FOLLETO

Manual para la ayuda a mujeres víctimas de violencia íntima
Manual for helping women victims of intimate violence

Laura López Angulo[1] Marianela Fonseca Fernández[1] Yamila Ramos Rangel[1] Marioly Ruiz Hernández[2]

[1] Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba
[2] Hospital Pediátrico Provincial, Servicio de Salud Mental, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
López-Angulo L, Fernández M, Rangel Y, Hernández M. Manual para la ayuda a mujeres víctimas de violencia íntima. **Medisur** [revista en Internet]. 2019 [citado 2026 Nov 19]; 17(6):[aprox. 32 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4510

Aprobado: 2019-12-11 08:24:33

Correspondencia: Laura López Angulo. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. psicologia6005@ucm.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento internacional de la violencia basada en el género como un grave problema social que viola los derechos humanos de las mujeres e impide el desarrollo de la igualdad y la paz social, ha estado estrechamente ligado al activismo de las organizaciones de mujeres y al compromiso de la Organización de Naciones Unidas (ONU) desde la década de los 70.

El tema de la violencia contra la mujer fue destacado como prioritario de la Salud Pública por la OMS, en el año 1996, y por la OPS, en 1998. Cuba fue el primer país en firmar, y el segundo en ratificar, la Convención sobre la eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Los efectos que ocasiona la violencia hacia la mujer por su pareja se clasifican en efectos mortales y efectos no mortales. Entre los efectos mortales se ubican los homicidios y los suicidios, ambos causan altas tasas de años de vida potencialmente perdidos. Se asocian a los efectos no mortales; la pérdida de años de vida con salud, la pérdida de años útiles de vida y el aumento de años de vida con discapacidad.

En las palabras pronunciadas por Lee Jong-Wook, ex Director General de la OPS, en el prefacio del Estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer que recibe violencia doméstica plantea "el sector de la salud puede tener un papel decisivo contribuyendo a la detección temprana de los malos tratos, proporcionando a las víctimas el tratamiento requerido y derivando a las mujeres a los servicios idóneos para suministrarles la atención e información necesaria. Los servicios de salud deben ser lugares donde las mujeres se sientan seguras, tratadas con respecto y no estigmatizadas y donde reciban información y apoyo de calidad. Es preciso que el sector de la salud articule una respuesta integral ante este problema"[1]

La División para el avance de las mujeres de las Naciones Unidas, en el año 2006, elaboró un informe dirigido al Secretario General, donde reclamaba proveer servicios sostenibles y eficientes, para atender a las mujeres maltratadas por sus parejas.[2]

La OPS exhorta a los profesionales de la salud mental a uniformar los procedimientos de atención, a familiarizarse con las opciones de ayuda, a elaborar estrategias de intervención a partir de las necesidades de las víctimas con el fin de que no se les inflija más daño por la forma en que se les atiende y encausarlas hacia la solución de su problema.

En este folleto encontrarás procedimientos, recursos, técnicas interventivas multimodales y pautas de atención; cuenta con ejemplos resueltos y responde a necesidades de aportar información, sus contenidos están pensados para facilitar el seguimiento y propiciar la mejora de las acciones de todos los agentes implicados, para favorecer un acceso pertinente, rápido, eficiente y eficaz a diversas modalidades de ayuda psicológica a la mujer maltratada por su pareja o ex/pareja.

PARTE I

PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA ÍNTIMA

ANTECEDENTES:

En los finales de la década de los 70, se iniciaron en los refugios para mujeres sobrevivientes de la violencia, las intervenciones en crisis. Su lema, cualquier vida ahorrada, es un logro.[2]

Se reconoce, como factor protector asociado a la violencia contra la mujer, contar con personal bien adiestrado para intervenir en la atención a las sobrevivientes

Las mujeres perciben esta situación de violencia como una amenaza a su integridad o como una pérdida de su seguridad, y un rompimiento de sus expectativas en la configuración del vínculo, experimentan intensas emociones negativas, sentimientos de desamparo, confusión, vergüenza, culpa e ineficacia, se caracterizan por el desequilibrio funcional limitante de su capacidad de enfrentamiento, de autodominio, y por la ausencia de respuestas exitosas y adaptativas ante la situación que viven; estos argumentos constituyen razones poderosas para adaptar los servicios a su atención. La experiencia del evento de la violencia hacia las mujeres, es un acontecimiento devastador, de modo que, casi siempre, son capaces de precipitar una crisis y de necesitar ayuda.[2]

El proceso de salir de una relación de maltrato es difícil y largo, comprende intentos repetidos que pueden o no hacerse efectivos, por lo que la primera ayuda tiene particularidades diferentes, que deben ser conocidas y manejadas por

aquellas personas que la brinden.[2]

Las raíces semánticas de la palabra crisis, revela conceptos ricos en significados psicológicos. El término chino de crisis (weijí) se compone de dos características que significan peligro y oportunidad, ocurriendo al mismo tiempo. La palabra inglesa se basa en el griego krinein que significa decidir.[2]

Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como también un punto decisivo durante el cual habrá un cambio para mejorar o empeorar.[2]

¿Qué es una crisis?

La crisis es un estado temporal de desequilibrio que impide a la persona funcionar apropiadamente durante un período determinado.

La crisis se caracteriza por su **temporalidad**, dura aproximadamente de cuatro a seis semanas, ya que sabemos que la desorganización y el desequilibrio no son tolerables por largos períodos de tiempo.[3]

Las situaciones de crisis por las que atraviesan las mujeres maltratadas pueden estar **precipitadas por diferentes eventos o circunstancias.**

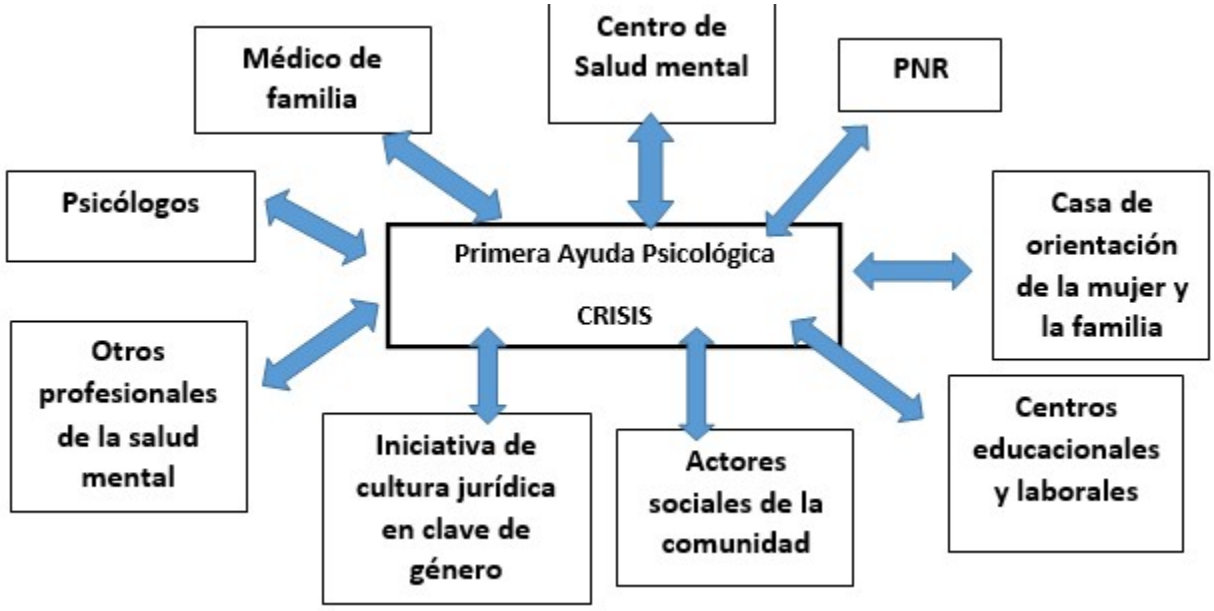
- Eventos traumáticos: situaciones súbitas e inesperadas que, por su naturaleza, provocan miedo intenso, paralización y estupor, y para las que el ser humano no cuenta con los recursos de afrontamiento, siendo por lo tanto sucesos devastadores. Ejemplo: la violación, la revelación de abuso sexual incestuoso, lesiones moderadas o graves con peligro para la vida, se comporta violento con sus hijos e hijas. También las amenazas de muerte o de pérdidas materiales o pérdidas de otra índole.
- Eventos que se presentan al final de una larga lista de maltratos. Ejemplo: mujer sobreviviente de múltiples maltratos recibido por su pareja y que en este evento, por su connotación, la maltratada decide romper el vínculo. También la frecuencia y gravedad de los episodios de violencia se han intensificado.
- Eventos que exigen cambios en las expectativas personales. Ejemplo: la mujer tiene planeado abandonarle o divorciarse en un futuro cercano. La acosa.

Manifestaciones de la crisis[3]

- Incapacidad de enfrentar problemas y pensar con claridad posibles soluciones, impotencia.
- Desorganización y desequilibrio: no puede dar respuesta a las tareas habituales.
- Se muestra cansada y expresa que se siente agotada. Manifiesta que tiene problemas para dormir bien.
- Síntomas de ansiedad, aprensión intensa o angustia.
- Problemas físicos asociados a los estados de angustia como palpitaciones, náuseas, sensación de ahogo, diarrea, dolor de cabeza constante y sensación de debilidad.
- Sentimientos de inadecuación, agobio y desamparo.
- Dificultad para comprender el problema de la violencia ya que es totalmente disonante con sus expectativas, creencias y conocimientos; el maltrato cometido por la pareja representa una frustración de esas expectativas.

La primera ayuda psicológica es una intervención a corto plazo, breve y urgente, que tiene su punto de partida en el concepto de crisis y se define como "*un soporte elemental y suficiente para mitigar el estado de angustia y recuperar el control*"[4] que le permita tomar decisiones seguras, por lo que es necesario condicionar la atención de estos casos. La Primera Ayuda Psicológica es un elemento básico de solución de problemas.[5]

La Primera Ayuda Psicológica o intervención en crisis de primer orden, implica una ayuda continua, que proporciona apoyo, reduce la comorbilidad y mortalidad y vincula a las personas en crisis con otros recursos de ayuda. Además, se puede y debe brindar en el momento y lugar en que se origine, es una intervención corta que puede ser realizada por las personas que entren en contacto por primera vez con la mujer en situación de crisis.



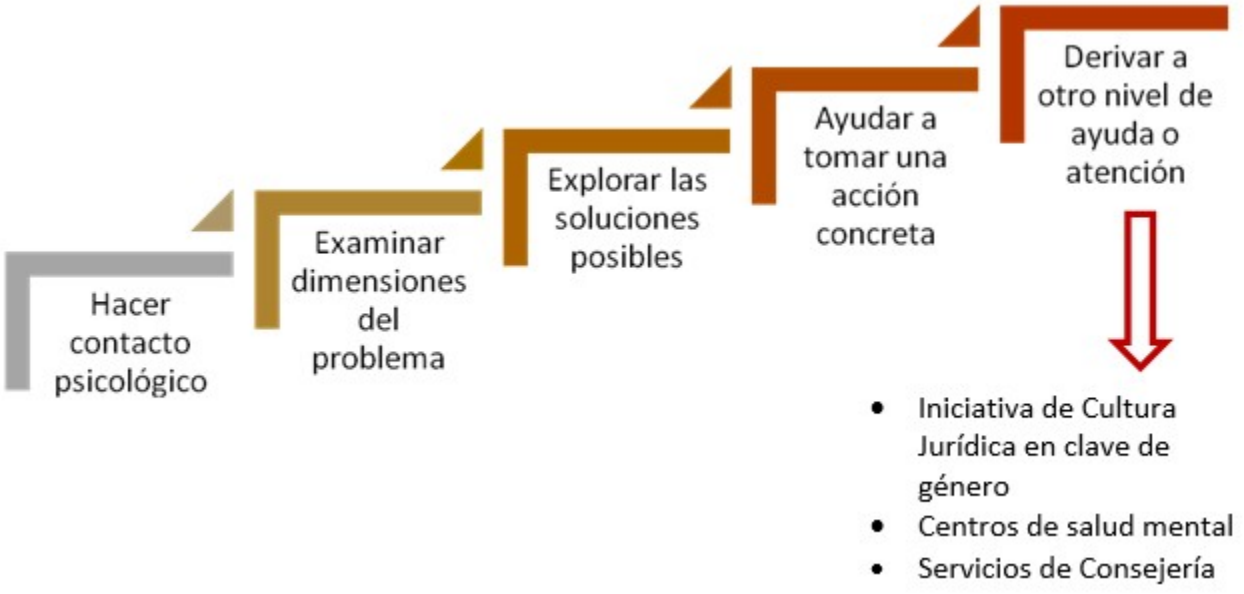
Meta:

- Conseguir que la víctima supere la situación de crisis mediante la primera ayuda psicológica.

Propósitos:

- Facilitarle a la víctima el contacto psicológico, la oportunidad de hablar, de ventilar su problema, de que recapitule la situación.
- Esclarecimiento de la dimensión del problema, la necesidad de que la víctima haga consciente que las causas del problema no están directamente relacionadas con su comportamiento.
- Clarificación de la historia de la violencia en la relación, de los procesos precipitantes, de su valoración y significación de la violencia hacia ella por su pareja o ex-pareja, la utilidad de sus modos de afrontar la situación con anterioridad a este evento.
- Identificación y movilización de los recursos personales, familiares, sociales, con énfasis en estos últimos, la asesoría y el acompañamiento legal.
- Reconocimiento de las capacidades y potencialidades positivas de ellas que le proporcionen la búsqueda oportuna, pertinente y eficiente de las soluciones posibles.

Lo que surge es un enfoque de cinco pasos:



COMPONENTES DE LA PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA

Hacer contacto psicológico: tener en cuenta las particularidades de la situación emocional, donde predomina el desamparo, el miedo, la parálisis de los recursos personales, por lo tanto, es muy importante establecer una buena acogida, que transmita protección, seguridad, sin interferencias ni interrupciones.

Recomendaciones:[6-7]

- Ser sensible a las emociones, proporcionar empatía que facilite la comprensión durante la recogida de la información porque al narrar su historia, reexperimenta el miedo y el dolor emocional.
- Acéptela, pues proporcionará calma y disminución de la angustia.
- Créale, no desconfíe de la veracidad del relato, valide su experiencia, muestre actitud de confianza, no la presione, anímele a hablar.
- Escúchela, no la juzgue, ni emita apreciaciones personales, préstele singular atención al relato doloroso de quien busca su ayuda; si habla poco, dígale, “el silencio y la falta de ayuda agravan el problema”.
- Respete su confidencialidad, resguarde la privacidad y mantenga distancia de la situación planteada.
- Trasmita el mensaje de que Ud. puede ayudarla, que está a su disposición, anímela a recibir ayuda.
- No la haga esperar.

Evaluar la dimensión del problema: facilite la descarga emocional. Indague sobre el tipo de violencia, ya que la seguridad y protección de su vida tiene la primera prioridad. Trabaje con el eje decisión/motivación. Estimúlela a que narre el evento reciente, el de mayor gravedad y el primero, **así como el momento en que se encuentra su relación y la fase del ciclo de la violencia, si en acumulación de tensiones, si en explosión o en luna de miel**. Número de episodios, reacciones, vivencias, recaídas, negaciones, justificaciones. Condúzcala a que haga la evaluación de los riesgos a que está sometida, de las consecuencias anteriores y las actuales. Explore los sucesos precipitantes, para identificar si están presentes sentimientos de culpabilidad. Invítela a hablar sobre su valoración del fenómeno con el fin de estimar el significado que para ella tiene convivir en esa situación, si la minimiza, si cree en el cambio, si idealiza su rol de madre y cómo piensa que será su futuro inmediato. Explore su red de apoyo familiar, laboral, comunitario y social en general, ya que estas mujeres tienen disminuida la percepción y recepción, de los apoyos.



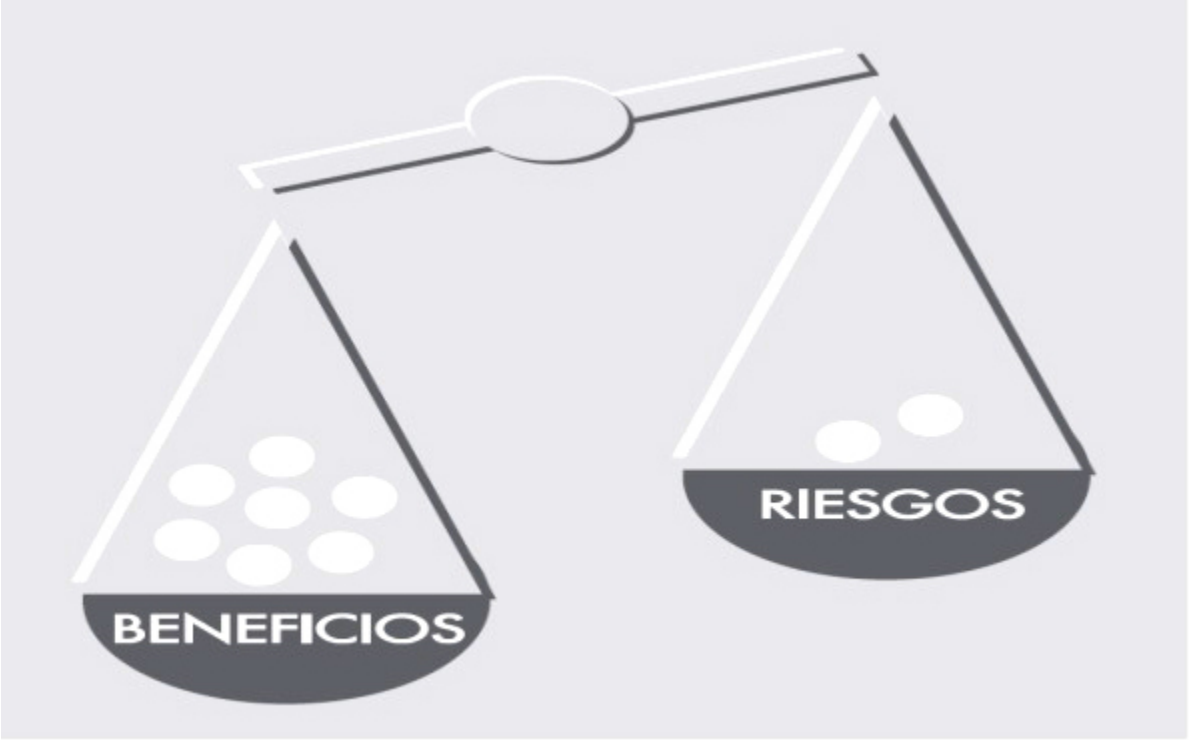
Fuente: Angulo L. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia la mujer. Pág. 48

 ISSN 1727-897X



Fuente: Ferreira G. Material del Texas Council of Family and Violence. 1ra adaptación.

Examinar las soluciones posibles: priorizar las necesidades que deben ser atendidas de inmediato de aquellas que puedan ser dejadas temporalmente para más tarde. Identifique, valide y enfoque los crecientes peligros a los que se está enfrentando, para que Ud. pueda conectarla con personas que le ayuden a eliminar esos peligros, constituyendo un sistema de apoyo, y así ella podrá concentrarse en todo lo demás.



Bríndele referencias efectivas: no dé la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente, ni trate el problema como un simple conflicto de pareja, no ofrezca falsas esperanzas ni falsas expectativas. Hágala comprender que su fracaso, no es totalmente su culpa, para que adquiera la capacidad de autonomía y ofrezca mensajes positivos que señalen su capacidad de logros.

¡IMPORTANTE!!!!! Identificar las señales de alerta de riesgo vital para la mujer:[3]

1. La mujer declara temer por su vida.
2. Los episodios de violencia se producen también fuera del domicilio.
3. Su pareja se muestra violento con sus hijos e hijas.
4. Ha sido víctima de violencia durante el embarazo
5. Su pareja se muestra violento con otras personas.
6. Ha sometido a la mujer a actos de violencia sexual.
7. Amenaza con suicidarse, matarla y/o matar a los hijos/as. La frecuencia y gravedad de los episodios de violencia se han intensificado.
8. Su pareja abusa de drogas, especialmente aquellas que agudizan la agresividad (alcohol, cocaína, psicofármacos...).
9. La mujer tiene planeado abandonarle o divorciarse en un futuro cercano.
10. La pareja conoce que la mujer ha recurrido a ayuda exterior para poner fin a la violencia.
11. Su pareja o expareja le sigue o acosa.
12. La mujer ya ha denunciado lesiones graves.
13. La pareja dispone de algún tipo de arma en casa.
14. La pareja o expareja ha amenazado a amigos o parientes de la mujer.

La presencia de al menos tres factores indica que la mujer presenta riesgo vital y debe recibir ayuda.

Examine las estrategias anteriores que ella ha utilizado para enfrentar el suceso, que le

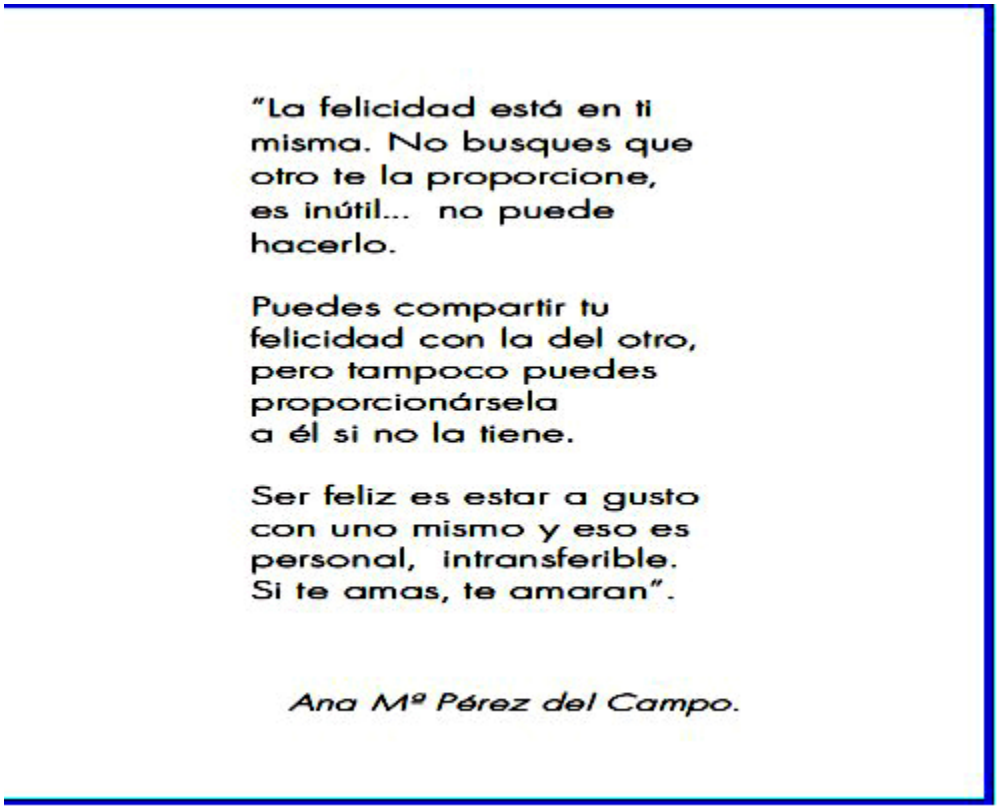
permitan a Ud. potenciar sus recursos sin dejar de respetar sus decisiones:

1. Si las estrategias han sido de sobrevivencia, decirle que ""la **mejor estrategia** para liberarse de la violencia es la opuesta a la que ella ha asumido".
2. Si ella considera que él va a cambiar, hágale saber que una persona violenta está más dispuesta a usar violencia a fin de restablecer su control, refuércele que ella **tiene que construirse su marco de protección**.
3. Si ella considera que no hay manera de romper con las relaciones abusivas, dígale "Ud. puede liberarse cuando descubra sus propias fuerzas y se valga de los recursos de apoyo existentes".
4. Si considera que, con el tiempo, ese problema se solucionará, dígale, "cuanto mayor es el tiempo, se expone a mayores maltratos y menores las posibilidades de recuperación".
5. Si le expresa que la violencia son incidentes derivados del alcohol o de una pérdida de control momentáneo, dígale, "los violentos son selectivos en el ejercicio de la violencia, lo que demuestra que son capaces de controlarse en otras situaciones."
6. Tomar la decisión de no recibir más malos tratos, exige hacer acopio de todas sus fortalezas, concentrarse en sus necesidades más que dejar de mantenerse atentas a las necesidades de él.
7. Examine si sus posibles soluciones están matizadas por la legitimización, los estereotipos culturales de género, los prejuicios sexistas y la naturalización de la violencia, lo que genera reducción en su capacidad de reacción y de búsqueda de alternativas eficientes, desmitificar y visibilizar lo real de la violencia de pareja facilitará la normalización de su vida y su recuperación psicológica. Desmontar los prejuicios sexistas y aflorar el daño para poderlo superar.
8. Proporciónele una lista de recursos y organícele las prioridades más urgentes y emergentes, relacionadas con su derecho de no ser violentada.

La ayuda para la acción concreta: estabilización del malestar psicológico y cambios en el modo en que interpreta el problema. Si reconoce que está en riesgo vital, dele tiempo para que decida y especifique los aspectos para marcar objetivos a corto plazo, de forma clara y operativa. Asegúrese de que reinterprete lo que se puede hacer, que abandone la posición pasiva de víctima a una posición transformadora, no de acuerdo a las expectativas de los demás. Estimúlela a considerar que la situación de crisis puede acompañarse de un cambio, una oportunidad de creer, de confiar en sí y de emprender acciones favorecedoras en el control de sus vidas. Que se mantenga centrada en las tareas de las que tiene que ocuparse. Promueva que mientras más ensaye mentalmente el cambio, más capaz será de centrar las energías cuando las necesite.

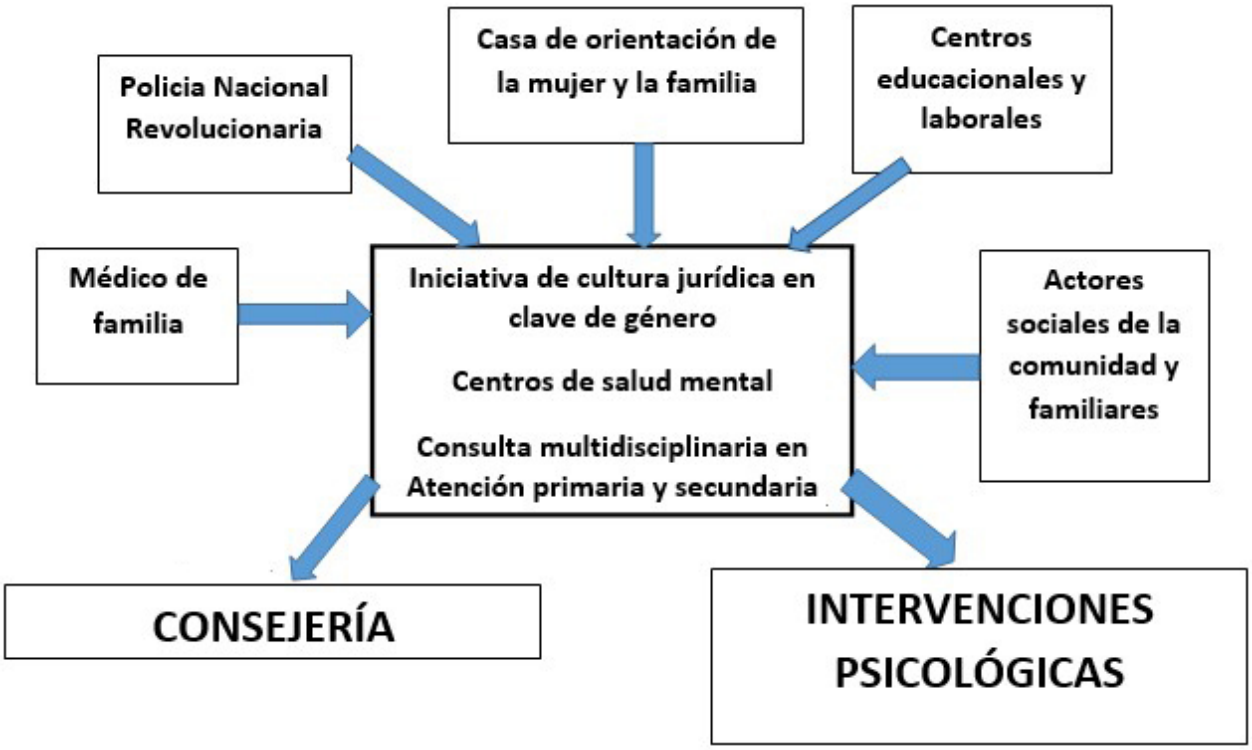
Oriente dar un paso a la vez, pero cada paso hacia delante le permitirá descubrir que una vida sin violencia es posible, haz que sus sueños despierten de nuevo. Refuércele que va a necesitar vencer los obstáculos que implican cambiar su realidad, sin miedos ni sometimientos. Evalúe la necesidad de derivar, el caso, a otro nivel de atención o modalidad de ayuda.

 ISSN 1727-897X



Derivar a otro nivel de ayuda o atención:

La derivación a otro servicio o modalidad de atención va a impedir el agravamiento de la violencia. Se organiza en función de sus deseos, necesidades, posibilidades y autonomía.



PARTE II

CONSEJERÍA

Espacio para ofrecer ayuda, un lugar de contacto para promover el diálogo, el intercambio de información relevante personalizada, para superar la situación de violencia de género, para mitigar las consecuencias y reducir la escalada del daño, en situaciones en que la mujer no se encuentre en crisis.

Su meta: construir alternativas de seguridad y ayuda que permitan a la mujer tomar decisiones para poner fin a la situación de violencia.

Propósitos:

- Creación de un nuevo espacio de atención confidencial que provea apoyo psicosocial, mediante procesos de reflexión crítica, de concientización y de aprendizajes acerca de una vida sin violencia.
- Esclarecimiento de las creencias, los argumentos acerca de la violencia de género, de las expresiones de los micromachismos o microviolencias, de la violencia intrafamiliar y la violencia hacia la mujer en la relación de pareja.
- Elaboración de alternativas de seguridad, de solución de conflictos, apoyo y de protección a la mujer en situación de maltrato.
- Levantamiento de la autoestima y autodeterminación.
- Supresión o alivio de los síntomas y emociones negativas.

La consejería se desarrolla bajo los siguientes valores:

- Calidad y calidez en la atención y el trato a las mujeres.
- Capacidad de actuación y atención inmediata.
- Especialización de la prestación de servicios.
- Coordinación multidisciplinar en los diferentes planos de actuación.
- Coherencia en la atención.
- Respeto, escucha activa y refuerzo positivo ante las decisiones tomadas por parte de la mujer acogida.
- Aplicación de una comunicación empática.
- Realismo en los mensajes y en la información

ofrecida.
- Adecuación del lenguaje al nivel sociocultural de la mujer.

ERRORES QUE DEBEN EVITARSE DURANTE LA CONSEJERÍA:

- Minimizar el miedo o el peligro que cree sufrir.
- No indagar y profundizar en los relatos que ofrece de los eventos.
- No hacerla sentirse escuchada, no creída, poner en duda la interpretación de los hechos, emitir juicios o criticar sus actuaciones.
- Cuestionar la "calidad" o la "cantidad" de la violencia que relata.
- Culparla de lo que le sucede: utilizar expresiones que pueden hacer a la mujer sentir culpabilidad, con frases del tipo:" ¿por qué sigue con él?", "si usted quisiera acabar se iría", etc.
- Cuestionar la necesidad, utilidad u oportunidad de la denuncia.
- No darle el tiempo que ella necesite para tomar sus propias decisiones.
- Imponer criterios o tomar decisiones por ella.
- Manifestaciones que impliquen juicios, dudas o cuestionamientos que aludan a la posible culpabilidad, tampoco debe explorarse qué hizo ella para que su pareja la maltratara.
- Trasmitir arquetipos culturales referentes a la imagen de las mujeres que reciben malos tratos por su pareja.
- Manejar el tema como natural, como cotidiano, minimizándolo, no reconociendo la justa dimensión del problema.
- Presionar para que tome la decisión de abandonar la pareja sin persuadirla.
- Amedrentar a la víctima acerca de las consecuencias de la situación y que la única salida es apelando a las leyes.
- Considerar la situación como irrelevante, sin tener en cuenta la posible gravedad del evento ni las necesidades de seguridad de la víctima. No reconocer el peligro que pueda amenazar a la demandante del servicio.
- No explorar la intensidad de los estados emocionales que aquejan a la solicitante del servicio pues estos pueden estar relacionados con ideas suicidas.
- No tomar en serio el temor que siente. Restarle importancia al abuso. Creer que no va a volver a ocurrir.
- Ofrecer rígidos mandatos sobre qué debe hacer, sin tener en cuenta las necesidades.

Lo que todo consejero debe saber



Fuente: Vidal Hermosilla G. Violencia intrafamiliar [Internet]. Rioja: Universidad de Rioja; 2015. Disponible en: http://www.maibxmail.com/curso-violencia-intrafamiliar/rueda-poder-control

LA VIOLENCIA ES:[9]

- De inicio **TEMPRANO**: suele, muy generalmente, iniciarse desde los comienzos de la relación, si bien no es fácilmente reconocible por empezar de allí la necesidad de conocer los micromachismos o las microviolencias en las relaciones de pareja.
- Con la finalidad de **DOMINAR**: el objetivo del maltratador es asentar sobre ella el dominio, que le permite garantizar la desigualdad y los "beneficios" que obtiene.
- **GLOBAL:** no se pueden entender las conductas del maltratador (ni el daño que provocan) aisladamente unas de otras.
- **VARIADA y CAMBIANTE**: el maltratador emplea una amplia diversidad de conductas para lograr su finalidad de dominio, alternándolas y adaptándose cuando es necesario.
- **DAÑINA y GENERADORA DE DEPENDENCIA**
- **REPETIDA, NO CONTINUA**, lo que genera en la víctima desorientación porque si fueran continuos la mujer que la sufre no los soportaría por un tiempo largo; pero se encuentra que su pareja puede ser violento en un momento dado, pero en otros momentos es afectivo, cariñoso, amable, complaciente y dedicado a ella.
- **CONSCIENTE Y SELECTIVA**.
- **TOLERADA POR LA SOCIEDAD EN GENERAL**, excepto en sus formas más graves, de forma expresa o implícita.

LA EXISTENCIA DE MICROVIOLENCIAS SUTILES [10]	
Micromachismos utilitarios	• No responsabilizarse sobre lo doméstico. • No implicarse o implicación ventajosa. • Aprovechamiento y abuso de las "capacidades femeninas de "servicio " • Aprovechamiento y abuso del rol de cuidadora.
Micromachismos encubiertos	• Creación de falta de intimidad • Silencio, aislamiento, engaños, mentiras • Malhumor manipulativo, imposición de límites • Comunicación defensiva-ofensiva y dobles mensajes. • Descalificaciones, desvalorizaciones, negación de lo positivo. • Manipulación emocional
Microviolencias coercitivas	• Control del dinero • Uso abusivo del espacio. • Imposición a la intimidad. • Apelación a la 'superioridad", de la lógica varonil
Microviolencias en crisis:	• Hipercontrol • Seudoapoyos • Distanciamientos • Rehuir a la negación, a la crítica, victimismo • Darse tiempo.



Fuente: Vidal Hermosilla G. Violencia intrafamiliar [Internet]. Rioja: Universidad de Rioja; 2015. Disponible en: http://www.mailxmail.com/curso-violencia-intrafamiliar/rueda-poder-control

EXISTEN NORMAS PENALES DE PROTECCIÓN FRENTE A SITUACIONES DE DISCRIMINACIÓN Y/O VIOLENCIA

- Artículo 274 del código penal cubano fija una sanción privativa de libertad de 2 a 5 años para la persona que cause lesiones corporales graves o dañe gravemente la salud a otro.
- Artículo 272 fija una sanción privativa de libertad de 3 meses a 1 año o multas de 100 a 300 cuotas para la persona que cause lesiones corporales no graves sin secuelas.
- Artículo 41.1, prohibición de frecuentar medios o lugares determinados cuando existan razones fundadas para presumir que la presencia del sancionado en determinado lugar pueda inclinarlo a cometer determinado delito.
- Artículo 284.1, el que amenaza a otro con cometer un delito en su perjuicio o de un familiar suyo, o infundir serio temor a la víctima incurre en sanción de privación de libertad de 3 meses a un año o multas de 100 a 300 cuotas. Si para la amenaza se emplea un arma, la sanción es de privación de libertad es de 6 meses a dos años o multas de 200 a 500 cuotas.
- Artículo 286.1, el que coaccione al otro puede ser sancionado con privación de libertad de 6 meses a dos años o multas de 200 a 500 cuotas.
- Artículo 287.1, si penetra en el domicilio ajeno sin el consentimiento del morador o permanece en el mismo contra su voluntad incurre en sanción privativa de libertad de 3 meses a un año o multas de 100 a 300 cuotas, o ambas.
- Artículo 339.1, quien deteriore, destruya un bien perteneciente a otro es sancionado con privación de libertad de 3 meses a un año o multas de 100 a 300 cuotas.

¿A DÓNDE ACUDIR PARA BUSCAR INFORMACIÓN, AYUDA O PROTECCIÓN?

- En caso de que sea necesario realizar una denuncia se puede acudir a la **Policía Nacional Revolucionaria (teléfono 106)**
- Oficina de Atención a los derechos ciudadanos de la fiscalía, a través de la línea única, llamando al **0-802 123 45**
- Centro Comunitario de salud mental más cercano.
- Casa Social de la Unión de Juristas de Cienfuegos.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA DURANTE LA CONSEJERÍA

- Atraiga su atención para luego influir.
- Muéstrele que le cree y que está preocupada por ella.
- Revele de modo vivo e intenso su interés y estima por ellas, mostrando una actitud cordial, franca, de confianza y confidencial.
- Logre en ellas una actitud afirmativa, concordante y de cooperación desde el inicio de la entrevista.
- Apele a sus necesidades, sus intenciones, sus intereses y sus emociones y convénzala de que está de su parte y que la va a ayudar con toda sinceridad.
- Bríndele libertad para hablar. Indague sobre su opinión. Pregúntele su concepción y valoración sobre la situación en la que se encuentra y el sentido personal que le confiere al vínculo para propiciarle el establecer el redimensionamiento de la situación.
- Induzca un razonamiento reflexivo, con pensamientos críticos y objetivos sobre el abuso, que facilite un esclarecimiento real de los hechos, de forma clara y honesta, que le permita a Ud., conducirla al desentrañar los verdaderos factores asociados al evento.
- Corríjale los mitos existentes acerca de las causas de la violencia de pareja:[11]

- alcohol y droga
- trastornos psicológicos que posee el victimario que le provoca los comportamientos abusivos.
- Por la educación recibida
- Porque a las mujeres maltratadas les debe gustar
- Con el tiempo los problemas del maltrato en la pareja se solucionan
- Celos, mitos amorosos pero que no son más que mecanismos de control y dominio, ejemplo “sin ti no soy nada”
- La naturaleza violenta de los hombres.
- Quien bien te quiere te hará llorar
- El sufrimiento y los obstáculos en una pareja se viven como prueba de amor, si una mujer ama y comprende a su pareja logrará que él cambie
- Lo importante de la familia es que ambos padres estén juntos

- Propicie el establecimiento de metas cercanas, realistas y accesibles, que favorezcan el planeamiento ordenado, consciente y responsable de sus vidas.
- Destaque sus cualidades positivas, con el objetivo de adecuar su autovaloración y autoestima para incentivar la autodeterminación, la confianza en sí mismas, la independencia y el auto respeto, mejorando la toma de decisiones, las relaciones interpersonales y la expresión de las emociones.
- Anímela a relatar su historia de maltrato, sus experiencias y sentimientos. Que exprese sus emociones para que pueda distinguir el impacto emocional y el sentido psicológico que esa realidad ha dejado en ella. Valore su posible derivación hacia otro nivel de atención o ayuda.
- Atenúe las frustraciones relacionadas con la configuración del vínculo y elogie sus logros en las restantes esferas de su vida con el propósito de fortalecer su dimensión personal.
- Infórmele sobre las normas jurídicas para prevenir y sancionar la violencia contra las mujeres. Normas penales. (Folleto disponible en los Centros de Salud mental de las Áreas).

PROCESO DE CONSEJERÍA[12]

La Consejería debe concebirse como un proceso que cursa por diferentes etapas, en dependencia de las necesidades de la usuaria y de la situación específica a enfrentar. Por esto, cualquier tipo de consejería puede variar en duración y llevar más de una sesión. Los objetivos de las sesiones no se deben identificar con demasiada antelación, pero sí podemos plantearnos en el transcurso de una sesión, los objetivos pendientes para la próxima y solicitar un reencuentro.

FASES DE LA CONSEJERÍA

Etapa	Actividades a desarrollar
Primera etapa. Recibimiento. Elemento muy importante, ya que representa el momento de mayor vulnerabilidad para la toma de decisiones. Romper la convivencia con el maltrato e implementar cambios altamente significativos, por lo que preferimos llamar a esta primera etapa: "Encuentro en situación".	• Declarar empatía, aceptación, confianza, acercamiento, apoyo. • Comunique interés. • Valide lo que le exprese. • Escuche activamente e indague los motivos por los cuales acude al servicio, así como la vía, para estar en condiciones de expresarles los fines del servicio y de dónde debemos partir. • La confidencialidad le permite preservar su intimidad y privacidad, establecer buen contacto, hacer que se sienta comprendida, lo que genera un clima de confianza que le permita sobreponerse a su desamparo. Contar con su voluntariedad. • Manifestarse con objetividad, entendida esta como la capacidad de tomar distancia de la situación que nos va a relatar, sin emitir juicios de valor ni apreciaciones personales. • Ser receptivo, o sea prestar singular atención al relato doloroso de la que busca ayuda y que en la mayoría de los casos lo hace desde su vivencia de pánico. De allí emana la importancia que tiene este primer encuentro, donde debe quedar clara la intención de ayudarlas en forma inmediata. • Estimular la motivación y esclarecer las expectativas del servicio de consejería.
Segunda etapa. Evaluación de la situación	• La evaluación de la situación se lleva a efecto por medio de la entrevista educativa y la observación. • En un primer momento puede estar acompañada por un familiar o amigo, pero debemos quedarnos solos con ella para evitar distorsiones y el ocultamiento de hechos relevantes, por lo que es menester respetar la privacidad. • Ser sensible ante su relato, porque al contar la historia re-experimenta las emociones negativas y su dolor emocional, en el cual está muy centrada. • Valorar el tipo y patrón de la violencia y la seguridad de la víctima. Este análisis va más allá de la simple descripción del evento o los eventos y a la compresión de la experiencia vivida, sino además debe enfocarse en la forma que experimenta la situación y del sentido personal que le atribuye, en el contexto donde se presenta. Para poder precisar el tipo de información, en dependencia a las respuestas idiosincráticas de la persona que tenemos delante. **Dígale: Ud. tiene derecho a estar segura, a creer en el cambio y a ser tratada con respeto.** **Ayúdela a esclarecer y reconocer la situación de maltrato, preguntándole específica y directamente lo que le ocurrió recientemente, el peor episodio y el primero, para que Ud. tenga la posibilidad, con su información de desarticular la minimización del evento, así como la auto-recriminación, la adaptación al abuso, la negación, la justificación de las conductas violentas en la resolutividad de los conflictos y la impotentización.**
Tercera etapa. Valorar los efectos psicológicos y desarrollar alternativas de ayuda.	• Apreciar su percepción y recepción de los recursos ambientales de apoyo social y familiar, distinguiendo los aspectos estructurales (aptas para ofrecerlo) y lo funcional, relativo a la calidad. • Es posible que la víctima no reconozca los apoyos potenciales y reales con los que cuenta ante esta situación a causa de que la eficiencia de su percepción está matizada por factores subjetivos, entre ellos, el pobre auto-concepto y el sentimiento de que no es capaz de manejar la situación que vive. • Percibir apoyo favorecerá su estado psicológico. • Estimar los modos habituales de respuestas utilizados anteriormente ante el conflicto para estar en condiciones de valorar la capacidad individual de tomar decisiones y actuar sobre los problemas, lo que nos facilitará encausar las acciones educativas más ajustadas a su realidad. • Trabajar sobre los factores generalizadores del evento, desde la concepción que tiene sobre la violencia, así como los mitos, las creencias, actitudes y expectativas que acompañan a su valoración de la violencia. • El consejero debe tener en su poder, la legislación jurídica vigente, para, de ser necesario, mostrársela a la usuaria. • Valorar los indicativos de malestar psicológicos, como tensión, miedo, angustia, desesperanza, miedo, abatimiento para estimar su derivación hacia otro nivel de asistencia psicoterapéutica.
Cuarta etapa: retroalimentación	• Valorar las modificaciones en lo referente a las valoraciones acerca de la violencia, a las molestias emocionales y a sus recursos frente a las circunstancias. • Refuerzo positivo de sus capacidades en el reajuste al medio. • Formulación de sus propósitos y proyectos futuros. • Concretar las informaciones educativas u orientaciones. • Aspectos pendientes que pueden quedar para otra sesión. Recomendaciones. • Despedida cálida y que trasmita nuestra confianza de que una vida diferente le espera.

 ISSN 1727-897X

SE RECOMIENDA:

Prestar atención a las señales que alertan acerca de que una mujer puede estar viviendo en una situación de violencia. El primer nivel de atención puede ser la puerta de entrada para comenzar a romper el ciclo.

Premisas encaminadas a la recuperación integral de la mujer maltratada:

- Cualquier intervención que se realice, debe dar prioridad a la seguridad física y psicológica de la mujer, así como la de sus hijos e hijas.
- El hecho de que la mujer, víctima de violencia, solicite ayuda no significa que esté en condiciones de emplear los recursos y apoyos que se le proporcionan.
- Por efectos del ciclo de la violencia y de la dependencia emocional causada como consecuencia del proceso de violencia, existe un alto riesgo de "vuelta" a la situación anterior de violencia.
- Es imprescindible que la aplicación de la consejería prevea la integración de otros profesionales en el proceso interventivo.
- Es necesario evaluar el riesgo de la situación de violencia, los signos de alarma ante homicidio o de conductas auto infligidas por la mujer.
- En muchas ocasiones la mujer puede haber realizado ya otros intentos de salir de su situación pero la utilidad de los modos de afrontar no le han permitido conseguir su objetivo de vivir sin violencia.



VIOLENCIA INDIRECTA:

Los hijos e hijas de las mujeres que viven en situación de violencia se convierten en víctimas invisibles o indirectas de la violencia. Al principio, se les conocía como "hijos de mujeres maltratadas", sin hacer alusión a su condición de víctima. Poco a poco se empezó a hablar de "niños testigos y expuestos", pero sin ser afectados por la violencia, solo meros observadores. Hoy definimos la violencia indirecta cuando los niños son testigos de la violencia que se produce hacia otro miembro de su familia (generalmente de la madre).

Los niños y adolescentes que son o fueron objeto de malos tratos ya sean directa e indirectamente suelen tener problemas para conciliar el sueño, alimentarse y concentrarse. Su rendimiento académico puede verse negativamente afectado porque están enojados o asustados, o porque sienten que ya perdieron el interés, desconfían de los otros. Algunos sienten mucha ira contra sí mismos y contra los demás, y les cuesta mucho hacer amigos. El maltrato es una causa importante de depresión en los jóvenes. Algunos adolescentes solo pueden sentirse mejor adoptando conductas autodestructivas como cortarse o abusar de las drogas o el alcohol. Otros llegan al extremo de intentar suicidarse.

SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL MANEJO CON LOS MENORES:[14]

- Trasmítale seguridad y confianza.

- Bríndele amor.
- No lo haga responsable de la situación violenta.
- Trate de mantenerlo al margen de las situaciones de conflicto.
- Si usted se ha percatado que su hijo o hija presenta algunos de los síntomas a los cuales hemos hecho alusión en este capítulo busque ayuda profesional.
- Explica a tus hijos lo que sucede sin dramatizar la situación.
- En caso de que usted decida separarse razone con su hijo el porqué de esta toma de decisión.
- No disimules el peligro, demuéstrales que entiendes que están asustados pero que vas a esforzarte para lograr una vida mejor para todos.
- No pongas en dudas que ellos quieren al padre pero aclárales que las cosas entre ellos no pueden seguir así, que será más beneficio una separación bien manejada.
- No les hables angustiada, irritada, ni emplees insultos a la hora de referirte al padre.
- Describe objetivamente su comportamiento, tus hijos comprenderán aunque no les guste

PARTE III

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

Según el profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana, Dionisio Zaldívar, los problemas psicológicos, en términos generales son dificultades que una persona tiene en sus relaciones con los demás, en sus percepciones del mundo o en sus actitudes hacia sí mismo, pueden caracterizarse por los sentimientos de ansiedad o tensión, insatisfacción con su propia conducta, excesiva atención al área del problema, incompetencia para alcanzar sus objetivos, o incapacidad para funcionar eficientemente en las diversas áreas.

Presentan diversas formas de manifestarse, como vivencias subjetivas de malestar, preocupaciones o temores que el sujeto no logra dominar, inhibiciones en el funcionamiento psicosocial, la presencia de déficit o excesos conductuales que interfieren con la realización de determinadas actividades o bien pueden provocar algún tipo de trastornos (como por ejemplo el abuso del alcohol) al sujeto mismo y también a aquellos que lo rodean. También se caracterizan por la disminución de los modos de afrontamiento creativos, y predominantemente dirigidos a las emociones. Hay reducción de la capacidad de respuestas a las demandas y de incorporar nuevos aprendizajes.

Los problemas psicológicos pueden estar causados por situaciones transitorias tales como: pérdida del trabajo, separación de la pareja, problemas económicos, demandas sexuales u otras que el sujeto considera inadecuadas, experimentar situaciones de violencia en cualquiera de sus modalidades, estos problemas son tributarios de intervenciones psicológicas.

La intervención psicológica es un proceso que integra un sistema de métodos, técnicas y procedimientos psicológicos con el objetivo de *propiciar, provocar cambios en las personas (individuos, parejas, familias), ayudándolos en la solución o mejoramiento de sus problemas psicológicos.*

La intervención psicológica en la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género tiene como meta:

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

Propósitos:

- Comprensión adecuada de la problemática y desarrollar los recursos necesarios para enfrentarla.
- Reducción de la sintomatología y el impacto psicológico del maltrato.
- Aumento y fortalecimiento de la autoestima, autoconcepto, autoeficacia y seguridad en sí misma.
- Enseñanza y mejoramiento de los estilos de afrontamiento, solución de problemas y toma de decisiones.
- Fomento de estilos de comunicación y habilidades sociales adecuadas.
- Modificación de las creencias tradicionales sobre roles de género, actitudes sexistas y mitos sobre la violencia en la pareja.
- Restablecimiento del bienestar psicológico del individuo, disminuyendo o eliminando las manifestaciones de trastornos emocionales, ansiedad, depresión y tensión.

Líneas interventivas con la mujer maltratada: [15]
Trabajar sobre su sistema de creencias, mitos, ciclo de la violencia, estereotipos e identidad de género.
Clarificar factores relacionados con la aparición de la violencia de pareja (macrosociales y microsociales, familiares, relacionales e individuales)
Resignificar las emociones que experimenta ante la violencia (culpa, vergüenza, fracaso, miedo, inseguridad, ansiedad, depresión).
Favorecer el desarrollo de las cualidades volitivas (independencia, firmeza, perseverancia y autodominio)
Adecuar niveles de autovaloración, autoestima, autodeterminación, autoeficacia.
Reconstrucción de sentidos, significados y proyectos vitales.
Favorecer la ampliación o formación de su red de apoyo familiar y social.
Reaprendizaje de modos de afrontamiento adaptativos.
Estimular que sea parte activa de resolver su situación, que ella misma diga lo que necesita y cómo desea ser ayudada.
Reajustar indicadores funcionales de la personalidad (flexibilidad, mediatización reflexiva, capacidad para reestructurar el campo, la tendencia activa a concienciar, la dimensión temporal, autodeterminación, seguridad, optimismo.

Líneas interventivas con la mujer que ha terminado la relación: [15]
Ayudarlas a elaborar el duelo por las pérdidas: de la relación, de la ilusión de una familia, de un proyecto de vida, económicas, de la red social.
Ayudarlas a enfrentar el sentimiento de culpa, soledad y vulnerabilidad.
Reajustar los roles.
Estimular la creación y fortalecimiento de lazos de apoyo sociales y familiares.
Reconstrucción de sentidos, significados y proyectos vitales.
Resignificar las emociones que ha experimentado ante la violencia.

PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN:[15]

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

ACTITUDES A EVITAR DURANTE LA INTERVENCIÓN[15]

- **Culpabilizar** a la mujer a través de frases como: *"¿Por qué sigue con él? ¿Qué ha hecho usted para que él sea tan violento? Si usted quisiera realmente acabar con la situación, se iría".*
- Tratar el problema como un simple conflicto de pareja o derivarla a terapia de pareja. **La terapia de pareja está absolutamente contraindicada,** ya que puede poner más en riesgo la vida de la mujer, como también realizar sesiones de mediación conjunta.
- No se pueden **imponer los propios criterios** y decisiones.
- **Manifestar prejuicios sobre la violencia.** Es imprescindible reflexionar sobre los propios valores, creencias y actitudes en relación con la violencia.
- Evitar dar **respuestas rápidas** y precipitadas.
- Pretender dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente, dando **falsas esperanzas.**
- **Patologizar, juzgarla, darle consejos, conductas paternalistas** o victimizarla con comentarios o expresiones.
- Caer en **mitos y estereotipos** sobre la

violencia de género o sobre las víctimas.
- **Tomar decisiones** que debería tomar la mujer.
- Mostrar desaliento por querer ayudar a alguien que no puede o no quiere ser ayudada en ese momento o de esa manera.

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

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

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

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

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

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

Técnicas cognitivas:

- **Reevaluación cognitiva:**[16] utilizada por profesionales de la psicología para trabajar las ideas de autoculpa, negación de ser víctima, vergüenza, falta de valía y sentimiento de fracaso como persona, mujer, esposa, madre e hija, así como de amor, de afecto, etc. en relación a:

- Identificando los pensamientos generadores de malestar, unos son pensamientos repetitivos e involuntarios en forma de recuerdos e imágenes sobre el maltrato y los otros son creencias y pensamientos autocríticos, principalmente de vergüenza y culpabilidad.
- Ella misma, trabajando la autoestima y autoconcepto: empoderamiento y autonomía de la mujer víctima de violencia de género.
- Sus hijas e hijos: se trabaja la relación con el maltratador-dominador, la victimización que también padecen.
- Las relaciones sociales externas: con la familia de origen y la del maltratador, con las amistades y la sociedad en general.
- La violencia vivida y sus consecuencias en ella y las y los menores.
- Su pareja maltratante.
- El proceso judicial.
- Identificando las diferentes formas de mirarse uno mismo, al mundo y a los demás entre ellos:
  - Focalizando en lo negativo: prestar atención a lo negativo y desatender lo positivo.
  - Personalizando: asumir el 100 % de la responsabilidad en los acontecimientos negativos.
  - Hipergeneralizando: sacar una regla general y universal a partir de un detalle específico. —si fracasé una vez, siempre fracasaré.
  - Utilizando excesivas expresiones debería/tengo que: excesivas autoverbalizaciones de sobre exigencia, también referidas al mundo o a los demás. -Debería haber actuado antes, —No me hubiera ocurrido si -
  - Leyendo la mente de los demás: suponer que los demás no se interesan por ti, que no le gustas a los demás, etc. Sin pruebas de que esas suposiciones sean correctas.
  - Pensando de manera extrema: significa categorizar la experiencia en términos extremistas y dramáticos. —tengo que ser perfecto de lo contrario no valgo nada.

- **Reestructuración cognitiva**:[16] se trabaja con base en las creencias irracionales que tiene interiorizadas la mujer, para transformarlas en creencias racionales, más eficaces y saludables para el bienestar de ella misma como mujer, madre, esposa e hija y sobre las demás personas. Por ejemplo: centrándose en las relaciones afectivas y de pareja o sobre el mundo en general o en la justicia que espera recibir.

- **Técnicas para disputar las creencias irracionales**: argumentos lógicos, empíricos y de consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas.

- **Detener el pensamiento**: cada vez que identifiques la avalancha de pensamientos repetitivos, involuntarios, negativos en forma de recuerdos e imágenes sobre el maltrato DETENERLOS con palabras clave como “Para” o “Basta”, y luego respirar con calma o sustituirlos por un nuevo pensamiento más acertado de forma positiva. Lo importante es no alimentar un pensamiento que te hace daño emocional, sino reconocerlo y dejarlo pasar.

Las siguientes técnicas fueron tomadas y adaptadas del libro “Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida”:[17]

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

Ejemplo:

Paciente: *Mi familia pensará que soy una fracasada.*

Terapeuta: *¿Y qué sucede si lo hacen? ¿Y qué hay de malo en que ellos o cualquier otra persona piensen que es una fracasada? ¿te convierte en eso? ¿Qué tiene de horrible?*

Paciente: *Sería terrible, desastroso.*

Terapeuta: *Vamos a mirarlo de nuevo ¿Qué sucede si ellos piensan algo de ti? ¿Cómo sabes qué piensan? ¿es verdad eso que piensan?*

Paciente*: De cualquier forma, el mundo seguirá girando igual por lo que no es tan terrible, aunque siga para mí pareciendo horrible*

Terapeuta*: Tienes toda la razón el mundo seguirá girando igual ¿Y entonces qué?*

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

Ejemplo:

Paciente: *En esta situación que estoy con dos hijos, sin trabajo y sin casa propia, ¿qué puedo hacer?*

Terapeuta: *¿Sin casa propia? ¿Has pensado en la casa que te han brindado tus padres? ¿Has pensado en otras posibilidades, que de hecho hemos hablado? ¿Qué hay de todo eso?*

Paciente: *Tienes razón no tengo por qué lamentar algo que ya detestaba, pero no sé si seré capaz de hacer algo nuevo, de irme en este momento.*

Terapeuta: *Analicemos esa idea que acabas de decir….*

- **Descubrimiento guiado de la asociación:** El terapeuta mediante preguntas sencillas puede ayudar a la paciente a examinar el significado que le atribuye a los acontecimientos. Las preguntas pueden ser: ¿Qué implica esto?, ¿Y

entonces qué? ¿Qué sucederá entonces? ¿Qué prueba tienes para confirmar que esto es verdad?, ¿Ves algunas conexiones en todo eso?, ¿Ves algunos puntos en común entre todos estos pensamientos? En esta técnica se trabaja con el paciente para que enlace ideas, pensamientos, imágenes, se le proporciona por el terapeuta las conjunciones a las verbalizaciones. Con esta técnica el terapeuta guía a la paciente por el proceso terapéutico según las conceptualizaciones y los objetivos terapéuticos. Esta técnica al pertenecer al arsenal de técnicas cognitivas de la terapia cognitiva conductual desde esta teoría puede emplearse para identificar las presunciones o esquemas subyacentes de la paciente.

- **Fantasear consecuencias:** se le pide a la paciente que fantaseen una situación y que describan las imágenes y los problemas que se relacionan. Con esta técnica se invita al paciente a que traiga a consulta las situaciones o interacciones imaginadas que se han sucedido en el pasado o que creen que acontecerán en el futuro. Se intenta que la paciente traslade las fantasías que evoca a la situación presente mediante verbalizaciones, haciendo que las imágenes lleguen a ser más dóciles a la adaptación. En ocasiones en la medida que describen sus problemas pueden darse cuenta de la irracionalidad de sus ideas. Si las consecuencias que fantasean son razonables y posibles, se puede trabajar con la paciente para evaluar el peligro con realismo y desarrollar la estrategia de manejo. Es necesario conocer que las imágenes fantaseadas se matizan con las mismas actitudes y creencias disfuncionales que afectan sus percepciones las que en general son negativas. Ayudar al paciente a investigar y explicar el estilo, contenido y forma puede generar buen material de trabajo para la terapia.

Ejemplo:

Terapeuta: *Me gustaría que cerraras los ojos y que imaginaras lo que crees que sucederá al saber tu hijo que te separarás de su padre.*

Paciente: *Me imagino entrando en su cuarto. Mi hijo se encuentra allí jugando en la computadora y me mira y pregunta por la situación*

Terapeuta*: ¿Qué te hará o dirá?*

Paciente: *Se pondrá muy bravo cuando le diga que me voy a divorciar. Me gritará y dirá que no lo haga, que él no quiere separarse de su papá, que voy a arruinar sus vidas. Me dirá que mejor le dé otra oportunidad.*

Terapeuta: *¿Qué estás pensando ahora?*

Paciente: *También pensaba que se pondrá en contra mía, que me dirá que si quiero me vaya sola de la casa. Posiblemente me diga que yo tengo la culpa de todo y aprovechará cualquier momento para decírmelo.*

Terapeuta: *¿Qué hará entonces?*

Paciente: *Se pondrá muy bravo y esto le durará días, un buen tiempo, pero creo que llegará a calmarse.*

Terapeuta: *Vamos a volver a la imagen anterior. En tu fantasía, en tu imaginación, tu hijo se enfadará, se pondrá en contra tuya y te hace no tomar la decisión.*

Paciente: *¡No, no! Él se preocupa mucho por mí, no va a ponerse en contra mía. Y se pondría muy mal si yo sigo soportando estas golpizas, si yo sigo con este sufrimiento.*

- **Comprensión del significado idiosincrásico**: Dado la amplitud de significados que tienen las palabras el terapeuta no puede estar seguro que es lo que quiere decir el paciente cuando utiliza las palabras “triste”, “suicida”, “atemorizada”. Por este motivo es fundamental preguntar directamente a la paciente sobre el significado de sus verbalizaciones. Estas preguntas se estructuran de manera tal que no sean intrusivas, sino que el terapeuta sin dar en el blanco de la comprensión se halle en la dirección correcta. Esta técnica es como asumir el “enfoque Colombo” (hace alusión a un personaje que encarna un detective que va resolviendo los casos no diciendo a las personas lo que piensan que han hecho, sino que presumiendo que no sabe nada hace preguntas que parecen tontas u obvias y así llega al saber).

Ejemplo:

Paciente: *yo soy una mujer sin suerte*

Terapeuta: *te llamas una mujer sin suerte y qué significa eso para ti, ¿qué es una mujer sin suerte?.*

Paciente: *Ud. sabe lo que es una mujer sin suerte, una mujer como yo.*

Terapeuta: *No, no estoy seguro, yo sé lo que yo quiero decir cuando digo una mujer sin suerte, pero es importante saber qué significa para ti cuando usas ese término.*

- **Reatribución**: Una afirmación que en ocasiones está presente en este tipo de paciente es creer que "todo ha sido culpa mía" En ocasiones hacen suyas la idea "se lo merece por su comportamiento" "se lo buscó por no hacerle caso". No es posible que una persona sea responsable de todo lo que sucede en una relación y menos llegar a la escalada de violencia. Algunos pacientes tienden a hacerse responsables de sucesos que son escasamente atribuibles a ellos y en otras ocasiones tienden a culpar a alguien y de esta manera no asumir ninguna responsabilidad. Es tarea del terapeuta ayudar a distribuir la responsabilidad entre todas las partes relevantes. El terapeuta debe adoptar una posición media donde ayude al paciente a reatribuir la responsabilidad y no sentirse culpable de todo, ni atribuir falsamente la culpa a la otra persona.

Ejemplo:

Paciente*: todo es culpa mía, si yo le hubiese hecho caso, si no hubiese sido tan exigente, no estaríamos donde estamos.*

Terapeuta: *En otro momento me contaste que también hiciste cosas muy buenas a favor de la relación, o sea que según Ud. Ha hecho cosas buenas y malas por la relación. ¿Es tuya toda la culpa de que no haya funcionado tu matrimonio, tu relación?*

Paciente: *sí, claro que mía.*

Terapeuta: *¿Qué hizo tu pareja en la relación?, ¿qué papel jugó? ¿hizo algo que ayudó a las dificultades o problemas que tienen? Te invito a que valores, examines tus contribuciones y las de tu pareja en la situación actual de pareja que tienen.*

Paciente: *Si miro bien todo es culpa mía*

Terapeuta *¿Hizo tu pareja algo que contribuyera al problema?*

Paciente: *¿Además de golpearme y mentirme?*

Terapeuta: *Vamos a empezar por ahí ….*

- **Examen de las opciones alternativas:** estas mujeres maltratadas son generalmente pacientes que creen que han perdido todas las opciones o que consideran que son muy escasas o nulas y dentro de ellas puede valorarse como posibilidad la muerte como la más fácil. El empleo de esta estrategia cognitiva por el terapeuta implica que este trabaje con la paciente para generar opciones adicionales. Si el terapeuta confronta con el paciente la opción del suicidio como inadecuada, impropia o mala, puede enfrentarse directamente con el paciente y esta situación puede tender al paciente a asumir una postura más fuerte a favor del suicidio, distanciarlo o perder la confianza. Aunque incorrecta el suicidio es una opción, por lo tanto, el objetivo del terapeuta es generar otras opciones, incluso una, por muy limitadas que parezcan. El terapeuta encamina su trabajo a favor de que siempre hay otra alternativa.
- **Cuestionar las pruebas:** esta es una técnica muy útil para combatir los pensamientos disfuncionales. Se trata de examinar el grado en que el pensamiento se apoya en pruebas disponibles y si otras interpretaciones se corresponden con las pruebas. Es objetivo del terapeuta que enseñe al paciente a cuestionarse las pruebas que está empleando para mantener o reforzar una idea o creencia. Para ello el terapeuta debe orientar también el trabajo hacia el examen de todas las fuentes, procedan de donde procedan; conociendo que las personas prestan una atención selectiva a las pruebas que confirman sus creencias o ideas. Con frecuencia el paciente le da idéntico valor a todas las fuentes vengan de donde vengan. Suelen centrarse en fragmentos de la información que confirman y calzan bien a sus puntos de vista e ignorar las partes principales de la información, es como "ver un árbol y no todos los árboles que conforman el bosque". Es objetivo en esta técnica que el paciente aprenda a cuestionarse todas las pruebas.
- **Exageración o paradoja:** llevando una idea

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

Ejemplo:

Paciente: *A nadie le intereso, nadie me ha ayudado nunca.*

Terapeuta: *¿Nadie?, ¿Nadie en este mundo se ha interesado por tí o te ha brindado una ayuda, aunque haya sido pequeña?*

Paciente*: Bueno quizás mi mamá*

Terapeuta: *¿Ningún maestro, profesor, amigo, compañero de trabajo, vecino, conocido se ha interesado por ti y te ha ayudado alguna vez de alguna manera?*

Paciente: *Ya Ud. va al extremo. Claro que han existido personas que me han ayudado en determinadas situaciones, pero no cuando yo lo he necesitado.*

Terapeuta*: Repasemos todo esto. Cambia las cosas. Las personas se han interesado por ti, las personas te han ayudado, pero no cuando tu querías o necesitaban que lo hicieran. ¿Hay alguna manera que puedas trabajar para conseguir más ayuda pidiéndola de otra forma? ¿Distintas formas o distintas gentes?*

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

Ejemplo:

Terapeuta: *Si gradúas tu desesperación en una escala de 1 a 100 ¿En qué punto te encuentras?*

Paciente: *En el máximo*

Terapeuta*: Eso es demasiado. ¿Puedes pensar en la situación de mayor desesperación que hayas vivenciado en toda tu vida? ¿Cuándo fue eso?*

Paciente: *Eso es fácil cuando me cogió por el cuello delante del niño y sentí que no podía respirar.*

Terapeuta: *¿Entonces cuán desesperada estuviste?*

Paciente: *100.*

Terapeuta: *¿Puedes recordar el momento de mayor tranquilidad, calma*

Paciente: *No*

Terapeuta: *¿En ningún momento en tu vida?*

Paciente: *Bueno por decir algo …*

Terapeuta: *Me pregunto si has estado en paz, sosegada alguna vez*

Paciente: *Sí, cuando me dijeron que mi hermanita había nacido, cumplía yo 10 años.*

Terapeuta: *Si ese fue un momento de tranquilidad, clasifícalo como 1 o 0 desesperación. Usa esos dos acontecimientos, el nacimiento de tu hermana como 0 desesperación y el intento de matarte en presencia de tu hijo como 100 de desesperación. Comparados esos dos momentos: ¿Cuál es tu desesperación en este instante?*

Paciente: Si lo veo de esa manera, comparado con eso es de 40 0 45.

Otro ejemplo

Terapeuta: *Si gradúas tu tristeza en una escala*

de 1 a 100 ¿En qué punto te encuentras?

Paciente: *En el máximo*

Terapeuta: *Eso es demasiado. ¿Puedes pensar en la situación de mayor tristeza que hayas vivenciado en toda tu vida? ¿Cuándo fue eso?*

Paciente: *Eso es fácil cuando me golpeó por primera vez delante del niño y sentí que no tenía remedio.*

Terapeuta: *¿Entonces cuán triste estuviste?*

Paciente: *100.*

Terapeuta*: ¿Puedes recordar el momento de mayor alegría?*

Paciente: *No*

Terapeuta: *¿En ningún momento en tu vida?*

Paciente: *Bueno por decir algo …*

Terapeuta: *Me pregunto si has sido feliz alguna vez.*

Paciente: *Si. Cuando me regalaron una bicicleta por mi cumpleaños, cumplía yo 10 años.*

Terapeuta*: Si ese fue un momento feliz, clasifícalo como 1 o 0 tristeza. Usa esos dos acontecimientos, el regalo de cumpleaños como 0 tristeza y la primera golpiza como 100 de tristeza. Comparados esos dos momentos: ¿Cuál es tu tristeza en este instante?*

Paciente*: Si lo veo de esa manera, comparado con eso es de 40 0 45.*

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

Ejemplo:

Terapeuta: *Te invito a que en la medida que yo soy tu voz negativa, tu produzcas una voz más positiva y funcional.*

Paciente: *Trataré*

Terapeuta*: ¡Comencemos! ¡Si no sabes lo que estás haciendo!*

Paciente*: Eso no es verdad. Algunas veces puedo estar por encima de mis posibilidades, pero en general sé lo que hago.*

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

Ejemplo:

Terapeuta*: ¿Qué consecuencias tendrá esto para tu hija y tus padres?*

Paciente: *Vivirán, seguirán con sus vidas.*

Terapeuta: *Estoy seguro que vivirán, pero ¿con qué efecto? ¿Cómo influirá tu conducta en lo que piensan, sienten y hacen en sus vidas futuras?*

Paciente: *Mejor no pensar en eso.*

Terapeuta: *Pero es algo que está ahí, que debes al menos ahora mirar.*

Paciente: *¿Para qué, por qué hacerlo? Cuando me muera todo habrá acabado....*

Terapeuta: *Una vez que te mueras el efecto, las consecuencias permanecen.*

Uso de metáforas:[17]

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

El uso de la metáfora se puede dar en dos niveles: el uso activo de la metáfora por parte del terapeuta, o activar a la paciente para que utilice metáforas en su comunicación.

Hablar con metáforas. Es una manera efectiva de recoger información y de comunicarse cuando una mujer se encuentra particularmente bloqueada para expresar los sentimientos. En algunas ocasiones comunicar con metáfora promueve un cambio, a través de toma de conciencia, a veces dramática. Por ejemplo, decirle a una mujer que expresa miedo de salirse de la relación "*usted se siente en una cárcel, atrapada ¿de qué están hechos los barrotes? ¿de miedo? aquí está una llave para abrir la puerta de la cárcel, se la entrego*". "*su vida es como un río al que se le han puesto muchos diques que no lo dejan fluir, el agua está estancada, se ha vuelto fangosa. El río puede seguir fluyendo por otros cauces diferentes, el agua tiene mucha fuerza, va a encontrar esos nuevos cauces*".

Otra manera de comunicarse con metáforas consiste en atribuir a un objeto (una silla, una muñeca) connotaciones emotivas propias de un individuo o de varias personas. Por ejemplo, *una silla puede personificar a una persona y pedirle a la mujer que le hable a esa persona y le exprese sus sentimientos con toda intensidad. O a una madre preocupada por la violencia de la que están siendo testigos sus hijos, se le puede dar una muñeca para que le comunique sus angustias y que imagine lo que la muñeca le respondería.*

El uso de metáforas por la paciente. Cuando una persona genera una metáfora expresa su realidad interna, en forma significativa y relevante para ella misma, los cambios que se den en la metáfora, se darán simultáneamente en un nivel inconsciente, profundo de esa realidad interna y por tanto determinarán cambios en los afectos y en las conductas de la persona. Se puede utilizar de la siguiente manera: Se le pide a la mujer que cierre los ojos, que se relaje (se sugiere introducir alguna técnica de relajación), se le pide que tenga un sueño o fantasía en el que se vea ella misma representada simbólicamente, que deje que surja el primer símbolo que llegue a su mente que represente su vida en este momento. En una segunda fase, se le pide que transforme ese símbolo, como a ella le gustaría que estuviera, que permita en su imaginación que ese símbolo cambie. Como tercera fase se le pide que abra los ojos y que verbalice las imágenes que fueron evocadas, lo que surge es un panorama vivo y dinámico de imágenes simples y elocuentes no censuradas por la lógica. Para terminar se le dice que esa imagen va a seguir trabajando dentro de ella más allá de la sesión. (*Una mujer se representaba como una flor marchita y sedienta, el segundo momento consistió en transformarse en un jardín lleno de flores brillantes.*)

Asignación de tareas [18]

La realización de tareas fuera de la sesión constituye una manera de experimentar cambios por la persona, no basta comprender el problema hay que ensayar formas diferentes de comportarse. No es suficiente explicar el problema a una mujer, ni siquiera que ella misma logre explicárselo; lo más importante es que pueda hacer cosas diferentes.

La tarea es una modalidad técnica dirigida a

promover el cambio en forma gradual, las "tareas a domicilio" son una modalidad dirigida a amplificar el proceso, de tal forma que la mujer se vea cada vez más capaz de funcionar en forma autónoma. En muchos casos no es importante la correcta ejecución de la tarea, sino la posibilidad de ensayar escenarios diferentes. La tarea se asigna sobre el trabajo realizado en la sesión, sobre los datos recogidos y utilizando los contenidos que aporta la mujer.

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

Técnicas reflexivo vivencial:[19]

Son técnicas que se basan en la unidad de lo cognitivo y lo afectivo, formadoras de sentidos psicológicos a través de la elaboración de contenidos pasados, vivencias sobre sí y los diferentes momentos de vida, mueven al conocimiento de sí mismo, de nuevas representaciones sobre su vida emocional propiciando una reorganización interna de las mismas; permiten, mediante un proceso cognitivo con alta implicación emocional, la comprensión de las contradicciones y exploración de las contingencias de la autorregulación, no solo en el presente, sino en la historia vital. Ayudan a estabilizar las autoafirmaciones, sobre la base de la historia de vida personal.

Utilizadas para que el sujeto pueda generar un proceso de introspección sobre cierto aspecto de su vida, tome conciencia e inicie un proceso de transformación frente a él.

Las características de las técnicas referidas al individuo hacen que estas puedan ser movilizantes, pues hacen aflorar sentimientos no controlados, o guardados de manera inconsciente por quienes los experimentan, detonado procesos catárticos. Esta característica hace a este tipo de técnicas un espacio poco recomendable para coordinadores que no tienen formación en comportamiento humano y salud mental.

- **Recordar es vivir**

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

- **Caminata del recuerdo**

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

- **Costumbres orales**

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

- **Narraciones de vida**

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

Técnica de desactivación fisiológica:[20-21]

Ejercicios de respiración.

Procedimiento:

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

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

1. Siéntate con la espalda derecha.

2. Relaja los hombros y los brazos.

3. Pon las manos en la zona del ombligo.

4. Concentra tu atención en esa zona.

5. Inspira profundamente expandiendo el vientre tanto como puedas.

6. Espira el aire contando mentalmente hasta diez, contrayendo músculos abdominales. (También puedes ejercer presión con las manos sobre la barriga. Recuerda que las manos deberían subir al inspirar y bajar al espirar).

7. Sigue respirando de esta manera durante unos cuantos minutos.

Insistimos, durante la ejecución en la correcta realización del ejercicio, verificamos, corregimos los detalles y al final le pedimos que narren su experiencia. Puede extenderse de forma demostrativa de 15 a 20 minutos.

Ejercicios de autorrelajación de Schultz. Parte I (variante abreviada de Levedinski-Bore).

Procedimientos:

- Se les explica a la paciente en qué consisten los ejercicios de relajación enfatizando en el papel del entrenamiento para lograrlo y su utilidad para controlar la ansiedad.

- Se ofrecen las instrucciones generales para la realización de la técnica:

Dos presupuestos básicos deben exponerse del EA (Entrenamiento autógeno):

1 .El terapeuta mismo debe dominar la técnica personalmente.

2 .El paciente debe recibir la enseñanza de forma directa y práctica por parte de su terapeuta

Se trata de la creación de reflejos cortico viscerales a través del primer sistema de señales. Para ello se utilizan inicialmente funciones dependientes del control voluntario, como el peso y la respiración.

- La posición. El EA, lleva un lugar tranquilo, en la penumbra, y con temperatura agradable, puede adoptarse en decúbito supino con protección de la nuca, o bien sentado en la posición llamada del cochero, que implica la menor tensión muscular. - Fases sucesivas. La primera fase es la relajación muscular que se produce por la vivencia del "peso" primero del brazo derecho - o del lado dominante - y luego de los dos brazos, extremidades y resto del cuerpo. El dominio de cada fase puede requerir varias semanas y al menos dos ejercicios diarios, y no debe pasarse a la siguiente hasta que la anterior sea eficaz. Las fases siguientes en el nivel inferior, no se aplican

en la intervención.

- La regresión. Una vez transcurridos los tres a cinco minutos que dura cada ejercicio debe realizarse la regresión. Esta consiste en tres comandos realizados enérgicamente y en la sucesión que describimos:

- Mover los brazos.

- Respirar hondo.

- Abrir los ojos.

Las pacientes quedan informadas de que la base del éxito, consiste en la repetición tenaz del E. A. cada día, hasta el dominio del mismo.

Técnica de desactivación fisiológica: Entrenamiento en autorrelajación de Schultz. Con imaginería guiada. Parte II.

Procedimientos:

- Se le explica a la paciente en qué consisten los ejercicios de relajación enfatizando en el papel del entrenamiento para lograrlo y su utilidad para controlar la ansiedad.

- Se ofrecen las instrucciones generales para la realización de la técnica del Entrenamiento Autógeno más imaginería guiada:

- Adoptando la postura ya aprendida, se les indica que irán imaginando todo lo que el terapeuta va relatando en voz suave y baja.

Técnica de relajación: “Tocar el cielo con la mano”. Música suave, sentadas con los ojos cerrados, se controla la respiración, luego el terapeuta las va guiando, insistimos en la necesidad de imaginar, ver todo cuanto relata el terapeuta, en voz baja, suave, lenta pero firme comenzamos: “ Acostadas debajo de un árbol, cómodas, relajadas, tranquilas, seguras, alegres, sentir los olores alrededor, siente que flotas cerca del suelo, sientes el olor fresco del pasto, la frescura en tu piel, te sientes bien segura, sigues flotando, poco a poco ascendiendo, asciendes cada vez más, lento….., hasta llegar a las nubes, sigues flotando, suavemente, estas en el cielo, irradia la luz de tu cuerpo, todo es bello, eres una con el universo. Tienes la sensación de tranquilidad, de paz, plenitud y confianza, debajo de ti todo es verde, las copas de los árboles, la hierba, te sientes feliz, calmada, relajada, fuerte y vital, tus fuerzas se renuevan, absorbes la energía universal. Luego, lentamente, poco a poco, comienzas a descender suavemente, tranquila, segura, desciendes poco a poco, siempre flotando, llevado por una suave brisa, hasta llegar al suelo, sientes la firmeza de la tierra bajo tu cuerpo, la seguridad, la fuerza de la tierra, bajando…, de nuevo debajo del árbol rodeada de flores de todos los colores, hierba fresca, olor a vida y plenitud”.

Al finalizar se les pide relatar la sensación y reflexionar sobre la posibilidad de mejorar los autocuidados que le confieran sensación de bienestar y tranquilidad.

CONSIDERACIONES FINALES

La recuperación psicológica de la mujer víctima de violencia de género es fundamental para que ella se sienta persona y mujer, con derechos y valores que deben ser protegidos. Solo así podrá comenzar una vida digna, autónoma y en libertad. Al mismo tiempo, su recuperación es inestimable para mejorar la salud de la familia. En un contexto pacífico y con recursos adecuados los miembros de la familia se recuperarán del trauma.

Es fundamental trabajar desde la perspectiva de Género puesto que la instauración del proceso de violencia se debe a los roles sociales sexistas y estereotipados (cultura patriarcal) que tienen mujeres y hombres. Estas creencias irracionales proporcionan al hombre maltratador la justificación para ejercer dominación, control y sometimiento sobre la mujer.

Tres tipos de modalidades de ayuda: Primera Ayuda Psicológica, la Consejería y la Intervención psicológica fueron abordadas en este folleto tomando como punto de partida las investigaciones realizadas (1) en los agentes comunitarios, en las educadoras para la salud, en los consejeros y en los profesionales de la salud mental, las cuales arrojaron necesidades de aprendizaje acerca de “Cómo hacer” y “Qué Hacer” ante una mujer que necesite:

1. Superar la situación de crisis.
2. Construir alternativas de seguridad y ayuda que permitan a la mujer tomar decisiones para poner fin a la situación de violencia.
3. Modificar componentes cognitivos, afectivos, motivacionales y

comportamentales en función de promover el bienestar psicológico y reducir la escalada el daño derivado de la violencia de género.

En cada una de las modalidades se exponen las metas, los propósitos, las fases o etapas, los pasos y los procesos. Se exponen también el algoritmo, algunas características, manifestaciones, recomendaciones y errores que deben ser evitados por el que realiza la ayuda. Además, las señales de alerta, las recomendaciones, las líneas interventivas y las pautas de intervención que pueden ser de utilidad para los profesionales, tanto para la acogida como para la atención a la mujer maltratada .

Fueron seleccionadas técnicas o combinaciones de técnicas en función de las metas y objetivos perseguidos, en correspondencia con el tipo de modalidad de ayuda, de las condiciones del contexto en que ocurre, de la capacidad técnica con que cuenta el que presta la ayuda y las necesidades de la demandante de la ayuda.

Las interacciones de estas técnicas resultan altamente beneficiosas para superar los sucesos vitales de violencia de género, que tienen grandes repercusiones en las esferas cognitiva-afectivo-motivacional y comportamental.

La motivación principal de las autoras en la elaboración de este material fue la de ofrecer procedimientos útiles, factibles, pertinentes, eficientes y eficaces dirigidos a todas las personas sensibilizadas con la meta de mejorar el bienestar subjetivo, reducir la cronificación y la escalada del daño, elevando los años de vida vividos con salud de aquellas mujeres en situación de violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Angulo L. Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral [Tesis Doctoral]. Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas; 2014.

2. López Angulo L. Guía metodológica para la asistencia a mujeres víctimas de violencia. Medisur [revista en Internet]. 2009 [cited 25 Abr 2018] ; 7 (5): [aprox. 8p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/805/5483.

3. Mar Rodríguez G, Pérez Alonso E. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia la mujer. Comunidad de Madrid: Dirección General de SP; 2008.

4. Alonso Hernández C, Cacho Sáez R, González Ramos I, Herrera Álvarez E, Ramírez García J. Guía de buen trato y prevención de la violencia de género. Protocolo de actuación en el ámbito educativo [Internet]. España: Junta de Andalucía, Consejería de Educación. Dirección General de Participación y Equidad; 2017. [cited 11 Jun 2018] Available from: http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/abaco-portlet/content/f2243473-a7e7-417a-b9ca-ab73b70248fa.

5. Híjar M, Valdez-Santiago R. Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores [Internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2008. [cited 11 Jun 2018] Available from: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamvlv/insp01.pdf.

6. Guía para la atención a mujeres víctimas de violencia de género [Internet]. Islas Canarias: Instituto Canario de la Mujer; 2011. [cited 11 Jun 2018] Available from: http://www.gobiernodecanarias.org/cmsgobcan/export/sites/icigualdad/_galerias/ici_documentos/documentacion/Violencia/GuiaAtencionViolencia11.pdf.

7. Intervención profesional en mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito de la educación [Internet]. Andalucía: Dirección General de Violencia de Género. Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía; 2009. [cited 11 Jun 2018] Available from: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/MODULO_2_Intervencion_profesional_con_mujeres_victimas_de_violencia_de_genero_en_el_AMBITO_EDUCATIVO.pdf.

8. Lafuente Bolufer E. Intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género: Taller “creciendo juntas” [Tesis]. Madrid: Universidad Jaume I de Castellón; 2015. [cited 11 Jun 2018] Available from: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/161071/TFM_Lafuente Bolufer_Eugenia.pdf?sequence=1.

9. Manual de apoyo y protección a la mujer

maltratada. Sonrisas por descubrir 2008 [Internet]. Murcia: Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Instituto de la Mujer de la Región de Murcia; 2008. [cited 11 Jun 2018] Available from: https://igualdadyviolenciadegenero.carm.es/publicaciones-y-guias/-/asset_publisher/YKkuX1aqqfDs/content/manual-de-apoyo-y-proteccion-de-la-mujer-maltratada-sonrisas-por-descubrir-2008/maximized.

10. Alonso Hernández C, Cacho Sáez R, González Ramos I, Herrera Álvarez E, Ramírez García J. Guía de buen trato y prevención de la violencia de género. Protocolo de actuación en el ámbito educativo [Internet]. Andalucia: Junta de Andalucía. Consejería de Educación, Dirección General de Participación y Equidad; 2017. [cited 11 Jun 2018] Available from: http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/abaco-portlet/content/f2243473-a7e7-417a-b9ca-ab73b70248fa.

11. Guía de intervención integral contra la violencia de género [Internet]. Castilla-La Mancha: Instituto de la Mujer, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha; 2008. [cited 11 Jun 2018] Available from: http://www.fundacionmujeres.es/img/Document/15198/documento.pdf.

12. Ochoa R, Sánchez J, Villalón M. Manual para Médicos de Familia sobre ITS/VIH/SIDA. La Habana: MINSAP; 2003.

13. Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos [Internet]. 3ra. ed. Castilla: Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública y Participación; 2008. [cited 11 Jun 2018] Available from: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/protocolo_actuacion_sanitaria_Castilla_La_Mancha.pdf.

14. Álvarez Álvarez A. Guía para mujeres maltratadas [Internet]. 8va. ed. Castilla: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha; 2002. [cited 11 Jun 2018] Available from: http://www.aulaviolenciadegeneroenlocal.es/consejosescolares/archivos/Guia_para_mujeres_maltratadas.pdf.

15. Paz Rodríguez JI, Martínez Perza R, Marrero Gómez JL, Alconada de los Santos M, Gila Ordónez MP. Manuales para el abordaje profesional integral de la violencia contra las mujeres [Internet]. Andalucía: Asociación Internacional de Juristas. Agencia Andaluza de Cooperación para el Desarrollo. Consejería de Administración Local y Relaciones Institucionales; 2010. [cited 11 Jun 2018] Available from: http://www.interiuris.es/.

16. Intervención profesional en mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito de la educación [Internet]. Andalucía: Dirección General de Violencia de Género. Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía; 2009. [cited 11 Jun 2018] Available from: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/MODULO_2_Intervencion_profesional_con_mujeres_victimas_de_violencia_de_genero_en_el_AMBITO_EDUCATIVO.pdf.

17. Freemann A, Reinecke MA. Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, SA; 1995.

18. Díaz Marroquín N. Modelo de atención psicológica a mujeres que viven violencia [Internet]. México, DF: Instituto Nacional de las Mujeres. Centro de Documentación; 2007. [cited 11 Jun 2018] Available from: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/TAB/tab07.pdf.

19. Vargas L. Técnicas participativas para la educación popular. San José, CR: ALFORJA; 1999.

20. 8 Técnicas sencillas para controlar las emociones. Rev Electr Harmonía [revista en Internet]. 2017 [cited 25 May 2018] ; 2 (5): [aprox. 7p]. Available from: https://www.harmonia.la/mente/8_sencillas_tecnicas_para_controlar_las_emociones1/.

21. Carvajal Zúñiga A. Eficacia de un programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja con estrés postraumático resultados de un estudio piloto [Tesis]. Bogotá: Universidad Católica de Colombia. Facultad de Psicología; 2015.