

MÉXICO
2010

Bicentenario
Independencia

Centenario
Revolución



ATENCIÓN PSICOLÓGICA a Mujeres en Situación de Violencia

Lineamientos y Protocolos

**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD



Vivir Mejor

ATENCIÓN PSICOLÓGICA A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

LINEAMIENTOS Y PROTOCOLOS





ATENCIÓN PSICOLÓGICA A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA LINEAMIENTOS Y PROTOCOLOS

Primera Edición, 2010

D.R. © Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Secretaría de Salud
Homero 213, 7° piso
Colonia Chapultepec Morales
C.P. 11570, México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in México

Se imprimieron 600 ejemplares
Se terminó de imprimir en septiembre de 2010

ISBN 978-607-460-140-4

Esta publicación fue elaborada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Edición: Aurora del Río Zolezzi, Georgina Amina Aquino Pérez, Lilia Flores Ramírez.

Corrección de Estilo: Lilia Flores Ramírez.

DIRECTORIO

DR. JOSÉ ÁNGEL CÓRDOVA VILLALOBOS

Secretario de Salud

DR. MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

DRA. MAKI ESTHER ORTIZ DOMÍNGUEZ

Subsecretaria de Innovación y Calidad

LIC. LAURA MARTÍNEZ AMPUDIA

Subsecretaria de Administración y Finanzas

DR. ROMEO SERGIO RODRÍGUEZ SUÁREZ

Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

C.P. TOMÁS LIMÓN LEPE

Titular del Órgano Interno de Control

LIC. BERNARDO FERNÁNDEZ DEL CASTILLO SÁNCHEZ

Director General de Asuntos Jurídicos

LIC. CARLOS OLMOS TOMASINI

Director General de Comunicación Social

DIRECTORIO

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

DRA. PATRICIA URIBE ZÚÑIGA

Directora General

DRA. SUSANA PRUDENCIA CERÓN MIRELES

Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

DR. LUIS ALBERTO VILLANUEVA EGAN

Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal

DRA. AURORA DEL RÍO ZOLEZZI

Directora General Adjunta de Equidad de Género

DR. ADALBERTO JAVIER SANTAELLA SOLÍS

Director de Violencia Intrafamiliar

LIC. GEORGINA AMINA AQUINO PÉREZ

Subdirectora de Atención a la Violencia

Subdirección de Prevención de la Violencia

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS	7
2. OBJETIVOS	11
3. SUSTENTO LEGAL	15
4. LINEAMIENTOS GENERALES	19
5. LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON ENFOQUE DE GÉNERO	27
6. EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES DESDE EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	35
7. MARCO CONCEPTUAL	41
8. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN	53
9. PROTOCOLOS DE CANALIZACIÓN Y REFERENCIA	73
10. COMPILACIÓN DE TÉCNICAS	79
11. ANEXOS	97
12. BIBLIOGRAFÍA	119



1

Capítulo

PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

1

PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS





1 PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

El presente Manual de Lineamientos y Protocolos para la Atención Psicológica de Mujeres que viven en situación de Violencia Familiar y de Género se diseñó con el fin de proporcionar una guía práctica para las y los psicólogos que brindan atención en los Servicios Especializados de Atención a mujeres en situación de violencia.

En él se establecen los criterios para la atención psicológica de las mujeres con la finalidad de brindar un servicio oportuno, de calidad técnica e interpersonal, que limite los daños a la salud de las mujeres y contribuya a parar la situación de violencia; así mismo, retoma los procedimientos para la referencia precisa y eficiente.

Este manual está diseñado en el marco legal y normativo vigente para la atención de la violencia familiar y contra las mujeres, así como en el Modelo Integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual, Manual de Operación, de la Secretaría de Salud y es parte de los objetivos del Programa de Acción Específico 2007-2012 de Prevención y atención de la violencia familiar y de género.

Para la elaboración de estos protocolos de atención se contó con el aporte de las mejores prácticas recabadas en el grupo de expertas que se conformó y la experiencia a nivel internacional en la atención a mujeres en situación de violencia, quienes aportaron su experiencia y compromiso profesional y personal en el trabajo con mujeres. La información se recopiló a través de la metodología del Benchmarking, para aprovechar en lo posible el trabajo y la experiencia del personal que labora en el Programa de Prevención y Atención de la Violencia familiar y de Género, en cuanto a atención psicológica a mujeres que viven en situación de violencia en nuestro País.

Queremos agradecer la participación del grupo de expertas y expertos: Juan Carlos Segarra, Julia Velázquez, Ana María Zellhuber, Juan Carlos Segarra, Adalberto Santaella, Georgina Aquino, Susana Ramírez, Irma Aldana, Jackeline Cortazar, Andrea Escamilla, Martha Flores Cabazos, Ma. Teresa Ortega, Claudia González, Nathalie Lara Molina, Ana Trinidad Gómez, Litanía Madrigal, Paola Durán y Nancy Bernal, personas que aportaron su experiencia, conocimientos, propuestas, observaciones puntuales, mejor disposición y entusiasmo para la construcción de estos protocolos de atención.

Un especial agradecimiento a la Dra. Gioconda Batres quien desinteresadamente aportó y enfatizó la necesidad de incorporar la visión de género en la práctica profesional de quienes trabajan con mujeres en situación de violencia y dio un marco comprensivo de las problemáticas que enfrentan las mujeres y la perspectiva que requiere mantener quien las acompaña en su proceso de ayuda para salir de la situación de violencia.

A la titular de este Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva por la confianza en el equipo de la Dirección de Violencia Intrafamiliar para la elaboración, coordinación y conducción de este documento y a Lilia Flores por sus observaciones, aportaciones y todo su apoyo para la realización de este trabajo.

Confiamos en que este manual será una herramienta esencial que facilite al personal de psicología su trabajo con las mujeres que viven violencia, y a su vez, conlleve a generar en las usuarias un cambio en los patrones de conducta que les permita gozar plenamente de sus derechos y vivir libres de violencia.

Dra. Aurora del Río Zolezzi

*Directora General Adjunta de Equidad de Género
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*



2 Capítulo
OBJETIVOS



2 Capítulo OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Estandarizar las técnicas y objetivos terapéuticos para la atención psicológica, que se ofrece como parte de la atención especializada a mujeres en situación de violencia en los Servicios Estatales de Salud. Este manual puede servir de base para las mejores prácticas en el resto de las instituciones del Sistema de Salud.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A continuación se presentan los objetivos específicos del Manual:

- 1) *Establecer los lineamientos básicos de atención considerando las políticas, los procesos y los procedimientos pertinentes a la atención.*
- 2) *Proporcionar un marco conceptual que ubique a las y los usuarios del Manual en el enfoque Cognitivo- Conductual, que sustenta estos protocolos.*
- 3) *Proporcionar un marco contextual que incorpore a la atención psicológica el enfoque de género y considere la zona geográfica y los recursos personales, familiares, sociales e institucionales.*
- 4) *Establecer los protocolos y las técnicas terapéuticas a utilizar en la atención a mujeres acorde al tipo de problemática que presenten, con el fin de parar la situación de violencia que están viviendo.*
- 5) *Establecer los objetivos terapéuticos de la atención psicológica acorde al tipo de violencia o magnitud que se presenta.*
- 6) *Definir los objetivos terapéuticos particulares de cada una de las sesiones que se proporcionen, acorde a las técnicas utilizadas.*
- 7) *Establecer las metodologías de evaluación de avances y de logros terapéuticos.*
- 8) *Describir los protocolos de referencia y contrarreferencia, acorde a las condiciones, las características y los procedimientos pertinentes al caso.*
- 9) *Proporcionar una herramienta para que los servicios de salud puedan cumplir con las obligaciones y la normatividad vigente para la atención a mujeres que viven en situación de violencia familiar y sexual.*



3 Capítulo
SUSTENTO LEGAL





3 Capítulo SUSTENTO LEGAL

A continuación se presentan las leyes, reglamentos, normas y documentos, que dan sustento y a los cuales hace referencia el presente manual.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Última reforma publicada en el DOF el 27 de abril de 2010).

TRATADOS INTERNACIONALES VINCULATORIOS

- *Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).*
- *Convención para la Sanción, Prevención y Atención de la Violencia contra las Mujeres (Belem do Pará).*

LEYES

- *Ley General de Salud (Vigente última reforma publicada en el DOF 24 de abril de 2010).*
- *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (DOF: 17 febrero 2007).*
- *Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres (DOF: 2 agosto 2006).*



REGLAMENTOS

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (Última reforma publicada DOF el 4 de diciembre de 2009).
- Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (DOF: 11 marzo 2008).

NORMAS

- 1) NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. (DOF: 16 abril 2009).
- 2) NOM-010-SSA2-1993. Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. (DOF: 21 junio 2000).
- 3) NOM-017-SSA2-1994. Para la Vigilancia Epidemiológica. (DOF: 11 octubre 1999).
- 4) NOM-025-SSA2-1994. Para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica. (DOF: 16 noviembre 1995).
- 5) NOM-028-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. (DOF: 15 septiembre 2000).
- 6) NOM-167-SSA1-1997. Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social a Menores y Adultos Mayores. (DOF: 17 noviembre 1999).
- 7) NOM-168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico. (DOF: 30 septiembre 1999).
- 8) NOM-040-SSA2-2004. En materia de Información en Salud. (DOF: 28 septiembre 2005).

MODELOS SSA

- Manual de Operación del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual.

OTRAS PUBLICACIONES

Folleto "Para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. ¡Conoce! La NOM -046-SSA2-2005".

Folleto "Recomendaciones a directores de las unidades de salud para la aplicación de la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención".

4 Capítulo
LINEAMIENTOS GENERALES





4

Capítulo

LINEAMIENTOS GENERALES

Ana María Zellhuber y Georgina Aquino

A continuación se presentan los lineamientos generales para brindar atención psicológica a mujeres que viven en situación de violencia en los Servicios Especializados de Atención a la Violencia de los Servicios Estatales de Salud.

4.1. EN CUANTO A LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN

La atención está dirigida principalmente a las mujeres que viven en situación de violencia severa; sin embargo, el programa tiene como política el rechazo cero, por lo que se ofrecerá la atención indistintamente a toda mujer que acuda en busca de apoyo por encontrarse viviendo una situación de violencia, sea moderada, severa o extrema.

La atención se ofrecerá a mujeres de 15 años en adelante.

4.2. EN CUANTO A LA ATENCIÓN INICIAL

En un primer nivel de atención, las mujeres que acudan a los servicios de salud como resultado directo de la vivencia de una situación de violencia familiar o de género, o cuando existan sospechas de que sus padecimientos son consecuencia de ésta, deberán recibir orientación al respecto, así como la aplicación de la herramienta de evaluación de riesgo en la que se determine el tipo de urgencia, **conforme al Capítulo 7** del Manual de operación del Modelo Integrado.

En el caso de que la usuaria acuda directamente al Servicio Especializado de atención a la violencia, en éste se deberá ofrecer preferentemente a través del área de Trabajo Social o en su defecto a través del área de Psicología, la orientación al respecto, aplicación de la herramienta de detección y se determinará el tipo de urgencia conforme al **Capítulo 4 y 7** del Modelo Integrado manual operativo.

La sesión utilizada para este fin no se contabilizará dentro del marco de sesiones terapéuticas.

4.3. EN CUANTO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN PSICOLOGÍA

- La atención se ofrecerá conforme a la “Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica, la Norma Oficial Mexicana **NOM-046-SSAZ-2005** y el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual.

NOTA

CAPÍTULO 7, MODELO INTEGRADO, P. 130.

PARA EVALUAR EL RIESGO SE INDICAN 3 HERRAMIENTAS:

1RA. EVALUACIÓN DE RIESGO SEGÚN SITUACIÓN ESPECÍFICA DE VIOLENCIA.

2DA. EVALUACIÓN DE CAPACIDAD DE RESPUESTA DE LA USUARIA Y,

3ERA. EVALUACIÓN DE LA PELIGROSIDAD DEL AGRESOR.

NOTA

CAPÍTULO 4 MODELO INTEGRADO, P 77-81.: ENTREVISTA, HERRAMIENTA DE DETECCIÓN Y DETERMINACIÓN DE EMERGENCIA DEL SUCESO.

- La Atención Psicológica de los Servicios Especializados de atención a la violencia estará enfocada a problemáticas concretas provocadas por sucesos violentos del mundo exterior que requieren de una re-estructuración de las capacidades de la mujer en cuanto a: manejo emocional de la situación para evitar que ella sea rebasada por su situación; manejo intelectual para poder realizar un análisis adecuado de la situación, visualizando las opciones y los recursos con los que se cuenta para facilitar la asertividad en la toma de decisiones y; el manejo de síntomas, síndromes o trastornos resultantes de la situación específica de violencia, como sería el trastorno por estrés postraumático y la sintomatología relacionada. Además de favorecer la capacidad de la usuaria para salir de la situación de violencia y detectar, fortalecer o construir sus redes de apoyo, con el fin de parar la situación de violencia. Por último se puede proporcionar atención tendiente a la rehabilitación de aquellas mujeres que ya se encuentran libres de la situación de violencia.
- Se proporcionará orientación en cuanto a los derechos humanos de las mujeres y los servicios de atención a la violencia que brindan otras instituciones y organismos de la sociedad civil.
- En ningún momento se proporcionará atención a través de terapia de pareja o familiar, ni se intentará un proceso de reconciliación o mediación con la pareja conforme a los **Artículos 8 fracción IV y 46 fracciones I y II** de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia.



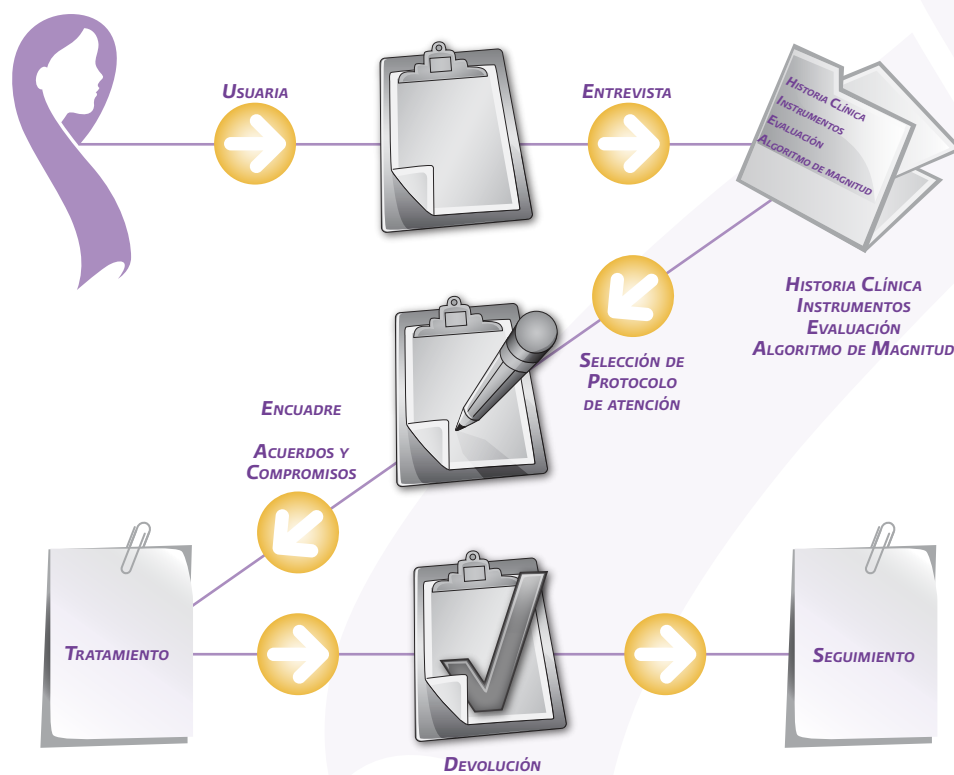
4.4. CON RESPECTO A LO QUE NO SE PUEDE LOGRAR CON ESTE TIPO DE INTERVENCIÓN:

- No se pueden tratar problemáticas sindrómicas como la depresión, las neurosis, las psicosis o trastornos de personalidad, éstos deberán ser referidos a otro nivel resolutivo de atención.
- En el caso de la violencia extrema y cuando la mujer no cuente con una red de apoyo social a la cual pueda acudir para refugiarse, se promoverá la referencia a un refugio y será en éste donde se proporcionen los servicios de atención psicológica, ya que dichas instancias son capaces de proporcionar la atención por un período de 3 meses.

4.5. EL PROCESO DE ATENCIÓN DEBERÁ INCORPORAR LOS SIGUIENTES PASOS (ver fig. 1)

- Entrevista para la realización de la Historia Clínica de psicología, que servirá para el diagnóstico diferencial y por tanto, para la selección del protocolo de atención a aplicar, así como para la adecuada referencia del caso cuando aplique.
- Registro de caso conforme a lo establecido en la normatividad.
- Elaboración de la Historia Clínica para la Atención Psicológica.
- Aplicación de Instrumentos de valoración del estado psico-emocional.
- Aplicación del Algoritmo de Magnitud de la Violencia para la selección del Protocolo de Atención Psicológica, que se encuentra en el Capítulo 8 sección C del presente Manual.
- Diagnóstico Inicial.
- Selección del Protocolo de Atención Psicológica a utilizar.
- Información a la usuaria del Encuadre terapéutico a utilizar.
- Establecimiento de acuerdos y compromisos terapéuticos con la usuaria.
- Aplicación del Protocolo de Atención Psicológica seleccionado.
- Evaluación de la efectividad del tratamiento a través de instrumentos específicos.
- Referencia cuando aplique.
- Seguimiento de caso al menos uno a los 3 meses y se deberá contar con consentimiento por escrito por parte de la usuaria.

FIGURA 1



4.6. EN CUANTO A LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

La modalidad de la atención estará sustentada en la magnitud y tipo de violencia a la que se encuentra sujeta la usuaria. Para realizar la clasificación y selección del tipo de atención a ofrecer, se utilizarán las herramientas que se encuentran en el manual de operación del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual –Herramienta de Detección, Evaluación de riesgo, Peligrosidad del Agresor y Capacidad de Respuesta–, y el Algoritmo de Detección del Nivel de Violencia que se encuentra en el Capítulo 8 Sección C de este Manual.

Los Protocolos de Atención de acuerdo a las clasificaciones antes mencionadas son las siguientes:

1. VIOLENCIA MODERADA

2. VIOLENCIA SEVERA

3. VIOLENCIA EXTREMA

4. VIOLENCIA SEXUAL

5. Camino de Retorno a la Vida Sin Violencia

- 1) Para la **violencia moderada** se ofrecerán **3** sesiones individuales y deberá referirse a la usuaria, como primera elección a los grupos de re-educación para mujeres en situación de violencia, de no existir esta opción, se promoverá la apertura de un grupo para **12** sesiones, dentro del servicio especializado tendientes a la sensibilización del impacto de la violencia en sus vidas y al fortalecimiento de acciones que permitan a las usuarias identificar y detener el ciclo de la violencia y reforzar sus redes de apoyo familiares, sociales e institucionales. De no ser posible la referencia a los grupos antes referidos, entonces deberá ser referida a un grupo externo a los Servicios de Salud.
- 2) En el caso de la **violencia severa** se brindarán **12** sesiones individuales, con el objetivo de ayudar a la usuaria del servicio a desarrollar las habilidades en las esferas cognitiva, emocional, conductual, física y social que le permitan tomar decisiones, recuperar su autonomía y construir alternativas para salir de la situación de violencia.
- 3) En el caso de que se identifique o se presente directamente en el Servicio Especializado una mujer que se encuentra viviendo una situación de **violencia extrema** se deberá:
 - i. Referir a consulta médica para garantizar su salud física.
 - ii. Asegurar el aviso al Ministerio Público conforme a lo establecido en el Capítulo 3 del Manual de Operación del Modelo Integrado, siempre y cuando no implique incrementar el riesgo siguiendo el imperativo ético.
 - iii. Ayudar a la usuaria a detectar en sus redes de apoyo un lugar donde refugiarse, o en su defecto ofrecerle y/o referirla a un refugio especializado en atención a mujeres, sus hijos e hijas en situación de violencia extrema.
 - iv. Brindar de 1 a 3 sesiones de emergencia cuyo objetivo es el de ayudar a la usuaria a salvaguardar su integridad física y salir de la situación de violencia.
 - v. En el caso de que la usuaria no acepte el servicio de refugio, es decir, que no se logre la referencia, ofrecer la atención psicológica y aplicar el protocolo de **Violencia Severa**.

NOM-046-SSA2-2005

EN TODOS LOS CASOS SE DEBERÁ LLENAR EL FORMATO DE AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO Y EN CASO DE VIOLENCIA EXTREMA DICHO AVISO TENDRÁ QUE SER INMEDIATO CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL NUMERAL 6.5, ESTO EN CASO DE QUE NO SE HAYA REALIZADO DICHO AVISO, SIEMPRE Y CUANDO ESTO NO IMPLIQUE INCREMENTAR EL RIESGO DE LA USUARIA.

4) En el caso de **violencia sexual**:

- Los casos de violencia sexual conforme señala la **NOM-046-SSA2-2005** siempre se consideraran como urgencia médica, por lo tanto, por su magnitud son casos de violencia severa; sin embargo, para fines prácticos y terapéuticos se establece como un protocolo aparte ya que el tipo de atención es específica.
- Para la atención psicológica de la violencia sexual, el presente manual contiene 3 protocolos posibles: a) Cuando la agresión fue perpetrada dentro de las primeras 72 hrs y se considera emergencia; b) Pasada la fase de emergencia y cuando la violencia fue perpetrada por la pareja o un miembro de la familia (evento único o crónico) y c) Pasada la fase de emergencia y cuando la agresión fue perpetrada por un desconocido (evento único).
- Si la usuaria se presenta dentro de los primeros 2 meses a partir del suceso, se ofrecerá acompañamiento y orientación respecto de los servicios médicos de atención a la violencia sexual que se brindan para estos casos, además del apoyo psicoterapéutico posterior que favorezca la **abreacción** emocional del suceso, la superación de problemáticas relacionadas como el caso del estrés postraumático y colaborar en el proceso de retomar las condiciones de vida previas al evento.
- Si la usuaria se presenta pasados los 2 primeros meses de la emergencia, se ofrecerán 12 sesiones individuales o grupales cuyo objetivo es favorecer la abreacción emocional del suceso, la superación de problemáticas relacionadas como el caso del estrés postraumático y colaborar en el proceso de retomar las condiciones de vida previas al evento.
- Cuando la usuaria sea referida a grupos terapéuticos deberá ser exclusivamente a aquellos específicos para violencia sexual, ya sea aquellos que existan dentro de los Servicios Especializados de Atención a la Violencia o en los de otras instituciones.

5) En cuanto a la atención de mujeres que se encuentran en fase de camino de retorno a la vida sin violencia se ofrecerán **12** sesiones grupales cuyo objetivo será la recuperación del Estrés Postraumático así como favorecer la formación de grupos de auto-apoyo dentro de los Servicios Especializados de Atención a la Violencia o la referencia a otras instituciones que manejen esta modalidad de trabajo y cuyo objetivo sea el de apoyar a la usuaria a fortalecer sus sistemas psíquico, emocional, económico, familiar y social.

NOM-046-SSA2-2005

PÁGINA 21,
NUMERAL 6.4.1.

NOTA

LA VIOLENCIA SEXUAL PERPETRADA POR LA PAREJA O POR UN DESCONOCIDO, REQUIEREN DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DIFERENTES, DEBIDO A QUE LA CRONICIDAD, ASÍ COMO LA INTERPRETACIÓN DEL EVENTO Y EL IMPACTO EN LA PERSONA SON DISTINTOS.

NOTA

ABRECCIÓN:

DESCARGA EMOCIONAL, POR MEDIO DE LA CUAL LA PERSONA SE LIBERA DEL AFECTO LIGADO AL RECUERDO DE UN ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO, LO QUE EVITA QUE ÉSTE SE CONVIERTA EN PATÓGENO O SIGA SIÉNDOLO.

4.7. EN CUANTO A LA REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA

La Referencia - Contrarreferencia se ofrecerá conforme a la "Ley General de Salud", la NOM-046-SSA2-2005 y el Modelo Integrado en su **Capítulo 8**.

Con respecto a la inclusión de Instituciones al Directorio de Referencia además de lo estipulado por los instrumentos ya mencionados, se deberá considerar lo siguiente:

<ul style="list-style-type: none">• Que sean gubernamentales y en el caso de refugios cumplan con lo establecido por la SSA, de acuerdo a los lineamientos y preferentemente apoyadas por el CNECySR.
<ul style="list-style-type: none">• Que presenten la documentación necesaria para garantizar que efectivamente se encuentran operando.
<ul style="list-style-type: none">• Que estén legalmente constituidas
<ul style="list-style-type: none">• Que los objetivos incluyan el respeto a los derechos humanos de las mujeres, en especial sus derechos sexuales y reproductivos, que concuerden con el marco normativo vigente, respetando la laicidad y que no practique procesos de mediación o reconciliación con el agresor.
<ul style="list-style-type: none">• Que sean resolutivas, es decir que efectivamente cuenten con la capacidad de apoyar a las usuarias en la resolución de su situación.
<ul style="list-style-type: none">• Será necesario confirmar que brinden los servicios que ofertan.
<ul style="list-style-type: none">• Que cuenten con personal capacitado en el tema de violencia contra las mujeres, con enfoque de género.
<ul style="list-style-type: none">• Que se haya realizado una visita al lugar por parte de la Coordinación Estatal del Programa de Prevención y Atención a la Violencia.
<ul style="list-style-type: none">• Para garantizar la orientación de sus servicios, se podrán incluir en cursos/talleres de sensibilización y capacitación ofrecidos por los Servicios Estatales de Salud.
<ul style="list-style-type: none">• Toda referencia deberá de ir respaldada por la valoración de riesgo practicada.
<ul style="list-style-type: none">• Las usuarias deberán recibir una explicación detallada del compromiso de la institución a la que se referirá, su forma de operación y toda la información pertinente a la misma.
<ul style="list-style-type: none">• Se llenará el formato de consentimiento informado, para firma de la usuaria.

5

Capítulo

LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON ENFOQUE DE GÉNERO



LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON ENFOQUE DE GÉNERO

5



5 Capítulo

LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON ENFOQUE DE GÉNERO

LA TERAPIA GÉNERO-SENSITIVA CON MUJERES QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

Gioconda Batres Méndez

LOS MODELOS TERAPÉUTICOS SENSIBLES AL GÉNERO

Dentro del marco teórico de la psicoterapia, coexisten varios modelos terapéuticos. Podemos definir un modelo como una estructura conceptual que contiene elementos teóricos y técnicos que proporcionan instrumentos para abordar dichos elementos teóricos con el objetivo de procesar un cambio. Epistemológicamente se pueden identificar en cada modelo niveles distintos:

NIVEL 1: FUNDAMENTOS Y COSMOVISIÓN. LA TEORÍA GÉNERO-SENSITIVA HACE ÉNFASIS EN QUE MÁS ALLÁ DE LAS TÉCNICAS, LO IMPORTANTE ES SU FILOSOFÍA

La orientación género sensitiva, se enfoca en la experiencia de la mujer que vive en situación de violencia y considera la violencia como una consecuencia lógica de la condición de la mujer en la sociedad. Por su parte, quien abusa es considerado responsable por sus acciones sin tomar en cuenta el comportamiento de los demás miembros de la familia.

Ante esto, la orientación filosófica de la o el terapeuta es vital para generar las actitudes, valores y posición frente al tratamiento. (Batres, 2009). Esta categoría además, permite sacar del terreno biológico lo que determina la diferencia entre los sexos y colocarlo en el terreno simbólico.

La teoría género-sensitiva también hace énfasis en que más allá de las técnicas, lo importante es su filosofía. Para ello:

- A) *Se deben examinar en terapia las contradicciones inherentes al intento individual para resolver conflictos, mientras se vive en un ambiente social que enseña los usos inapropiados del poder y limita el acceso a los recursos basándose en el género.*
- B) *Analiza los roles sexuales tradicionales y los roles de poder en las relaciones.*
- C) *Apoya el análisis de la experiencia de discriminación, en los procesos dirigidos al cambio.*
- D) *Afirma que los factores socioculturales basados en el género son la fuente de muchas perturbaciones emocionales.*
- E) *Que la desigualdad es una de las causas centrales de la violencia contra las mujeres.*
- F) *Que la violencia cotidiana contra las mujeres es una estrategia de poder para someterlas.*

NIVEL 2: LAS TÉCNICAS. INSTRUMENTOS QUE PROPORCIONAN E INTRODUCEN LOS CAMBIOS TERAPÉUTICOS

Una actitud unidimensional en el abordaje del abuso sexual suele dejar lagunas, especialmente en la comprensión de la etiología social de su ocurrencia que es, en mi experiencia, la dificultad más frecuente entre quienes se han formado en aspectos psicodinámicos puros, o viceversa.

En todo caso, se corre el riesgo de no responder a las necesidades de la persona sino a las exigencias de los terapeutas para incrustarlas en su marco teórico.

Por lo tanto, en la terapia género – sensitiva se utilizan técnicas provenientes de diferentes modelos. Particularmente, han demostrado ser útiles las cognitivo-conductuales, las cuales han sido empleadas con éxito en tratamientos de personas traumatizadas. La labor puede realizarse de forma individual y grupal, sin embargo, el tratamiento grupal estructurado facilita un proceso con alto nivel de organización y de dirección, cuya ventaja radica en focalizar el tratamiento hacia las secuelas del abuso (Batres, 2009).

LA TERAPIA GÉNERO-SENSITIVA

La terapia género-sensitiva tiene valores y principios inherentes que la distinguen de otro tipo de terapia, entre ellos es que en la etiología de los trastornos clínicos, la subordinación de la mujer en la sociedad se considera un factor relevante y el hecho de vivir en una sociedad discriminadora de las mujeres, en la cual tenemos menos poder político, económico y social que los hombres, determina en gran parte la salud de nosotras. Otro valor es que impulsa el humanismo y la igualdad, proviene de diferentes corrientes e integra los aspectos más benéficos de las mismas.

Otro de sus principios es la desmitificación del proceso terapéutico, lo cual puede hacerse invitando a la clienta para que pregunte sobre su proceso, buscando conjuntamente, terapeuta-cliente/a, las metas adecuadas del tratamiento, y los objetivos del proceso. Al inicio muchas mujeres se sienten desconcertadas sobre todo quienes han estado acostumbradas a que otra persona tome las riendas de su vida, o esperan que la/el terapeuta les salve con alguna fórmula mágica.

La inclusión de la reflexión alrededor de su posición en la sociedad y en la familia, le proporciona una explicación más rica del origen de sus dificultades. Este análisis lo he llamado el “*contexto político de la terapia*”. En esta forma de terapia, es importante la discusión de los dilemas femeninos, sin embargo, esta es una impronta presente en todos los aspectos desarrollados durante el proceso, es por ello que la socialización de las mujeres debe ser analizada en todos los enfoques terapéuticos.

Muchos dilemas en la vida de las mujeres, explican la interacción entre socialización femenina y las respuestas específicas de las mujeres a su victimización. En efecto, alrededor de nuestra sexualidad existen una serie de estereotipos y códigos sexuales que han sido adscritos como femeninos en forma histórica, de la misma manera ha sucedido con los hombres, mediante sus procesos de socialización.

Las mujeres, aún antes de nacer, ya tenemos asignado en la sociedad lo prohibido y lo aceptado para nuestro género, empezando desde el color rosado hasta el matrimonio y la maternidad como destino. Una serie de imperativos sociales ambivalentes recorren toda nuestra formación. En las familias, los mensajes ambivalentes son parte cotidiana, esto se ha descrito en familias con disfunciones, y se le conoce como el “*doble vínculo*”. Concepto similar al de las paradojas de la lógica formal, p. ej. Ser mujeres autosuficientes y al mismo tiempo el mensaje oculto ser incompleta o no exitosa si no se ha formado una familia.

El placer femenino está ligado a la evaluación de otros/as, a las mujeres se nos vigila nuestro cuerpo y la heterosexualidad a la norma de lo sano. Existimos para los/as demás y como somos frecuentemente agraviadas sexualmente por conocidos/as y extraños/as, estos ultrajes darán como resultado una lesión de la identidad femenina, pues es básico en la conformación de nuestra identidad el cómo se experimenta el cuerpo. Esta dicotomía, entre lo que el cuerpo quisiera y lo que se le permite; esa negación sistemática de sus necesidades y la presión de las demandas sociales, nos lleva a cargar un cuerpo alienado, colonizado por los deseos masculinos. El cuerpo se convierte más en un enemigo que en un aliado o en parte de una misma situación que se agrava en las mujeres victimizadas sexualmente.

Los síndromes depresivos han sido reconocidos desde Hipócrates, pero el identificar que las mujeres lo sufren en mayor medida es más reciente. Estudios demuestran que las depresiones afectan principalmente a las mujeres y una razón por la cual éstas se deprimen más que los hombres, es por tener menos fuentes de satisfacción, ser discriminadas.

Tal como lo señalaba anteriormente, opino que la socialización femenina se enfoca en el futuro papel de madre y esposa, misma que también afirma que cuando adultas debemos ser parte y soporte de una familia, cuidar a otros/as, limitándonos así en la definición y realización de nuestras aspiraciones y autonomía, cuya transgresión provoca intensos sentimientos de culpa.

La experiencia del enojo tan prohibida para las mujeres es transformada en depresión o en síntoma. En las sobrevivientes de abuso sexual e incesto, el enojo se disocia con frecuencia y aparece en estallidos interpretados como inadecuados.



Otro dilema de las mujeres es la dependencia psicológica, la cual no puede desligarse de la dependencia económica. La separación de una pareja donde el padre maltrata o es un padre abusador de la/el hija/o, es para las mujeres un proceso difícil, amén de doloroso, significa a veces la miseria. La pobreza por su parte, no nos libera de la violencia por el contrario es el caldo de cultivo donde la posibilidad de victimización crece.

La dependencia femenina, tanto económica como psicológica, no es más que el resultado de la socialización y la discriminación. A las mujeres se nos asigna el papel de cuidadoras de nuestras/os hijas/os y de soporte de los valores morales de la familia. Luego se nos pide salir de los hogares violentos a un mundo no conocido, totalmente desposeídas y vulnerables, a un mercado de trabajo mal remunerado. Esta ideología afirmadora de que debemos encargarnos de las niñas y los niños, sin importar el estado psicológico o económico, no brinda las facilidades necesarias para el cuidado de las/os mismas/os y no permite que mujeres tengan acceso a su propia autonomía.

El fenómeno económico no es suficiente explicación en el caso de mujeres con profesión o dinero, que se quedan en casa cuando son agredidas. Psicológicamente las mujeres hemos estado sujetas a valorar la autoestima en relación con la clase de pareja escogida, quien se vuelve vital para desarrollar desde la dependencia su propio ser.

Todos estos pesos sobre nuestros hombros, confinan nuestra participación en puestos de poder. Este espacio se nos limita aunque se llegue a ellos, sólo nos es posible practicar algunas de las acciones garantizadas del avance de la sociedad hacia la igualdad. A pesar de estas limitantes la lucha ya está planteada para que seamos en algún momento, sujetas del desarrollo y no objeto del mismo.

En un nuevo milenio las mujeres vivimos moviéndonos entre paradojas, entre un creciente clamor mundial por la igualdad de derechos y oportunidades y una realidad sin apoyo social para nosotras.

Los aportes que la terapia sensible al género ha hecho a la práctica terapéutica y a la teoría son innegables. Los sistemas teóricos disponibles proveen interpretaciones parciales de la vida de las mujeres y a menudo están muy lejos de proporcionarnos una mejor comprensión. La práctica terapéutica debe devolverles el poder a las mujeres. Empoderar a las mujeres para que replanteen sus comportamientos.

Las mujeres hemos aprendido muy bien estas lecciones de la psicología y la psiquiatría sintiéndonos malas, culpables, cuando nos atrevemos a cambiar las reglas de lo prohibido para nuestro género.

Culpar a las mujeres que viven en situación de violencia y amoldarlas a la subordinación, a través de modelos funcionalistas y estructuralistas, vendiéndoles la idea de que disfrutarán sus ventajas, ha sido una triste labor de la psiquiatría y la psicología.

La terapia género-sensitiva con mujeres coloca el comportamiento de la mujer en el contexto de la sociedad sexista y las diferencias de poder en la familia y la sociedad. Sin embargo, la mujer siempre enfrentará en terapia un gran dilema, "*un doble vínculo*", ya que debe luchar por sus necesidades y al mismo tiempo por lo que le pide la sociedad. El enojo estará entonces, inscrito en los sentimientos como resultado de estos dobles mensajes. (Batres, 1997).

La terapia género-sensitiva tiene como tema central el reconocimiento de que para las mujeres, vivir en una sociedad sexista, ha tenido un costo en su salud mental. Que la opresión que ha vivido, basada en el género, la clase y la etnia, han generado grandes problemas en su autoestima y en la falta de poder y autonomía.

Por lo tanto, esta terapia explica los roles exigidos a las mujeres, así como la relación con el sistema socio-económico en el que se insertan las mismas, en contraparte con otros enfoques que se centran en el conflicto individual. Evita el uso de etiquetas de diagnóstico. El foco de la terapia es la opresión genérica.

En este enfoque, se apoya la exploración de los recursos internos de las mujeres y su capacidad para cuidarse. Explora varios estilos de vida y acepta las distintas orientaciones sexuales. Estimula la adquisición de destrezas para una vida independiente. Analiza las diferencias de poder ejercidas sobre ellas para ayudar a las mujeres a diferenciar las fuentes externas de opresión, de las internas. Reconceptualiza los padecimientos para que las mujeres dejen de culparse a sí mismas o de aceptar la violencia.

Sin embargo, es necesario y ético que las/os terapeutas género sensitivos examinen su estilo de vida y sus propios estereotipos sexistas.

Deben estar inmersos/as en un proceso continuo de concientización y comprometerse con los esfuerzos sociales para lograr la equidad.

El gran reto de las mujeres en terapia es el cómo se convierten en personas en esta sociedad sexista. El gran reto de las terapeutas es ayudarlas en la obtención de sus legítimos derechos, en esta sociedad misógina.

Muchos paradigmas deben ser modificados para evidenciar las desigualdades de género en el estudio y práctica de la psicoterapia. Las modificaciones dependerán de la dinámica de la sociedad; su avance en la eliminación de las inequidades de género y la toma de conciencia de que la desigualdad conduce a la violencia.

EL PAPEL DEL/LA TERAPEUTA

Algunas características deseables para el perfil de un (una) terapeuta en el tema del abuso sexual, son:

- *Haber recibido entrenamiento en la perspectiva de género y dinámica del ciclo de la violencia.*
- *Haber trabajado el tema del poder.*
- *Saber lidiar con su dolor.*
- *Conocer los límites y reglas que protegen a las mujeres durante la relación grupal o individual.*
- *Aceptar que el incesto y el abuso sexual contra las niñas y los niños, la violencia contra las mujeres son delitos.*
- *Reconocer que la terapia de familia o de pareja no es un enfoque apropiado para familias donde ocurren violencias.*
- *Admitir la validez del trabajo en grupo.*
- *Sentir comodidad al tratar aspectos de la socialización y discriminación.*
- *Promover un cambio en la relación terapeuta-cliente, que desmitifique la imagen de experta/o que aumenta la asimetría de poder.*

Además, debe ser responsable por explorar sus propios valores y reconocerse como persona socializada en un mundo sexista, cuya transformación es indispensable. Es necesaria también una gran sensibilidad hacia la discriminación experimentada por los (las) niños (as), los (las) ancianos (as), los (as) pobres, (los) discapacitados (as), los grupos étnicos y raciales y por las personas con orientaciones sexuales diferentes. (Batres, 2000).

Este proceso terapéutico debe estar basado en un compromiso por la igualdad entre mujeres y hombres, y en una relación lo más simétrica posible entre terapeuta y persona. Para ello, se debe estar dispuesto (a) a adquirir el compromiso personal y profesional de luchar por el cambio de la sociedad.



6

Capítulo

EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

DESDE EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO



6

EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

DESDE EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO



6 Capítulo

EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

DESDE EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Georgina Amina Aquino Pérez

El proceso de apoyo psicológico a las mujeres en situación de violencia, requiere para su abordaje el análisis de los diferentes aspectos que generan la violencia, así como de explicar qué ocurre en las mujeres cuando se encuentran en esta situación y qué herramientas requieren las y los profesionales de la psicología para brindar apoyo psico-emocional, desde el Enfoque Centrado en la Persona y la perspectiva de género, se pretende realizar el análisis de este problema y se elabora una propuesta de aproximación que permita a las y los psicólogos/as de los Servicios Especializados de Atención a la Violencia contar con dichas herramientas.

LA EXPERIENCIA DE LAS MUJERES QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

La violencia hacia las mujeres que se ejerce tanto en el ámbito privado como en el público, tiene sus orígenes en las estructuras socio-culturales que asignan roles diferenciados a hombres y mujeres por razones de sexo, en los que se coloca a unos por encima de las otras, esto es a lo que llamamos estereotipos de género, lo que se manifiesta en desigualdades, y que se va construyendo a través de la educación y en la crianza de niñas y niños, donde las creencias sobre las características de comportamiento que unos y otras deben tener están relacionadas con el sexo, en esta parte se centrará la atención con fin de ofrecer una explicación de cómo se generan las condiciones tanto sociales como individuales que colocan a las mujeres en situaciones de desigualdad y desempoderamiento, dos ingredientes fundamentales de la violencia.

Rogers propuso que todos los organismos tienden al desarrollo –tendencia actualizante–, es decir, la capacidad de desarrollar todas sus potencialidades, sin embargo, para que esto suceda se requieren condiciones necesarias y suficientes que promuevan el desarrollo de la persona. En ese sentido, la crianza diferenciada tanto de hombres como de mujeres, puede promover o limitar sus capacidades, lo que impide el desarrollo pleno. Entre estas potencialidades se encuentra lo que él llamó llegar a ser quien realmente es (tendencia a la actualización del yo), así como a generar distorsiones sobre la persona misma, un ejemplo de ello es: las niñas no pelean, las niñas deben ser dóciles y tiernas, los hombres deben ser fuertes y aguantar; este tipo de premisas sociales condicionan su comportamiento y también la construcción del concepto de sí mismas; lo que además forma parte de una estructura compleja de simbolizaciones que se incorporan y distorsionan el concepto sobre sí misma.

De ahí que los hombres sean conceptualizados como los jefes de la casa, que sea a ellos a quienes se les faculte para tomar decisiones y que las mujeres no se conceptualicen como buenas tomadoras de decisiones, en general debido a que se les atribuye que son más emocionales y poco lógicas, este tipo de premisas contribuye a la construcción del concepto que de sí mismas van formando, lo que las limita para enfrentarse de forma creativa a su vida.

El comportamiento de las y los niños se ve además reforzado a través de sus mismas necesidades, es decir; la búsqueda de la aceptación de las personas significativas en su desarrollo o cuidadores principales, por lo que en el caso de las niñas conductas como la expresión del enojo, la agresión y la autonomía pueden ser sancionadas y autocensuradas con tal de obtener esta aceptación.

Es así que el desarrollo tanto de mujeres como de hombres se sujeta a diferentes mandatos sociales en los que la necesidad de aceptación positiva condiciona su desarrollo, para el caso de este documento la comprensión de lo que ocurre en las mujeres que viven violencia requiere de considerar entonces el enfoque de género como herramienta de análisis de las relaciones de poder inequitativas. En nuestra sociedad las mujeres son educadas para los otros, su función reproductiva y de cuidadoras condiciona el reconocimiento y posición en la sociedad, de ahí la idea de que las mujeres somos completas en relación con los diversos roles que desempeñamos: madres, hijas, esposas, hermanas, cuidadoras, etc. Este tipo de estereotipos contribuye a la

construcción de lo que es ser mujer, ya que las prepara para los demás y no para sí mismas, aún el rol de mujer se limita al de mujer objeto, que observamos en atributos como bella, sexual, activa o pasiva, conquistada, seductora, etc. La construcción de las mujeres entonces incluye diferentes dimensiones a las cuales ellas deben responder para ser reconocidas, lo que les coloca en una situación de presión social constante, ya que el deseo es ajustarse lo más posible a estos estereotipos para ser aceptadas, a esto Rogers le llamó *Yo ideal*.

Como podemos observar, las demandas a nivel individual, familiar y social son parte fundamental de los cimientos que contribuirán a la condiciones que colocarán a las mujeres en general en riesgo o en situación de desventaja, es decir, por una parte se encuentra la crianza en la que se transmiten los valores, tanto culturales como familiares, de lo que es aceptado o no de las mujeres, por otra parte, la necesidad de ser aceptadas y reconocidas por los diferentes ámbitos de relación de las mismas, llámense familiar, comunidad o sociedad, para lo que es necesario ajustarse a estereotipos o mandatos; así como la existencia de condiciones incluso estructurales que impiden o limitan el desarrollo de las mujeres en todas sus potencialidades, mismas que en una sociedad como la nuestra son limitantes por la misma condición biológica, socioeconómica, racial, cultural e histórica.

La violencia, aunado a su construcción como persona, la lleva a negar a su experiencia, es decir, a simbolizar adecuadamente la percepción del hecho violento, al respecto Rogers indicó que este constructo “denota el significado personal de una experiencia de tinte emocional. Por lo tanto, incluye la emoción, pero también el contenido cognoscitivo del significado de esa emoción dentro, y de forma inseparable, de su contexto experiencial e inmediato”, esto lo podemos observar en expresiones como “no tiene importancia, después se tranquilizará y estaremos bien” “es enojón, pero es un buen hombre”, esta negación es comprensible ante la necesidad de ser valoradas y conservar el vínculo afectivo con el agresor.



La violencia que viven las mujeres tiende a desarticular su Yo de su experiencia y, por otra parte distorsiona el concepto de sí misma, por lo que la violencia queda incorporada como una forma de vida, es decir, se naturaliza y se invisibiliza, por lo que se conciben como merecedoras de vivir violencia y se autoatribuyen su generación. La violencia se genera a partir de la expectativa en el cumplimiento de roles asignados para cada uno de los sexos, donde el poder juega un papel fundamental para la generación de la violencia, mujeres y hombres deben seguir una serie de mandatos sociales para cumplir con su rol de género (feminidad-masculinidad), de no cumplirse entonces se recurre al uso de la violencia para someter o mantener el rol esperado.

Las emociones que las mujeres van generando cuando se encuentran en una situación de violencia, les producen malestar, lo que provocaría un movimiento de su parte a salir de dicha situación, esto parecería obvio, si no fuera porque ellas permanecen en la relación violenta a pesar de ello, lo que nos indica que las emociones son más complejas aún, al respecto Greenberg (1997, p. 22) señala “la experiencia consciente de las emociones se da cuando las tendencias de acción y los estados emocionales coinciden con las situaciones que los evocan y el sí mismo” en ese sentido, ya se ha mencionado el sí mismo se encuentra distorsionado, por lo que la acción puede ser contraria a salir de la relación violenta; además es necesario tomar en cuenta las condiciones socio económicas en las que esta mujer se encuentra, por lo que el problema es aún más complejo que los aspectos individuales en la toma de decisiones que permitan a la mujer terminar con su situación de violencia.

LA PERSONA QUE AYUDA

En la relación de ayuda debe estar presente la perspectiva de género, que posibilite comprender la complejidad del sistema en el que las mujeres se encuentran, es decir los aspectos individuales, sociales y culturales en los que se naturaliza la violencia como una forma de relación y del que ellas forman parte. Mirar la violencia como una expresión de las relaciones de poder de quienes no tienen poder se vuelve entonces una mirada política en el que están manifestadas las desigualdades y la violación a los derechos humanos de las mujeres.

Esta mirada comprensiva, requiere de actitudes de las y los terapeutas que faciliten el proceso de las mujeres para terminar con el ciclo de la violencia, al respecto Rogers señalaba que había al menos tres actitudes necesarias y suficientes: la aceptación positiva e incondicional, la empatía y la autenticidad. La primera condición desde el Enfoque Centrado en la Persona, implica la aceptación total por la persona sin condiciones y de forma positiva, esta condición significa que la persona no tendrá que hacer nada para agradar al terapeuta, lo que promueve un clima de seguridad, como se ha mencionado, las mujeres en situación de violencia, recurren a una serie de respuestas adaptativas que les permiten ir sorteando las situaciones problemáticas ante el agresor. En cuanto a la empatía, es la intención de ver la experiencia de la persona “como si” fuera la propia, en la que se pone en juego la habilidad de ir y venir con la mujer en el proceso de reflexión de la propia experiencia sin juicios, sin evaluación, desde la comprensión de lo que para ella ha significado su propia experiencia.

La tercera condición se refiere a la autenticidad, que es la capacidad de la o el facilitador de comunicar sus emociones y experiencias en el proceso de acompañamiento, y que son percibidas por la persona (cliente), esto le permite percibir la aceptación positiva e incondicional y la empatía que la o el terapeuta experimenta hacia su persona.

Centrarse en la experiencia de las mujeres desde una visión de género, podrá potenciar el trabajo de apoyo psicoemocional, esto permitirá ver la problemática que enfrentan desde su propio marco de referencia, permitiéndoles realizar un trabajo en un ambiente de seguridad, aceptación y respeto, que valide sus experiencias y promueva experimentar sus propias emociones y sentimientos, sin juicios de valor y que al mismo tiempo las coloque como las expertas en su propia vida, es decir, que faciliten su empoderamiento.

Este empoderamiento no es otra cosa sino que la persona se vuelva en su propio centro de valoración, que ellas puedan confiar en su capacidad de cuidar de sí mismas, que ante la situación de riesgo de vivir una nueva situación de violencia cuenta con recursos internos para salir pronto de la situación, así como a creer en sus propias sensaciones y percepciones cuando se presenta una amenaza a su persona, recordemos que las mujeres en situación de violencia pueden encontrarse en una situación tal que la distorsión que hacen de su propia experiencia, las lleva a negar y minimizar lo que les está ocurriendo y la sensación de malestar que enfrentan.

El enfoque centrado en la persona desde sus constructos teóricos y la perspectiva de género como herramienta de análisis pueden ofrecer un marco complementario que permita explicar lo que ocurre en las mujeres que enfrentan violencia, desde su experiencia, una experiencia en la que se encuentran frente a un desequilibrio de poder, debido a factores culturales y sociales como el del sistema patriarcal, el cual implica una serie de mandatos a los que ellas deberán responder y someterse. Mantener esta perspectiva permitirá a la persona que facilita comprender las decisiones que enfrentan las mujeres quienes han actuado con una intención positiva, es decir, desde su deseo de responder a mandatos tanto sociales como internos, de los que probablemente esté dependiendo una construcción de sí misma que le confirme su identidad. Acompañarlas en el proceso de revisión, para regresar la mirada hacia sí mismas, en el que se conviertan en su centro de valoración orgánica, es posible, ya que independientemente de las técnicas y objetivos terapéuticos que en el presente documento se proponen, lo que en este apartado se está retomando es la propuesta de Rogers, al colocar a la terapeuta o el terapeuta como la mejor herramienta de trabajo, en el que se renuncia al Poder, para entonces entrar en una relación de contacto de persona a persona.

7 Capítulo
MARCO CONCEPTUAL





7

Capítulo

MARCO CONCEPTUAL

Julia Velázquez

JUSTIFICACIÓN

Por su aplicabilidad y el costo beneficio a gran escala, los protocolos de atención se sustentan en el modelo Cognitivo-Conductual, ya que a nivel técnico ha documentado y demostrado tener eficiencia y capacidad de replicabilidad para el trabajo con mujeres que viven en situación de violencia (Arinero, 2006). Sabemos que existen diversos enfoques para la atención psicológica a mujeres en situación de violencia; sin embargo, como institución pública, las y los servidores sólo estamos facultados para hacer aquello que la Ley nos señala que podemos hacer, por lo que los modelos de mediación o conciliación, no están permitidos. Por su parte, también la Ley y la normatividad indican que la atención deberá ser con perspectiva de género y dirigida a informar y reconocer su situación, informar sobre sus derechos, limitar los daños a la salud y promover la toma de decisiones para la recuperación de la autonomía y empoderar a las mujeres para parar la situación de violencia por la que cursa, por lo que se requiere de una intervención breve y enfocada a la problemática específica.

A continuación se presentan los conceptos básicos del marco Cognitivo-Conductual relacionados con el trabajo en violencia, que servirán de base para la comprensión y aplicación de los protocolos de atención.

7.1. MARCO CONCEPTUAL DEL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Como ya se ha mencionado la violencia hacia las mujeres no es explicada directamente desde el enfoque cognitivo conductual; sin embargo su eficacia en el tratamiento aplicando las técnicas derivadas de sus bases teóricas ha sido probada, por lo que es indispensable que las y los profesionales a los que va dirigido el presente manual tengan un panorama general de dichas bases, pues las herramientas terapéuticas que se expondrán en los protocolos de atención se derivan de éste marco teórico.

“El enfoque cognitivo conductual es cada año más dominante entre las propuestas psicoterapéuticas y su eficacia en la práctica clínica es cada vez más reconocida en las investigaciones sobre diversos trastornos, tales como: depresión, adicciones, ansiedad, trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, disfunciones sexuales y problemas tales como la violencia, la ira, las inhibiciones, los conflictos de pareja, trastorno por estrés postraumático y otros”. (Echebura, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996; Aguado Molina, Manrique Gálvez y Silberman Pach, 2004).

7.1.1. ENFOQUE CONDUCTUAL

El conductismo es la teoría más amplia que se ha generado en el siglo pasado, surge como contraparte del psicoanálisis, que si bien su orígenes se remontan a la experimentación, con el paso del tiempo se han incluido otras corrientes como la cognoscitivista que agrega ingredientes valiosísimos a la concepción de los trastornos y de las personas que los padecen.

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

- *Es breve.*
- *Se centra en el presente, en el problema y en su solución.*
- *De carácter preventivo de futuros trastornos.*
- *Basado en un estilo de cooperación entre cliente y terapeuta.*
- *Da importancia a las tareas de auto-ayuda a realizar entre sesiones.*

La terapia cognitivo conductual es una propuesta psicoterapéutica que contempla un amplio abanico de técnicas tomadas de diferentes enfoques teóricos, específicamente del aprendizaje y del cognoscitvismo.

Es obligado que al hablar de la terapia Cognitivo-Conductual se aborden los temas del conductismo de manera muy somera para entender los orígenes de este enfoque:

- A) *Condicionamiento clásico.*
- B) *Condicionamiento operante.*

El conductismo es la teoría que se enfoca al aprendizaje humano y animal a partir de conductas objetivamente observables, sin tomar en cuenta las actividades mentales (no observables). Para el conductismo, el aprendizaje es sencillamente la adquisición de nuevas conductas a través del condicionamiento de estímulos y respuestas.

“El **condicionamiento clásico** (o respondiente) de Ivan P Pavlov (1849.1936) constituye una forma de enfrentarse a los desafíos de la vida. Casi todas las especies del planeta, incluyendo los seres humanos muestran esta clase de aprendizaje. En general cuando nos suceden acontecimientos positivos o negativos, tenemos habitualmente una reacción emocional, estas respuestas pueden condicionarse de tal forma que ya no necesitamos la situación específica para evocar las emociones que se experimentaron con anterioridad. El condicionamiento clásico juega un papel importante en nuestras relaciones sociales, determinando muchas veces a los amigos o enemigos” (Caballo, 1995)

El condicionamiento tiene algunos elementos básicos que es necesario repasar para entender esta forma de aprender:

Estímulo Incondicionado. Cualquier acontecimiento potente, biológicamente importante, que no requiere de ninguna exposición previa y que provoca una reacción esperable y refleja, Ej., un grito producirá una reacción fisiológica de alerta.

Respuesta incondicionada. Es la respuesta esperada y regular en relación al estímulo incondicionado.

Estímulo condicionado. Es un estímulo originalmente neutro que adquiere la capacidad de provocar un reflejo después de ser asociado al estímulo incondicionado.

Respuesta condicionada. Esta es la conducta aprendida, es decir la respuesta incondicionada se activa ante el estímulo que era neutro. Ej. el color azul ahora hace que se reaccione con las reacciones fisiológicas que se activaron anteriormente con el grito.

Así por ejemplo, los humanos podemos adquirir una respuesta condicionada al aroma de la sopa, que nos evoca sentimientos de alegría porque está asociado a la niñez, a esto se le llama Condicionamiento clásico o respondiente o pavloviano (Ver figura 2):

FIGURA 2
ESQUEMA QUE REPRESENTA EL CONDICIONAMIENTO CLÁSICO



Pavlov además contemplaba otros elementos para que el condicionamiento tuviera éxito, como:

- A) **La relación temporal**, es decir entre más cercanos estén los estímulos incondicionado y el neutro más rápido se condiciona.
- B) **La contingencia**, que se refiere a la seguridad con la que el estímulo incondicionado va a ocurrir.
- C) **La competencia entre los estímulos**, el que tenga propiedades físicas más intensas cubrirá a los más débiles.
- D) **La intensidad**, cuanto más fuerte es el estímulo condicionado más rápido será el condicionamiento, una cosa importante, es que los estímulos demasiado intensos o fuertes pueden producir dolor o sufrimiento.

Pavlov se dio cuenta que no todas las respuestas pasan por un proceso tan lineal, por ejemplo menciona el contra-condicionamiento en donde los estímulos incondicionado y condicionado no se emparejan nunca; sin embargo, un estímulo incondicionado muy fuerte sensibiliza al organismo de manera que la respuesta condicionada se presenta. Otro factor importante es que otros estímulos similares al condicionado pueden facilitar la aparición de la respuesta condicionada, a lo que se le llama generalización del estímulo

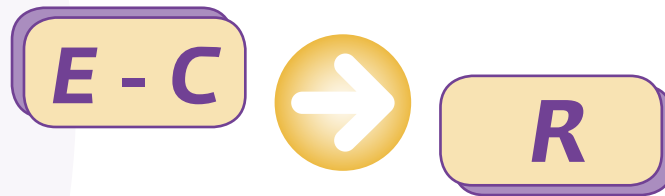
Un trastorno que se ha asociado a quienes viven en situación de maltrato es el Trastorno por Estrés Posttraumático, de hecho hay estudios que encuentran este padecimiento en un 62% de mujeres violentadas (Paz Rincón, P., Labrador, F., Arinero, M., and Crespo, M., 2004). Desde el punto de vista del condicionamiento clásico, las personas desarrollan una serie de respuestas condicionadas de ansiedad a través de la asociación del acontecimiento traumático con una infinidad de estímulos neutros presentes durante la situación traumática. La exacerbación de los síntomas, con el tiempo se producirá por un amplio proceso de generalización de estímulos.

Lo cierto es que el condicionamiento clásico plantea un aprendizaje pasivo; sin embargo la conducta humana no siempre es así, la mayoría es voluntaria; fenómeno que explica el condicionamiento operante.

7.1.2. CONDICIONAMIENTO OPERANTE O INSTRUMENTAL

A diferencia del clásico, el condicionamiento operante se produce a través del reforzamiento de una conducta deseada, básicamente es un sistema de retroalimentación. Si una respuesta es seguida de una recompensa o de un reforzamiento, tiene mayores probabilidades de repetirse en el futuro (Caballo, 1995). (ver fig. 3).

FIGURA 3
ESQUEMA DE CONDICIONAMIENTO OPERANTE



El estudio de este tipo de aprendizaje se debe principalmente a Edward Thorndike (1874-1949), quien establece la ley del efecto: “principio por el que los comportamientos que son reforzadores tienden a repetirse, mientras que la frecuencia de los comportamientos que no son reforzados o que son castigados tienen a disminuir” (Trull, T.J. y Phares E.P., 2003).

De donde se desprenden dos factores:

- **La respuesta operante:** se da cuando la persona escoge una respuesta particular, la respuesta operante, entre varias conductas y luego se centra en observarla y modificarla.
- **La consecuencia,** que acompaña a la conducta.

Siguiendo con el ejemplo del trastorno por estrés postraumático, este tipo de condicionamiento explicaría las conductas de evitación, es decir, conductas que tratan de reducir o eliminar la presencia del estímulo condicionado aversivo (Caballo, 1995).

Para entender el condicionamiento es necesario mencionar los reforzadores de la conducta, básicamente se distinguen dos tipos: los positivos –que agregan un elemento agradable a la situación–, y los negativos –que agregan un elemento desagradable–. También el castigo es un elemento importante en el control de la conducta que tenderá a que la conducta disminuya su aparición. La diferencia entre reforzamiento negativo –que fortalece la conducta al suprimir algo desagradable al ambiente– y castigo –que agrega algo desagradable al ambiente y por tanto tiende a debilitar la conducta– estriba en que el castigo no da opciones de respuesta alternativa, mezcla emociones desagradables que impiden el aprendizaje del comportamiento deseado y da la impresión de que está permitido infligir dolor a otros, por lo que es bien sabido que el castigo no es la mejor opción para el cambio de conductas.

Por ejemplo (si el reforzamiento es intermitente, no se sabe cuándo va a aparecer este), la mujer que vive en situación de violencia puede sentirse enamorada de su pareja y desear tan sólo que deje de ser violento. Por otra parte, el miedo de la mujer que vive en situación de violencia, sobre todo si viene acompañado de períodos intermitentes de ternura o de arrepentimiento por parte del agresor, sume a la mujer en un estado de confusión emocional que la paraliza y le lleva a mantenerse dentro de la relación (Echeburúa y Corral, 1998, en Echeburúa et al, 2002), en este sentido es el agresor quien condiciona a la receptora de la violencia a presentar la conducta de sometimiento.

Un fenómeno importante que se ha estudiado sobre todo en las mujeres en situación de violencia, es el *desamparo aprendido*, el cual tiene su explicación en investigaciones de laboratorio en los que se pudo describir este tipo de condicionamiento, en los que se sometió a animales a estímulos dolorosos sin que tuvieran escapatoria, es decir, no importaba lo que hicieran, el estímulo aparecía independientemente de su comportamiento, lo que daba como resultado que los animales dejaran de actuar para evitar el estímulo, en su

lugar aparecía un comportamiento de pasividad, pérdida del apetito y muchos síntomas de la depresión humana (Morris and Maisto, 2001). Lo grave es que una vez que se instala el desamparo, se generaliza a nuevas situaciones y las mujeres se encuentran poco motivadas para evitar o disminuir una situación desagradable, no buscan recompensas; lo que dificulta el aprendizaje de nuevas conductas en dos niveles:

- A) Resulta difícil aprender una nueva relación de contingencia positiva entre la conducta y el reforzador; y
- B) Pierde la motivación para responder a futuros eventos reforzantes.

El síndrome de desamparo aprendido ha sido uno de los más asociados a quienes viven violencia de forma crónica, en este sentido Alario Bataller, S. (2005) menciona:

“La conclusión al desamparo o indefensión consiste en que cuando un ser, humano o animal, es expuesto a la violencia y ésta se cronifica, trata de adaptarse a la misma, de suerte que cuando aquella cesa y se posee la libertad, el sujeto ha perdido ya el instinto o la capacidad de defenderse, se encuentra física y psíquicamente menoscabado y cae en la apatía, en la inercia, en la no acción. En general, la normalización de la violencia comporta el sentimiento de incapacidad a la hora de defenderse ante aquello que se encuentra “inamovible” o se ve como “normal”. Esto quedó explícito en el “síndrome de la mujer golpeada” que estudiara Walker (cit., Scialpi, 2002). En la misma línea, se ha postulado que el ser humano se acostumbra a las agresiones, adaptándose a la violencia, normalizando lo anormal, perdiendo la capacidad de lucha o de huida, obnubilándose los valores de la dignidad, tan esenciales a la persona (Pinkola, 1998). En dichas condiciones, la persona pierde el instinto de defenderse, la capacidad de lucha natural y la cólera debida, campando el silencio, el acatamiento, la renuncia y la enfermedad”

7.1.3. APRENDIZAJE POR OBSERVACIÓN

Otra teoría que es importante abordar es la del aprendizaje social (cuyo mayor exponente fue Albert Bandura) ya que algunas técnicas que se utilizan en el tratamiento con mujeres violentadas tienen su sustento en este enfoque, como lo es el modelado o aprendizaje por observación, es decir se adquiere al observar la conducta de otra persona. En este sentido los modelos adquieren importancia por que evitan el ensayo y error en la adquisición de nuevas conductas. Los observadores tienden a imitar la conducta modelada si les gusta o respetan al modelo, si ven que éste recibe reforzamiento, si da señales de placer o si ellos mismos son reforzados al imitar al modelo (Caballo, 1995).

El observador requiere de ciertas características para reproducir el modelo:

FIGURA 4
ESQUEMA SOBRE EL APRENDIZAJE POR OBSERVACIÓN EN EL QUE SE MENCIONAN LOS REQUISITOS PARA EL MODELAJE



Por supuesto que también existe la imitación inversa, que ocurre cuando el modelo no es del agrado del observador o cuando éste mira que el modelo obtiene consecuencias negativas o aversivas. Esto lo observamos cuando se entrevista a los hijos provenientes de hogares violentos y resalta el hecho de que no todos son violentos en la vida adulta, lo que también da un sustento al hecho de que no todos los hombres maltratadores han sido maltratados en la infancia.

A continuación se muestra un ejemplo de cómo este marco puede conceptualizar la violencia (Cañas Zabala, A., 2007).

Desde el **modelo conductual**, que “estudia el repertorio de las conductas con que una persona se relaciona con el mundo” (Cañas Zavala, 2007 en Aumann, 2003, p. 242), los aportes tienen relación tanto con la observación y el análisis de la conducta de una persona violenta como en los efectos que produce en la conducta de los demás, sea quien vive la situación de violencia o quienes le rodean.

Entre las características de la persona que ejerce violencia se encuentra la descrita como “doble fachada”, que se refiere a la diferencia de imagen en lo público y lo privado, teniendo en el primero una cargada de cualidades positivas, mostrándose como buenos profesionales, amigos o vecinos, y en lo privado cualidades opuestas y contradictorias, como el ser controlador y ejercen el poder sobre el resto de la familia. Con ello, la mujer que vive en situación de violencia muchas veces es tildada de desequilibrada y no se le cree, produciéndose la revictimización o victimización secundaria. Otro aspecto es el desequilibrio de poder con la pareja; un miembro subyuga al otro, aplicando abusos intercalados con recompensas. Se instala un ciclo de dependencia, en que la mujer cada vez pierde más poder, cediéndoselo al agresor, y estableciéndose con ello un fuerte vínculo afectivo de carácter simbiótico. Aumenta a la vez la impotencia de ella y la convicción de que “nada podrá nunca cambiar”.

La relación en el ya mencionado “ciclo de violencia”, con alternancia entre los actos violentos, de arrepentimiento y recompensas, conlleva una manipulación emocional, lo cual ayuda a mantener el vínculo, se genera un fenómeno emocional paradójico, en el que se ve cada vez más omnipotente al poderoso y cada vez más indefenso y necesitado a sí misma. Con el tiempo hay un desgaste y cualquier dificultad aumenta la frustración de la mujer, y la inhabilidad comunicativa de sentimientos de él, lo que hace que cualquier hecho sirva para ser agresivo. Los hombres que ejercen violencia se caracterizan por tener una baja autoestima, inseguridad y dependencia, por lo cual necesitan una mujer que los ayude a no sentirse disminuidos, para negar su baja autoestima, lo cual se suma a la celotipia y a las conductas de control, motivadas por su temor a ser abandonados por su pareja. En su intervención, se busca que se asuman independientes de sus esposas, para lograr una autoimagen positiva e incrementar su autoestima.

A través de su conducta violenta, el hombre consigue descargar la tensión que no puede descargar con palabras y consolidar su superioridad sobre la mujer, a quien hace sentir que sólo vale a su lado. Ésta asume la inferioridad, perpetuándose la dependencia entre ambos.

Por su parte, la mujer intensifica sus esfuerzos por tener todo controlado, a pesar de lo cual es agredida, encontrando de igual forma alguna culpa en ella. Luego pensará que no puede encontrar solución por falta de inteligencia, lo cual se suma a un clima de tensión permanente. Con todo ello se produce lo que Seligman describió como “desesperanza aprendida”, “estado psicológico que se produce en los organismos cuando estos aprenden que los acontecimientos son incontrolables” (La Morada, 1994), es decir, que sin importar lo que se haga ocurrirán ciertos resultados, en este caso, la violencia. En la etapa de “luna de miel” la mujer necesita mantener sus creencias y mitos en relación con el matrimonio, instalándose así el ciclo de la violencia. Se instala un vínculo vicioso: entre más le pega más enfermo está, más la necesita y más tiene que ayudarlo, con lo cual se siente valiosa y se alimenta su autoestima deteriorada. De esta forma se pueden describir diferentes aportes a la comprensión tanto en relación con el ciclo de la violencia como en relación con los procesos de discriminación que involucran conductas en este sentido, procesos ambos ya descritos con anterioridad”.

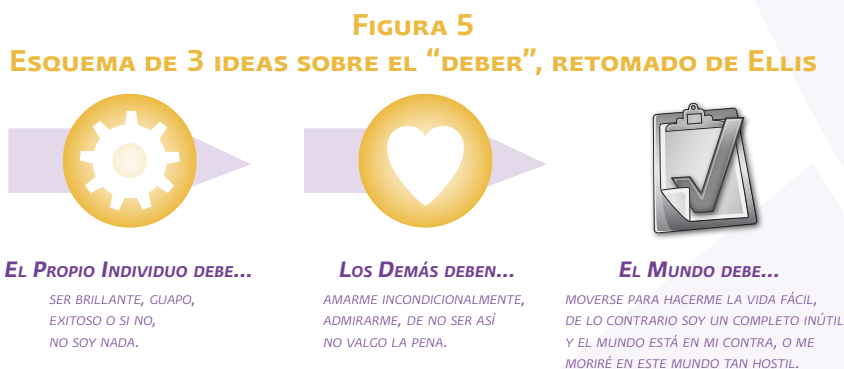
7.1.4. ENFOQUE COGNOSCITIVO

En la década de los 70, el conductismo tradicional cambia y acepta nuevas propuestas que involucran la cognición como parte del sujeto y parte importante del comportamiento, de hecho, ya desde el condicionamiento operante se dejaba ver esta tendencia aunque no todavía tan clara. Es así que se logran incorporar dos grandes cuerpos teóricos, la terapia racional emotiva de Albert Ellis y la terapia cognitiva de Aaron Beck.

7.1.5. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE)

Los fundamentos teóricos de la TRE se basan en el presupuesto de que la emoción y el pensamiento humanos no son dos procesos dispares o diferentes, es decir, la emoción es precedida o mantenida por el pensamiento y, que el pensamiento generalmente se traduce en frases, palabras u oraciones, Ellis sostenía que muchas de nuestras emociones toman la forma de autoconversación o frases interiorizadas (Ellis, A., 1980). Por lo que básicamente si podemos cambiar los pensamientos podremos controlar las emociones.

Los seres humanos tenemos una serie de ideas que nos hacen infelices y que rigen los pensamientos que evocamos al experimentar la vida cotidiana, lo que a su vez provoca o intensifica nuestras emociones. Ellis planteaba que las ideas que provocan emociones degradables o negativas, en general son irracionales, ya que no ayudan a sentirnos mejor, sino al contrario. Básicamente planteaba 11 ideas, pero no es el caso mencionarlas todas y cada una, nos limitaremos a mencionar las tres principales que giran en el “deber” y que de no cumplirse causan frustración, enojo, tristeza, y otras emociones:



Ellis además planteaba que las creencias irracionales tienen un antecedente y una consecuencia, lo que obliga a la o el terapeuta a cuestionar fuertemente las ideas del cliente y a cambiarlas por ideas más racionales, es decir aquellas que estén en armonía con los objetivos de éste, su famoso ABC (que no expondremos aquí para su análisis por motivos de espacio, remítase a los textos originales).

7.1.6. TEORÍA DE BECK

Otro autor que como mencionamos, aportó elementos importantes a la terapia cognitivo-conductual fue Aaron Beck, quien conceptualizaba a la terapia cognitiva como un procedimiento directivo, estructurado, y de tiempo limitado, que se basa en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que dicho individuo tiene de estructurar su mundo (Beck, A., 1967, Beck, A., Rush, A.J., Shaw, B.F. and Emery, G. (1983)).

Beck al igual que Ellis planteaba que los esquemas cognitivos (ideas irracionales de Ellis) son los que de alguna forma determinan que la persona tenga las emociones consecuentes. Por esquemas se entiende que es la estructura de pensamiento, los patrones cognitivos estables mediante los cuales conceptualizamos de forma idiosincrática nuestra experiencia, se refiere a la organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas de las que podamos o no ser conscientes. Estos esquemas pueden permanecer guardados y salir ante situaciones desencadenantes (físicas, biológicas o sociales) para actuar desencadenando distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos.

Este autor basa sus observaciones en especial en personas con depresión, sin embargo, su aplicación se ha extendido a otras patologías.

TRIÁDA COGNITIVA

- **Visión negativa de la persona hacia sí misma, tiende a atribuir a sus experiencias desagradables un defecto propio, se subestima y piensa que carece de habilidades para ser feliz.**
- **Interpretación negativa de las propias experiencias, le parece que el mundo le hace demandas exageradas o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos, se siente derrotado.**
- **Visión negativa acerca del futuro, la persona cree que sus dificultades continuarán indefinidamente, su visión es de fracaso.**

Otro concepto fundamental para Beck y en general para la terapia cognitiva es el de Esquemas, se utiliza para explicar por qué alguien mantiene actitudes que le hacen infeliz y que no le permiten alcanzar sus objetivos, aún cuando haya evidencia de que existen aspectos positivos en su vida. Los esquemas son patrones estables, son la base de la regularidad de las interpretaciones que se hacen de las experiencias, por ejemplo un esquema puede ser “los hombres son más valiosos e inteligentes que las mujeres”.

Los errores en el procesamiento de la información, mantienen la creencia del cliente* sobre la validez de sus conceptos negativos, estos los define como:

- *Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se adelanta una respuesta en ausencia de la evidencia que le apoye.*
- *Abstracción selectiva (relativo al estímulo): se concentra en un detalle extraído fuera de su contexto.*
- *Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se elabora una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados, y se aplica a otras situaciones.*
- *Maximización o minimización (relativo a la respuesta): se cometen errores al evaluar la significación o magnitud de un evento, que constituyen una discusión.*
- *Personalización (relativo a la respuesta): tendencia de atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.*
- *Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): tendencia a clasificar todas las experiencias, según una o dos categorías opuestas, generalmente la negativa.*

Echeburúa et al (2002) plantea un modelo que explica el mantenimiento de la violencia, en donde la mujer tiene previo a la vivencia de violencia, una serie de esquemas cognitivos que le mantienen en la relación. Posteriormente se instala el condicionamiento en el mantenimiento dentro de la situación lo que distorsiona aún más la cognición.

NOTA

*EL CONCEPTO DE CLIENTE, EN EL CONTEXTO DE LA TERAPIA, TIENE COMO FIN EVITAR LA CONNOTACIÓN PASIVA DEL CONCEPTO PACIENTE.

Este mismo autor menciona que la mujer que vive la violencia presenta una serie de creencias que le llevan a permanecer en la relación de maltrato, como son:

- *Sentir vergüenza de hacer público en su medio social una conducta que le resulta degradante;*
- *Crear que los hijos necesitan crecer y madurar emocionalmente con la presencia ineludible de un padre y de una madre en un modelo tradicional de familia;*
- *Tener la convicción de que la mujer no podría sacar adelante a sus hijos por sí sola;*
- *Considerar que la familia es un valor absoluto en sí mismo y que, por tanto, debe mantenerse a toda costa;*
- *Crear que la fuerza del amor lo puede todo y que, si ella persevera en su conducta, conseguirá que el maltrato finalice;*
- *Pensar acerca de su pareja, que, en el fondo, es buena persona y está enamorado de ella, cambiará con el tiempo; y*
- *Estar firmemente convencida de que ella es imprescindible para evitar que él caiga en el abismo (del alcohol, de los celos, etcétera).*

Como se habrá notado este marco terapéutico ofrece explicaciones y conclusiones completas que sustentan sus técnicas, la mayoría experimentales, pero sin dejar de lado el aspecto humano de las usuarias finales, quienes requieren de todo el arsenal de conocimiento que posee la psicología, tanto de las explicaciones teóricas como del bagaje de técnicas que provee cada teoría para ayudarle a la mujer en situación de violencia a superar la situación que está pasando, a tener nuevas alternativas para salir de esa circunstancia y sobre todo para que alcance el mayor bienestar físico, emocional y social al que toda persona tiene derecho.

Cuando se habla de violencia su abordaje terapéutico no es cosa fácil, pues cada corriente da una explicación de cada uno; sin embargo, es el marco cognitivo-conductual el que más ha aportado investigación al respecto, por lo cual es la referencia básica de este manual, ya que las técnicas sugeridas en los distintos protocolos derivan de estas teorías, y todo aquel que las aplique está obligado a conocer su fundamento teórico para comprender el por qué de las diferentes técnicas. Cabe señalar que no se pretendió ser exhaustivos, por lo que no exponemos todos y cada uno de los antecedentes ya que no es el objetivo de este manual, sólo se mencionan sin hacer justicia para dar una idea general del origen de las diferentes técnicas.



8 Capítulo **PROTOCOLOS DE ATENCIÓN**





8

Capítulo

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

Grupo de expertas*

8A. INTRODUCCIÓN

La atención psicológica de las mujeres en situación de violencia es un tema que ha ocupado mucho espacio en las comunicaciones científicas, dada su gran complejidad, ya que las distintas posiciones teóricas abordan el problema desde su enfoque, lo que hace complicada la repetición del formato utilizado, es la terapia cognitivo-conductual la que se apega a las necesidades del programa y ha demostrado su mayor eficacia, por lo que, como ya se había mencionado, los protocolos aquí expuestos derivan sus técnicas de este enfoque.

8B. CÓMO UTILIZAR LOS PROTOCOLOS

Si bien se expone a continuación una serie de protocolos que proporcionan una guía para el abordaje de la violencia contra las mujeres, cabe señalar que las técnicas aquí sugeridas pueden ser modificadas para adaptarse a la circunstancia específica de cada mujer, siempre que el objetivo terapéutico se logre. Cada uno de ellos fue realizado de acuerdo al consenso de las expertas que trabajan en la atención de las mujeres en condiciones de violencia familiar y de género.

Los protocolos fueron pensados en función del nivel de violencia que está viviendo la usuaria, por lo que las sesiones fueron diseñadas para alcanzar cada uno de los objetivos terapéuticos. También se elaboraron los protocolos de Camino de retorno a la vida sin violencia y de atención a la Violencia Sexual.

Además del objetivo terapéutico, cada sesión cuenta con las técnicas propuestas desde el marco cognitivo-conductual, así como los respectivos materiales requeridos para el buen desarrollo de la misma.

Si la técnica no se adecua al contexto de las personas a atender y/o las habilidades de la misma no lo permiten, se sugiere aplicar la técnica más adecuada, sin perder de vista el objetivo terapéutico.

Dentro de cada protocolo sólo se incluye la carta descriptiva del proceso y la recomendación de técnica a utilizar, el desarrollo de éstas se encuentra descrito en la Compilación de Técnicas (Capítulo 10). Se recomienda que para mayor información sobre las técnicas, las y los lectores se remitan a los textos citados en la bibliografía para ampliar su conocimiento de las mismas.

Para la valoración del nivel de severidad además de lo planteado en el modelo integrado a través del instrumento de evaluación de riesgo, se deberá emplear el siguiente algoritmo como guía adicional para la selección del protocolo.

8C. ALGORITMO

En principio, la mayor gravedad de la violencia, en cuanto a intensidad y frecuencia, es un elemento que facilita en la mujer que vive violencia el abandono de la convivencia con el maltratador. Sin embargo, hay ocasiones en que la indefensión y la desesperanza producidas en ella por un maltrato intenso y prolongado, además del deterioro en la autoestima y la incapacidad de toma de decisiones y la falta de redes sociales, dificultan la toma de decisiones y generan miedo al futuro ante escenarios posibles como estar “sola” y lleno de retos para los que quizá no se está preparada. Por ello, según Johnson (1992) y Mitchell y Hodson (1983), puede darse el caso paradójico de que quienes regresen con quien las maltrata, sean las mujeres afectadas por una violencia de mayor severidad. (Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E & de Corral, P., 2007).

* Irma Aldana, Jackeline Cortazar, Andrea Escamilla, Martha Flores, Teresa Ortega, Claudia González, Nathalie Lara, Ana Trinidad, Litanía Madrigal, Paola Durán, Nancy Bernal, Julia Velázquez, Juan Carlos Segarra, Georgina Aquino y Ana María Zellhuber.

NOTA

EL ALGORITMO NO SUSTITUYE A LA EVALUACIÓN DE RIESGO, NI AL EMPLEO DE LOS INDICADORES DE ALARMA DEL MODELO INTEGRADO, MANUAL DE OPERACIÓN.

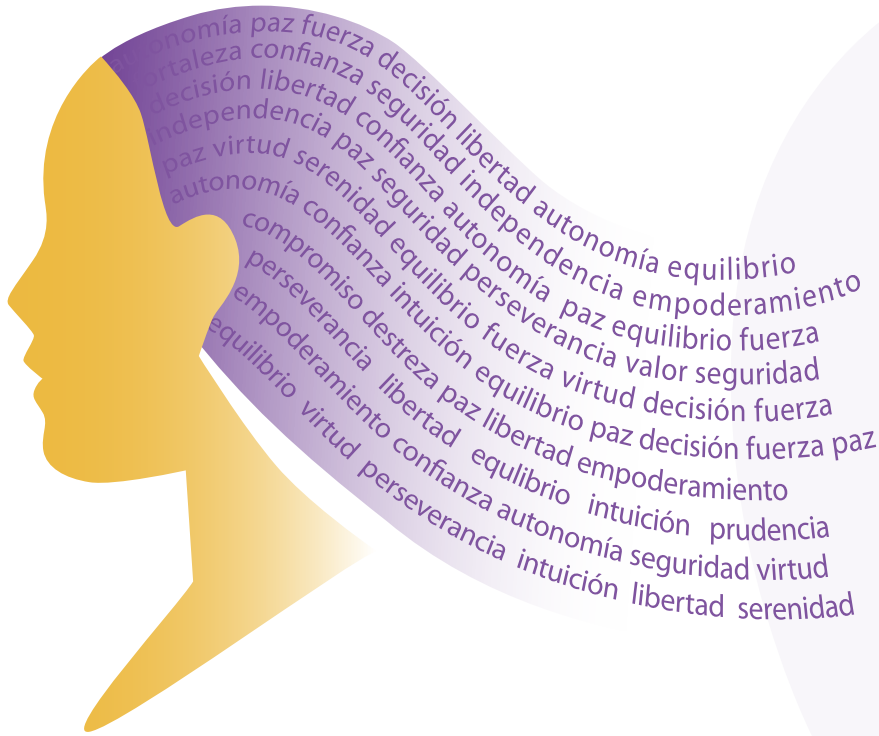
NOTA

LA EVALUACIÓN DE RIESGO SE REFIERE A LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO SEGÚN SITUACIÓN ESPECÍFICA DE VIOLENCIA, CAPACIDAD DE RESPUESTA Y PELIGROSIDAD DEL AGRESOR, DE ACUERDO CON EL MANUAL DE OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO.

Es claro que la violencia que viven las mujeres es distinta en cada una de ellas y la valoración de la severidad puede ser complicada; sin embargo es importante hacer un esfuerzo por categorizar y jerarquizar el daño que causa vivir en esta situación. Por otra parte, cabe señalar que dicha categorización tiene por objetivo establecer los criterios para la selección del protocolo más adecuado de atención, por lo que se debe considerar que esta graduación o nivel no significa que se minimice la situación de violencia que muchas mujeres pueden estar viviendo y que incluso la severidad puede en cualquier momento escalar de intensidad. A continuación se presenta el cuadro que incluye los siguientes factores:

SÍNTOMAS + CRONICIDAD + FRECUENCIA + NIVEL DE DAÑO = NIVEL

MAGNITUD		Moderada	Severa	Extrema
SIGNOS Y SÍNTOMAS	Físicos	<ul style="list-style-type: none"> Dolor crónico, exacerbación de los síntomas de enfermedades crónicas, entumecimiento, hormigueo, dolor articular o de espalda crónico, cefaleas. 	<ul style="list-style-type: none"> Somatizaciones, como dolores de cabeza, alteraciones para conciliar el sueño, alteraciones en el apetito, síndrome de colon irritable, gastritis, dificultad para dormir, taquicardias, golpes, moretones, lesiones, embarazos no deseados o no planeados, infecciones de transmisión sexual frecuentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Las lesiones han puesto en peligro la vida de la mujer.
	Cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> Preocupación. Percepción de que algo anda mal, tendencia a minimizar la violencia, tendencia a negar la victimización. 	<ul style="list-style-type: none"> Confusión, problemas para tomar decisiones, alteraciones en la atención y de memoria de corto plazo. Sabe que la relación es violenta, características atribuibles externas al agresor. Visión negativa de la vida actual y futura. 	<ul style="list-style-type: none"> Percepción de pérdida de control. Distorsión de la realidad. Riesgo de suicidio u homicidio.
	Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento por iniciativa de la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> Pérdida de control afrontamiento defectuoso, irritabilidad y problemas para llevar a cabo actividades nuevas. Aislamiento por presión de la pareja. Presencia de conductas compulsivas como el abuso en el consumo de sustancias, medicamentos y/o alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento externo. Inadaptación a la vida diaria.
	Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> Sentimientos de tristeza, humillación y vergüenza, temor, autoestima débil. 	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento externo. Inadaptación a la vida diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Malestar emocional crónico Miedo a sufrir una segunda victimización, desesperanza Depresión y trastorno de estrés posttraumático (TEPT) Despersonalización.
CRONICIDAD		< a 3 meses	> a 3 meses	No aplica
FRECUENCIA		<ul style="list-style-type: none"> Cuántas veces en los últimos 3 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumenta la frecuencia de los insultos, menosprecios en privado o delante de otros, de los señalamientos sobre la apariencia física y/o de los celos. O ha aumentado el golpe con la mano o el puño, las sacudidas, jalones, torceduras, patadas, empujones, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Hay amenazas a la integridad e incluso la vida de ella, sus hijas e hijos o familiares.
NIVEL DE DAÑO		<ul style="list-style-type: none"> Las alteraciones a nivel social, laboral, emocional y/o físico son poco observables, causan daño en las diferentes esferas de la vida, pero aún no se visibilizan. 	<ul style="list-style-type: none"> Social: aislamiento de la familia, no permite visitas, la relación con el exterior está deteriorada. Hay daño físico (médicamente observable), emocional y laboral-económico (hay una restricción de los recursos económicos propios y de la pareja). Las relaciones sociales y familiares son severamente afectadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Peligro de muerte. Redes sociales inexistentes o inseguras.



8D. SESIONES INICIALES COMUNES A TODOS LOS PROTOCOLOS

De acuerdo a los lineamientos para la atención psicológica de las mujeres en situación de violencia, el personal de psicología deberá verificar que la usuaria cuenta con la evaluación de riesgo, si es así se procede a:

- Realizar entrevista inicial, con aplicación de los instrumentos de entrada, para el llenado de la entrevista semi-estructurada y los instrumentos de evaluación de sintomatología (anexos 1, 2, 3, 4 y 5).
- Establecer Diagnóstico Inicial.
- Seleccionar el protocolo a utilizar.
- Comunicar el encuadre terapéutico a la usuaria.
- Establecer los acuerdos terapéuticos cuando aplique.
- Integrar el expediente clínico conforme a la NOM-168-SSA1-1998.

Si la usuaria llega de forma directa, es decir, sin ser referida al servicio de atención psicológica, en la medida de lo posible se regresa al área de trabajo social para la aplicación de los instrumentos de detección:

- Llenado del aviso a Ministerio Público.
- Registro en los Sistemas de Información en Salud, conforme a la NOM-046-SSA2-2005.
- Se realiza entrevista inicial.
- Se aplican: Herramienta de evaluación de riesgo, Capacidad de respuesta y peligrosidad del agresor.
- Se elabora el plan de seguridad con la usuaria.
- Se aplica el Algoritmo que se presenta en el punto 8C de este Manual.
- Se refiere al área médica y de trabajo social.
- Se integra el expediente clínico conforme a la NOM-168-SSA1-1998.

NOTA

FORMATO SIS-17P

Una vez que la usuaria ha sido evaluada con los instrumentos pertinentes al “Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual – Manual Operativo”, en todos los casos se aplica el siguiente esquema fuera de las sesiones terapéuticas.

- Se realiza la entrevista semi-estructurada para obtener la información específica al área de psicología (Anexo 1).
- Se aplican instrumentos de detección de sintomatología
 - Inventario de Depresión de Beck (Anexo 2).
 - Inventario de Ansiedad de Beck (Anexo 3).
 - Escala de Desesperanza de Beck (Anexo 4).
 - Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Anexo 5).
 - Escala de 8 ítems para los resultados del tratamiento (Anexo 6).
- Se establece el Diagnóstico Inicial.
- Se selecciona el protocolo a utilizar.
- Se integra al expediente clínico conforme a la NOM-168-SSA1-1998.

8.1. PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA VIOLENCIA MODERADA

Objetivo del protocolo: Brindar una intervención breve donde la usuaria identifique la situación de violencia que vive y la repercusión en las esferas de su vida; valorar y referir para atención grupal.

8.1.1. PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL DE LA VIOLENCIA MODERADA

OBJETIVO TERAPÉUTICO

Que la usuaria identifique que se encuentra en una situación de violencia y que visualice opciones para salir de ella.

CRITERIOS DE APLICACIÓN

- Mujeres que viven violencia desde hace 3 meses o menos.
- La percepción de la usuaria: Algo anda mal en la relación pero no sabe qué es, la violencia física se ve como algo fortuito, como son cachetadas, empujones, golpes que no dejan heridas, puede llegar a pensar que son sin intención por parte de la pareja, justifica la conducta violenta, ella piensa que está en igualdad de poder, que aún tiene control sobre la situación y puede negociar.
- **Severidad del daño:** Puede haber especialmente violencia psicológica, la física demerita a la mujer pero no la paraliza, el aislamiento viene del agresor(a).
- Síntomas de ansiedad aislados, como inquietud, dolores sin causa aparente, palpitaciones, etc.; empieza a experimentar alteraciones de sueño, del humor y de alimentación, enojo por la falta de entendimiento y frustración.

NÚMERO DE SESIONES

1 a 3.

FORMATO

Individual.

MÉTODO DE EVALUACIÓN

Inicial:

- Entrevista semiestructurada para mujeres en situación de violencia (Anexo 1).
- Inventario de Depresión Beck (Anexo 2).
- Inventario de Ansiedad de Beck (Anexo 3).
- Escala de Breve de Evaluación Psiquiátrica (Anexo 5).
- Escala de 8 ítems para los resultados del tratamiento (Anexo 6).

Al finalizar:

- Formato de evaluación del servicio (Anexo 18).

PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	TÉCNICAS Y ACTIVIDADES SUGERIDAS	MATERIALES REQUERIDOS
SESIÓN PREVIA	• Valoración y aplicación de Instrumentos de Sesiones Previas comunes a todos los Protocolos, establecidas en la sección 8.D.		
1	• Valorar el nivel de riesgo en el que se encuentra la usuaria.	• Entrevista y aplicación de instrumentos.	• Formatos: entrevista semiestructurada para mujeres en situación de violencia (Anexo 1).
2	• Facilitar el proceso de aplicación del plan de seguridad, cambiando los esquemas cognoscitivos que dificultan la puesta en práctica	• Reestructuración cognoscitiva. Plan de seguridad.	
3	• Preparar a la usuaria para el proceso grupal. • En caso de que la usuaria no quiera el proceso grupal. Facilitar la comprensión del círculo de la violencia, para desnaturalizarla y poder tomar acciones para el cese de la misma.	• Psicoeducación. • Solución de problemas.	• Solución de problemas (Anexo 9).

8.1.2. PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL DE LA VIOLENCIA MODERADA

OBJETIVO

Identificar la violencia en las etapas iniciales o cuando se encuentra en un nivel moderado, a través de una intervención grupal, con el fin de salir de la situación.

Este protocolo está diseñado para ser empleado cuando no existen disponibles en los servicios de salud o en otras instituciones u organizaciones espacios de trabajo grupal en el tema de violencia. Por lo que el área de psicología de los servicios especializados será responsable de abrir un grupo terapéutico. A continuación se proporciona una guía para el trabajo grupal, en el que las mujeres que se encuentran en etapas iniciales de la violencia y tienen un nivel moderado, puedan identificar la violencia en su vida y salir de la situación de forma temprana.

NÚMERO DE SESIONES

12.

FORMATO

Grupal.

MÉTODO DE EVALUACIÓN

Inicial:

- Entrevista semiestructurada para mujeres en situación de violencia de pareja. (Anexo 1).
- Inventario de Depresión Beck. (Anexo 2).
- Inventario de Ansiedad de Beck. (Anexo 3).
- Escala de desesperanza de Beck (Anexo 4).
- Escala de Breve de Evaluación Psiquiátrica (Anexo 5).
- Escala de 8 ítems para los resultados del tratamiento (Anexo 6).

Durante:

- **Ejecución en sesión.** Valoración subjetiva a través de la observación del desempeño de la usuaria durante los ejercicios, particularmente su disposición al cambio cognoscitivo y conductual.
- Ejecución de las tareas para casa (descrito en la Compilación de Técnicas).

Al finalizar:

- Formato de evaluación del servicio (Anexo 18).
- Se sugiere aplicar nuevamente las escalas de Beck para monitorear si la sintomatología ha disminuido (Anexos 2, 3, 4 y 6).

PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	TÉCNICAS Y ACTIVIDADES SUGERIDAS	MATERIALES REQUERIDOS
1	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de las participantes, establecimiento de reglas del grupo y forma de trabajo, explicación del problema, explicación de los objetivos de la intervención. Integración grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> Consentimiento verbal, hablar sobre la privacidad y confidencialidad dinámica de trabajo del grupo, aplicar reevaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> Instrumentos de evaluación inicial (Anexos 1,2,3,4, 5 y 6)
2	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar la confianza básica en la relación terapéutica. 	<ul style="list-style-type: none"> Confianza básica. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> Trabajar ciclo y tipos de violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación. 	
4	<ul style="list-style-type: none"> Desmitificar violencia, género y poder, mandato, roles y mitos. 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación. Reestructuración. Relajación. Tarea: practicar la relajación por respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> Autorregistro de la respiración (Anexo 17).
5	<ul style="list-style-type: none"> Relajación. Verbalización de la propia experiencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Relajación. Cognitivo-constructivista. 	
6	<ul style="list-style-type: none"> Identificación y manejo de las experiencias presentadas en la sesión pasada. 	<ul style="list-style-type: none"> Auto diálogo dirigido. 	
7	<ul style="list-style-type: none"> Identificación secundaria, como se llega a la situación de violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Cognitivo-constructivista. 	
8	<ul style="list-style-type: none"> Responsabilizarse de sí misma, para no conceptualizarse como víctima indefensa. Recuperación de crisis. 	<ul style="list-style-type: none"> Práctica de actividades de autocuidado. Conciencia corporal Tarea: diario de actividades de autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> Registro de actividades de autocuidado (Anexo 9).
9	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de habilidades para modificar las relaciones violentas, toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas Asertividad. Modelado de la conducta común a todas las participantes. Tarea: ensayo de la conducta adquirida. 	
10	<ul style="list-style-type: none"> Resignificación de la situación de violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tarea: dificultades en el ensayo de la conducta. Reestructuración. Modelado de la conducta común a las participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ABC (Anexo 8).
11	<ul style="list-style-type: none"> Plan de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> Solución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> Formato de solución de problemas (Anexo 10).
12	<ul style="list-style-type: none"> Cierre y evaluación. 		<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de servicio (Anexo 18).

8.2. PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA VIOLENCIA SEVERA

OBJETIVO TERAPÉUTICO

Que la usuaria salga de la situación de violencia a través del fortalecimiento de sus habilidades de afrontamiento, para una vida independiente y libre de violencia.

CRITERIOS DE APLICACIÓN

- **Cognoscitiva:** reconoce que la relación con la pareja se ha tornado violenta.
- **Severidad del daño:** ya empieza a haber daño para tomar decisiones, síntomas físicos, se cree las críticas, etc., la capacidad de interacción de la usuaria, se encuentra sometida al control sin que sea totalmente consciente de ello, ni del cómo la pareja ejerce dicho control, su autoestima se encuentra disminuida.
- No existe peligro inminente de muerte, puede haber ya violencia física, además de otros tipos de violencia como la psicológica, sexual y económica.
- Síndrome de indefensión aprendida, estrés, depresión, ansiedad, incapacidad para la toma de decisiones, síntomas de activación.
- Cuando hay afectación a su funcionalidad y a la personalidad.
- **Cronicidad:** más de 3 meses.
- Quienes viven en situación de violencia familiar presentan un perfil psicopatológico caracterizado por el trastorno de estrés postraumático y por otras alteraciones clínicas (depresión, ansiedad patológica, etcétera) (Echeburúa et al., 2002).

NÚMERO DE SESIONES

12.

FORMATO

Individual.

MÉTODO DE EVALUACIÓN

Inicial:

- Entrevista semiestructurada para mujeres en situación de violencia de pareja. (Anexo 1).
- Inventario de Depresión Beck. (Anexo 2).
- Inventario de Ansiedad de Beck. (Anexo 3).
- Escala de desesperanza de Beck (Anexo 4).
- Escala de Breve de Evaluación Psiquiátrica (Anexo 5).
- Escala de 8 ítems para los resultados del tratamiento (Anexo 6).

Durante:

- Ejecución en sesión. Valoración subjetiva a través de la observación del desempeño de la usuaria durante los ejercicios, particularmente su disposición al cambio cognoscitivo y conductual.
- Ejecución de las tareas para casa (descrito en la Compilación de Técnicas).

Al finalizar:

- Formato de evaluación del servicio (Anexo 18).

PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	TÉCNICAS Y ACTIVIDADES SUGERIDAS	MATERIALES REQUERIDOS
Sesión Previa	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración y aplicación de Instrumentos de Sesiones Previas comunes a todos los Protocolos, establecida en el Sección 8D. 		
1	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la forma de trabajo, explicación del problema, explicación de los objetivos del tratamiento. • Reconocer la violencia y su ciclo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Tarea: Identificar los síntomas que presenta actualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de evaluación inicial (Anexos 1,2,3,4, 5 y 6). • Material escrito sobre el ciclo de violencia y su sintomatología.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Encuadre, síntomas cuerpo y emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tarea sobre los ciclos de violencia • Relajación (respiración). 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de la respiración (Anexo 17).
3	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los límites personales en la situación de violencia y generar estrategias para lograr relaciones más equitativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asertividad • Tarea: poner en práctica la conducta trabajada en la sesión. 	
4	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar emociones y conductas ante la situación de violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tarea • Reestructuración cognitiva • Tarea: registrar los componentes en situaciones que le generen malestar físico y emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • ABC (Anexo 8) • Registro de situaciones problemáticas (Anexo 15).
5	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación y puesta en práctica de estrategias para modificar la situación de violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tarea. • Solución de problemas • Tarea: ensayar la solución planteada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de solución de problemas (Anexo 10).
6	<ul style="list-style-type: none"> • Integración corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tarea • Conciencia corporal • Relajación autógena • Tarea: Practicar la relajación autógena. 	
7	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el autoconcepto y autoestima positivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tarea. • Lectura. • Reestructuración cognitiva. • Asertividad. • Autoeficacia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material escrito sobre autoestima.
8	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar habilidades de autocuidado y de toma de decisiones.¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Solución de problemas. • Autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de solución de problemas (Anexo 10). • Formato de registro de actividades de autocuidado (Anexo 9).
9	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación y fortalecimiento de las redes sociales sanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Solución de problemas* 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de red social (Anexo 11).
10	<ul style="list-style-type: none"> • Resignificación de la situación 	<ul style="list-style-type: none"> • Ideas irracionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ideas irracionales (Anexo 12).
11	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de logros. • Plan de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato Plan de vida (Anexo 19).
12	<ul style="list-style-type: none"> • Cierre preparación para recaídas. 		<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de servicio (Anexo 18).

*deberá adaptarse el procedimiento general para el objetivo.

NOTA

SE RECOMIENDA ABORDAR EL TEMA DEL DERECHO A PRESENTAR DENUNCIA, AUNADO AL TRABAJO CON TOMA DE DECISIONES.

8.3. PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA VIOLENCIA EXTREMA

OBJETIVO TERAPÉUTICO

Que la usuaria cuente con opciones para salvaguardar su integridad y la de sus hijos e hijas cuando exista amenaza inminente a su integridad e incluso la vida, a la brevedad.

CRITERIOS DE APLICACIÓN

Cognoscitiva: la mujer percibe un riesgo de muerte.

Los síntomas: paralización casi completa, aislamiento de casi todas las redes de apoyo, incapacidad para la toma de decisiones incluso básicas. La sensación de que no hay escape, que no existen opciones, síndrome de indefensión aprendida, síntomas depresivos severos y estrés postraumático, entre otros.

NÚMERO DE SESIONES

1 a 3.

FORMATO

Individual.

MÉTODO DE EVALUACIÓN

Inicial:

- *Entrevista semiestructurada para mujeres en situación de violencia de pareja. (Anexo 1).*
- *Inventario de Depresión Beck. (Anexo 2).*
- *Inventario de Ansiedad de Beck. (Anexo 3).*
- *Escala de desesperanza de Beck (Anexo 4).*
- *Escala de Breve de Evaluación Psiquiátrica (Anexo 5).*
- *Escala de 8 ítems para los resultados del tratamiento (Anexo 6).*

Al finalizar:

- *Formato de evaluación del servicio (Anexo 18).*

PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN

8.3.1. SESIÓN ÚNICA INDIVIDUAL.

Sale del esquema de 50 minutos, de acuerdo al tiempo disponible de la usuaria.

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	TÉCNICAS Y ACTIVIDADES SUGERIDAS	MATERIALES REQUERIDOS
1	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar el proceso para salva-guardar la vida, plan de seguridad, referencia y seguimiento, informar y orientar a la usuaria sobre sus derechos. Plan de seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> Reestructuración cognoscitiva y solución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> Anexo 10.

8.3.2. TRES SESIONES INDIVIDUALES

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	TÉCNICAS Y ACTIVIDADES SUGERIDAS	MATERIALES REQUERIDOS
<i>Sesion Previa</i>	<ul style="list-style-type: none"> Valoración y aplicación de Instrumentos de Sesiones Previas comunes a todos los Protocolos, establecida en la sección 8.D. 		
1	<ul style="list-style-type: none"> Recopilación de información para historia clínica, examen mental. 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicación de entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> Formato entrevista semiestructurada (Anexo 1).
2	<ul style="list-style-type: none"> Conciencia de riesgo y estrategias para toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> Reestructuración cognoscitiva haciéndose énfasis en que las ideas irracionales pueden generar una percepción errónea de lo que les sucede. Solución de problemas, enfatizando que hay opciones para salir de la situación. 	<ul style="list-style-type: none"> Lista de ideas irracionales (Anexo 12). Solución de problemas (Anexo 10).
3	<ul style="list-style-type: none"> Plan de acción de acuerdo a redes sociales, referencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Solución de problemas, con énfasis en la generación y fortalecimiento de las redes sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> Formato de redes sociales (Anexo 11).

NOTA

EN CASO DE QUE LA USUARIA NO ACEPTE LA REFERENCIA A UN REFUGIO O A UNA UBICACIÓN DE SU SELECCIÓN Y DECIDA CONTINUAR DENTRO DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA, DE SER POSIBLE CONTINUAR EL TRABAJO TERAPÉUTICO APLICANDO EL PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LA VIOLENCIA SEVERA.

8.4. PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Si bien la violencia sexual se clasifica como violencia severa, se consideró importante separar este protocolo de los demás por los requerimientos terapéuticos específicos, así mismo se subdividió en protocolos para atender en casos de: emergencia, en situación de violación perpetrada por un desconocido y la violencia sexual como parte de la violencia de pareja o familiar, quedando así tres protocolos para brindar la atención psicológica especializada.

El primer protocolo para casos de emergencia se denomina **“Atención Psicológica Individual para la Violencia Sexual Primer Contacto”**, está enfocado a ofrecer apoyo y orientación dentro de las primeras 72 horas de sucedido el evento, sea este perpetrado por un familiar o un desconocido.

El segundo protocolo se llama **“Atención Psicológica para Violación”**, se enfoca a ofrecer apoyo y recuperación a mujeres que han sufrido violación sexual por parte de un desconocido y que hayan pasado ya la fase de la emergencia inicial.

El tercero y último protocolo se llama **“Atención Psicológica de la Violencia Severa con Contenido Sexual”**, está diseñado para ofrecer atención a mujeres que se encuentran viviendo una situación de violencia familiar severa y dentro de la cual, además existe el componente de violencia sexual.

NOM-046-SSA2-2005

NUMERAL 6.4.1.

LOS CASOS DE VIOLACIÓN SEXUAL SON URGENCIAS MÉDICAS Y REQUIEREN ATENCIÓN INMEDIATA.

8.4.1. PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL PARA LA VIOLENCIA SEXUAL DE PRIMER CONTACTO (PRIMERAS 72 HRS. TRAS OCURRIDO EL EVENTO)

OBJETIVO TERAPÉUTICO

Realizar primeros auxilios psicológicos, acompañamiento, orientación en infecciones de transmisión sexual, anticoncepción de emergencia y profilaxis.

CRITERIOS DE APLICACIÓN

Mujeres que han sido agredidas sexualmente en las últimas 72 horas.

NÚMERO DE SESIONES

1.

FORMATO

Individual.

MÉTODO DE EVALUACIÓN

En este caso por el tipo de emergencia y puesto que es una sesión única, no se aplica ningún tipo de evaluación.

PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	TÉCNICAS Y ACTIVIDADES SUGERIDAS	MATERIALES REQUERIDOS
1	<ul style="list-style-type: none">• Valorar el nivel de riesgo en el que se encuentra la víctima, facilitar la expresión de sentimientos y temores, servir de Yo auxiliar en la toma de decisiones en cuanto a: la atención médica necesaria en lo inmediato, aspectos legales y de seguridad. Proporcionar el acompañamiento necesario en aspectos médicos y legales en caso de que la usuaria decida proceder.	<ul style="list-style-type: none">• Primeros auxilios psicológicos.	<ul style="list-style-type: none">• Anexo (primeros auxilios psicológicos).

8.4.2. PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN CASO DE VIOLACIÓN

OBJETIVO TERAPÉUTICO

Reconceptualizar y redimensionar la violencia sexual para mejorar las habilidades adaptativas de afrontamiento.

CRITERIOS DE APLICACIÓN

Mujeres que han vivido violencia sexual y que pasaron la etapa de emergencia.

NÚMERO DE SESIONES

12.

FORMATO

Individual o Grupal, siempre y cuando el grupo sea exclusivo para la atención a mujeres violadas.

MÉTODO DE EVALUACIÓN

Inicial:

- *Inventario de Depresión Beck. (Anexo 2).*
- *Inventario de Ansiedad de Beck. (Anexo 3).*
- *Escala de Breve de Evaluación Psiquiátrica (Anexo 5).*

Al finalizar:

- *Formato de evaluación del servicio. (Anexo 7).*

PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	TÉCNICAS Y ACTIVIDADES SUGERIDAS	MATERIALES REQUERIDOS
1	• Evaluación inicial aplicando los instrumentos correspondientes, explicación del proceso y establecimiento de compromisos.	• Aplicación de instrumentos.	
2	• Externar e identificar los hechos y sentimientos relacionados con la situación.	• Relajación. • Técnica ABC. • Tarea para casa.	
3	• Entender cómo las expectativas y exigencias sexuales afectan la relación con otra persona.	• Revisión de tarea. • Relajación.	
4	• Identificar las ideas tabúes.	• Revisión de tareas. • Ideas irracionales. • Tarea para casa.	• Anexo (listado de ideas irracionales).
5	• Regular las emociones.	• Revisión de tarea. • Entrenamiento de manejo afectivo. • Tarea para casa.	
6	• Realizar la Identificación corporal en la sexualidad.	• Revisión de tarea. • Relajación. • Psicoeducativa de las reacciones fisiológicas. • Tarea.	
7	• Cambiar los esquemas cognitivos desadaptativos.	• Revisión de tarea para casa. • Relajación. • TRE. • Tarea para casa.	
8	• Revalorar la propia persona.	• Revisión de tarea. • Reestructuración cognoscitiva. • Reforzamiento de la vida. • Tarea para casa.	
9	• Identificar el impacto en las esferas de la vida.	• Revisión de tarea. • Relajación. • Reflexión. • Tarea para casa.	
10	• Reforzar las habilidades para solucionar problemas.	• Revisión de tareas. • Relajación. • Solución de problemas. • Tarea para casa.	• Solución de problemas.
11	• Planear las metas a corto y mediano plazo.	• Revisión de tarea. • Relajación. • Plan de vida. • Tarea para casa.	• Metas y objetivos.
12	• Revisar los conceptos de Derechos humanos y jurídicos.	• Revisión de tarea. • Relajación. • Análisis de lectura.	• Anexo Lectura de derechos humanos y de la mujer.
13	• Cierre y evaluación.	• Aplicación de instrumentos de evaluación. • Despedida.	• Anexos de instrumentos.

NOTA

PARA EL TRABAJO CON TOMA DE DECISIONES Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS, ES IMPORTANTE ABORDAR EL TEMA DE LA DENUNCIA E INFORMAR SOBRE SU DERECHO A REALIZARLA, EN UN ESQUEMA DE EXIGIBILIDAD DE DERECHOS, PERO NO DE OBLIGACIÓN DE DENUNCIA.

8.4.3. PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA VIOLENCIA SEVERA CON CONTENIDO SEXUAL

NOTA

EL PROTOCOLO DE VIOLENCIA SEVERA CON CONTENIDO SEXUAL, RETOMA ASPECTOS DEL PROTOCOLO DE VIOLENCIA SEVERA, LA DIFERENCIA ESTÁ EN QUE EL NÚMERO DE SESIONES ES MÁS EXTENSO Y LA ADICIÓN DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS.

OBJETIVO TERAPÉUTICO

Que la mujer salga de la situación de violencia a través del fortalecimiento de sus habilidades de afrontamiento, para una vida independiente y libre de violencia.

CRITERIOS DE APLICACIÓN

- **Cognoscitiva:** sabe que la relación con la pareja se ha tornado violenta, puede sentirse culpable y avergonzada, minimiza la violencia sexual, considera que él ejerce un derecho sobre ella, la ha forzado e incluso la ha violado, disminución del desempeño en sus actividades diarias, desconfianza.
- **Severidad del daño:** ya empieza a haber daño para tomar decisiones, síntomas físicos, se cree las críticas, etc., la capacidad de interacción de la usuaria, se encuentra sometida al control sin que sea totalmente consciente de ello, ni del cómo el otro ejerce dicho control, su autoestima se encuentra disminuida.
- No existe peligro inminente de muerte, puede haber ya violencia física, además de otros tipos de violencia como la psicológica, sexual y económica.
- Síndrome de indefensión aprendida, estrés, depresión, ansiedad, incapacidad para la toma de decisiones, síntomas de activación.
- Cuando hay afectación a su funcionalidad y a la personalidad.
- **Cronicidad:** más de 3 meses.
- Las mujeres en situación de violencia severa presentan en general un perfil psicopatológico caracterizado por el trastorno de estrés postraumático y por otras alteraciones clínicas (depresión, ansiedad patológica, trastornos del sueño, irritabilidad, etcétera) (Echeburúa et al., 2002).

NÚMERO DE SESIONES

12.

FORMATO

Individual.

MÉTODO DE EVALUACIÓN

Inicial:

- Entrevista semiestructurada para mujeres en situación de violencia de pareja. (Anexo 1).
- Inventario de Depresión Beck. (Anexo 2).
- Inventario de Ansiedad de Beck. (Anexo 3).
- Escala de desesperanza de Beck (Anexo 4).
- Escala de Breve de Evaluación Psiquiátrica (Anexo 5).
- Escala de 8 ítems para los resultados del tratamiento (Anexo 6).

Durante:

- **Ejecución en sesión.** Valoración subjetiva a través de la observación del desempeño de la usuaria durante los ejercicios, particularmente su disposición al cambio cognoscitivo y conductual.
- Ejecución de las tareas para casa (descrito en la Compilación de Técnicas).

Al finalizar:

- Formato de evaluación del servicio (Anexo 18).

PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	TÉCNICAS Y ACTIVIDADES SUGERIDAS	MATERIALES REQUERIDOS
1	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la forma de trabajo, explicación del problema, explicación de los objetivos del tratamiento. • Reconocer la violencia y su ciclo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Tarea: Identificar los síntomas que presenta actualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de evaluación inicial (Anexos 1,2,3,4, 5 y 6). • Material escrito sobre el ciclo de violencia y su sintomatología.¹
2	<ul style="list-style-type: none"> • Encuadre, síntomas cuerpo y emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tarea sobre los ciclos de violencia. • Relajación (respiración). 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de la respiración (Anexo 17).
3	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y desnaturalizar la violencia sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación. • Identificación de la violencia sexual y psicológica, revisión de los síntomas y consecuencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pág. 58-60 ¹
4	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los límites personales en la situación de violencia y generar estrategias para lograr relaciones más equitativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la sesión pasada • Asertividad. • Tarea: poner en práctica la conducta trabajada en la sesión. • Relajación. 	
5	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar las emociones y conductas ante la situación de violencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tarea. • Reestructuración cognitiva. • Tarea: registrar los componentes en situaciones que le generen malestar físico y emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • ABC (Anexo 8). • Registro de situaciones problemáticas (Anexo 15).
6	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y poner en práctica estrategias para modificar la situación de violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tarea. • Solución de problemas. • Tarea: ensayar la solución planteada en la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de solución de problemas (Anexo 10).
7	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar las habilidades y fortalecer las estrategias de afrontamiento a la violencia sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tarea. • Solución de problemas. • Habilidades asertivas para la defensa de los derechos. • Tarea: ensayar la solución planteada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de solución de problemas (Anexo 10). • Material sobre los derechos de las mujeres y las leyes.⁺
8	<ul style="list-style-type: none"> • Integración corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tarea. • Conciencia corporal. • Relajación autógena. • Tarea: Practicar la relajación autógena. 	
9	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el autoconcepto y autoestima positivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tarea. • Lectura. • Reestructuración cognitiva. • Asertividad. • Autoeficacia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material escrito sobre autoestima.
10	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar habilidades de autocuidado y de toma de decisiones tanto generales como respecto a la vida sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solución de problemas. • Autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de solución de problemas (Anexo 10). • Formato de registro de actividades de autocuidado (Anexo 9).
11	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y fortalecer las redes sociales sanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solución de problemas¹. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de red social (Anexo 11)
12	<ul style="list-style-type: none"> • Resignificación de la situación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ideas irracionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ideas irracionales (Anexo 12).
13	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los logros. • Plan de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato Plan de vida (Anexo 19).
14	<ul style="list-style-type: none"> • Cierre preparación para recaídas. 		<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de servicio (Anexo 18).

NOTA*

CONSULTAR EL DOCUMENTO "PROTOSCOLOS PARA LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y/O DOMÉSTICA".¹

(PÁG. 49-54)

NOTA*

EL MATERIAL SOBRE LOS DERECHOS Y LAS LEYES, SE REFIERE A LAS CONSTITUCIONES, REGLAMENTOS, CÓDIGOS Y DEMÁS DOCUMENTOS, INTERNACIONALES, FEDERALES Y ESTATALES APLICABLES A CADA ENTIDAD.

1 Deberá adaptarse el procedimiento general para el objetivo.
 i <http://ministeriopublico.poder-judicial.go.cr/biblioteca/libros/protocolos/07.pdf>



8.5. PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE MUJERES EN CAMINO AL RETORNO A LA VIDA SIN VIOLENCIA

OBJETIVO TERAPÉUTICO

Disminuir la sintomatología postraumática para el regreso a una vida emocionalmente sana.

CRITERIOS DE APLICACIÓN

Cuando la usuaria ya ha pasado por alguno de los protocolos de atención y los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático están presentes (TEPT).

NÚMERO DE SESIONES

8.

FORMATO

Grupal.

CRITERIOS DE APLICACIÓN

Sólo en caso de TEPT, está contraindicado para depresión o cualquier otra patología.

MÉTODO DE EVALUACIÓN

Inicial:

- *Entrevista semiestructurada para mujeres en situación de violencia de pareja. (Anexo 1).*
- *Inventario de Depresión Beck. (Anexo 2).*
- *Inventario de Ansiedad de Beck. (Anexo 3).*
- *Escala de desesperanza de Beck (Anexo 4).*
- *Escala de Breve de Evaluación Psiquiátrica (Anexo 5).*
- *Escala de 8 ítems para los resultados del tratamiento (Anexo 6).*

Durante:

- *Ejecución en sesión. Valoración subjetiva a través de la observación del desempeño de la usuaria durante los ejercicios, particularmente su disposición al cambio cognoscitivo y conductual.*
- *Ejecución de las tareas para casa (descrito en la Compilación de Técnicas).*

Al finalizar

- *Formato de evaluación del servicio (Anexo 18).*
- *Escala de cambio percibido (Anexo 7).*
- *Escala de 8 ítems para los resultados del tratamiento (Anexo 6).*

PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN (Rincón González, 2003):

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	TÉCNICAS Y ACTIVIDADES SUGERIDAS	MATERIALES REQUERIDOS
1	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de las participantes y establecimiento de reglas del grupo y forma de trabajo. Fomentar la comprensión del problema y de los objetivos de la intervención. Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia entrenamiento de control de la respiración . 	<ul style="list-style-type: none"> Modelado de la técnica de respiración. Lectura participativa. Explicación de los síntomas del TEPT. Tareas: ejercitar control de la respiración, registrar síntomas de reexperimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> Información por escrito de los ciclos de la violencia. Formato de registros de respiración (Anexo 17). Formato de autoregistro de reexperimentación (Anexo 14).
2	<ul style="list-style-type: none"> Identificar los pensamientos intrusivos que causan malestar y detenerlos para sustituir por pensamientos más adaptativos. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas. Reevaluación cognitiva. Relajación por respiración. Detención del pensamiento. Tareas: ejercitar detención de pensamiento, completar formato A-B-C y ejercitar control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> Formato ABC (Anexo 8). Escala de Cambio Percibido (Anexo 7).
3	<ul style="list-style-type: none"> Enfatizar que la conducta violenta es el resultado de los pensamientos y emociones del agresor y no de las conductas de las usuarias. Fomentar la autoevaluación positiva hacia si mismas. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas. Reevaluación cognitiva. Relajación. Tareas: leer material autoestima, realizar actividades gratificantes, completar hojas A-B-C-D, identificar y registrar situaciones problemáticas y ejercitar control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> Autorregistro de ejercicio de control de respiración (Anexo 17). Autorregistro de situaciones problemáticas (Anexo 15). Escala de Cambio Percibido (Anexo 7).
4	<ul style="list-style-type: none"> Diferenciar entre la pérdida de control de la situación de violencia y de otros aspectos de la vida, aprendiendo habilidades para hacer frente a las dificultades con estrategias que le darán una mayor sensación de control. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas. Reevaluación cognitiva. Solución de problemas. Relajación. Control de la respiración. Tareas: identificar, registrar y definir situaciones problemáticas, realizar actividades gratificantes y ejercitar control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> Formato para solución de problemas (Anexo 10). Escala de Cambio Percibido (Anexo 7). Situaciones problemáticas (Anexo 15).
5	<ul style="list-style-type: none"> Generar alternativas de solución a los problemas que las usuarias consideren importantes, analizándolas y eligiendo la mejor solución. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas. Solución de problema. Relajación. Control de la respiración. Tareas: identificar y registrar situaciones problemáticas y solucionar un problema diario, registrar síntomas de reexperimentación y ejercitar control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> Solución de problemas (Anexo 10). Situaciones problemáticas (Anexo 15). Escala de Cambio Percibido (Anexo 7).
6	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir el miedo a situaciones de maltrato y experimentar sensación es de autocontrol para el mejor afrontamiento y toma de decisiones cruciales para la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas. Reevaluación cognitiva. Relajación. Tareas: realizar autoexposición en imaginación, registrar situaciones evitadas y ejercitar control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> Autorregistro de situaciones evitadas (Anexo 16). Escala de Cambio Percibido (Anexo 7).
7	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir el miedo a situaciones de maltrato y experimentar sensaciones de autocontrol para el mejor afrontamiento y toma de decisiones cruciales para la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas. Exposición. Relajación. Tareas: Realizar autoexposición en imaginación, realizar autoexposición en vivo y ejercitar control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> Control de la respiración (Anexo 17). Escala de Cambio Percibido (Anexo 7).
8	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir los síntomas del estrés postraumático. Evaluación del tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de tareas. Exposición. 	<ul style="list-style-type: none"> Escala de Cambio Percibido (Anexo 7).

9

Capítulo

PROTOCOLO DE CANALIZACIÓN Y REFERENCIA

autonomía paz fuerza decisión libertad autonomía
fortaleza confianza decisión libertad autonomía
decisión libertad seguridad independencia paz equ
independencia confianza paz seguridad independencia
paz virtud serenidad paz seguridad independencia
autonomía serenidad paz seguridad independencia
compromiso confianza equilibrio perseverancia paz equ
perseverancia intuición fuerza virtud de
empoderamiento libertad paz libertad empod
equilibrio virtud perseverancia intuición lib



9

Capítulo

PROTOCOLO DE CANALIZACIÓN Y REFERENCIA

9.1. REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y SEGUIMIENTO

En cuanto a los procedimientos y las formas de realizar la referencia, contrarreferencia y seguimiento de casos el presente capítulo se apega a lo establecido por el “Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual – Manual Operativo”, en su Capítulo 8.

En la presentación de este capítulo se hicieron las adecuaciones necesarias para la realización de referencia, contrarreferencia y seguimiento desde el Servicio Especializado de Atención Psicológica, sin alterar en nada los procedimientos descritos en el Modelo Integrado.

De igual forma, se contemplaron los lineamientos establecidos en el Capítulo 5 del presente manual con respecto a la Referencia – Contrarreferencia.

ADECUACIÓN DEL CAPÍTULO 8 DEL “MODELO INTEGRADO PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL – MANUAL OPERATIVO”

Dentro de la capacidad y competencia de los servicios de salud es posible atender los efectos y aminorar los riesgos de las mujeres ante la violencia; sin embargo, los servicios de salud no están solos en esta tarea.

Las actividades de referencia, contrarreferencia y seguimiento consolidan un proceso integral de atención con servicios de asesoría legal, atención psicológica y servicios médicos de especialidades y sitios de refugio para mujeres en riesgo extremo.

9.1.1. RESPONSABLES DE LA REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y EL SEGUIMIENTO

¿Quiénes pueden hacer la referencia, contrarreferencia y el seguimiento?

Esta tarea está diseñada para el área de trabajo social cuando exista ésta, de lo contrario será realizada directamente por la psicóloga responsable del caso.

9.1.2. SEIS PASOS SUSTANTIVOS EN LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

¿Cómo se debe llevar a cabo el proceso de referencia y contrarreferencia de la usuaria?

El proceso de referencia, contrarreferencia y seguimiento de los casos es la conjugación de esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales para ofrecer a las usuarias una atención integral, por tanto requiere de la articulación de voluntades institucionales y de la sociedad civil.

Recuerde que las acciones de coordinación interinstitucional dependen del personal responsable de la planeación estatal, quienes deben proporcionar a las unidades de salud una lista de contactos en los ámbitos local, regional y nacional y un directorio que facilite la referencia y contrarreferencia.

Recuerde que es una gran responsabilidad referir a las mujeres a otras instituciones, ya que ellas han depositado su confianza en la institución y es fundamental que la atención que reciban sea de alta calidad. Por ello, es importante que a nivel operativo, los servicios especializados y las áreas de trabajo social tengan a la mano este mapa de contactos y acuerden la estrategia para facilitar y garantizar la atención integral de las mujeres en situación de violencia en estos lugares. Las sugerencias para el correcto uso de este directorio son:

1) *Identifique los diferentes pasos que tienen que seguir las mujeres en situación de violencia (ruta crítica).*

El conocimiento de la ruta crítica que deben seguir las mujeres para obtener servicios de apoyo (médico, legal, psicológico, económico, de seguridad y protección) es uno de los factores de éxito sustancial, ya que permite orientar adecuadamente a las usuarias y, paralelamente, identificar oportunidades para mejorar el acceso de las mujeres a servicios de alta calidad.

Esta ruta es diferente en cada entidad federativa y región y, en general, no es estática.

2) *Identifique las diferentes instituciones que prestan servicios de apoyo a mujeres en situación de violencia en su localidad.*

Elabore un mapa catálogo de las instituciones que prestan o podrían prestar servicios de apoyo a mujeres afectadas por violencia, existentes tanto en el área geográfica cercana a la unidad de salud como aquellas que estando más distantes podrían ser estratégicas en la atención a mujeres afectadas por violencia.

Entre las instituciones de mayor importancia se encuentran:

- **Salud.** *Instancias del sistema estatal de salud cercanas con mayor capacidad de resolución que su propia unidad: segundo y tercer nivel de atención, así como otras unidades de salud.*
**Sector médico privado sensible a los problemas de violencia familiar, sexual y contra las mujeres: consultorios médicos, parteras y hospitales privados.*
- **Justicia.** *Instituciones y organizaciones que ofrecen o podrían ofrecer apoyo legal: agencias del Ministerio público, agencias especializadas de delitos sexuales, centros de apoyo públicos o privados, universidades, bufetes privados y policía.*
- **Apoyo psicológico.** *Instituciones y organizaciones que ofrecen o podrían ofrecer apoyo psicológico: centros de apoyo dependientes de la procuración de justicia, organizaciones no gubernamentales, grupos de profesionales en el área, universidades, etcétera.*
- *Es importante identificar instituciones que si bien de manera inmediata no prestan servicios de apoyo, tienen posibilidades de generarlos, un ejemplo preciso son las facultades de psicología, derecho, medicina y enfermería de las universidades.*
- **Apoyo social y económico para la recuperación.** *Instituciones y organizaciones que ofrecen o podrían ofrecer apoyo social, económico o de protección y seguridad: servicios de empleo, capacitación para el trabajo, refugios, etcétera.*
**Aliados del sector social: líderes comunitarios y líderes de opinión de medios de comunicación. Es recomendable incluir a este tipo de aliados, ya que pueden fortalecer la red de apoyo a las mujeres.*

Cada una de estas instituciones probablemente podrá nombrar a otras instituciones locales que podrían ser incluidas. También se deben considerar instituciones que se ocupan de temas secundarios relacionados con la violencia, como el abuso de alcohol y drogas, y también las que ofrecen servicios a hijas/hijos expuestos a la violencia.

Así mismo, se seguirán los criterios establecidos en el presente Manual de Atención Psicológica en su capítulo 6.

3) *Verifique la siguiente información de cada institución.*

Es recomendable verificar la información disponible sobre las instituciones u organizaciones que prestan servicios de atención incluyendo las cuatro categorías descritas: salud, justicia, apoyo psicológico y apoyo social y económico.

Las siguientes preguntas son útiles para recopilar la información.**

** Adaptado de IPPF, Federación Internacional de Planificación Familiar Creando una red de referencia.

- ¿Qué tipo de servicios presta actualmente su organización a mujeres en situación de violencia?
- ¿Cuál es el perfil de las usuarias?
- ¿Provee servicios directos o hace referencia?

En el caso de que tenga que hacer una referencia, ¿a cuáles instituciones refiere?

- ¿Qué criterio usa para hacer estas referencias?
- ¿Qué medidas de seguridad sugiere o adopta para las mujeres?
- ¿Conoce otras instituciones que proveen servicios para mujeres en situación de violencia?

Además, es importante asegurarse de conseguir la información práctica como:

- El nombre y acrónimo de la institución.
- Información de contacto (dirección, número de teléfono, fax, correo electrónico, etcétera.).
- Horario y días de servicio.
- Cómo hacer una cita.
- Los tipos de servicios disponibles.
- El costo de los servicios.
- Requisitos de acceso.
- Identificar a la persona o personas a quienes se puede dirigir directamente.

4) Visite las instituciones y valide los servicios.

- Uno de los elementos cruciales es la validación de los servicios, ya que en muchas ocasiones los servicios que se ofertan no coinciden con la realidad de los mismos.

*Las visitas a las Instituciones de Referencia son responsabilidad de la persona encargada de la Unidad, en caso de que el Área de Psicología desee realizar una visita deberá contar con la aprobación correspondiente.

Los criterios básicos a valorar en las instituciones de apoyo son:

Tipo de servicios. Identifique el objetivo y las características específicas de los servicios que se prestan. Verifique duración o temporalidad de los servicios.

- *Enfoque.* Identifique el enfoque institucional para abordar problemas relacionados con violencia contra las mujeres. Detecte si el enfoque coincide con una perspectiva de derechos humanos, género y salud pública, así como la no revictimización de la mujer o victimización secundaria, es decir que los mecanismos de información entre instituciones eviten la repetición de interrogatorios, exploraciones o número excesivo de sesiones.
- *Actividades.* Solicite observar las actividades que realiza la institución y pida autorización para hablar con algunas de las usuarias.

5) Formalice los acuerdos y defina los mecanismos de operación.

La mejor manera de garantizar la coordinación de esfuerzos es establecer convenios de colaboración formales, ya que éstos facilitan la institucionalización y favorecen una coordinación continua.

Es de gran importancia también formalizar los criterios de atención y los mecanismos de operación para la referencia y contrarreferencia. Formalizar el qué y cómo de la atención a estos casos.

Esta tarea es responsabilidad de la persona encargada de la Unidad.

NOTA

LA JURISDICCIÓN SANITARIA, CON APOYO DEL PERSONAL DEL SERVICIO ESPECIALIZADO, GENERALMENTE ES LA RESPONSABLE DE LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL EN SU TERRITORIO.

6) *Organice reuniones periódicas entre las diferentes instituciones.*

Un aspecto crucial de éxito será el intercambio continuo entre las instituciones, lo cual permitirá el conocimiento personal de cada una de las y los profesionales vinculados, el análisis de casos específicos y el monitoreo de los mecanismos de operación.

Esta tarea es responsabilidad de la persona encargada de la Unidad.

SEGUIMIENTO

¿La atención integral a usuarias y su participación en una red de referencia y contrarreferencia implica que asumirá labores de seguimiento?

El seguimiento es el proceso mediante el cual, emprendiendo acciones específicas, nos cercioramos de que la mujer ha obtenido respuesta favorable de las instancias a las que hemos considerado pertinente canalizarla como consecuencia de sus expectativas de solución. Además, es factible que después de acciones de detección y evaluación de riesgo, estemos oportuno estar en contacto directo con la usuaria en riesgo para verificar su seguridad.

Estas acciones específicas serán emprendidas de acuerdo con los recursos humanos disponibles, aunque usualmente son encomendadas a las áreas de trabajo social por sus particulares habilidades y formación profesional.

Para facilitar labores de seguimiento, el área encargada integrará un expediente absolutamente confidencial de la usuaria que contenga, entre otras cosas:

- *Los datos de localización de la usuaria y de las personas que integran su red de apoyo.*
- *Las notas de comentarios sobre las sesiones psicoterapéuticas que se realizarán dentro del expediente clínico único, acorde a la NOM-168-SSA1-1998.*
- *Hoja de evaluación del riesgo y datos esenciales del plan de seguridad diseñado.*
- *Listado de las instancias a las que ha sido canalizada y los resultados reportados de esa canalización.*

Además deberá llenar el formato de seguimiento para facilitar el acopio de información (Anexo 20); o en su defecto llenar el formato de abandono del tratamiento (anexo 21) para obtener información que permita valorar los factores que pueden influir para que la usuaria decida interrumpir y abandonar el proceso, lo que a su vez ayudará a la mejora continua de los protocolos y la práctica de quienes los aplican.

9.1.3. RECOMENDACIONES DE ACCIONES ESPECÍFICAS PARA EL SEGUIMIENTO

- *Proponer una o varias entrevistas de seguimiento a la usuaria después de la canalización.*
- *Asumir un plan de llamadas telefónicas que cumplirá cabalmente para conocer la situación de la usuaria y sus condiciones de seguridad.*
- *Realizar un monitoreo periódico de las instancias receptoras para verificar el estado de los casos que ha canalizado.*
- *Llevar a cabo el seguimiento, cuando esto no aumente el riesgo para la usuaria, en aquellos casos en que éstas han abandonado el proceso de atención.*

Aún cuando las actividades propias de los servicios de salud hayan concluido, es importante que el personal a cargo no pierda de vista que el seguimiento permite construir un puente de servicios continuados para quienes viven violencia en un marco de certidumbre y seguridad.

En el caso particular de la Atención Psicológica, el seguimiento además nos permitirá evaluar, a través de la aplicación de los instrumentos de valoración psicométrica, el resultado de la intervención realizada.

NOTA

LA JURISDICCIÓN SANITARIA, CON APOYO DEL PERSONAL DEL SERVICIO ESPECIALIZADO, GENERALMENTE ES LA RESPONSABLE DE LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL EN SU TERRITORIO.

10 Capítulo
COMPILACIÓN DE TÉCNICAS



COMPILACIÓN DE TÉCNICAS



10 Capítulo

COMPILACIÓN DE TÉCNICAS

Julia Velázquez, Georgina Aquino y Lilia Flores

10.1. COMPILACIÓN DE TÉCNICAS

El listado que a continuación encontrarás tiene por objeto presentarte una serie de técnicas que se mencionan en los diferentes protocolos, sin que dicha lista sea exhaustiva, ya que como se ha mencionado en apartados anteriores sería prácticamente imposible dada la gran cantidad que existe en la literatura, por lo que se ha optado por mencionar las más comunes, insistimos, sin que sean las únicas que se podrían aplicar para alcanzar los objetivos terapéuticos de la intervención psicológica con mujeres en situación de violencia.

10.1.1. PRINCIPIOS GENERALES

- Siempre instar a la usuaria para que se auto recompense todo intento de cambio.
- Revisar siempre las tareas para casa.
- Siempre que sea posible utilizar formatos de auto registro.
- Cuando termine la sesión y siempre que sea factible pedir un resumen de la sesión.

Hay 3 factores básicos que ayudan a mantener la relación terapéutica, (Beck, 1979 en Ruíz Sánchez & Cano Sánchez):

- A) **Confianza básica:** Se busca que la usuaria perciba la relación con la/el terapeuta y el grupo como segura y no amenazante, en donde puede expresarse libremente sus problemas sin el temor de ser juzgada, pero sobre todo en donde va a encontrar solución a los mismos. La terapeuta deberá emplear la empatía, aceptación y autenticidad para fomentar la confianza. Para fomentar la confianza en sí mismo es necesario fomentar la autonomía de la usuaria a través de las tareas para casa y auto registros, usando las atribuciones internas a sus logros.
- B) **El rapport:** Se refiere en general, a un acuerdo de metas, objetivos y procedimientos terapéuticos entre la usuaria y la terapeuta. Es útil que la terapeuta clarifique las expectativas terapéuticas que la usuaria trae a terapia; que las contraste si le parece poco razonable o inadecuadas. El explicar la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, el proceso terapéutico y las fluctuaciones; y ver sus respuestas al respecto, puede facilitar el llegar a un acuerdo mínimo sobre estos puntos, o no iniciar la terapia si la usuaria no está de acuerdo.
- C) **La colaboración terapéutica:** La terapeuta y la usuaria forman un equipo de trabajo que tiene como fin detectar los pensamientos negativos, los supuestos personales, las conductas desadaptativas, las habilidades poco desarrolladas, la poca información, etc. y trabajar su modificación. Se explican a la usuaria las tareas a desarrollar (p.e mediante modelado directo o cognitivo), se aplican como tareas para casa, se revisan esas tareas en consulta, y progresivamente la persona va teniendo un papel más autónomo en este proceso.

10.2. DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO

OBJETIVO

Ayudar a la persona que presenta de forma constante pensamientos que le son molestos y que no le ayudan a sentirse mejor.

PROCEDIMIENTO

Esta técnica se encamina a la terminación de cogniciones no deseadas, como las meditaciones, los pensamientos autoderrotistas, los pensamientos que evocan temor, que disminuyen la autoestima. Se pide a la usuaria que piense sobre la cognición no deseada, cuando indica que está profundamente adentrada en la cognición, la terapeuta grita “alto”. Con frecuencia, esto produce una respuesta de sobresalto que puede interrumpir el tren de pensamiento no deseado. Con la utilización de esto como modelo, se dan instrucciones a la usuaria para practicar la detención de pensamiento en la terapia y después para que la practique por sí misma. Inicialmente se le pide a la persona que exclame el mandato “alto”, pero, finalmente la señal autopresentada debe hacer furtivamente (Slaikeu, 1996).

Procedimiento sugerido por Rincón González, 2003:

- A) *Se explica a las participantes la relación que existe entre lo que pensamos y lo que sentimos, es decir, como nuestros pensamientos afectan a nuestros sentimientos y viceversa, poniendo ejemplos concretos. Los pensamientos o autoverbalizaciones correctos conducen a sentimientos apropiados, mientras que las autoverbalizaciones erróneas o inexactas generan sentimientos no válidos o innecesarios. Frente a esto tenemos dos alternativas, o bien analizar aquellos pensamientos y darnos cuenta del error, o bien, eliminar aquellas cadenas de pensamientos que aparecen de forma casi automática, no conducen nada y sólo son autodevaluantes.*
- B) *Se explica que se trabajará con ambas estrategias, pero que se empezará por la segunda alternativa, conocida como detención de pensamiento y que la sesión siguiente estará destinada al análisis de los pensamientos erróneos. Se pone énfasis en que si bien la detención de pensamiento es una técnica que parece ser muy sencilla, es de extrema utilidad ya que nos permite eliminar aquellos pensamientos que nos hacen sentir mal cuando en realidad no hay motivos para ello.*
- C) *Se pide a las participantes que den tres ejemplos de pensamientos molestos, poniendo énfasis en que realmente generen malestar llevando a algún tipo de sentimiento de minusvalía o rabia, o bien, interfieran en la realización de otras actividades.*
- D) *A continuación cada participante debe, por turno, decir la cadena de pensamientos que desea eliminar. La terapeuta supervisa que la cadena sea dicha de la manera más concreta y completa posible. Una vez realizado esto se establece el estímulo de corte, “alto” o “basta”. Inmediatamente se pide a las participantes que, como tarea distractora, describan, por escrito, con todo detalle y en el menor tiempo posible, la apariencia de una de sus compañeras de sesión. Se repite este ejercicio tres o cuatro veces. La terapeuta indica que en esta ocasión ella ha elegido la tarea distractora, pero que hay muchas tareas que pueden servir para cortar la cadena de pensamientos, poniendo ejemplos de ellas (contar hacia atrás de cuatro en cuatro comenzado desde 1000, contar coches de determinado color o que su matrícula finalice en un número concreto, etc.).*
- E) *Se pide a las participantes que imaginen sus verbalizaciones, la terapeuta introduce el estímulo de corte a los cinco segundos y pide la realización de la tarea distractora, esta vez en la imaginación. Se repite este paso otras tres o cuatro veces.*
- F) *Como paso siguiente se pide a las participantes realizar el ejercicio anterior, pero ellas deben esta vez introducir el estímulo de corte, es decir, pronunciar la frase convenida. Se repite tres o cuatro veces este paso. Es conveniente verificar que el estímulo de corte esté efectivamente cortando la cadena de verbalizaciones.*
- G) *Para finalizar, se pide a las participantes que realicen nuevamente el ejercicio, pero esta vez el estímulo de corte deben introducirlo de manera encubierta, es decir, sólo imaginarlo, no pronunciarlo. Se repite este paso tres o cuatro veces.*

10.3. RELAJACIÓN POR RESPIRACIÓN PROFUNDA

Se explica la importancia de la respiración, dando paso a la descripción de las fases:

- A) *Inhalación por la boca en al menos tres segundos, procurando que lleguen dominar los 3 partes de la inhalación: parte baja de los pulmones, media y superior.*
- B) **Sostenimiento:** *durante al menos 3 segundos, deben mantener el aire, sin tensar hombros.*
- C) *Exhalación por la nariz (cuando sea para dormir) o por la boca cuando sea para relajarse y continuar con las actividades, la exhalación deberá hacerse en los tres partes, primero la parte baja, posteriormente la media y al final la parte alta.*

Es importante que las usuarias no practiquen más de 5 respiraciones profundas por vez, para evitar la hiperventilación y con ello las molestias.

Rincón González (2003) sugiere que los ejercicios se hagan de forma gradual, de modo que las fases quedan como sigue, una por sesión.

- A) *Inspiración por la nariz, sólo la parte baja y media del abdomen.*
- B) *Inspiración agregando la parte alta de los pulmones, es decir, el tórax.*
- C) *Inspiración profunda sin distinguir las tres fases, de manera lenta pero continua.*
- D) *Repetir el ejercicio en diferentes posiciones.*



10.4. ABC, DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS IRRACIONALES

OBJETIVO

Identificar las emociones y conductas que se generan ante la situación de violencia, para poder reestructurar los esquemas cognitivos y así experimentar emociones más placenteras.

La esencia de TRE se encuentra en el modelo ABC (Caballo, 1995).

A: se refiere a cierto suceso real y extenso al que el individuo se expone. (“Activating Event”) representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).

B: se refiere a la cadena de pensamientos (autoverbalizaciones) que utilizaba como respuesta a A; los que pueden ser irracionales y autoderrotantes (“Belief System”) representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.

C: simboliza las emociones y conductas que son consecuencia de B; que generalmente son negativas e inadecuadas. (“Consequence”) representa la consecuencia o reacción ante “A”. Las “C” pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones).

PROCEDIMIENTO (RINCÓN GONZÁLEZ, 2003)

- 1) Se explica a las participantes que para llevar a cabo la reevaluación de los pensamientos erróneos es necesario que aprendan a separar acontecimientos, pensamientos y sentimientos. Para ello se escribe en la pizarra el A-B-C. La columna A es para los acontecimientos, la columna B para los pensamientos y la columna C para los sentimientos. Se explica como se llenaría la hoja con algún ejemplo.
- 2) Se pide a las participantes que completen por lo menos dos líneas de una hoja A-B-C cada día, una en relación con el evento traumático y la otra con un suceso cotidiano, negativo o positivo.
- 3) Se les pide, asimismo, que sigan llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración dos veces al día y que lo registren. La terapeuta debe fijar con las participantes los momentos elegidos para llevarlo a cabo, según la situación de cada una de ellas.

10.5. IDEAS IRRACIONALES (ELLIS, 1980)

OBJETIVO

Identificar las ideas irracionales que dan sustento a los esquemas de pensamiento que fomentan los sentimientos de indefensión y victimización.

PROCEDIMIENTO

Se sugiere la y discusión de las siguientes ideas irracionales.

- A) *La idea de que es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de la comunidad.*
- B) *La idea de que para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.*
- C) *La idea de cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.*
- D) *La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.*
- E) *La idea de que la desgracia humana se origina por causas externa y que la gente tiene poca capacidad, o ninguna de controlar sus penas y perturbaciones.*
- F) *La idea de que si algo es y o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto.*
- G) *Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.*
- H) *Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quién confiar.*
- I) *La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente.*
- J) *Uno debe sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.*
- K) *Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos y que si esta y si esta solución no se encuentra a la mano es catastrófico.*

Posteriormente se fomenta que las usuarias verbalicen ideas irracionales relacionadas con la situación de violencia.

10.6. REEVALUACIÓN COGNITIVA (RINCÓN GONZÁLEZ, 2003)

OBJETIVO

Identificar los pensamientos y sentimientos desadaptativos para transformarlos en adaptativos.

PROCEDIMIENTO

- A) *Se analizan los sentimientos y pensamientos de las participantes en torno a la situación traumática, cuestionando todos aquellos pensamientos que estén guiados por una evaluación errónea de la situación.*
- B) *Frente a los sentimientos de culpa generados por los episodios de violencia, se pone énfasis en que la conducta violenta es el resultado de los pensamientos y emociones del maltratador y no de las conductas de las participantes. No existe ninguna conducta que justifique el maltrato.*
- C) *En relación a los sentimientos de autoestima negativa se pide a las participantes que realicen el siguiente ejercicio: Se reúnan en parejas y cada una dibuje el contorno de la otra en un pliego de papel. Luego cada una tome su propio dibujo y haga una línea vertical que separe en dos su silueta, escribiendo en un lado las características positivas que tiene y en otro las características negativas, abarcando diversas áreas: Aspecto físico, capacidad intelectual, relaciones sociales, relaciones familiares, salud, sexualidad, ejecución de tareas cotidianas, etc. Luego deben exponer lo que han escrito al resto del grupo. La terapeuta debe guiar la reevaluación cognitiva de las percepciones erróneas que se pongan de manifiesto, poniendo especial atención en los aspectos positivos señalados y en la evaluación adecuada de los aspectos negativos, esto es, uso de un lenguaje no peyorativo, preciso y específico.*

10.7. ACTIVIDADES GRATIFICANTES (RINCÓN GONZÁLEZ, 2003)

OBJETIVO

Fomentar en la usuaria la búsqueda de actividades que le sean agradables y le ayuden visualizar que hay otras cosas más allá de la violencia.

PROCEDIMIENTO

Se les pide que todos los días lleven a cabo cuatro actividades que consideren agradables para ellas y que las registren. La terapeuta pone énfasis en que hay muchas actividades, que por sencillas que parezcan, pueden resultar gratificantes y pide a las participantes que den ejemplos de ellas, invitándolas a hacer una lluvia de ideas.

10.8. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (CABALLO, 1995)

OBJETIVO

Desarrollar las habilidades de afrontamiento y solución de problemas fomentando la sensación de control.

PROCEDIMIENTO

- A) Fomentar una actitud de solución de problemas, se sugiere autoinstrucciones para lograr que la persona se motive.
- B) Definir los problemas de forma concreta, definiendo el quién, qué, donde, cuándo y cómo de la situación.
- C) Generación de alternativas, se sugiere la lluvia de ideas.
- D) Toma de decisiones, el propósito es analizar todas las alternativas posibles.
- E) Puesta en práctica de la solución y verificación.

PROCEDIMIENTO PARA EL GRUPO (RINCÓN GONZÁLEZ, 2003)

- A) Se explica que los problemas son un hecho normal en la vida de cualquier persona y que muchas veces no ser capaz de solucionarlos puede incrementar el estrés y otros estados emocionales, llevando a una gran tristeza e incluso sentimientos de indefensión. Por ello se debe aprender a resolver de manera adecuada los problemas, para lo cual hay un procedimiento. Se lo describe en términos generales y se explica en detalle las dos primeras fases de la solución de problemas: Orientación general hacia el problema y definición y formulación del problema.
- B) Se entrega tríptico de solución de problemas y se leen las dos primeras fases.
- C) Se pide a las participantes que trabajen en parejas en la definición de alguno de los problemas que han registrado durante la semana, determinando quién, qué, dónde, cuándo, por qué y cómo del problema elegido (deben escribirlo en los pliegos de papel destinados para ello). Se lleva a plenario y el resto del grupo aporta en relación a lo realizado por cada subgrupo. La terapeuta debe velar por la adecuada realización del procedimiento, es decir, descripción del problema en términos claros y concretos, utilización de información relevante referida a hechos y no a opiniones ni creencias.

10.9. EXPOSICIÓN (RINCÓN GONZÁLEZ, 2003)

OBJETIVO

Lograr que la usuaria se exponga de forma encubierta a la situación temida para disminuir los niveles de estrés y aumentar los sentimientos de eficacia y autocontrol.

PROCEDIMIENTO

- A) *Se explica a las participantes la necesidad de que se expongan a la situación temida para que se habitúen a ella y deje de producirles miedo. Debido al tipo de situación, la exposición se llevará a cabo en la imaginación.*
- B) *La terapeuta explica que para realizar la exposición deben ser capaces de pensar en una situación de malos tratos que hayan vivido, que les produzca ansiedad, pero a la que estén dispuestas a enfrentarse. Por ello se les pide que recuerden y apunten algunas situaciones y señalen el grado de ansiedad que les produce cada una de ellas en una escala de 0 a 100, incluyendo la situación que máxima ansiedad les genere. De ahí, con ayuda de la terapeuta, cada una selecciona aquella situación a la que se va a exponer.*
- C) *Se les explica, asimismo, que la idea es que piensen en esa situación como si la estuviesen viviendo, por lo que no deben describir lo que le está pasando a otra persona, sino que deben hacer la descripción en primera persona, en tiempo presente y con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales (que vio, oyó, etc.), lo que estaban pensando y lo que estaban sintiendo en ese momento. La terapeuta ejemplifica pensando en voz alta y pide a cada una de ellas que haga un pequeño ejercicio.*
- D) *Las participantes llevan a cabo el ejercicio, imaginando la situación elegida. La terapeuta debe poner énfasis en la importancia de que la descripción sea hecha y mantenida en la imaginación hasta reducir la ansiedad por lo menos a 15, en la escala establecida de 0 a 100, e ir supervisando que cada participante esté efectivamente exponiéndose a la situación aversiva.*
- E) *Cada participante graba el relato que va haciendo en voz alta, para su posterior utilización en casa.*

10.10. AUTOCUIDADO

OBJETIVO

Fomentar el desarrollo de las habilidades para el ejercicio consciente a favor de prácticas saludables, valorar las propias capacidades, potenciar la toma de decisiones y re-pensarse en asuntos que competen con su vida y salud.

Reflexionar sobre las decisiones de estilo de vida y como, éstas, en forma determinante son las facilitadoras de su estado de salud o enfermedad (Arango Panesso, 2007).

- A) *Deconstruir los estereotipos que han normalizado las conductas que promueven la exclusión basada en el género y todas las formas de violencia.*
- B) *Realizar un inventario de las actividades que realiza para el cuidado de su salud en las siguientes esferas:*
 - Sueño y descanso.
 - Alimentación.
 - Ejercicio física.
 - Recreación.
 - Espiritualidad.
 - Diferentes sistemas orgánicos (ej. Control ginecológico).
- C) *Crear alternativas para atender las diferentes áreas y jerarquizar las más urgentes o necesarias para la recuperación de la salud, reforzando la autoestima para que se reconozcan como merecedoras de la salud.*

10.11. CONCIENCIA CORPORAL

OBJETIVO

Contribuir a la conciencia corporal de las usuarias, ayudándoles a orientarse en el espacio y en relación a su cuerpo. Estimular su preocupación para el cuidado y el bienestar corporal.

PROCEDIMIENTO

Las asistentes deben ejercitar habilidades psicomotrices y movimientos, en este sentido es importante tomar en cuenta el contexto y cultura de las participantes.

10.12. RELAJACIÓN AUTÓGENA

OBJETIVO

Facilitar el reconocimiento del cuerpo y aumentar el autocontrol del propio cuerpo.

Esta técnica se utiliza para la relajación, sin embargo se puede utilizar para fomentar la conciencia del propio cuerpo, experimentando sensaciones que le permitan relajarse.

PROCEDIMIENTO

Consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir estados de relajación a través de autosugestiones sobre:

- A) *Sensación de pesadez y calor en sus extremidades,*
- B) *Regulación de los latidos del corazón,*
- C) *Sensaciones de tranquilidad y confianza en sí misma, y*
- D) *Concentración pasiva de la respiración (Caballo, 1995).*

Es importante que la terapeuta realice antes un pequeño guión sobre cómo y en qué momento deberá introducir los elementos sugestivos. Puede realizarse con ojos abiertos, aunque se sugiere que los primeros intentos se hagan con los ojos cerrados y la usuaria tendrá que ensayar en su casa durante la semana.

10.13. INVENTARIO

Realizar un diario de las actividades que tiene que realizar para recuperarse de forma personal, para cuidar de sí misma y mejorar su autoestima. Este diario lo realiza la usuaria para verificar el logro de su autocontrol.

10.14. ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD

OBJETIVO

Capacitar a la persona para actuar a favor de su mejor beneficio, apoyarse a sí misma sin sentir ansiedad indebida, expresar sus sinceros sentimientos de manera tranquila o ejercer sus derechos sin negar los derechos de los demás.

Se utiliza para que la persona aprenda modos alternativos de resolución de conflictos interpersonales de modo que exprese sus deseos, derechos, opiniones, sentimientos, respetándose a sí mismo y a su interlocutor.

Consta de un paquete de técnicas que incluyen modelado, role playing, el ensayo del comportamiento, la retroalimentación y el reforzamiento (Slaikou, 1996).

Ensayo del comportamiento: Se instruye a la persona en nuevos comportamientos al practicarlos durante la sesión.

La retroalimentación se realiza inmediatamente después de la ejecución de la conducta, lo mismo que el reforzamiento, con la salvedad de que éste puede ser otorgado por la misma usuaria.

PROCEDIMIENTO

- A) Preparación de la persona, que debe incluir por que es necesaria la adquisición de un nuevo comportamiento.
- B) Selección de situaciones objetivo.
- C) Ensayo del comportamiento.
- D) Transferencia a situaciones de todos los días.

Se sugiere acompañar el ensayo con modelado y retroalimentación. La asertividad siendo considerada como una habilidad social, implica el desarrollo de la capacidad de expresar ante diversas personas y situaciones tales como (Zaldívar Pérez, 1994):

- Defensa de los derechos personales (respetando el ajeno).
- Confrontación de criterios.
- Negación.
- Dar y recibir halagos.
- Solicitar favores.

10.15. AUTOEFICACIA (CABALLO, 1995)

OBJETIVO

Fomentar la autoevaluación positiva.

PROCEDIMIENTO

- A) Fomentar las evaluaciones realistas de lo que sucedió, lo que sirvió de ayuda y lo que no, y apoyar los esfuerzos realizados; es necesario tener en cuenta que se puede necesitar la reevaluación cognitiva para el caso de patrones de evaluación irracionales.
- B) Fomentar las expectativas de un cambio gradual.
- C) Fomentar la evaluación positiva por intervalo, es decir, reforzar incluso los intentos de afrontamiento.
- D) Fomentar las atribuciones autoeficaces positivas, es decir, la usuaria deberá atribuirse el cambio a sí misma.
- E) Fomentar directrices positivas, realistas, para la conducta futura. Instruir a la persona para que se motive a sí misma para lograr cambios futuros.

10.16. TAREAS PARA CASA

OBJETIVO

Que la usuario tome un papel activo en la terapia, además de buscar un incremento en la práctica diaria y una mejor generalización a partir del éxito en el ambiente terapéutico hacia un entorno natural.

Además de prevenir la dependencia a la terapeuta.

PROCEDIMIENTO

- A) Explique por qué es importante la tarea.
- B) Explique que se espera lograr.
- C) Exponga el procedimiento para que lo lleve a cabo.
- D) Siempre revísela en la siguiente sesión.

10.17. AUTODIÁLOGO DIRIGIDO

OBJETIVO

Fomentar las habilidades cognoscitivas de afrontamiento (Slaikeu, 1996).

PROCEDIMIENTO

- A) La terapeuta ayuda a la usuaria a concentrarse en el diálogo interno o sobre las autoaseveraciones que la persona piensa en situaciones problemáticas.
- B) Usuaria y terapeuta identifican las autoaseveraciones irracionales, erróneas y autoderrotistas (como yo nunca podré salir de esto) y las aseveraciones fortalecedoras.
- C) Utilizar las autoaseveraciones en terapia (como lo he hecho antes, de peores he salido, he tenido éxito antes y lo voy a tener ahora).

10.18. MODELAMIENTO

OBJETIVO

Facilitar la adquisición de nuevos comportamientos, aumentar la frecuencia de los comportamientos deseables y disminuir los temores.

Técnica que tiene sus orígenes en el aprendizaje por observación. La técnica parte del hecho de que la conducta de un individuo se modifica como resultado de observar, escuchar o leer sobre la conducta de un modelo, sin llevar a cabo realmente la conducta meta o sin ser reforzado para hacerlo. (Caballo, 1995).

PROCEDIMIENTO:

- A) El terapeuta debería determinar por adelantado que los estímulos de modelado propuestos satisfacen los objetivos terapéuticos y el sistema de valores de la usuaria.
- B) El terapeuta, el modelo u otro narrador deberían expresar claramente a la usuaria cuál es la conducta deseada.
- C) La usuaria debería estar relajada, cuando la usuaria se queja de elevados niveles de ansiedad, puede ser especialmente útil el entrenamiento en relajación antes de la introducción de los procedimientos de modelado.
- D) El terapeuta deberá proporcionar instrucciones o una narración que centre la atención de la usuaria sobre los aspectos relevantes de la conducta y del ambiente del modelo.
- E) El modelo deberá demostrar acciones manifiestas que se desean y describir verbalmente lo que está haciendo, así como las consecuencias que anticipa. Mejora el aprendizaje los siguientes tres pasos:
 - Demostrar y describir la conducta deseada.
 - Demostrar y describir la conducta desadaptativa opuesta.
 - Demostrar y describir nuevamente la conducta deseada.
- F) Inmediatamente después de la presentación a la usuaria de la secuencia modelada, el terapeuta pide a ésta que describa la conducta del modelo, sus antecedentes y consecuentes.
- G) Hacer que la usuaria ensaye las acciones modeladas con la instrucción del terapeuta y sin ella, hasta asegurarse que lo logre; es importante dar retroalimentación contingente y refuerzo.
- H) Asegurarse que la persona lo ensaye en casa e instruírla para que se auto-refuerce y se auto-observe.

10.19. TÉCNICA COGNITIVO-CONSTRUCTIVISTA

OBJETIVO

Que la usuaria logre asimilar que su situación actual tiene un sustento en su desarrollo personal, creencias, recuerdos y procesos de pensamiento sobre sí misma y el mundo.

PROCEDIMIENTO

En términos generales no hay un procedimiento único para llevar a cabo los cambios planteados, sin embargo sí es necesario que la usuaria llegue a los siguientes puntos:

Narración de la historia que tiene que ver con la situación de violencia desde la niñez, por cuestiones de tiempo no será posible hablarla, por lo que se pide sea por escrito. La cual según Montgomery ésta debe incluir emociones, motivaciones, pensamientos, intenciones y acciones de la usuaria, con cinco elementos (Montgomery Urday, 2003): 1) el escenario (lugar y tiempo), 2) el agente (la persona que de alguna manera media el problema), 3) la acción (aquello que sucede), 4) el instrumento, y 5) la meta.

- A) *Hacer un análisis funcional clásico sobre los antecedentes y consecuentes, la usuaria tiene que captar la importancia que tienen los pensamientos para comprender la conducta.*
- B) *Se insta a la usuaria para que sea auto-observadora y evidenciar las creencias y concepciones que tiene de sí misma y del mundo.*
- C) *Hacer evidente la consistencia interna: entre acontecimiento del pasado y el modo en que dichos acontecimientos han influido en el tema de la violencia y las teorías causales que la usuaria en la actualidad.*
- D) *Reestructuración paso a paso de la organización cognitiva personal y de las discrepancias reales entre el rango de estabilidad existente y las oscilaciones profundas que tienen que ser asimiladas.*
- E) *Identificación de supuestos tácitos de la usuaria y de los modos de pensamiento que influyen en la estructuración del ámbito de la experiencia en el cual se produjo el desequilibrio.*
- F) *Identificación del estadio de desarrollo en el tuvo lugar el desequilibrio.*

Para el logro de la identificación y modificación de las creencias y esquemas cognoscitivos que sostienen una idea irracional sobre la experiencia pasada, Guidano y Liotti (1983) sugieren las técnicas cognitivas como las de Ellis y Beck. (Botella Arbona, C, 1995).

10.20. PLAN DE SEGURIDAD PERSONAL (CLARAMUNT, 1999)

OBJETIVO

Orientar a la usuaria para crear una estrategia ordenada y sistemática a la cual acudir en una necesidad.

PROCEDIMIENTO

En general orientar a la usuaria para que logre:

- A) *Identificar cuál es la fuente del peligro y sus señales de inminencia.*
- B) *Buscar un lugar seguro donde se sienta protegida de otras personas o de usted misma. Este lugar puede ser una casa refugio, la casa de un amigo o familiar o dentro de la suya, un espacio donde se sienta bien y si es el caso, en privacidad.*
- C) *Tener a mano una lista de teléfonos para pedir ayuda cuando se sienta en crisis o perciba que su vida está en peligro. Si no tiene teléfono, busque la forma de enviar una señal a un (a) vecino (a) o de avisar a la policía.*
- D) *Tener a mano documentos, medicinas u otros objetos que eventualmente se puedan necesitar en un momento de emergencia.*
- E) *Si tiene hijos o hijas o personas que dependen de la usuaria, identificar si la fuente de peligro puede extenderse hacia ellos y buscar alternativas para su seguridad.*
- F) *Construir una red de apoyo*
- G) *Fomentar que la usuaria comparta sus necesidades para enfrentar el peligro con otras personas, lo cual puede implicar la identificación de personas en quien confíe libremente como una amiga o amigo, familiares, un terapeuta o una terapeuta o un programa de ayuda en situaciones de crisis.*

10.21.- PSICOEDUCACIÓN

OBJETIVO

Fomentar el aprendizaje sobre la situación y los síntomas que se generan por la vivencia de una situación de violencia.

PROCEDIMIENTO

- A) *Se da lectura a material escrito sobre el tema de que se trate.*
- B) *Se fomenta la participación con la identificación de la experiencia personal con el material revisado.*
- C) *Se normalizan las emociones expresadas por cada una de las usuarias.*
- D) *Se revisa lo aprendido en la sesión.*

10.22. TERMINACIÓN, SEGUIMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS (RUÍZ SÁNCHEZ & CANO SÁNCHEZ)

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA TERMINACIÓN DE LA TERAPIA

Beck (1976) ha identificado una serie de dificultades que suelen surgir cuando el fin de la terapia está próximo y la manera de manejarlos:

- A) *La preocupación de la persona respecto a no estar “completamente curada”. El terapeuta puede utilizar en este caso varias estrategias:*
 - *Explicar que la salud mental no es un constructo dicotómico sino un continuo integrado de varios puntos. Después demuestra con los datos de la evolución de la usuaria cómo éste ha avanzado dentro de ese continuo.*
 - *Mostrar a la usuaria que el objetivo de la terapia es aprender a resolver más eficazmente los problemas y no curarle, ni reestructurar la personalidad, ni evitar todos los problemas vitales posibles. A continuación mostrarle sus progresos al respecto.*
- B) *La preocupación respecto a “volver a recaer y experimentar de nuevo el problema”. El terapeuta aquí también puede utilizar alguna de las siguientes estrategias:*
 - *Devolver a la usuaria que ello es posible, pero que puede ser una oportunidad para aplicar lo aprendido.*
 - *Trabajar con la usuaria, con antelación en base a las distorsiones cognitivas y supuestos personales que tipo de situaciones podrían hacerle recaer y ensayar cognitivamente (mentalmente) que estrategias podría usar para su afrontamiento.*
- C) *Terminación prematura de la terapia: El terapeuta si puede prever que la persona (por el feedback de las sesiones p.e) está deseando poner fin a la sesión puede averiguar las posibles razones a la base y afrontarlas. Son frecuentes:*
 - *Reacciones negativas hacia el terapeuta (porque esté molesto o en desacuerdo con el terapeuta). El terapeuta puede elicitar, con tacto, las reacciones negativas e intentar de clarificarlas. Si la usuaria abandona puede ser útil una llamada telefónica o carta, invitándole a volver cuando desee.*
 - *Mejoría rápida de los síntomas. Es frecuente que muchas personas al dejar de experimentar el malestar de sus síntomas ya no se vean motivadas para continuar la terapia. El terapeuta puede aquí desaconsejar la terminación al no haberse aun trabajado los factores predisponentes, incluso anticipar la posibilidad de una recaída próxima (para ganar así fiabilidad si sucede). Si la persona decide, a pesar de lo anterior, abandonar, igualmente se le da la posibilidad de volver cuando desee.*
 - *Ausencia de mejoras significativas durante el tratamiento o recaídas durante el mismo. El terapeuta puede explicar que las recaídas son frecuentes durante el tratamiento, que este raramente supone una mejoría lineal, y que las recaídas pueden ser aprovechadas para detectar pensamientos automáticos y significados relevantes.*

11 Capítulo ANEXOS





11

Capítulo
ANEXOS

ANEXO 1

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA MUJERES QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA

(Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1992; modificada 2006)

Nº:		Fecha:		Terapeuta:	
-----	--	--------	--	------------	--

1. Edad

Edad cronológica	_____	Edad aparente	_____
Edad al iniciar la relación	_____	Edad al iniciar la convivencia	_____

2. Estado Civil

Soltera	()	Separada	()	Viuda	()
Casada	()	Divorciada	()	En trámites de separación	()
Unión libre	()				

3. Situación Familiar

Edad	Sexo	Nombre	Apellido

Relación con los padres Viven Si () No ()

Número de hermanos/relación con los hermanos

Edad	Sexo	Nombre	Relación

Percepción de apoyo familiar eficaz

4. Con quién vive actualmente

5. Nivel de Estudios

Lee y escribe	()	Bachiller/ técnica	()
Educación primaria	()	Universitarios	()
Educación secundaria	()	Otros:	_____

6. Profesión y/o ocupación

ANEXO 1
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA MUJERES
QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA (continuación)

7. Lugar y tipo de trabajo

En Casa _____

Fuera de Casa _____

Ambas _____

8. Nivel socioeconómico

Bajo () Medio-Bajo ()

Medio () Medio-Alto ()

Alto ()

9. Agresor

Pareja () Hermano/a ()

Novio () Hijo/a ()

Padre () Otros: _____ ()

Madre ()

10. Tipo de Abuso Experimentado: Físico/Psicológico/ Económico/Sexual

El primer incidente (especificar en relación con el tipo de maltrato)

En caso de maltrato físico ¿ha sufrido maltrato psicológico anteriormente?

En caso de maltrato físico ¿ha sufrido maltrato psicológico anteriormente?

Un incidente típico

El incidente más grave

Frecuencia del maltrato en el último año

Por día () Por semana () Por mes () Al año ()

El último incidente

¿Ha experimentado abuso durante el noviazgo? Si () No ()

Tipo de abuso experimentado

En caso de que los malos tratos no hayan surgido desde el principio de la convivencia, ¿ha habido algún acontecimiento específico que esté asociado con la aparición de los malos tratos?

ANEXO 1
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA MUJERES
QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA *(continuación)*

Frecuencia del maltrato en el último año

0-3 meses () 3-6 meses () más de 6 meses ()

Acoso en la actualidad o en el último año

¿Por qué acudes en este momento en demanda de atención psicológica?

Describe como fue (o como es) la relación de noviazgo con su pareja actual (si es la misma que ejerce violencia)

11. Actos cometidos en el Abuso

Insultos y amenazas ()	Fracturas ()	Empujones ()
Humillación y desvalorización ()	Retención en el hogar ()	Jalones de pelo ()
Puñetazos ()	Privaciones económicas o control excesivo del dinero ()	Agresiones sexuales ()
Patadas ()	Mordidas ()	Aislamiento familiar y social ()
Cachetadas ()	Estrangulamiento ()	Otros:

Contra los bienes

Ha roto o destruido objetos de la casa (Pega contra la pared o puerta, rompe platos, etc.) () Tirado objetos personales (ropa, zapatos, fotos, documentos personales, el celular, etc.) ()

12. Medio Coactivo empleado

Arma blanca _____
 Arma de fuego _____
 Objeto contundente _____

13. ¿En alguna ocasión ha sentido que su vida estaba en peligro?

En caso afirmativo, ¿Cuándo ha sido la última vez que se presentó esta circunstancia?

14. Centro de Asistencia (MP, línea de emergencia, DIF, OSC, etc.)

En el pasado () Al inicio de la intervención () Durante la intervención ()

15. Denuncias

N° denuncias

Tipo de denuncia

- Por iniciativa de:

delito	falta
Abogado del turno de oficio especializado	_____
Abogado del turno de oficio especializado	_____
Abogado del turno de oficio especializado	_____
Abogado del turno de oficio especializado	_____
Abogado del turno de oficio especializado	_____
Abogado del turno de oficio especializado	_____
Abogado del turno de oficio especializado	_____

ANEXO 1
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA MUJERES
QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA (continuación)

16. Salidas del Hogar

N° de veces _____

Lugares a los cuáles donde ha acudido _____

Tiempo de estancia _____

17. Lesiones

N° de lesiones () N° de veces que ha recibido asistencia médica por las lesiones () Adquisición de certificados médicos ()

Tipo de asistencia _____

Tipo de lesiones _____

18. ¿Ha contado el abuso a alguien? En caso afirmativo ¿a quién?

Si ()

No ()

19. ¿Dispone de apoyo social eficaz?

Si ()

No ()

20. ¿Ha sufrido anteriormente algún otro tipo de agresión?

En la edad adulta ()

En la infancia ()

21. ¿Ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen?

Si ()

No ()

¿De qué tipo?

22. ¿Ha recibido algún tratamiento psicológico anteriormente por la experiencia de abuso? En caso afirmativo, ¿de qué tipo? ¿Cuándo lo abandono?

23. ¿Ha tenido algún tipo de trastorno psicológico anteriormente? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

24. ¿Ha recibido tratamiento psicológico? En caso afirmativo, ¿cuál?

25. ¿Ha tenido algún intento o pensamientos persistentes de suicidio?

26. ¿Ha habido en su familia algún tipo de trastorno psicológico? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

27. ¿Tiene problemas de salud importantes?

28. ¿En cuántas ocasiones ha acudido al médico en el último año? ¿Cuál ha sido la problemática consultada?

29. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas y/o alcohol?

ANEXO 1
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA MUJERES
QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA *(continuación)*

MALTRATADOR

Nombre y Apellidos: _____

Edad: _____ Actividad Laboral: _____

30. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas y/o alcohol?

31. ¿Ha tenido o tiene algún tipo de trastorno psiquiátrico? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

32. ¿Tiene algún problema relacionado con los celos?

33. ¿Ha tenido o tiene problemas de tipo laboral?

34. ¿Ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen?

35. ¿Ha sido violento con otras personas?

HIJOS

36. ¿Su pareja ha maltratado física o psicológicamente a los hijos?

Tipo de maltrato

Maltrato Directo Testigos del Maltrato a usted u otro miembro de la familia

Diferencia por sexo _____

37. Si están separados, describa si ha habido problemas en las visitas a sus hijos e hijas

38. Punto de encuentro

Recogida y Entrega Visita

39. Comportamientos agresivos reiterados (de la adolescencia en adelante). Sexo de los hijos que reproducen los comportamientos agresivos. Describir la situación y evolución a lo largo del tiempo.

ANEXO 2 INVENTARIO DE BECK BDI*

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____
 Nombre: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Domicilio (Calle, número, Colonia y Delegación): _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lee cada una cuidadosamente. Posteriormente escoge una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que te SENTISTE LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY. Encierra en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que escogiste. Si varias oraciones de un grupo aplican a tu caso encierra cada una. Asegúrate de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer tu elección.

- | | |
|---|--|
| <p>1 Yo no me siento triste</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Me siento triste. 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo. 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo. | <p>8 Yo no me siento que sea peor que otras personas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Me crítico a mí misma por mis debilidades o errores. 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas. 3. Me culpo por todo lo malo que sucede. |
| <p>2 En general no me siento descorazonada por el futuro</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Me siento descorazonada por mi futuro. 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro. 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar. | <p>9 Yo no tengo pensamientos suicidas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo. 2. Me gustaría suicidarme. 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad. |
| <p>3 Yo no me siento como una fracasada</p> <p>0. Siento que he fracasado más que las personas en general.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos. 2. Siento que soy un completo fracaso como persona. | <p>10 Yo no lloro más de lo usual</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo. 2. Actualmente lloro todo el tiempo. 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo. |
| <p>4 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo. 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada. 3. Estoy insatisfecha o aburrida con todo. | <p>11 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes. 2. Me siento irritado todo el tiempo. 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo. |
| <p>5 En realidad yo no me siento culpable</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo. 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo. 3. Me siento culpable todo el tiempo. | <p>12 Yo no he perdido el interés en la gente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar. 2. He perdido en gran medida el interés en la gente. 3. He perdido todo el interés en la gente. |
| <p>6 Yo no me siento que esté siendo castigada</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siento que podría ser castigada. 2. Espero ser castigada. 3. Siento que he sido castigada. | <p>13 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pospongo tomar decisiones más que antes. 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes. 3. Ya no puedo tomar decisiones. |
| <p>7 Yo no me siento desilusionada de mí misma</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy desilusionada de mí misma. 2. Estoy disgustada conmigo misma. 3. Me odio. | <p>14 Yo no siento que me vea peor de como me veía</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy preocupada de verme vieja o poco atractiva. 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractiva. 3. Creo que me veo fea. |

ANEXO 2 INVENTARIO DE BECK BDI* (continuación)

<p>15 Puedo trabajar tan bien como antes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo. 2. Tengo que obligarme para hacer algo. 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo. 	<p>19 Yo no he perdido mucho peso últimamente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. He perdido más de dos kilogramos. 2. He perdido más de cinco kilogramos. 3. He perdido más de ocho kilogramos.
<p>16 Puedo dormir tan bien como antes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo. 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir. 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir. 	<p>A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos</p> <p style="text-align: center;">Sí () No ()</p>
<p>17 Yo no me canso más de lo habitual</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo. 2. Con cualquier cosa que haga me canso. 3. Estoy muy cansada para hacer cualquier cosa. 	<p>20 Yo no estoy más preocupada de mi salud que antes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy preocupada acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación. 2. Estoy muy preocupada por problemas físicos y es difícil pensar en algo más. 3. Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
<p>18 Mi apetito no es peor de lo habitual</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo. 2. Mi apetito está muy mal ahora. 3. No tengo apetito de nada. 	<p>21 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy menos interesada en el sexo de lo que estaba. 2. Estoy mucho menos interesada en el sexo ahora. 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

Versión estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM

ANEXO 3 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____
 Nombre: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Domicilio (Calle, número, Colonia y Delegación): _____

En el siguiente cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lee cada uno de los ítems atentamente, e indica cómo te has sentido y cuánto te ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1.	Torpe o entumida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Acelerada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Con temblor en las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Incapaz de relajarte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Con temor a que ocurra lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Mareado, o que se te va la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Con latidos del corazón fuertes y acelerados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Inestable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Atemorizada o asustada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Nerviosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Con sensación de bloqueo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Con temblores en las manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Inquieta, insegura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Con miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Con sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Con temor a morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Con miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Con problemas digestivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Con desvanecimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Con rubor facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Con sudores, fríos o calientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 4 ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK *(Hopelessness Scale, HS)*

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____
 Nombre: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Domicilio (Calle, número, Colonia y Delegación): _____

		Cierto	Falso
1.	Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Puedo darme por vencida, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí misma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Mi futuro me parece oscuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	No espero conseguir lo que realmente deseo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Las cosas no marchan como yo quisiera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Tengo una gran confianza en el futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	El futuro me parece vago e incierto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Espero más bien épocas buenas que malas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 5 ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Nombre: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Domicilio (Calle, número, Colonia y Delegación): _____

1.	Preocupación somática	0	1	2	3	4
2.	Ansiedad psíquica	0	1	2	3	4
3.	Barreras emocionales	0	1	2	3	4
4.	Desorganización conceptual (incoherencia)	0	1	2	3	4
5.	Autodesprecio y sentimientos de culpa	0	1	2	3	4
6.	Ansiedad somática	0	1	2	3	4
7.	Alteraciones motoras específicas	0	1	2	3	4
8.	Autoestima exagerada	0	1	2	3	4
9.	Humor depresivo	0	1	2	3	4
10.	Hostilidad	0	1	2	3	4
11.	Suspicious	0	1	2	3	4
12.	Alucinaciones	0	1	2	3	4
13.	Enlentecimiento motor	0	1	2	3	4
14.	Falta de cooperación	0	1	2	3	4
15.	Trastornos del pensamiento	0	1	2	3	4
16.	Embotamiento o trastornos afectivos	0	1	2	3	4
17.	Agitación psicomotriz	0	1	2	3	4
18.	Desorientación y confusión	0	1	2	3	4

ANEXO 6

ESCALA DE 8 ÍTEMS PARA LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DEL TEPT (TOP-8)

Quien aplica el cuestionario debe identificar qué suceso traumático es el más molesto y valorar cuánto ha molestado cada síntoma a la usuaria durante la última semana.

Acontecimiento:

1. *¿Has experimentado imágenes dolorosas, pensamientos o recuerdos de acontecimientos que no has podido apartar de su mente aunque quisieras?*

- 0. Nada
 - 1. Leve: raramente y/o molestos
 - 2. Moderado: por lo menos una vez a la semana y/o producen algo de estrés
 - 3. Grave: por lo menos 4 veces por semana o moderadamente estresante
 - 4. Extremadamente grave: diariamente o producen tanto estrés que no puedes trabajar o funcionar socialmente
-

2. *¿Exponerte a un suceso que te recuerda, o se parece al acontecimiento vivido, te provoca alguna respuesta física (ej. sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, hiperventilación, mareos, etc.)?*

- 0. Nada
 - 1. Un poco: infrecuente o dudoso
 - 2. Algo: levemente estresante
 - 3. Significativo: causa mucho estrés
 - 4. Marcado: muy estresante; puede hacerte buscar ayuda debido a la respuesta física (ej., dolor torácico tan grave que estás segura de tener un ataque de corazón)
-

3. *¿Has evitado lugares, gente, conversaciones o actividades que te recuerdan el acontecimiento (ej., películas, espectáculos de televisión, ciertos lugares, reuniones, funerales, etc.)?*

- 0. No evitas
 - 1. Leve: de dudosa significación
 - 2. Moderado: evitación clara de las situaciones
 - 3. Grave: muy incómoda y la evitación afecta tu vida de alguna manera
 - 4. Extremadamente grave: encerrada en casa, no vas a tiendas o restaurantes, restricciones funcionales mayores
-

4. *¿Has experimentado menos interés (placer) en cosas de las que antes habitualmente disfrutabas?*

- 0. Sin pérdida de interés
 - 1. Una o dos actividades menos placenteras
 - 2. Varias actividades menos placenteras
 - 3. La mayoría de las actividades menos placenteras
 - 4. Casi todas las actividades menos placenteras
-

ANEXO 6

ESCALA DE 8 ÍTEMS PARA LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DEL TEPT (TOP-8) (continuación)

5. *¿Tienes menos contacto con la gente que solías frecuentar? ¿Te sientes distanciada de la gente?*

0. Sin problema
1. Sentimientos de distanciamiento/alejamiento, pero aún mantienes un grado de contacto normal con otros
2. Algunas veces evitas contactos en los que normalmente participarías
3. Claramente y usualmente evitas a la gente con la que previamente te asociabas
4. Rechazas absolutamente o evitas activamente todo contacto social

6. *¿Puedes tener sentimientos cariñosos/sentirte cerca de otros? ¿Te sientes insensible?*

0. Sin problema
1. Leve: o dudosa significación
2. Moderado: alguna dificultad expresando sentimientos
3. Grave: problemas claros para expresar sentimientos
4. Muy grave: no tienes sentimientos, insensible la mayor parte del tiempo

7. *¿Te mantiene en estado de alerta? ¿Estás vigilante? ¿Te sientes con los nervios de punta? ¿Te sientes protegiendo tu espalda con la pared?*

0. Sin problema
1. Leve: ocasional/no interfiere
2. Moderado: causa molestias/te sientes nerviosa o vigilante en algunas situaciones
3. Grave: causa molestias/te sientes nerviosa o vigilante en la mayoría de las situaciones
4. Extremadamente grave: causa extrema de molestias y/o altera tu vida (sentimientos constantes de alerta/socialmente incapacitada debido a tu hipervigilancia).

8. *¿Te asustas fácilmente? ¿Tienes tendencia a asustarte? ¿Te asustas después de un ruido inesperado, o si usted oyes o ves algo que te recuerda tu trauma?*

0. Sin problema
1. Leve: ocasional pero no interfiere
2. Moderado: causa claras molestias o la respuesta exagerada de susto ocurre por lo menos cada 2 semanas
3. Grave: ocurre más de una vez por semana
4. Extremadamente grave: tan mal que no puedes funcionar, ni en el trabajo, ni socialmente

ANEXO 7

ESCALA DE CAMBIO PERCIBIDO, (Rincón y Labrador 2000)

Nombre:

Fecha:

Sesión:

Exp.:

Por favor, rodea con un círculo el número que mejor describa cómo has estado desde la última sesión que hemos tenido.

1. A diario, cuando pienso en lo que ha sucedido, experimento un grado de malestar emocional, que en comparación con lo que experimentaba antes de empezar el tratamiento, es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Mayor	Bastante Mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante Menor	Mucho Menor

2. En esta sesión, cuando he pensado en lo que ha sucedido, experimento un grado de malestar emocional, que en comparación con lo que experimentaba antes de empezar el tratamiento, es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Mayor	Bastante Mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante Menor	Mucho Menor

3. Desde el último encuentro del grupo, la cantidad de pensamientos, sueños o recuerdos desagradables acerca de lo ocurrido es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Mayor	Bastante Mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante Menor	Mucho Menor

4. En comparación con lo que hacía antes del tratamiento, intento alejarme de situaciones asociadas a lo que he vivido, en un grado que es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Mayor	Bastante Mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante Menor	Mucho Menor

5. Desde el último encuentro con el grupo, la ansiedad que experimento en mi vida cotidiana es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Mayor	Bastante Mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante Menor	Mucho Menor

6. En general, en mi vida cotidiana, desde el último encuentro con el grupo, me he sentido:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Mayor	Bastante Mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante Menor	Mucho Menor

7. Creo que lo practicado en esta sesión me ayudará a sentirme:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Mayor	Bastante Mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante Menor	Mucho Menor

ANEXO 8 FORMATO ABC

Fase	Componente
A	
B	
C	

ANEXO 9 FORMATO DE REGISTRO DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO

Nombre: _____

Area	Actividad	Grado de Satisfacción
1. Sueño y descanso		
2. Alimentación		
3. Ejercicio físico		
4. Recreación		
5. Espiritualidad		
6. Diferentes sistemas orgánicos		

ANEXO 10 SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Componente	
Identificación del problema	¿Cuál es la preocupación?
Selección de objetivos	¿Qué quiero?
Generación de alternativas	¿Qué puedo hacer?
Consideración de consecuencias	¿Qué podría ocurrir? Pros y contras
Toma de decisión	¿Cuál es mi decisión?
Puesta en práctica	¡Házlo ahora!
Evaluación	¿Has salido bien?

ANEXO 11 RED SOCIAL

Componente	
Identificación del problema	Escasas redes de apoyo social
Selección de objetivos	Ampliar la red social familiar, social e institucional de confianza
Generación de alternativas	¿Qué puedo hacer?
Planificación de estrategias	
Puesta en práctica	¡Házlo ahora!

ANEXO 12 IDEAS IRRACIONALES

1.	La idea de que es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de la comunidad.
2.	La idea de que para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.
3.	La idea de que cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.
4.	La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
5.	La idea de que la desgracia humana se origina por causas externas y que la gente tiene poca capacidad, o ninguna para controlar sus penas y perturbaciones.
6.	La idea de que si algo es o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir terriblemente inquieto.
7.	Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
8.	Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quién confiar.
9.	La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente.
10.	Uno debe sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.
11.	Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución no se encuentra a la mano, es catastrófico.

ANEXO 13
AUTORREGISTRO DE ACTIVIDADES GRATIFICANTES

Nombre: _____

FECHA	SITUACIÓN	ACTIVIDAD	GRADO DE SATISFACCIÓN (0-100)	OBSERVACIONES

ANEXO 14
AUTORREGISTRO DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN

Nombre: _____

FECHA	SITUACIÓN	SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN	ANSIEDAD (0-100)	OBSERVACIONES

ANEXO 15 AUTORREGISTRO DE SITUACIONES PROBLEMÁTICAS

Nombre: _____

FECHA	SITUACIÓN	PROBLEMA	GRADO DE MALESTAR (0-100)	OBSERVACIONES

ANEXO 16 AUTORREGISTRO DE SITUACIONES EVITADAS

Nombre: _____

FECHA	SITUACIÓN	PROBLEMA	GRADO DE EVITACIÓN (0-100)	OBSERVACIONES

ANEXO 17 AUTORREGISTRO DE CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

Nombre: _____

FECHA	HORA		SITUACIÓN	NIVELES DE ANSIEDAD		OBSERVACIONES
	INICIO	FIN		ANTES	DESPUÉS	

ANEXO 18 EVALUACIÓN DEL SERVICIO

Nombre: _____

Lugar: _____ Hora: _____ Fecha: _____

Terapeuta: _____

RUBRO A EVALUAR	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
<i>El contenido de las sesiones me pareció</i>					
<i>La relación de la teoría con la práctica fue</i>					
<i>Los conocimientos adquiridos para la práctica son</i>					
<i>La duración fue</i>					
<i>El ambiente del grupo fue</i>					

ANEXO 19 PLAN DE VIDA

Personal:

¿Qué quiero?

¿Qué necesito?

¿Qué tengo?

Laboral:

¿Qué quiero?

¿Qué necesito?

¿Qué tengo?

Social:

¿Qué quiero?

¿Qué necesito?

¿Qué tengo?

ANEXO 20 FICHA DE SEGUIMIENTO A LOS 3 MESES

Nombre	_____	Fecha del seguimiento	_____
Edad	_____	Número de expediente	_____
Fecha de terminación	_____	Nivel de violencia	_____
Tipo de violencia	_____	¿Continúa en la situación de violencia?	_____
Nivel de bienestar percibido (0=ninguno a 10= mucho)	_____	Entrevista presencial o telefónica	_____
Sintomatología predominante al final del proceso	_____		
Sintomatología al inicio del proceso	_____		

ANEXO 21 FICHA DE ABANDONO DE TRATAMIENTO

Nombre	_____	Fecha	_____
Edad	_____	Número de expediente	_____
Numero de sesiones a las que asistió	_____	Nivel de violencia	_____
Tipo de violencia	_____	Motivo de abandono según la terapeuta	_____
Sintomatología predominante	_____		

12

Capítulo
BIBLIOGRAFÍA

- Aguado Molina, H, Manrique Gálvez, E. and Silberman Pach, R. (2004). Evaluación cognitivo-conductual del Trastorno por Estrés Postraumático. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. 5(1) ene-jun 69:82.
- Alario Bataller, S. (2005). *Secuelas Emocionales en Prostitutas Maltratadas*. 23. Recuperado el 10 de agosto de 2009. <http://nohaymentesincerebro.blogspot.com/2005/07/secuelas-emocionales-en-prostitutas.html>.
- Arinero, M. (2006). *Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológico para víctimas de Violencia doméstica*. Tesis de Doctorado: Universidad Complutense de Madrid. Madrid: España.
- Barberá, E., Martínez Benloch, I., coords. (2004). *Psicología y Género*. 1a Ed. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Batres, G. (1997). De] *Ultraje a la Esperanza. Tratamiento para las Secuelas del Incesto*. ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica. San José. Costa Rica.
- Batres, G. (2000). *Manual de tratamiento para sobreviviente de abuso sexual*. San José, Costa Rica: ILANUD.
- Batres, G. (2009) Congreso Internacional Modelos de Prevención, Atención y Sanción de la Violencia contra las Mujeres. Ponencia: "La terapia género sensitiva con víctimas y perpetradores de la violencia sexual: Un aporte latinoamericano". UNAM, Ciudad de México, 5 al 7 de mayo 2009.
- Beck, A., Rush, A.J., Shaw, B.F. and Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. 3a Ed. Biblioteca de Psicología. EUA: Desclée de Brouwer, pp. 12-25.
- Caballo, V.E., Buela-Casal, G. and Corrales, J.A. (comp). (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, Vol. I Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos*. España: Ed. Siglo Veintiuno de España Editores, pp. 83-131, 456-458.
- Cañas Zabala, A. (2007) *Caracterización Teórico Metodológica de las Intervenciones Grupales con Mujeres Víctimas de Violencia en la Pareja*. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- Echeburúa, E., De Corral, P., Sarasua, B. and Zubizarreta, I. (1996). *Tratamiento cognitivo-conductual del Trastorno por Estrés Postraumático crónico en Víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. Análisis y Modificación de Conducta*. 22(85) 627:654.
- Echeburúa, E., Amador, P. and De Corral, P. (2002). *Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes*. *Acción Psicológica*. 2:135-150.
- Ellis, A. (1980). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. 4ª. Ed. España: Desclée de Brouwer, pp. 11-99.
- Gordillo, M.V. (2008). *Nuevas perspectivas en orientación, del counseling al coaching*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Greenberg, L.S., Paivo S. (2009). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Kirkwood, C. (1999). *Cómo separarse de su pareja abusadora*. México: Granica.
- Miracco, M., Vetere, G., Zarankin, A., Vallejos, M. and Rodríguez Biglieri, R. (2008). *Tratamientos psicoterapéuticos eficaces para mujeres golpeadas con trastorno por Estrés postraumático*. *Revista argentina de clínica psicológica*. 7(1)57:64.
- Morris, C.G. and Maisto, A.A. (2001). *Psicología*. 10a ed. México: Pearson Educación, pp. 182-203.
- Paz Rincón, P., Labrador, F., Arinero, M., and Crespo, M. (2004). *Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico*. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 22:105-116.
- Polo Usaola, C. & López Gironés, M. (2006). *Violencia de género: ¿qué papel juega el profesional de*

Atención Primaria? 2009.

<http://www.faecap.com/archivo/2006/07/06/violencia-de-genero-%C2%BFque-papel-juega-el-profesional-de-atencion-primaria>

Rodríguez de Armenta, M.J. (2006). *Violencia de Género, Guía asistencial*. EOS. Madrid: Psicología Jurídica.

Rogers, C.R. (2007). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Nueva visión.

Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud (2002). *La eficacia de los tratamientos psicológicos*.

<http://www.gabinetedepsicologia.com/downloadclinica/laeficiatratamientospsicologicos.pdf>

Sarasua, B., Zubizarreta I., Echeburúa, E. & De Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*. Vol. 19, nº 3, pp. 459-466.

Valdez Santiago, R., Híjar Medina, M., Salgado de Snyder, N., Rivera Rivera, L., Ávila Burgos, L. & Rojas Rosalba. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 48 (2) suplemento, 221-232.



ATENCIÓN PSICOLÓGICA
a Mujeres en Situación de Violencia
Lineamientos y Protocolos

www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx
Línea Vida sin Violencia 01 800 911 2511

www.bicentenario.gob.mx