas diferentes.
- La tarea es una modalidad técnica dirigida a promover el cambio en forma gradual, las “tareas a domicilio” son una modalidad dirigida a amplificar el proceso, de tal forma que la mujer se vea cada vez más capaz de funcionar en forma autónoma. En muchos casos no es importante la correcta ejecución de la tarea, sino la posibilidad de ensayar escenarios diferentes. La tarea se asigna sobre el trabajo realizado en la sesión, sobre los datos recogidos y utilizando los contenidos que aporta la mujer.

Algunos ejemplos de tareas pueden ser:

- informarse de cursos de capacitación laboral, buscar en el periódico u otras fuentes las posibles ofertas de trabajo a las que pudiera aplicar, pedir la consulta con un abogado, decirles a sus familiares y amigos la situación de violencia que está viviendo, registrando los pensamientos y creencias que permiten que se dé el ciclo de la violencia; además de las creencias y pensamientos deben señalar en qué momento los tienen para ser complementado a lo largo de la semana, entre otros, etc.*

Técnicas reflexivo vivencial:

- Son técnicas que se basan en la unidad de lo cognitivo y lo afectivo, formadoras de sentidos psicológicos a través de la elaboración de contenidos pasados, vivencias sobre sí y los diferentes momentos de vida, mueven al conocimiento de sí mismo, de nuevas representaciones sobre su vida emocional propiciando una reorganización interna de las mismas; permiten, mediante un proceso cognitivo con alta implicación emocional, la comprensión de las contradicciones y exploración de las contingencias de la autorregulación, no solo en el presente, sino en la historia vital. Ayudan a estabilizar las autoafirmaciones, sobre la base de la historia de vida personal.
- Utilizadas para que el sujeto pueda generar un proceso de introspección sobre cierto aspecto de su vida, tome conciencia e inicie un proceso de transformación frente a él.
- Las características de las técnicas referidas al individuo hacen que estas puedan ser movilizantes, pues hacen aflorar sentimientos no controlados, o guardados de manera inconsciente por quienes los experimentan, detonando procesos catárticos. Esta característica hace a este tipo de técnicas un espacio poco recomendable para coordinadores que no tienen formación en comportamiento humano y salud mental.

Recordar es vivir

Se le solicita que haga una evocación del evento violento más relevante de todos los vividos y desde esta expresión el terapeuta analiza las condiciones en las que ocurrió la violencia, utilizar el análisis de género, la etapa del ciclo de la violencia, las emociones que generó, y otras vivencias y significados del proceso que, en dependencia de la narración de ella, considere de la interpretación de contenido como instrumento central por sus fines utilitarios. Se interpreta primero el proceso y luego el contenido cercanas a la representación que sobre el evento tiene la víctima y solamente se interpreta lo que ella exprese. No puede pasar por alto la retroalimentación, lo que entendió, lo que piensa, siente.

Caminata del recuerdo

- Consiste en hacer recorridos imaginarios por momentos específicos que permitan hacer identificaciones importantes que le aporten en la comprensión de sus realidades. Su utilidad, analizar hechos, emociones que se generaron, comportamientos que se asumieron, modos en que se afrontaron (si modos pasivos o activos) lecciones aprendidas.

Costumbres orales

- Es un instrumento de elaboración que nos permite establecer relaciones entre los constituyentes de la personalidad que proporcionan nuevos conocimientos de la leyenda de vida de la víctima y de su proceso sociabilizador en la conformación de su identidad genérica. Entre ellos todas aquellas creencias, imaginarios sociales acerca de la violencia hacia la mujer, saberes, estereotipos sexistas, atributos y mitos que están presentes en la subjetividad.
- Sirve para recordar procesos de crianza, cambios en las vidas de las personas, relaciones entre espacios y sujetos, roles masculinos y femeninos, prejuicios sexistas y ante todo identificar aspectos significativos en las relaciones interpersonales, en las relaciones de pareja, en la configuración y fusionalidad del vínculo, los valores, las expectativas en la relación de pareja y la comunicación.

Narraciones de vida

- Son momentos en los que se narran la historia de la propia vida de la víctima en la relación intersubjetiva con la pareja, desde allí realiza la interpretación de contenido. Se refiere a la versión oral o escrita que un individuo hace de su vida en relación de pareja. La Historia de Vida acude al relato como uno de sus documentos.
- La naturaleza del relato autobiográfico es la de un discurso específico de carácter interpretativo, caracterizado por construir y sostener una imagen particular de sí mismo. Como método y como producto, el relato autobiográfico expresa el sentido de vida, el proyecto de vida, la jerarquía motivacional, sus tendencias orientadoras, su autovaloración y sus recursos psicológicos. Se puede hacer por etapas de la vida o quedarse en una sola que sea significativa de acuerdo con el tema que se trabaja.

Técnica de desactivación fisiológica:

Ejercicios de respiración.

- Procedimiento:

- Inicialmente se realiza una breve introducción a la paciente sobre las funciones e importancia de la respiración, explicando cómo debe transcurrir idealmente el proceso.

- Se explica que en el proceso de desarrollo de la vida las personas vamos transformando de manera inadecuada nuestra respiración y esto puede llegar a provocar efectos negativos en nuestra salud. El psicoterapeuta debe explicar que cuando estamos sometidos a situaciones de estrés una de las primeras reacciones fisiológicas es el incremento o aceleración del ritmo respiratorio junto con la consecuente aceleración del ritmo cardíaco y la presión, contrario a la forma de hacerlo de manera más saludable. Para evitar esto los pacientes deben seguir los pasos siguientes:

1. Siéntate con la espalda derecha.
 2. Relaja los hombros y los brazos.
 3. Pon las manos en la zona del ombligo.
 4. Concentra tu atención en esa zona.
 5. Inspira profundamente expandiendo el vientre tanto como puedas.
 6. Espira el aire contando mentalmente hasta diez, contrayendo músculos abdominales. (También puedes ejercer presión con las manos sobre la barriga. Recuerda que las manos deberían subir al inspirar y bajar al espirar).
 7. Sigue respirando de esta manera durante unos cuantos minutos.
- Insistimos, durante la ejecución en la correcta realización del ejercicio, verificamos, corregimos los detalles y al final le pedimos que narren su experiencia. Puede extenderse de forma demostrativa de 15 a 20 minutos.

Premisas encaminadas a la recuperación integral de la mujer afectada por la violencia de género:

- Cualquier intervención que se realice, debe dar prioridad a la seguridad física y psicológica de la mujer, así como la de sus hijos e hijas.
- El hecho de que la mujer, víctima de violencia, solicite ayuda no significa que esté en condiciones de emplear los recursos y apoyos que se le proporcionan.
- Por efectos del ciclo de la violencia y de la dependencia emocional causada como consecuencia del proceso de violencia, existe un alto riesgo de “vuelta” a la situación anterior de violencia.

- Es imprescindible que la aplicación de la consejería prevea la integración de otros profesionales en el proceso de intervención.
- Es necesario evaluar el riesgo de la situación de violencia, los signos de alarma ante homicidio o de conductas auto infligidas por la mujer.
- En muchas ocasiones la mujer puede haber realizado ya otros intentos de salir de su situación pero la utilidad de los modos de afrontar no le han permitido conseguir su objetivo de vivir sin violencia.

- Valorización de las categorías distinguidas en las distintas dimensiones de caracterización de las relaciones de poder Relaciones de poder en la sexualidad y la reproducción