

CURSO ATENCIÓN PSICOLÓGICA E INTERVENCIÓN EN VIOLENCIA DE XÉNERO

Santiago 7/03/2020

Mariángeles Álvarez García
GZ01978

mariangelesalvarez.com
@maralvarg ma.alvarez@cop.es

OBXECTIVOS:

- Obter coñecementos para avaliar e levar a cabo intervención psicolóxica con vítimas de violencia de xénero.
- Analizar e identificar as características e tipos de violencia de xénero.
- Explorar cales son os aspectos previos que deberíamos contemplar nunha vítima de violencia de xénero para non realizar intervencións indiferenciadas.
- Explorar os conflitos e consecuencias para a saúde da muller.
- Detectar, analizar e afondar nos procesos e vínculos onde se dá a violencia.
- Indagar nas orientacións para a intervención e o traballo terapéutico.
- Modelos para a elaboración de informes psicolóxicos.
- Formación especializada orientada a Psicolóxicos e Psicolóxicas que traballen en Centros de Información á Muller e en violencia de xénero.

METODOLOXÍA:

Teórico e práctico.

DOCENTE:

MARIÁNGELES ÁLVAREZ GARCÍA, GZ01978
Licenciada en Filosofía e Letras, Sección Psicoloxía na 1989 pola Universidad Pontificia de Comillas (ICAICA) de Madrid. Psicóloga sanitaria e psicoterapeuta. Directora de Uztaria Centro de Psicoloxía. Atención psicolóxica en programas da Diputación Foral de Gipuzkoa, no marco de conxuntos co Colexio Oficial de la Psicología de Gipuzkoa: vítimas de violencia machista, inserción social e Garatu, atención psicolóxica de protección infantil e atención a homes que exercen malos tratos, SVGT.
Desde 1989 avoca como psicóloga e psicoterapeuta en institucións e exercicio privado. Abordaxe terapéutica, avaliación e tratamento de mulleres vítimas de violencia machista: fillos e fillas, mulleres inmigrantes e homes que exercen violencia machista. Avaliación, intervención e terapia. Periciais xudiciais.



Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Españeira, 10-Baixo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534 049 / Fax: 981 534 983
coppgalicia@copgalicia.gal
www.coppgalicia.gal

CURSO ATENCIÓN PSICOLÓGICA E INTERVENCIÓN EN VIOLENCIA DE XÉNERO

Docente:
Mariángeles Álvarez García, GZ01978

Organiza:
Grupo de Trabajo de
Psicólogos e Psicolóxicas dos CIM
Sección de Psicoloxía da Intervención Social
do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia

Coordinación:
M^o Consello Cajide Latandeira, G-3594
José Manuel Valdivia Moreno, G-1940

- **DURACIÓN:**
8 horas.
- **DATA:**
Sábado, 7 de marzo de 2020.
- **LUGAR:**
Salón de actos do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia.
- **Nº DE PRAZAS:**
40.
- **HORARIO:**
De 10:00 a 14:00 e de 15:30 a 19:30 horas.
- **PREZOS:**
Psicólogos/as Colexiados/as: 50,00 €
Psicólogos/as Colexiados/as Demandantes de emprego e estudantes de 4º de Grao de Psicoloxía e Máster en Psicoloxía: 25,00 €
Psicólogos/as non Colexiados/as: 100,00 €

*Neste curso podes optar ás prazas gratuítas para Colexiados e Colexiadas desempregadas. Bases no seguinte enlace: https://coppgalicia.gal/system/files/PDFs/xerais/axudas_formation_para_colexiados_e_colexiadas.pdf

- **INSCRICIÓN:**
Directamente na sede do Colexio ou ben remitindo copia do boletín de inscrición xunto co xustificante de ter realizado transferencia bancaria a nome do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia, conta corrente IBAN nº ES64 2080 0316 2330 4000 8164 de Abanca.
Na admisión respectarase rigorosamente a orde de entrada, para o que se terá en conta tanto a data de rexistro de entrada das solicitudes enviadas por correo ordinario, fax, correo electrónico ou entregadas persoalmente na sede do Colexio no momento de recibilas, como a data de certificación de Correos no momento de enviálas cando se empregue ese medio.
O curso terá un mínimo de asistentes, tendo preferencia as psicólogas e psicólogos Colexiados, podendo suspendelo o Colexio no caso de non obter un número de suficientes inscricións.
Ao día seguinte de rematar o prazo de inscrición comunicase por e-mail a admisión ou non admisión.
Ao finalizar a actividade entregarase o correspondente certificado de asistencia, para o que será necesario ter asistido ao 80% das sesións.

Non se poderá anular a inscrición nin se devolverá o importe da matrícula fóra do prazo sinalado para a inscrición.
Deberase estar ao corrente no pago das cotas Colexiais: Para as tarifas de demandante de emprego, axuntarase Informe de situación administrativa actual ou informe demandante de emprego, asinado pola persoa responsable da oficina do Servizo Público de Emprego de Galicia con data actual e a tarxeta de demandante de emprego. Os e as estudantes de 4º de Grao de Psicoloxía ou Máster en Psicoloxía terán que presentar copia da matrícula. As psicólogas e psicólogos non Colexiados deberán presentar o título de Licenciatura ou Grao en Psicoloxía.
Último día de inscrición: **26 de febreiro de 2020.**

PROGRAMA:

- De 10:00 a 10:30 horas.**
Marco conceptual de valores desde os que realizamos a intervención. Principios básicos da intervención: perspectiva de xénero.
- De 10:30 a 11:00 horas.**
Características específicas da abordaxe: caso clínico.
- De 11:00 a 11:30 horas.**
Consecuencias da violencia machista para a saúde da muller.
- De 11:30 a 12:30 horas.**
Procesos que se dan en vínculos onde se exerce a violencia machista.
- De 12:30 a 13:00 horas.**
Avaliación de tipos de violencia e gravidade. Fases da violencia. Desregulación emocional.
- De 13:00 a 13:30 horas.**
A entrevista, avaliación e orientación.
- De 15:30 a 16:30 horas.**
Intervención coas consecuencias do maltrato machista.
- De 16:30 a 17:30 horas.**
Traballo terapéutico, obxectivos e tratamento. Intervención grupal.
- De 17:30 a 19:00 horas.**
Ferramentas. Modelo de Informe. Revisión de casos.
- De 19:00 a 19:30 horas.**
A formación dos equipos profesionais. Autocoidados. Trauma vicario. Retraumatización.

¿Cómo ha explicado la psicología y la psiquiatría las dolencias que presentan las mujeres maltratadas? La comprensión de este fenómeno se ha ido modificando con el paso del tiempo

1952 DSM Criterios diagnósticos consensuados por las diferentes escuelas

Hasta 1980 Gran influencia de las teorías psicoanalíticas tradicionales

1991 DSM III R Personalidad autodestructiva

1998 La violencia de género fuera reconocida como tal en el año 1998 tanto por la ONU como por la OMS, todo ello incidió en la redacción del DSM IV R del (2000), el criterio de personalidad autodestructiva, desapareció como criterio diagnóstico.

VIOLENCIA DE GÉNERO

“La violencia contra las mujeres designa todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que causa o es susceptible de causar a las mujeres un daño o sufrimiento físico, sexual o psíquico, e incluye las amenazas de tales actos, la coacción y la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada“

Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. ONU 1993

MARCO CONCEPTUAL

Principios básicos de la intervención:

Perspectiva de género

- Concepto de violencia de género
- Contexto sociocultural de desigualdad, diferente socialización. Identidad Masculina y femenina
- **Invisibilización y naturalización** de VG. Mitos incluso desde los y las profesionales. La violencia simbólica

CONCEPTUALIZAR la violencia de género ha permitido **VISIBILIZAR** una realidad que estaba negada. (de lo obvio, a lo simbólico) Aspectos claves y centrales

IDENTIDADES DE GÉNERO

IDENTIDAD FEMENINA		IDENTIDAD MASCULINA
Dócil, dulce, cariñosa, recatada, obediente, guapa	ESTEREOTIPO	Impetuoso, valiente, seguro, activo, dominante, duro
Esposa, madre, cuidadora, trabajo reproductivo. Cuidar, complacer, gestionar los afectos	ROL	Proveer bienes materiales, la economía, el trabaja productivo. Proteger, autoridad
Privado	ESPACIO	Público
Vivir para otros, resignación, dependencia, dar-entrega, estar disponibles, el amor como eje fundamental	AMOR	Independencia, posesividad, recibir, exigencia, conquista, el amor no es el eje central
Negada, no nos pertenece	CUERPO Y SEXUALIDAD	Potenciada, con derecho sobre el cuerpo de la mujer
El valor en la resignación, en la entrega y en la afectividad.	CREENCIAS Y VALORES	El valor en la fuerza, la autoridad y dominación, la agresividad, la racionalidad
Aquello que una mujer debe hacer o sentir, y por ello se definen las prohibiciones de género, lo que no está bien: sentir ternura, no sentir deseo sexual, callar, obedecer, no tomar decisiones sin consultar, etc	MANDATOS DE GÉNERO	Aquello que debe y no debe hacer o sentir un hombre, por ejemplo, no puede sentir ternura, impotencia, no debe llorar o mostrar debilidad, debe ser fuerte, etc.

Pirámide de la violencia

Mujeres Asesinadas

14 en 2020 (1 denuncia)

1.047 desde 2003

Inmaculada Romero 2015



Rueda Poder y Control. Modelo Duluth. Es el resultado de entrevistas realizadas a supervivientes de violencia en el ámbito de la pareja y a los agresores.

RUEDA DE LAS TACTICAS DE PODER Y CONTROL QUE LOS HOMBRES USAN CONTRA LAS MUJERES EN LAS RELACIONES DE PAREJA



Rueda alternativa: Equidad y Paridad





Modelo
integrativo
para
entender el
desarrollo de
la violencia
y
Modelo de
las
competencias
saludables e
igualitarias



MODELO INTERACTIVO DE LA VIOLENCIA

MACROSISTEMA

Romero 2007

Estructuras verticales

Familia Patriarcal

Poder-Obediencia

Roles

Esteretipos

EXOSISTEMA

Servicios sociales

Escuelas

MICROSISTEMA

Familia

RELACIONAL

CONDUCTUAL

INDIVIDUAL

PSICODINÁMICO

COGNITIVO

Justicia
Legislación

Instituciones Religiosas (¿alma?)

Medios de comunicación
Socialización

Asimetría de roles

Creencias

TEORÍAS IMPLÍCITAS DE LOS Y LAS TERAPEUTAS

Recursos que debemos desarrollar para ayudar a las mujeres que están atrapadas en un vínculo traumático

- Las y los terapeutas debemos ser capaces de revisar los modelos teóricos a partir de los cuales interpretar la violencia de género y el maltrato. Las escuelas en las que hemos sido formadas condicionan nuestra forma de entender la realidad y la manera en la que nos acercamos a ella. Nuestras teorías explícitas e implícitas condicionan la co-construcción que paciente y terapeuta realizan sobre la historia y subjetividad del paciente.
- El conocimiento de los y las terapeutas está siempre **situado en un espacio y un tiempo concreto y en una sociedad y cultura determinada**. Adán (2006) planteó que es imposible tener una teoría del conocimiento que no tenga en cuenta el contexto social y cultural del sujeto cognoscente. El conocimiento y las prácticas científicas están siempre “situados”. ***Foucault. (1994) afirma que el conocimiento explica y construye la realidad, haciéndose difícil tomar distancia de las teorías con las que conocemos el mundo, pues ellas pasan a formar parte de la propia realidad, la construyen.***

TEORÍAS IMPLÍCITAS DE LOS Y LAS TERAPEUTAS

Recursos que debemos desarrollar para ayudar a las mujeres que están atrapadas en un vínculo traumático

- Las y los terapeutas debemos **desarrollar una capacidad crítica hacia los paradigmas con los que tradicionalmente se ha explicado el maltrato y la sumisión**, los modelos tradicionales no han tenido en cuenta la importancia que el contexto, las relaciones, el poder y la violencia de género, tienen en la construcción de la mente y en su desarrollo.
- Ciertos saberes tradicionales se han apoyado en una serie de mitos que hemos aceptado como “verdades. Estos mitos han ocultado la violencia de género, el contexto en el que se genera y los procedimientos a partir de los cuales se ejerce.
 1. **Mito de la Mente Aislada**
 2. **Mito del Masoquismo Femenino**
 3. **Mito del Sadismo**
 4. **Mito del Amor Romántico** (Anexos)

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL ABORDAJE

Caso clínico

SIMONE

Relato de las tres primeras sesiones

Entrega del informe de valoración

(Después iremos a la entrevista pg. 49)

INICIO DEL PROCESO

La violencia machista, ejercida en el 95% de los casos contra la mujer, es un problema que en la actualidad causa una importante alarma social, tanto por las cifras de prevalencia, como por la gravedad de sus efectos sobre las víctimas.

- ✓ Es **fácil** identificar la presencia de consecuencias **físicas**, desde lesiones a trastornos funcionales
- ✓ Es más **difícil** de detectar, los problemas **psicológicos** que son más graves.
 - 63% de estas mujeres desarrollan un Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
 - 50% problemas de depresión
 - Muy frecuentes otros problemas psicológicos como los diferentes trastornos de ansiedad, disfunciones sexuales, insomnio, baja autoestima y, en general, un elevado nivel de desorganización y desadaptación en todas las parcelas de su vida.

ESTABLECER UN ENTORNO SEGURO Y TRANQUILO

Cuando una mujer acude a pedir ayuda, suele ser tras un período largo de sufrimiento como víctima

El primer objetivo de la psicóloga o psicólogo será atender a una mujer que tiene una larga historia de sufrimiento que afecta a los aspectos más íntimos de su vida: su relación de pareja, su familia, su hogar.

Por eso debe tenerse en cuenta que, en muchos casos, la evaluación psicológica, o al menos su inicio, debe revestir más bien un formato de **ACOGIDA, APOYO Y ACEPTACIÓN** profesional y personal de quien acude pidiendo ayuda.

Se debe, en consecuencia, hacer hincapié de inmediato **en establecer un entorno de seguridad y tranquilidad.**

Ha de **hacerse explícito** que, en ese momento con él psicoterapeuta, está en una **situación de seguridad**, que **no está sola**, que el objetivo básico es **ayudarle a superar los problemas que ahora le parecen insuperables** y donde se va a **aceptar lo que diga, al ritmo que ella lo desee, que tiene razón en sus quejas y en su malestar, y que en absoluto es “culpable” de su problema y su sufrimiento.**

La propuesta de evaluación que se presenta a continuación es una propuesta de evaluación diagnóstica, cuyo objetivo es:

1. Desarrollar un programa de intervención psicológica para **AYUDAR A LA VÍCTIMA**, no una evaluación forense o pericial.
2. El proceso de evaluación ha de ser **BREVE**. Que permita una intervención adecuada y rápida.
3. Debe permitir detectar si hay algún **RIESGO** importante para la víctima (agresión, suicidio...), o hijos/as.
4. Pero también ha de ser lo suficientemente precisa y específica para **DETECTAR** los principales problemas y orientar una acción terapéutica rápida y eficaz.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA MACHISTA PARA LA SALUD DE LA MUJER

La situación de violencia contra la pareja o ex pareja mantiene una estrecha relación con los condicionantes socio-culturales, tanto en su origen, como en su manifestación y consideración (*Lorente-Acosta, Lorente-Acosta y Martínez-Vilda, 2000*).

Las primeras reacciones de la mujer víctima de violencia ejercida en el seno de una relación íntima se caracterizan por el sentimiento de humillación, vergüenza y preocupación; además de la percepción de pérdida de control, confusión, sentimientos de culpa y miedo vinculados al paso del tiempo. (*Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 2007*).

Las mujeres que han sufrido violencia de género, por tanto, padecen una multitud de problemas físicos, psicológicos, neurológicos y cognitivos (*Campbell y Lewandowski, 1997; Valera y Berenbaum, 2003*).

SÍNDROME DE AGRESIÓN A LA MUJER SAM (LORENTE, 1998)

"Agresiones sufridas por la mujer como consecuencia de los condicionantes socioculturales que actúan sobre el género masculino y femenino, situándola en una posición de subordinación al hombre, y manifestadas en los tres ámbitos básicos de relación de la persona:

- Maltrato en la relación de pareja,
- Agresión sexual en la vida en sociedad
- Acoso en el medio laboral"

SÍNDROME DE MALTRATO A LA MUJER SMM (LORENTE, 1998)

"Conjunto de lesiones físicas y psíquicas resultantes de las agresiones repetidas llevadas a cabo por **el hombre** (o DESDE MODELOS RELACIONALES DEL GÉNERO MASCULINO)

sobre **su cónyuge**, o mujer a la que estuviese o haya estado unido por análogas relaciones de afectividad"
(PAREJA O EX PAREJA)

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA MACHISTA PARA LA SALUD DE LA MUJER

A nivel cognitivo, existen pocos trabajos que hayan estudiado como el maltrato puede afectar al cerebro, aunque algunos trabajos apuntan a esta posibilidad. Dicha afectación se podría producir a través de tres vías:

- 1. Daño directo como consecuencia de golpes en la cabeza**
- 2. Daño indirecto a través de las alteraciones cerebrales que producen las secuelas psicológicas, especialmente, el estrés postraumático**
- 3. Daño indirecto a través del efecto que el cortisol, segregado en situaciones de estrés crónico, produce en el cerebro.**

Todas estas formas de afectación del SNC pueden ocasionar alteraciones neuropsicológicas, como está ampliamente documentado en otras afectaciones cerebrales.

PROCESOS QUE SE DAN EN LAS RELACIONES DE PAREJA EN LAS QUE SE EJERCE VIOLENCIA DE GÉNERO

Efectos que provoca en la víctima

El tipo de apego que hayamos establecido con nuestras figuras significativas (*seguro, evitativo, ambivalente o desorganizado*) condicionan la forma en la que se construye nuestra mente y en la que vemos al mundo a nosotras mismas y a los demás.

Los estudios actuales en neurociencia evidencian que existe plasticidad cerebral. Nuestro cerebro se encuentra en un estado de evaluación y reconstrucción constante. Se ha constatado que las relaciones de apego que se mantienen con la pareja también construyen y modifican la mente.

Para que las interacciones con las figuras de apego sean saludables y posibiliten la integración del yo, es necesario que se produzca una **COMUNICACIÓN SINTÓNICA ENTRE LAS DOS MENTES.**

La sintonía se consigue cuando las necesidades, motivaciones, intenciones, deseos y estados de mente de cada miembro de la pareja son leídos y tenidos en cuenta por el otro, en este estado, una mente reconoce, da significado y valida a la otra facilitando su construcción y mantenimiento.

RELACIÓN ENTRE DOMINIO Y SUMISIÓN

Las conductas de sumisión que despliegan las mujeres maltratadas no se pueden comprender si no tenemos en cuenta **el poder, quien lo ejerce, cómo lo hace, que normas y contexto crea**. Para que alguien se **somete** tiene que haber otro u otros que se **impongan**. Estudiar a la mente desde la perspectiva individual, NO ha permitido comprender cómo la sumisión se genera en un entorno abusivo y como es la conducta desplegada por los que carecen de poder en la situación en la que se encuentran. **Indefensión aprendida.**
<https://www.youtube.com/watch?v=OtB6RTJVqPM>

Las mujeres que viven en condiciones de maltrato no están encerradas en una prisión como los alumnos de Zimbardo o los perros de Seligman. La prisión en la que estas mujeres viven es invisible, pero no por ello menos real. Las cadenas que las atrapan se van conformando a lo largo del tiempo, los eslabones de estas cadenas invisibles son:

- **la organización social en la que nace**
- **el lugar asignado en la organización social**
- **la maternidad como destino obligado**
- **la educación recibida**
- **los roles y estereotipos de género**
- **los ideales femeninos**
- **los mitos de la femineidad**
- **la violencia implícita y explícita ejercida por su pareja, etc.**

PAREJA, PODER, MALTRATO Y MENTE (1)

La relación de pareja incide en el desarrollo de la mente. Los vínculos traumáticos generan daños en subjetividad de las personas que los sufren. El peso tan determinante que se ha dado a los primeros años de vida no ha dejado ver la importancia que las relaciones de pareja tienen en la salud, en la regulación emocional y en la mente.

El sistema motivacional del apego permanece activo a lo largo de toda la vida. En las relaciones de pareja se crea un nuevo vínculo de apego, **APEGO COMPLEJO**, (*Fisher y Crandell, 2001*) Se caracteriza por la interacción entre los estilos de apego de los miembros de la pareja.

Las investigaciones sobre apego adulto evidencian que las relaciones emocionales que mantengamos con la pareja afectan a los esquemas operativos internos, a la memoria y a la regulación emocional.

PAREJA, PODER, MALTRATO Y MENTE (2)

Toda relación de pareja es un sistema relacional bidireccional de influencia mutua, aunque no necesariamente simétrica. Con reglas implícitas y explícitas. Quien detenta el poder dentro de la relación define las normas que mantiene el sistema.

La construcción de un vínculo traumático es un proceso insidioso que se va produciendo en el momento a momento de la comunicación, a través de micro traumas que tienen un efecto acumulativo sin que en muchas ocasiones las personas participes sean conscientes de ello.

Se va construyendo un sistema en que de forma imperceptible las necesidades y deseos de la mujer pasan a un segundo plano y su identidad se va quebrando y el hombre se va situando en un lugar preponderante.

PAREJA, PODER, MALTRATO Y MENTE ⁽³⁾

En la comunicación explícita el maltratador deforma el lenguaje adoptando una voz sin tonalidad afectiva que hiela inquieta y desprecia.

Pseudo-miente utilizando la insinuación, realizando silencios, sarcasmos, burlas y desprecio bajo la máscara de la ironía o de la broma con el fin de generar confusión.

Se utiliza la paradoja para desquiciar y generar dudas sobre la identidad de la víctima, se la descalifica, negándole todas sus cualidades, y señalándola todas sus insuficiencias, haciéndola sentir que no vale nada.

El dominio se establece a través de procesos que parecen comunicativos, pero que en realidad no lo son, su finalidad es: desconfirmar, confundir y despersonalizar.

Este tipo de vínculo genera traumas psíquicos. Uno de los efectos de sufrir malos tratos es que la subjetividad de la persona queda arrasada, lo que se daña y/o se destruye es la organización psíquica que la persona había construido a lo largo de la vida.

MALTRATO Y SUMISIÓN (1)

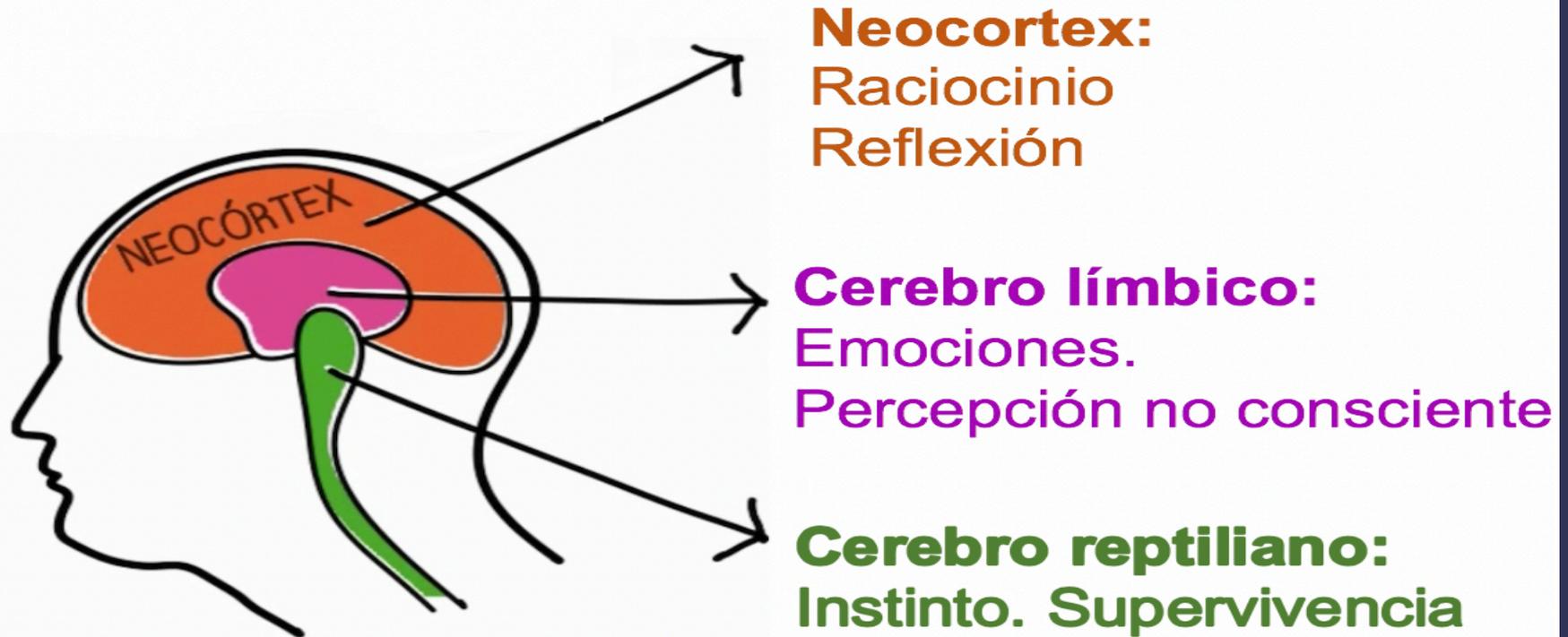
Nuestro cerebro procesa la realidad interna y externa a partir de tres centros diferenciados: sensorio motor, emocional y cognitivo.

Cada cerebro registra los estímulos provenientes de la realidad interna y externa lo que permite organizar conductas adaptativas *Mac Lean* describió el concepto de CEREBRO TRIUNO como un cerebro que incluye tres cerebros:

1. El cerebro reptiliano, constituido por el **TRONCO CEREBRAL**, procesa la información de forma automática a través de las sensaciones y regula la activación fisiológica.
2. El cerebro mamífero constituido por el **SISTEMA LÍMBICO**, regula el apego y las emociones, es menos automático.
3. El cerebro humano constituido por el **NEOCORTEJ**, procesa la información a nivel cognitivo, nos permite el autoconocimiento y el pensamiento consciente.

CEREBRO TRIUNO

Paul Mac Lean (1913-2007)



- En el Neocortex se integra la información de los tres cerebros.
- No se produce la integración, cuando por estrés emocional o trauma, la activación es excesiva,

MALTRATO Y SUMISIÓN (2)

Para que el sistema nervioso funcione de forma adecuada la información proveniente de los centros inferiores, tronco cerebral y sistema límbico, y debe ser integrada y procesada en el nivel superior, en el neocortex.

Cuando una persona sufre malos tratos esta integración no se puede realizar de forma exitosa ya que esta violencia provoca **estrés**, lo que **afecta a la activación cerebral y a la integración de la información**; en estas situaciones cada centro cerebral podría actuar de forma autónoma.

Ante la percepción de riesgo el sistema nervioso autónomo organiza las respuestas, generándose **híper o hipoactivación** lo que inhibe la integración del procesamiento de la información, y hace que **el yo actúa de forma desorganizada, desplegándose conductas que no son entendidas por la persona ni por los demás**.

MALTRATO Y SUMISIÓN (3)

Solo la presencia del maltratador les intimida, les paraliza, les llena de miedo y ansiedad, aunque en ese momento no haya agresión. Su activación fisiológica, ritmo cardiaco, respiración y sistemas defensivos innatos se activan de forma automática sin que la persona pueda controlar el proceso.

Las mujeres maltratadas pueden sentirse **desregulada a nivel fisiológico, emocional y/o cognitivo y presentar conductas incomprensibles** para los demás y para ellas mismas.

A menudo constatamos que puedan iniciar acciones como pensar en separarse o denunciar a su compañero que luego no pueden llevar a cabo, pasan de estados de hiperactivación llenas de rabia y agresividad a estados de hipoactivación en las que se sienten agotadas, sin deseos ni motivaciones.

TRES SISTEMAS DEFENSIVOS

Existen tres sistemas de defensa que pueden ser activados de forma automática e inconsciente cuando la ocasión así lo precisa. (*Pat Ogden, Kekuni Milton y Clara Pain 2009*)

1. **Defensas de movilización (ataque o fuga):** sistema que se activa en las situaciones en las que nuestra mente evalúa que es posible huir o atacar.
2. **Defensas ligadas al sistema de conexión social y apego,** en situaciones de peligro y estrés se activa el sistema del apego buscando de ese modo apoyo y regulación en aquellas figuras de las que esperamos protección. ***Este explica las conductas paradójicas en las que las mujeres maltratadas se acercan al maltratador en situaciones de riesgo.***
3. **Defensas de inmovilización (paralización, sumisión)** Cuando las defensas anteriores fallan, la persona evalúa que es imposible defenderse, cuando la figura de apego no le protege y/o la daña, entonces hacen su aparición unas defensas más primitivas, las defensas de hacerse el muerto y sumisión, en ocasiones es mejor someterse o hacerse el muerto que morir.

SISTEMA DE LA MENTE

Ventana de tolerancia (funcionamiento del S. Nervioso)		Sistemas defensivos <u>Porges</u> (2006)
Hiperactivación Predominio del simpático	↔	Activación: ataque o fuga
Zona óptima S. Nervioso regulado	↔	Sistema de conexión social y apego
Hipoactivación Predominio del Parasimpático	↔	Inmovilización (paralización, sumisión) Congelación como respuesta traumática

Ventana de Tolerancia

Hiper-arousal (sistema simpático)
Parálisis (inmovilidad con elevado tono muscular, listo para la acción)
Lucha-huída



Ventana de tolerancia
Compatible con el pensamiento

Hipo-arousal (núcleo dorsal del vago)
Embotamiento
Muerte fingida (inmovilidad con músculos flácidos)

Ogden, Minton & Pain, 2006

Un aspecto muy importante en la teoría polivagal es que también permite identificar síntomas de hipo-arousal en el TEPT y en el TEPT complejo, y no solamente síntomas de hiper-arousal, como parecería sugerir el cuadro clínico del TEPT que aparece en el DSM-IV.

Además del embotamiento, otras expresiones importantes del hipo-arousal mediadas por la activación traumática del núcleo dorsal del vago son la despersonalización y la desrealización (desapego disociativo).

Por último, a partir de evidencia proporcionada por estudios de neurociencia (Rauch et al., 1996) sabemos que la activación del sistema de defensa, incluso cuando ésta se produce solamente recordando y reviviendo memorias traumáticas, puede dificultar gravemente el funcionamiento de la corteza cerebral frontal y, por ende, de las funciones cognitivas superiores (diálogo interno y externo, mentalización o meta-cognición y significado). El EMDR podría ser concebido como una forma particularmente eficaz de restablecer dichas funciones mentales superiores

IDENTIFICACIÓN CON EL AGRESOR 1

El estrés que le genera el maltrato provoca una liberación excesiva de cortisol provoca la **desactivación de la función integradora del hipocampo**. En estas condiciones la respuesta de lucha-huida-paralización inunda el cuerpo y bloquea el funcionamiento del hipocampo y la formación de recuerdos explícitos y del saber consciente. Se trata de una respuesta al trauma.

Se producen recuerdos implícitos que no son integrados, estos irrumpen en el presente en forma de imágenes, sensaciones, memorias corporales, emocionales y/o cognitivas, lo que conlleva que la víctima no se siente dueña de su mente, de sus actos ni de su vida y que no comprende sus procesos mentales.

La mujer se derrumba y hacen su aparición las defensas de inmovilización (paralización/sumisión) su sistema nervioso se hipoactiva, su mente se ha reorganizado como víctima, para sobrevivir en un entorno abusivo y dañino.

Cuando la mujer es maltratada por su pareja de forma sistemática se genera un vínculo traumático que le atrapa en la relación.

IDENTIFICACIÓN CON EL AGRESOR 2

- El término fue introducido por Ferenczi en 1932. [Su concepción era muy diferente del uso posterior que Anna Freud (1936) hace del mismo, el cual denota cómo "personificando al agresor, asumiendo sus atributos o imitando su agresión, el menor se transforma a sí mismo de la persona amenazada en la persona que profiere la amenaza".]
- Ferenczi, halló evidencias de que las criaturas que son aterrorizadas por personas adultas que están fuera de control, **"se someterán como autómatas a la voluntad del agresor para adivinar cada uno de sus deseos y gratificarlos; completamente olvidados de sí mismos, se identifican con el agresor...** La personalidad débil y poco desarrollada reacciona al displacer súbito no con defensas, sino con una identificación guiada por la ansiedad y por introyección del agresor o persona amenazante".

IDENTIFICACIÓN CON EL AGRESOR 3

Ferenczi describe tres acciones virtualmente simultáneas que constituyen la identificación con el agresor.

- 1) Nos sometemos mentalmente al atacante.
- 2) Este sometimiento nos permite adivinar los deseos del agresor, penetrar en la mente del atacante para saber qué está pensando y sintiendo, para poder anticipar exactamente lo que el agresor va a hacer, y de esta manera saber cómo maximizar nuestra propia supervivencia.
- 3) Hacemos aquello que sentimos que nos salvará: por lo general, nos hacemos desaparecer a nosotros mismos a través de la sumisión y una complacencia calibrada con precisión, en sintonía con el agresor. Todo esto sucede en un instante.

Conocer al agresor "desde dentro" en un puesto de observación tan cercano, permite calibrar con precisión en cada momento cómo apaciguar, seducir, o bien desarmar al agresor.

IDENTIFICACIÓN CON EL AGRESOR 4

- La identificación con el agresor también **incluye sentir lo que se espera que uno sienta**, lo cual puede significar tanto sentir lo que el agresor quiere que sienta su víctima particular, o sentir lo que siente el propio agresor.
- Ferenczi (1932) observó que una criatura traumatizada puede "volverse tan sensible a los impulsos emocionales de la persona a quien teme, que siente la pasión del agresor como propia. Así, el miedo... puede volverse... adoración"
- Un fenómeno similar, donde las personas carecen de poder frente a la amenaza y complacen, no sólo con su conducta, sino también con sus emociones, es el "síndrome de Estocolmo", en el cual los prisioneros desarrollan sentimientos de simpatía, protección, atracción, incluso amor hacia sus captores.

IDENTIFICACIÓN CON EL AGRESOR 4

- Ferenczi distinguía dos mecanismos: **identificación e introyección**. Hay un tercer concepto, el de disociación, que Ferenczi enfocó como una respuesta al trauma.
- Esencialmente, la identificación con el agresor se institucionaliza como un modo general de relacionarse con la gente.
- Ferenczi (1933) también habla acerca de cómo una víctima de abusos puede volverse "una persona autómatas obediente, mecánica", perdiendo el sentido de personalidad propia y autenticidad interior.

IDENTIFICACIÓN CON EL AGRESOR 5

- La otra cara de esta moneda es que una puede, de forma refleja, situarse en la mente de cualquier persona próxima, escrutando y evaluando al resto como una posible amenaza, sintiendo que la repetición del propio trauma se encuentra a la vuelta de cada esquina y transformándose en lo que haga falta para protegerse a sí misma. Ferenczi parece que pensaba que el abandono emocional era el peor trauma.
- La identificación con el agresor es un fenómeno muy extendido cuya acción, al menos en cierta medida, no se restringe a gente que haya sufrido traumas severos. Ej Los experimentos de Milgram (1963), en los que alguien, que se hace pasar por un "investigador" autoritario, decisiones contra nuestros propios valores.
- *¿es cierto que "el ejercicio asimétrico del poder [es] intrínsecamente traumático" ?*

Indefensión aprendida

La indefensión, es un aspecto estudiado por Martin Seligman. Su teoría se basa en la idea de que **la persona se inhibe mostrando pasividad cuando las acciones para modificar las cosas no producen el fin previsto.**

“A la indefensión se llega cuando: se expone a la víctima a peligros físicos y no se le advierte o ayuda a evitarlos, se la sobrecarga con trabajos, se le hace pasar por torpe, descuidada, ignorante etc.; la falta de afecto unido a la repetición y prolongación en el tiempo de actitudes despreciativas, acompañadas con bruscos cambios del estado de ánimo del agresor, sólo es comparable a algunas torturas.” (Miguel Lorente Acosta)

Web: <https://mariangelesalvarez.com/igualdad/relacion-de-control-o-igual/la-indefension-aprendida/>

Video ejercicio <https://youtu.be/OtB6RTJVqPM>

VÍNCULO TRAUMÁTICO

- Métodos que logran:
 - Inducir Terror
 - Controlar la mente y el cuerpo de la víctima
 - Ejercen violencia y privación física y psicológica
 - Aislamiento de la víctima
- La víctima es dependiente del perpetrador
 - para sobrevivir,
 - para mantener las necesidades corporales básicas y
 - para reconocer la realidad

VICTIMIZACIÓN: proceso de traumatización

Aparecen cambios en su regulación fisiológica: taquicardia, aceleración de la respiración, temperatura corporal, sudoración y en sus emociones, puede sentir: miedo, vergüenza, culpa, todo ocurre en fracciones de segundos a nivel subcortical, sin ser consciente de ello. Estas transformaciones le resultan incomprensibles, la persona que lo sufre no puede explicarse a que se deben, se le imponen sin que la persona pueda hacer nada por evitarlo.

La víctima siente que no controla su mente, una parte de sí misma ha sido disociada, y sus estados emocionales. Debido a la experiencia traumática puede reaparecer en su mente en forma de pesadillas, flash back, sensaciones corporales lo expresan en estos términos:

“No sé qué me pasa, ya no soy la que era, me siento extraña, no me entiendo, él tiene razón estoy loca, yo tengo la culpa me pongo histérica, es que soy tonta, no se que hacer a veces pienso que me quiero separar, pero cuando llega la hora no puedo”

El proceso de traumatización que se va generando en los vínculos traumáticos provoca victimización en la persona que sufre este vínculo, la subjetividad de la persona maltratada queda arrasada.

**Evaluación de tipos de
violencia y gravedad.
Fases de la violencia.
Desregulación emocional**

PROCESO DE EVALUACIÓN

Al iniciar el proceso de evaluación, hemos de considerar la fase por la que atraviesa nuestra paciente en cuanto al reconocimiento y la toma de conciencia del maltrato. Su capacidad para decidir, enfrentar, reconocer el maltrato, potencial para evocar los recuerdos dolorosos.

Es útil el modelo de **fases del cambio** de Prochaska y Di Clemente (1982)

- a. Pre-contemplativa: niega la violencia, minimiza el daño, se auto-inculpa o culpa a otras personas. Despliega mecanismos de defensa.
- b. Contemplativa: Empieza a ver la relación abusiva, pero no está dispuesta a realizar cambios

PROCESO DE EVALUACIÓN

Modelo de **fases del cambio** de Prochaska y Di Clemente (1982)

- c. Preparación: Sentimientos de ambivalencia sobre su relación, ¿separación?. Pequeños cambios.
- d. Acción: Puede empezar a tomar decisiones, hacer cambios, buscar ayuda, buscar trabajo.
- e. Mantenimiento: Se mantienen los cambios, pero pueden aparecer sentimientos de ambivalencia hacia la pareja.
- f. Recaida: los avances no son lineales y en progresión, puede regresar a estadios anteriores.
ESENCIAL: Apoyo incondicional del entorno y profesionales. **¡Es una fase, no un fracaso!**

ELEMENTOS A EVALUAR

EVALUACIÓN DEL TIPO DE VIOLENCIA

Que tipo o tipos de violencia ha padecido la víctima, la duración, frecuencia e intensidad de la misma, cómo ha evolucionado, si afecta a otros miembros de la casa, y de qué manera considera ella que le ha afectado la situación vivida.

ANEXO

EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN DE RIESGO

Valorar la situación de peligro o posible riesgo. Además de evaluar el riesgo es importante identificar el riesgo de suicidio.

ANEXO

ELEMENTOS A EVALUAR

EVALUAR LAS CONSECUENCIAS DEL MALTRATO MACHISTA

La violencia sufrida sin duda ha tenido efectos, a veces incluso muy intensos y perdurables, por lo que es importante investigar qué efectos se han producido en cada caso para poder ayudar a las víctimas, de forma precisa y eficaz, a manejar y superar las consecuencias del maltrato, en muchos casos cronificadas. Consecuencias psicopatológicas más habituales

- a) Trastorno de estrés postraumático (TEPT).
- b) Depresión.
- c) Problemas de Autoestima.
- d) Problemas de Adaptación personal, familiar y social.
- e) Problemas de ansiedad (Fobia social, Ansiedad generalizada, Agorafobia...)
- f) Cogniciones postraumáticas acerca del suceso traumático, de sí mismas y del mundo.
- g) Abuso y dependencia de sustancias

PROCESO DE EVALUACIÓN

Este marco estipula tres sesiones iniciales para la fase de valoración y diagnóstico. De ellas dos son de evaluación y una de devolución, lectura del informe y consentimiento informado. Tras ello una sesión de coordinación con el Ayuntamiento desde el que se ha realizado la derivación del caso.

El proceso de evaluación, lo organizamos alrededor de dos sesiones. Pueden alargarse en ocasiones de especial acceso a información relevante.

Es esencial el acogimiento en función de cada persona y situación

El modo de enfrentar las sesiones va a depender de la casuística personal, cada paciente tiene su propia unicidad, y deberemos atender a los **ritmos** para desplegar nuestro estilo terapéutico.

PROCESO DE EVALUACIÓN

- **LA PRIMERA SESIÓN** Es fundamental **establecer un vínculo de confianza** que favorecerá posteriormente la relación terapéutica. Imprescindible para conocer y valorar la experiencia traumática que le ha conducido a la situación actual.
 - Debemos intentar centrarnos en evaluar los antecedentes personales, análisis de la violencia, del momento actual; atenderemos la potencial peligrosidad del agresor, y el análisis del apoyo social y de los estilos de afrontamiento.
- Hemos de manejar los tiempos de manera que el centro sea la mujer y sus necesidades, y después la evaluación.

PROCESO DE EVALUACIÓN

- **LA SEGUNDA SESIÓN**, nos centramos en evaluar las consecuencias del maltrato vivido. Priorizaremos evaluar la presencia de trastornos como **TEPT, Depresión, Problemas de autoestima, ansiedad, nivel de adaptación, y cogniciones postraumáticas, salud física y calidad de vida**. *Tal vez puedan cumplimentar los inventarios al finalizar la sesión, darles instrucciones y finalizar de ese modo, dependerá de las destrezas.*
 - En ocasiones no es posible seguir una línea establecida y deberemos adaptarnos a cada caso y persona afectada.
- **LA TERCERA SESIÓN** la dedicamos a realizar la **DEVOLUCIÓN DEL INFORME** elaborado, para explicar a la paciente de los resultados de la valoración. Es importante que adaptemos las explicaciones a los diferentes niveles de conciencia de la persona involucrada. En ocasiones necesitaremos esa sesión antes de elaborar el informe.

La entrevista, evaluación y orientación.

LA ENTREVISTA 1

Aspectos para facilitar la comunicación con mujeres víctimas de violencia (*Venger 98*)

- Atención: La paciente debe percibir que se está escuchando con interés, nuestra actitud corporal (*firme y orientada hacia ella, debe confirmar ese interés*) **Cuidar la comunicación no verbal.**
- Empatía: La escucha activa, sin interrupciones, ni juicios, que la mujer perciba que su relato nos interesa, que podemos entenderle y comprender su sufrimiento. Es importante que ella **sienta que es escuchada.**
- **Claridad del lenguaje:** En el caso de las mujeres sometidas a violencia se debe tener especial cuidado ya que están sometidas a unos niveles de ansiedad elevados que pueden dificultar la comprensión y, por tanto, la comunicación.
- El uso de los **silencios:** Respetarlos en el transcurso de la entrevista facilita la elaboración y la reflexión de la mujer sobre los contenidos abordados y se da la oportunidad de expresar los sentimientos. El silencio de la paciente requiere de un **acompañamiento atento** por parte de las y los profesionales.

LA ENTREVISTA 2

Aspectos para facilitar la comunicación con mujeres víctimas de violencia *Venger 98*

- La retroalimentación: Nos va a permitir contrastar si la mujer comprende la información proporcionada a lo largo de la entrevista. Para ello, se puede preguntar sobre los aspectos concretos abordados para que ella pueda identificarlos y los ponga en relación con su propia situación.
- La eficacia de las preguntas: cuando se pregunte a las pacientes tendremos que optar por aquellas que requieran una mayor o menor concreción en la explicación por parte de la mujer, dependiendo del momento de la entrevista la animaremos a ser más o menos precisa, con ello le ayudaremos a reflexionar y a ir elaborando su situación.
- El respeto: Es muy valioso para la paciente sentirse comprendida y no juzgada. Sus valores y convicciones son quizás la causa de su atrapamiento en la relación violenta. Con nuestra actitud debemos transmitir apoyo para salir del proceso de la violencia, **a través de una relación que potencie su autonomía y no su dependencia.**

OTROS ASPECTOS QUE FAVORECEN EL CLIMA DE LA ENTREVISTA

- **Crear a la mujer y hacérselo saber**
- **Validar sus sentimientos:** Lo habitual es que la mujer tenga sentimientos ambivalentes hacia su pareja: de amor y miedo, de culpa y rabia, de tristeza y esperanza. Le ayudaremos a ver que son normales y comprensibles.
- **Ofrecerle mensajes positivos y señalarle sus capacidades y logros:** Que contrarresten los que seguramente ha recibido que le minusvaloran y acusan.
- **Resaltar los problemas que ha resuelto,** las estrategias que ha desarrollado, aunque su esfuerzo no haya tenido éxito. Con el objetivo de recuperar y potenciar sus recursos personales.
- **Apoyar las decisiones de la mujer:** Una vez que toma una decisión es preciso ser pacientes y respetuosas/os, aunque no estemos de acuerdo con la misma.
- **Ofrecerle informaciones que le ayuden a entender** lo que está pasando y trabajar la derivación a otras/os profesionales especializadas/os que le puedan ayudar.

ACTITUDES A EVITAR DURANTE LA ENTREVISTA

Pretender dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente

Dar falsas esperanzas

Culpabilizar a la paciente 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.*

Evitar una actitud paternalista ya que ésta implicaría una interferencia en el proceso de adquisición de su autonomía.

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, si cabe, la vida de la mujer.

No se pueden imponer los propios criterios y decisiones. Presionar imponiéndose implica utilizar las mismas estrategias del agresor.

Manifestar prejuicios sobre la violencia machista. Es imprescindible reflexionar sobre los propios valores, creencias y actitudes en relación con la violencia.

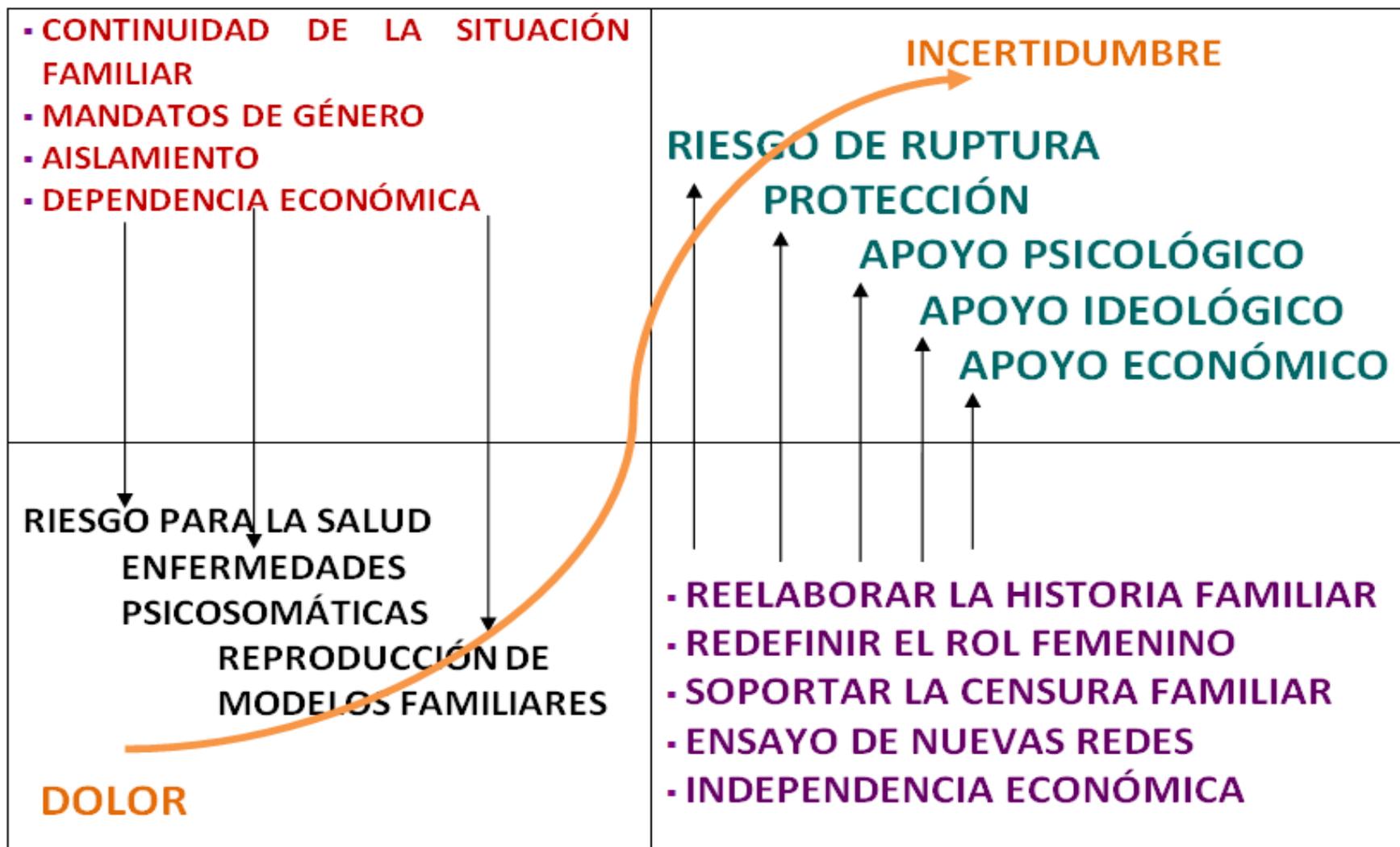
Intervención con las consecuencias del maltrato machista

EL MALTRATO COMO PROCESO



INTERVENCIÓN CON MUJERES MALTRATADAS

Objetivo: “REASUMIR EL CONTROL DE SUS VIDAS”



INTERVENCIÓN CON MUJERES QUE HAN PADECIDO VIOLENCIA

Objetivo: “REASUMIR EL CONTROL DE SUS VIDAS”

CONSIDERACIONES PREVIAS

- Estilo de contacto e impacto en el profesional
- Grado de conciencia
- Tipo y gravedad de la violencia y/o de las secuelas
- Elección de foco
- Fase de la violencia
- Áreas de conflicto
- Alcance de la intervención
- La seguridad

INTERVENCIÓN

- **Contacto psicológico**

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

- **Ayuda a la acción**

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

INTERVENCIÓN

- **Ofrecer seguridad**

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

- **Recuperación emocional**

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

EFFECTOS EN LA SALUD MENTAL

CONSECUENCIAS MORTALES: Homicidio. Suicidio

PATOLOGÍAS AGRAVADAS

TRASTORNOS COGNITIVOS Y RELACIONALES

DEPRESIÓN

TASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

DEPRESION: Es el trastorno más diagnosticado

Factores comunes:

- a. Estado de ánimo
- b. Desesperanza
- c. Baja autoestima
- d. Culpa
- e. Pérdidas
- f. Falta de proyección de futuro

Suicidio: Probabilidad entre 3 y 5 veces mayor

La violencia aparece como causa de uno de cada cuatro intentos

OTROS EFECTOS EN LA SALUD PSÍQUICA

Devastación emocional

Victimización

Miedo

Disminución Autoestima

Parálisis

Trastornos del sueño

Desesperanza

Trastornos de la atención

Rabia

Trastornos de la memoria

Aislamiento

Hipervigilancia

Culpa

Adicciones

Ansiedad

Auto-lesiones

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

- Las/os profesionales que trabajan con víctimas de maltrato han incorporado la **perspectiva del trauma para explicar los daños psíquicos** que presentan las mujeres que han sufrido violencia de género en sus diferentes versiones (emocional, física, cognitiva, económica, sexual). Este marco teórico permite entender los padecimientos de las mujeres maltratadas, articulando sus dolencias con las condiciones en las que viven.
- **Las consecuencias psicológicas del maltrato crónico pueden resultar devastadoras para la regulación emocional** de la persona que lo sufre.

ABORDAJE DEL TRAUMA

En el trauma hay una distancia excesiva entre la cualidad de la vivencia y el lenguaje común para describirla. Hemos de poner como objetivo:

- la creación de una narrativa PROPIA para el hecho traumático, para superar las secuelas
- su contexto y lo que le ocurrió, la que ella trae es una narrativa desintegrada, que no debe ser identificada con mensajes sociales potencialmente patógenos en tanto que resultan victimizantes, negadores o culpabilizantes.
- terapeuta y paciente elaboran visión sanadora y no patogénica del episodio traumático y de los otros.

INTERVENCIÓN CON LAS CONSECUENCIAS DEL MALTRATO

EFFECTOS del TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TEPT

REEXPERIMENTACIÓN

- a. Miedo
- b. Pesadillas
- c. Recuerdos intrusivos

EVITACIÓN

- a. Distanciamiento emocional
- b. Aislamiento
- c. Escasa proyección de futuro

ACTIVACIÓN FISIOLÓGICA

- a. Dificultades en el sueño
- b. Problemas de atención y concentración
- c. Irritabilidad
- d. Hipervigilancia
- e. Alerta y sobresalto

La Adrenalina hormona que nos prepara para la acción, se mantienen altos los niveles. El **hipocampo** procesa la memoria. Los altos niveles de hormonas de estrés, como la adrenalina, pueden hacer que deje de trabajar correctamente. Flashbacks y Pesadillas continúan porque **los recuerdos del trauma no pueden ser procesados**. Si el estrés desaparece y los niveles de adrenalina vuelven a la normalidad, el cerebro es capaz de reparar el daño por sí mismo, al igual que otros procesos de curación natural del cuerpo. Entonces, los recuerdos perturbadores pueden ser procesados y los flashbacks y pesadillas desaparecerán lentamente.

Tratamiento del TEPT

Tratamiento integrado del TEPT <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000161>

- **Psicoeducación** en las 2 primeras semanas tras exposición al trauma
- **Tratamiento psicológico**
- **Tratamiento farmacológico** si la paciente permanece angustiada.
(inhibidores selectivos de la receptación de serotonina)

PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA DE PACIENTES CON TEPT

1. Crear un vínculo terapéutico de confianza y respecto mutuo.
2. Identificar las estrategias perversas.
3. Discriminar la vulnerabilidad propia de la agresión externa.
4. Verbalizar la ira retenida.
5. Elaborar los sentimientos de culpabilidad: no culpar a la víctima y legitimizar la queja.
6. Sustraerse al sufrimiento a través de un verdadero trabajo de duelo y de crecimiento personal.
7. Curarse significa reunificar los aspectos disociados, aprender a proteger su autonomía y a rechazar los ataques contra su autoestima: supone una reestructuración de la personalidad y construir una nueva relación con el mundo. La conciencia lúcida de las limitaciones personales permite desarrollar aptitudes creativas latentes.

CÓMO EL ESTRES AFECTA EL CUERPO

Zzzzzz

Fatiga Crónica

El estrés es reconocido como la enfermedad representante #1 en las causantes de muerte al día de hoy. La Asociación Médica Americana se ha dado cuenta de que el estrés es la causa básica de más del 60% de todas las enfermedades y padecimientos.

Dolor de cabeza, Mareos, Desorden del déficit de atención, Ansiedad, Irritabilidad y enojo, Desórdenes del Pánico

Rechinamiento de dientes y tensión en la mandíbula.

Aumento del ritmo cardíaco, Ataques, Enfermedades del corazón, Hipertensión, Diabetes tipo I y II, Arritmias

Desórdenes digestivos, Malestar estomacal, Dolor abdominal, Síndrome del intestino irritable.

Aumento de peso y Obesidad.

Disminución de apetito sexual.

Disminución en los niveles de energía, de humor y el apetito.

EL ESTRÉS AFECTA EL CUERPO ENTERO Y PUEDE CAUSAR MUCHOS MÁS PROBLEMAS COMO:

insomnio, problemas emocionales y de conducta, disfunciones en el sistema inmune, asma, úlceras, disminución de energía, depresión, nerviosismo, paranoia, etc., etc.

Tensión muscular, Fibromilgia, Síndrome del dolor regional complejo.

✗ Alcoholismo, Suicidio, Adicción a las drogas, Adicción al tabaco y otras conductas dañinas.

TEPT COMPLEJO

Las personas que han sido maltratadas desarrollan una sensación de separación y una pérdida de confianza en el mundo y en las demás personas.

Además de los síntomas de TEPT en los casos complejos:

- se siente vergüenza y culpa
- se tiene una sensación de embotamiento y falta de sentimientos
- no se puede disfrutar de nada
- se controlan las emociones mediante el uso de drogas, alcohol, o haciéndose daño a sí misma
- se aísla de lo que está sucediendo a su alrededor **(DISOCIACIÓN)**
- se tienen síntomas físicos causados por la angustia
- no se puede expresar las emociones con palabras
- se puede desear acabar con la vida
- se asumen riesgos y se hacen cosas “sin pensarlo”.

TEPT COMPLEJO O DESNOS

Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified

No aceptado en DSM-V (Sugerencia de Herman, 1996, Van de Kolk, 2006) ¿CIE 11?

- Alteraciones en la regulación del afecto y de los impulsos, conductas autodestructivas, **desregulación afectiva** y de la ira, etc.
- Alteraciones en la atención o la conciencia (*episodios disociativos, despersonalización*)
- Somatizaciones
- Alteraciones en la percepción de sí misma (culpabilización, minimización) **Autoconcepto** -
- Alteraciones en la percepción del agresor (*idealización, preocupación por el*)
- **Alteraciones en las relaciones** con los demás
- Alteraciones en el sistema de significados de la vida

El TEPT complejo incluye tres grupos adicionales de síntomas que el TEP:

1. desregulación afectiva, 2. autoconcepto negativo 3. perturbación de las relaciones

TRATAMIENTO DEL TEPT COMPLEJO

Existen guías para el tratamiento del TEPT complejo (*Cloitre et al., 2012*). Se puede dividir el tratamiento en 3 fases:

- **Fase 1:** el objetivo es garantizar la seguridad de la persona mediante la gestión de los problemas de autorregulación, la mejora de sus competencias emocionales y sociales.
- **Fase 2:** en esta fase se centrará en el trauma como tal, y en su procesamiento de los recuerdos.
- **Fase 3:** en este momento el objetivo es reintegrar y consolidar los logros del tratamiento y ayudar a la persona a adaptarse a las circunstancias vitales actuales. Es recomendable realizar un plan de prevención de recaídas.

Es importante que de forma transversal durante toda la terapia se vayan trabajando las **creencias sobre sí misma**, sobre los demás y sobre el mundo, que supone en muchas ocasiones lo más difícil de modificar.

TRATAMIENTO DEL TEPT COMPLEJO

Factores clave: Cuerpo (cambios alteraciones). Memoria (explícita implícita). Emociones (regulación emocional muy afectada). Consciencia.

*“Por regulación emocional entenderemos la capacidad para **reconocer, modular o controlar** la intensidad y la expresión de sentimientos e impulsos, especialmente los más intensos, de una manera adaptativa. Las emociones nos sirven para valorar situaciones como beneficiosas o peligrosas y también nos proveen de motivación para desarrollar acciones”.*

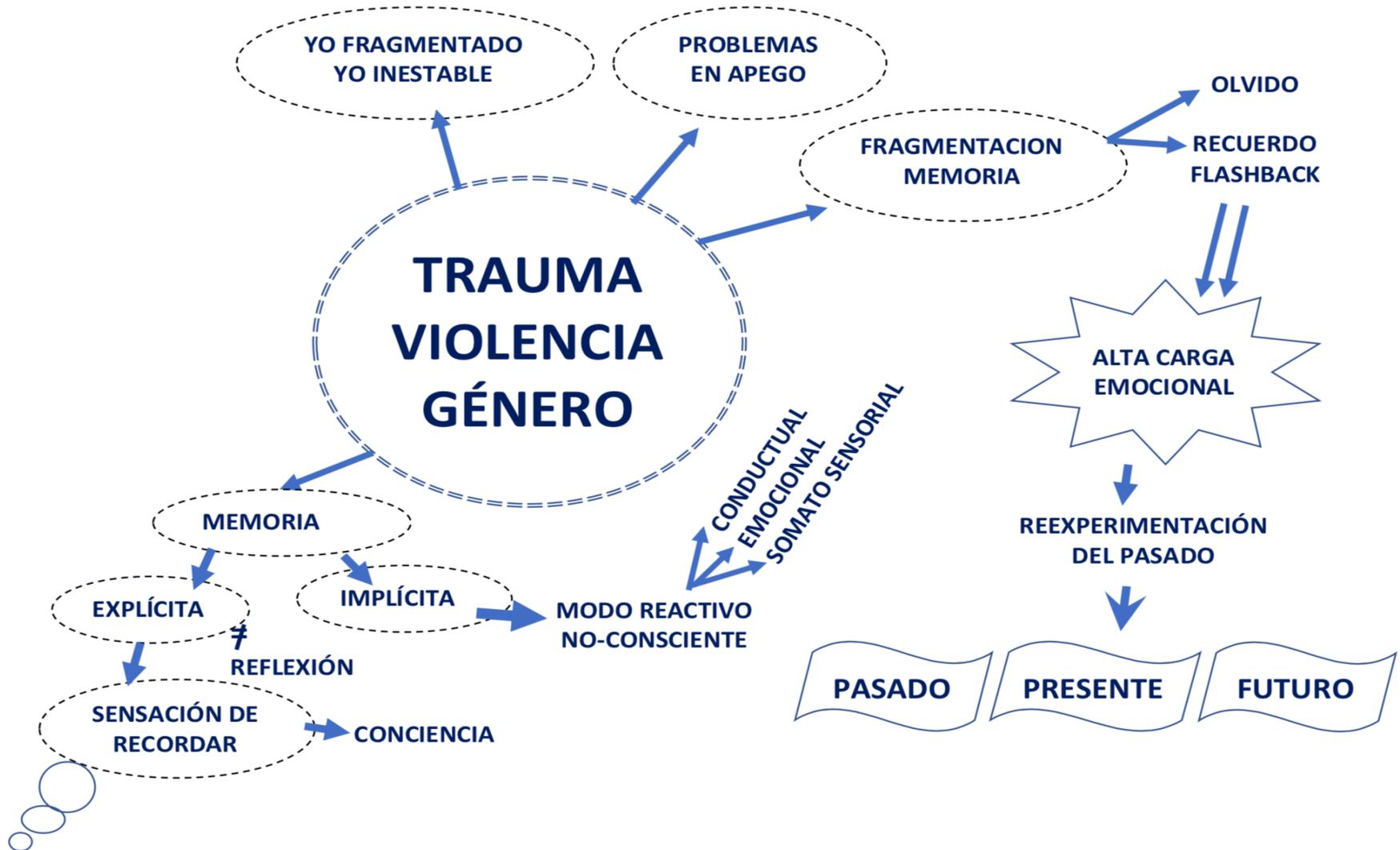
La memoria implícita, no requiere conciencia para ser almacenada ni para activarse, se expresa como comportamiento, sensaciones somáticas, emociones. (LeDoux (2015))

TRATAMIENTO DEL TEPT COMPLEJO

El trauma complejo es un trastorno que requiere ser abordado desde varios niveles: el **psicobiológico**, el **relacional** y el **social**. Nuestro trabajo no debe limitarse a la sintomatología psicobiológica, sino también a reparar, mantener y en algunos casos crear un desempeño relacional y social que se ha dañado o perdido. El concepto de trauma encarnado nos ayuda a entender los procesos de traumatización y cómo éstos afectan al cuerpo, a la memoria, a las emociones y a la consciencia. En nuestro trabajo con este tipo de pacientes es fundamental crear un vínculo confiable y seguro, a partir del cual el/la paciente pueda **elaborar**, **reexperimentar**, **resignificar** y **repararse** a nivel **intrasubjetivo, relacional y social**, y evitar la retraumatización.

Trauma

Lockett M. 2017



Trabajo terapéutico.
Objetivos y tratamiento.
Resultados esperados.
Intervención grupal.

TRATAMIENTO CÓMO CURARSE Marie-France Hirigoyen

La violencia perversa se establece de un modo tan insidioso que es tan difícil **identificarla** como **defenderse de ella**.

Las víctimas no se dieron cuenta a tiempo de que sus límites estaban siendo rebasados. Y sin embargo han absorbido los ataques como esponjas. Por lo tanto, tendrán que definir qué es aceptable para ellas y, con ello, definirse a sí mismas.

NOMBRAR

Es importante que el o la terapeuta reconozca como una condición previa que el trauma proviene de una agresión externa. A menudo les cuesta evocar la relación pasada: por un lado, intentan huir mediante el olvido; y por otro, porque lo que podrían decir todavía resulta impensable para ellas. Les hará falta tiempo y apoyo para irlo expresando poco a poco. La **incredulidad** de la o el psicoterapeuta supondría una violencia suplementaria; y su **silencio** le colocaría en una posición cómplice del agresor.

LIBERARSE

Cuando se empieza la psicoterapia **lo inmediato es liberarse del dolor**. La psicoterapia, al menos al principio, debe resultar reconfortante y **tiene que permitirle a la víctima liberarse del miedo y de la culpabilidad**.

La paciente tiene que percibir claramente que la o el psicoterapeuta está ahí por ella, y que su sufrimiento no le resulta indiferente. Al reforzar el psiquismo de la víctima y al consolidar sus partes psíquicas intactas, se le ayuda a **confiar suficientemente en sí misma como para atreverse a rechazar lo que percibe como nefasto para sí misma**.

DESEMBARAZARSE DE LA CULPABILIDAD

Ella **NO ES RESPONSABLE**, sino que asume su situación. «¿Hasta qué punto soy responsable de esta agresión?». La culpabilidad no permite que la víctima progrese, y a menudo el agresor ya ha señalado su enfermedad mental: (*¡Estás loca!*). Más adelante, **cuando este sufrimiento se aleje, cuando note la curación, podrá volver a su historia personal** e intentar comprender por qué **entró en este tipo de relación destructiva y por qué no pudo defenderse**. En efecto, para poder responder a semejantes cuestiones, primero hay que **SER y EXISTIR**.

SUSTRAERSE AL SUFRIMIENTO

La evolución de las víctimas que se liberan del dominio demuestra que esta experiencia dolorosa sirve de lección: **con frecuencia las víctimas aprenden a proteger su autonomía, a huir de la violencia verbal y a rechazar los ataques contra su autoestima.** La vivencia de un trauma supone una reestructuración de la personalidad y una relación diferente con el mundo. Deja ***un rastro que no se borrará jamás***, pero sobre el que se puede volver a construir.

A menudo, esta experiencia dolorosa brinda una oportunidad de revisión personal. El concepto de D. Siegel (D Siegel, 2011) de “Mindsight” como la capacidad de ***“no sólo sentir el presente: también supone conocer a fondo el pasado para no acabar prisioneros de elementos de nuestra experiencia que aun no se ha analizado y nos pueden limitar en un futuro”***.

Entender el pasado nos libera y nos permite estar presentes en nuestra vida y convertirnos en autoras y autores creativos y activos de nuestra historia futura.

Desarrollar una comprensión personal de los procesos de la memoria y narración, así como de nuestra manera de vincularnos nos permite cambiar la manera de entender nuestra vida.

TRABAJO TERAPÉUTICO CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA MACHISTA ¹

- La intervención terapéutica **tendrá valor transformador si se apoya en las necesidades actuales de la paciente y le muestra cómo funciona su psiquismo.** Debemos intentar ver el mundo desde donde ellas lo ven.
- Es importante realizar con ellas un **trabajo psicoeducativo**, esto les permitirá comprender los efectos que el maltrato ha causado en su mente, en sus emociones y en su cuerpo.
- Debemos explicarles que **el tratamiento es un proceso no lineal** en el que habrá avances y retrocesos y que **el vínculo emocional que construyamos conjuntamente será lo que generará su recuperación.**

TRABAJO TERAPÉUTICO CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA MACHISTA ²

- Es clave hacerles **SUJETOS DE SU PROPIA RECUPERACIÓN** promoviendo la construcción de defensas que no habían sido construidas y la reparación de las que han sido dañadas.
- Es vital que **seamos empáticas/os** con ellas y tengamos presente que **conductas que a nosotras nos pueden parecer naturales y sencillas a ellas les pueden resultar obstáculos insalvables.**
- Los **BUENOS TRATOS** permiten contrarrestar los daños provocados por la violencia y tener un **enfoque reparador, más que asistencialista y paternalista.** Es por ello, que **la intervención que se desarrollará en este contexto de violencia, está dirigida a facilitar modelos de buenos tratos** a las víctimas, donde las mujeres puedan sentirse como promotoras de la **RESILIENCIA** y así motivar la reconstrucción en los efectos de la violencia.

TRABAJO TERAPÉUTICO CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA MACHISTA ³

- Por último **los objetivos que les propongamos deben ser asequibles a la situación en la que se encuentran y deben ser negociados con ellas**, pues si no corremos el riesgo de retraumatizarlas.
- Este tipo de **violencia genera grandes dosis de estrés, afectando a su equilibrio psicobiológico**, a sus capacidades psíquicas y a su capacidad de defenderse. Dificultando el despliegue de conductas que le permitan modificar las dinámicas relacionales abusivas.
- Por lo tanto **el objetivo** que debemos lograr es que puedan **RECONOCER Y MODIFICAR LOS MODELOS Y PAUTAS** de comportamiento fundamentalmente inconscientes con los que se relacionan y generar competencias que les permita mantener relaciones igualitarias. Ello se concreta en los siguientes objetivos:

Los OBJETIVOS de la intervención

marcan el TRATAMIENTO

1. VALORACIÓN DEL RIESGO

a. Medidas de autoprotección

2. PERCEPCIÓN DEL MALTRATO

- a. Reconocimiento del ciclo de la violencia
- b. Reconocimiento de indicadores VAD'i
- c. Reconocer la tipología de la violencia sufrida
- d. Reconocer el impacto en los hijos/as

3. EMPODERAMIENTO:

- a. Modificación de Mitos y Creencias
- b. Autoafirmación
- c. Asertividad
- d. Regulación emocional
- e. Toma de decisiones
- f. Potenciar la autonomía y las relaciones igualitarias y de buen trato. (Dependencia emocional)

4. SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA

5. CAMBIOS EN LA REALIDAD SOCIAL

- a. Entrenamiento en HHSS
- b. Desarrollo de actividades sociales y red de apoyo social
- c. Afrontamiento del Área de lo laboral

- Establecer estilos de afrontamiento
- Potenciar sus recursos personales

- Devolución de información: Exposición del modelo explicativo y propuesta de tratamiento.
- Psicoeducación sobre el TEPT. Información sobre las respuestas traumáticas normales
- Psicoeducación sobre el Ciclo de la violencia
- Nombrar el abuso. Validar sus experiencias de maltrato
- Psicoeducación sobre el impacto de la violencia en los hijos/as

- Revisión de creencias.
- Revisión de problemas
- Prestar atención a los sentimientos de culpa y a los sentimientos de vergüenza.
- Valoración de cosas positivas. Inventario de sí misma. (Guía/diario de una mujer libre pdf.)
- Trabajo intrapsíquico: resignificación del hecho traumático
- Psicoeducación sobre Asertividad
- Aplicación del ARI. Comentarle y valorarlo.
- Reelaboración afectiva a través del vínculo

- Técnica de control de la respiración
- Ejercicio físico
- Técnica de Relajación
- Elaboración del duelo por la ruptura de la relación
- Información sobre el SMM

- ✓ Programación de tareas y actividades agradables.
- ✓ Entrenamiento en expresar y recibir afecto
- ✓ Entrenamiento en iniciar y mantener contactos sociales

RESULTADOS ESPERADOS 1

- Adquisición de estrategias para revisar y modificar los estereotipos de género, identificando creencias éticas e ideales que se han asumido a lo largo de la vida.
- Utilización de las herramientas entrenadas (introspección, relajación, expresión en el grupo o en la sociedad, registros, autoevaluación...) para visibilizar y transformar las relacionales dañinas.
- Aplicar y utilizar la Regulación Emocional para hacer conscientes las emociones negativas y descubrir como liberarlas.
- Lograr un mejor empoderamiento al desarrollar la Competencia de la Autoafirmación mediante el conocimiento y de los propios deseos y su consecución.

RESULTADOS ESPERADOS 2

- Mejorar la asertividad a través del reconocimiento de sus modalidades personales de comunicación, consiguiendo mejorar su forma de expresarse y relacionarse.
- Desplegar la **MENTALIZACIÓN** mediante el reconocimiento de las propias intenciones y de las demás personas, consiguiendo desarrollar la capacidad meta cognitiva.
- Mejorar su valoración descubriendo las formas y expresiones con las que se juzga a sí misma y a las y los demás, potenciando el desarrollo de una capacidad de evaluación equilibrada sin sentimientos de culpa.
- Toda psicoterapia es una co-creación que se realiza entre paciente y terapeuta, el trabajo con estas mujeres es una tarea apasionante, llena de retos y que nos hace crecer como seres humanos. <https://www.youtube.com/watch?v=IzBHDSnR2jk>

GRUPOS TERAPÉUTICOS 1

La mayoría de las mujeres maltratadas que acuden a los dispositivos disponen de escasa información acerca de lo que les está pasando. Conocen su sufrimiento, pero no saben explicarse su estado, su malestar, por qué tienen los síntomas que padecen, cómo entender su experiencia.

Se encuentran atrapadas en su particular infierno, hay deterioro producido por las secuelas del maltrato, se da cierta socialización en sus familias de origen, y mayoritariamente está la adhesión a los roles femeninos tradicionales, este grupo particular de mujeres suele tener un gran desconocimiento de las cuestiones relacionadas con el análisis de la violencia, con lo referente al género, con la salud mental, etc., cuestiones que, por otra parte, les afectan directamente y se constituyen en el núcleo mismo de su situación.

- Invisibilidad de los inicios de la violencia en la pareja,
- Naturalización de la violencia
- Mandatos pautados por el género a la identidad femenina tradicional

GRUPOS TERAPÉUTICOS 2

De ello la conveniencia de ofrecer a estas mujeres una serie de recursos que puedan utilizar para hacer frente a su situación de una forma más eficaz. Estos recursos consisten en una mayor toma de conciencia que reduzca su confusión, les ayude a discriminar acertadamente, les proporcione herramientas para poder manejar mejor sus incertidumbres y reducir su impotencia, así como un trabajo de introspección, de análisis y de elaboración, que les permita, cuando sea posible, profundizar en sus problemas y encontrar soluciones, entender lo que les pasa y entenderse a sí mismas.

Estos grupos se plantean como un compromiso ineludible de las mujeres acogidas en el plan de intervención en los dispositivos para atenderles.

La metodología de los grupos es activa y participativa, semidirigida. Se propone una tarea y se parte siempre de sus experiencias. A lo largo de las sesiones, se van sistematizando sus aportaciones, a las que se va añadiendo material en forma de documentos, recortes de prensa, artículos seleccionados, etc., con lo que, al finalizar el grupo, disponen de un dossier elaborado sesión a sesión, referente a temas como violencia, género, salud mental de las mujeres.

GRUPOS TERAPÉUTICOS 3

El grupo tiene una duración aproximada de 24 sesiones, aunque este número puede variar por las características del grupo.

Las sesiones tienen una duración de 90 minutos y terminan con unos minutos de relajación progresiva.

Son grupos cerrados, de seis a ocho participantes.

Los contenidos de las sesiones de estos grupos son muy específicos, pero de forma transversal están siempre presentes las temáticas que mayoritariamente afectan a las mujeres. Esto es, la identidad femenina, la autoestima, el mundo emocional, las relaciones interpersonales, la asertividad, la salud, la sexualidad, el ocio, son temas que sistemáticamente surgen en cualquier grupo de mujeres y es necesario prestar atención a todas estas áreas, que se trabajan de forma muy participativa y partiendo siempre de sus propias experiencias. El grupo podría entenderse como un recorrido de exploración y aprendizaje, como un trayecto de lo oculto a lo visible. Se analizan, se escuchan, se identifican. Entienden lo inaceptable de su experiencia, que normalizaban.

GRUPOS TERAPÉUTICOS 4

Van elaborando de forma individual, y más adelante de forma grupal, su propia pirámide de la violencia que ellas mismas han padecido. Pueden ver la progresión de los actos de abuso en su pareja, pueden entender cómo empezó todo y cómo se ha ido desarrollando. Lo normal ya no es normal, aunque sea habitual. Empiezan a llamar por su nombre a aquello que es violento o denigrante, empiezan a detectarlo y discriminarlo. Pueden defenderse de ello. Lo pondrán a prueba en futuras relaciones. Pueden transmitírselo a sus hijos e hijas, a otras mujeres presentes a lo largo de su vida. Pueden prevenir la violencia.

Esta forma de trabajo con las mujeres origina, a lo largo de las sesiones, un clima general que podríamos calificar como de descubrimiento o de hallazgo, y que se constituye en un poderoso elemento de transformación para ellas.

GRUPOS TERAPÉUTICOS 5

Los contenidos específicos que se abordan en las sesiones del grupo:

1. Presentación y objetivos
2. Manifestaciones de los malos tratos Maltrato físico, psicológico, sexual, otros
3. Estereotipos femeninos y masculinos. Diferencias de género
4. Dinámica de las relaciones violentas MI CICLO de la violencia
5. Las secuelas del maltrato El Trastorno de estrés postraumático La depresión. Otros síntomas
6. Los hombres violentos
7. Mitos y creencias equivocadas
8. Repercusiones de la violencia en los hijos/as.
9. La familia de origen
10. Claves de detección de riesgo.
11. Vídeos
12. Elaboración de un póster grupal
13. Cierre y despedida.

GRUPOS TERAPEUTICOS 6

Esta labor de psicoeducación se plantea como una alternativa preventiva, de promoción de la salud de las mujeres, y de su recuperación emocional.

No agota el trabajo terapéutico necesario para lograr esta recuperación de las mujeres maltratadas, pero constituye el primer abordaje en la intervención psicológica, por lo que tiene de revelación de lo que les estaba oculto y les mantenía atrapadas, sin lo cual el resto de las intervenciones no tendría cabida.

CONCLUSIONES

Gran parte de la violencia que sufren las mujeres en sus relaciones de pareja resulta **INVISIBLE** para la sociedad, y para las propias mujeres maltratadas. Esto se debe, por un lado, a que la violencia se instala en una relación de una forma gradual e insidiosa cuyos inicios, de baja intensidad, son muy difíciles de detectar, y por otro lado a que muchos de esos comportamientos iniciales están naturalizados y no pueden codificarse como nocivos o peligrosos.

GRUPOS TERAPEUTICOS 7

CONCLUSIONES

Un factor importante de los aspectos **NATURALIZADOS**, ocultos, **INDETECTABLES**, que pueden dañar el bienestar de las mujeres, tiene relación con los mandatos de género para la identidad femenina tradicional, que atribuye una importancia fundamental a todo lo relacionado con lo emocional, con la responsabilidad en el mantenimiento de los vínculos, que puede llevarlas a vivir por, para y a través de los otros y postergándose a sí mismas.

Una técnica eficaz para el cambio y la recuperación emocional de las mujeres que sufren este tipo de violencia consiste en una labor de **VISIBILIZACIÓN** de la misma, de **detección de los riesgos y del daño** al que están sometidas. Sólo de esta manera podrán atribuir su malestar a su verdadero origen, es decir, a la violencia sufrida, y **aliviarse de la culpa y la confusión**.

Este trabajo de visibilización, que se realiza en grupos que denominamos psicoeducativos, constituye de esta manera una **herramienta de prevención y de intervención** de gran eficacia en el abordaje inicial del tratamiento de las mujeres que sufren la violencia de sus parejas.

"Hecho poético"

"Esto me ha quedado grabado para siempre:
...Mi marido me rompía el dinero
Y me lo tiraba a la cara.
Porque decía que como era suyo...
... hacía lo que quería con el."

J.S.

*Móstoles, Veinticuatro de abril de dos mil seis
"Cuando lo recuerdo, me dan escalofríos"*

Herramientas.
Modelo de informe.
Revisión de caso.

HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN

Aspecto a Evaluar	INSTRUMENTOS APLICADOS	Sesión 1	Sesión 2	Intervención
VALORACIÓN DEL RIESGO	Escala de predicción del riesgo de violencia grave contra la pareja-Revisada- (EPV-R) ECHEBURUA	✗		
VALORACIÓN DE TIPO DE VIOLENCIA PADECIDO	Entrevista Estructurada de Violencia		✗	
INDICADORES ANSIOSO DEPRESIVOS EN VIOLENCIA	VAD'i Indicadores Ansioso Depresivos en Violencia (2014)	✗		
ESTADO Gral DE SALUD SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS	SCL-90-R, Cuestionario de 90 síntomas. Adaptación Española		✗	✗
AUTOESTIMA	EAR, Rosenberg, 1989 (Escala de Autoestima de Rosenberg)	✗		
RESISTENCIA AL TRAUMA	Test de Resistencia al Trauma TRauma. (2012) J. Urra Portillo y S. Escorial Martin	Capacidad de afrontamiento ante los graves acontecimientos		
TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO	(EGEP) Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (2012) M. Crespo y M. Gómez		✗	
DEPRESIÓN	BDI-II Inventario de Depresión de Beck-II (Adapt. Española 2011)		✗	
ANSIEDAD	STAI Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (Adapt. Española 2011)		✗	

HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN *(Anexos)*

ASPECTO A VALORAR	INSTRUMENTO UTILIZADO	INTERVENCIÓN
ESTILO RELACIONAL	ARI Tabla de resultados	Evaluar e intervenir en el desarrollo de las competencias o habilidades necesarias para mantener relaciones igualitarias
IMAGEN CORPORAL	Autoconcepto 4 fotografías	Identificar estados emocionales agradables y desagradables, para poder reconocerlos y aceptarlos, sin que eso dañe el auto-concepto
PERCEPCIÓN DEL MALTRATO	EL CICLO DE LA VIOLENCIA	Psicoeducación sobre el Ciclo de la violencia. Interiorización y validación emocional.
AVANCES EN LA PERCEPCIÓN DEL MALTRATO	ANALIZANDO INCIDENTES DE TENSIÓN Y VIOLENCIA	Nombrar el abuso. Validar sus experiencias de maltrato
EMPODERAMIENTO: REVISIÓN DE CREENCIAS	MICROMACHISMOS	Potenciar la autonomía y las relaciones igualitarias y de buen trato
EMPODERAMIENTO: MODIFICACIÓN DE MITOS	MITOS QUE HAN INTENTADO EXPLICAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PAREJA	Atención a los sentimientos de culpa y a los sentimientos de vergüenza.

MODELO

INFORME DE DIAGNOSTICO Y PROPUESTA DE TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO

INFORME INICIAL Y PROPUESTA DE OBJETIVOS

Este informe queda sujeto al artículo 40 del código deontológico de la profesión de psicólogo/a donde se explicita el deber y el derecho general de la confidencialidad quedando esa entidad obligada a no darle difusión fuera del objeto concreto para el que ha sido realizado y su valor es puramente informativo. No tiene carácter pericial ni deberá ser utilizado fuera del ámbito privado.

- 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PROFESIONAL**
- 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA ATENDIDA**
- 3. MOTIVO DEL INFORME:** Quién hace la derivación y para qué, suele venir recogido en los informes de las y los trabajadores sociales.

MODELO

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE VALORACIÓN

- Entrevistas de evaluación
- Instrumentos diagnósticos para la evaluación de áreas concretas

5. INDICADORES DE MALOS TRATOS EN LA PERSONA ATENDIDA

- Indicadores físicos
- Indicadores psíquicos de sintomatología ansiosa
- Indicadores psíquicos de sintomatología depresiva
- Indicadores sexuales de malos tratos (Anexo 2)

6. DETERMINAR EL TIPO DE VIOLENCIA DETECTADA

(Anexo 1)

- Violencia psicológica
- Verbal:
- Social: maltrato verbal/psicológico ante otras personas y control de relaciones externas.
- Emocional: Destinada a despojar de autoestima a la mujer
- Económica:
- Ambiental:
- Violencia física
- Violencia sexual

7. VALORACIÓN Y RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PSICODIAGNOSTICA

- Indicadores Comportamentales.
- Indicadores emocionales.
- Indicadores cognitivos.
- Indicadores relacionales.
- Grado de asistencia y actitud ante la intervención

8. PROPUESTA DE TRATAMIENTO: OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

9. OPINIÓN DE LA PACIENTE TRAS LA LECTURA DEL INFORME Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORME FINAL Y /O PROPUESTA DE PRORROGA DE TRATAMIENTO TERAPÉUTICO

Este informe queda sujeto al artículo 40 del código deontológico de la profesión de psicólogo/a donde se explicita el deber y el derecho general de la confidencialidad quedando esa entidad obligada a no darle difusión fuera del objeto concreto para el que ha sido realizado y su valor es puramente informativo. No tiene carácter pericial ni deberá ser utilizado fuera del ámbito privado.

- 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PROFESIONAL**
- 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA ATENDIDA**
- 3. MOTIVO DEL INFORME:** Informe final y/o solicitud de prórroga de tratamiento psicoterapéutico para ...

4. DESARROLLO DE LA TERAPIA.

- Sesiones programadas
- Nivel de Asistencia
- Grado de participación
- Técnicas Empleadas
- Descripción del proceso terapéutico
- Descripción del proceso de evaluación

5. EVOLUCIÓN OBSERVADA

- Indicadores Clínicos
- Indicadores emocionales.
- Indicadores cognitivos
- Indicadores relacionales.
- Resultados Alcanzados
- Conclusión psicoterapéutica o cierre del proceso

- 6. DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS
ESPECIFICOS PARA ABORDAR EN LA
PRÓRROGA**
- 7. OPINIÓN DE LA PERSONA EN TRATAMIENTO
TRAS LEER EL INFORME y CONSENTIMIENTO
INFORMADO**

La Formación de los equipos profesionales. Autocuidados. Trauma vicario. Retraumatización.

Profesionales

La actitud y el posicionamiento de las y los profesionales sobre la violencia de género van a marcar el éxito en la valoración y tratamiento. Hemos de permanecer atentas a mitos, creencias y prejuicios que pueden filtrarse en la intervención. Si no hemos procesado y elaborado lo que creemos, pensamos y sentimos, actuará como un obstáculo que puede dar lugar a intervenciones inadecuadas o iatrogénicas.

En la subjetividad del psicólogo o psicóloga se genera un gran impacto al observar e intervenir en una situación de violencia que se da en un ámbito muy privado que nos puede afectar, y sentir involucrados resultando muy difícil mantener la distancia oportuna.

Hemos de reflexionar sobre la violencia y como nos está afectando. Como la recibo, como me conecta y me moviliza. Como respondo a los vaivenes...

Los efectos de ser testigo

La escucha de un relato, asistir a la elaboración, al recuerdo, al dolor, al continuo contacto con el trauma, tiene efectos sobre nosotras/os, y puede inscribirse en nuestro psiquismo de forma traumática. Frente a una mujer estamos comprometidas/os con su relato con nuestra historia personal. La escucha nos moviliza y cuestiona nuestro mundo interno y externo.

Asistir a la violencia puede ser nocivo, podemos sentirnos involucradas por identificación: pareja, familia, amistades...

Muchas veces negamos y minimizamos los síntomas. Parece que debemos ser profesionales por encima de todo, y no vemos el origen de nuestros síntomas.

Disociación Instrumental

Bleger 1977 plantea que es necesario **graduar el impacto**, dado que la inundación emocional puede generar mucha ansiedad.

Se trata de intervenir disociando una parte identificada con la víctima y otra observando desde fuera.

La neutralidad no existe en las relaciones humanas, y la identificación con la mujer está en la base de la comprensión del fenómeno. Nos moviliza todo contacto. Por ello hemos de estar en conexión con nuestro cuerpo, escucharnos y poner conciencia a lo que nos conmueve, estar alerta a que nos sucede, a los efectos, sentimientos, estrategias defensivas que desplegamos.

Efectos en profesionales Walker 1994

Define estos efectos en profesionales que trabajan con personas sometidas a violencia:

- Mayor empatía o identificación con el agresor
- Angustia porque ella no toma la mejor decisión
- Presionarles a decidir sin estar preparadas
- Sobrepreocupación por la seguridad de la mujer
- Persuadirle para que tome mi punto de vista
- Distanciarnos en la escucha
- Derivaciones precipitadas
- Tristeza por no ser un/a buen profesional
- Onnipotente pretensión salvadora
- Pérdida de la motivación laboral

Traumatización vicaria

Desgaste por empatía, estrés traumático secundario, burnout, es parte de la sintomatología que podemos desarrollar quienes trabajamos en la recuperación de personas que han estado expuestas a la violencia o situaciones altamente estresantes.

- Reexperimentación, si conectamos con algo no elaborado propio.
- Conductas evitativas, al asociar estímulo/trauma que pueden dar lugar a bloqueos o aislamiento.
- Hiperactivación, estado de alerta

Síndrome de Burnout

Es un proceso y es progresivo. Etapas:

1. Gasto de gran energía física y emocional
2. Fatiga
3. Enfermedad física. Sistema inmunológico
4. Síntomas emocionales. Frustración, aislamiento, pesimismo. Cuando la distancia emocional corre peligro podría desarrollar respuestas de negación.
5. Pérdida del funcionamiento que puede derivar en abandono de la tarea o búsqueda de ayuda.

**Son consecuencia de la tarea de intervención,
no de limitación profesional**

Síntomas que pueden aparecer

1. Bloqueo y confusión ante la dureza de un relato, me inunda como a ella.
2. Respuesta silenciadora, dirigiéndole hacia un relato menos invasivo para mí.
3. Identificación con el lugar de la víctima. Frustración por no salvarle, que se convierte en hostilidad, o identificación con la hostilidad de la víctima, usurpando su rencor.
4. Rechazo, eludir el dolor para el propio psiquismo. Al ataque que la mujer me dirige. etc
5. Frustración, impotencia, vulnerabilidad que puede dirigir hacia ellas.
6. Decepción, malestar, fracaso personal, por los abandonos.
7. Sobreimplicación, borra los límites profesional/mujer

AUTOUIDADOS

Ser conscientes de que la violencia daña y hiere. (Sastre 2012) Atención y cuidados a los equipos profesionales, buenos tratos, resolver discrepancias. Coordinación respetuosa. Deshacer los malentendidos. Escucharse, atenderse, generar espacios de complicidad. Compartir. ↓

Equilibrio entre lo físico y lo emocional. Deporte, meditación, Yoga, trabajo personal, formación, supervisión.

Tratar de no contaminar las redes personales con la temática. (posibles respuestas inadecuadas)

Aprender a pedir ayuda y delegar. Conectar con nuestros prejuicios. Formarnos: son redes de apoyo

Un elevado porcentaje de víctimas de violencia presentan un perfil psicopatológico caracterizado por el estrés crónico, estrés postraumático (TEPT) y por otras alteraciones clínicas (depresión, ansiedad, síntomas depresivos, tendencias suicidas, baja autoestima, sentimientos de culpa, etc.).

Por todo lo expuesto es importante desarrollar una teoría que explique los efectos que produce en la mente de las personas el ser víctima de violencia de género. Ser víctima de violencia de género de alta o baja intensidad durante periodos prolongados, produce daños tanto biológicos como psicológicos.

Para investigar los efectos de la violencia en la mente de las mujeres hemos elaborado un instrumento: Cuestionario A.R.I (2013 Carmina Serrano Hernandez) y en el que trabajamos ATG **Asociación Terapia y Género** terapiaygenero.com

Autoafirmación/Empoderamiento

Sentirme legitimada para vivir mi vida conociendo otras subjetividades.

Poder social vs. Amor

Evaluación/Valoración

Habilidad para juzgar de forma justa y equilibrada la valía de las **DEMÁS** personas y de **SI**

Asertividad

Comunicarse de forma madura

Mentalización

Representaciones mentales de la realidad

Regulación Emocional

Habilidad para modular los estados de ánimo propios, tanto los positivos como los negativos.

Regulación fisiológica, procesamiento sensomotriz y emocional de la información, sistema motivacionales: apego, defensivo, sexual...

1.Apego 2.Auto-heteroconservación 3.Narcisismo 4.Sexualidad 5.Regulación psicobiológica

Claves para la interpretación



ÁMBITOS

Familia de Origen	Relación Consigo	Pareja y familia Construida
Hace referencia a las experiencias vividas en la infancia con tu familia.	Se refiere a la relación que cada persona mantiene consigo misma (cómo se trata, cómo se valora, cómo se regula emocionalmente, si se entiende, si es capaz de defender sus opiniones).	Son las dinámicas relacionales (formas de relación) construidas y sostenidas con la pareja e hijos/as, en el caso de que los hubiere.

COMPETENCIAS IGUALITARIAS INVESTIGADAS

REGULACIÓN EMOCIONAL	AUTOAFIRMACIÓN Y/O EMPODERAMIENTO	ASERTIVIDAD	EVALUACIÓN/ VALORACIÓN	MENTALIZACIÓN
Es la capacidad de modular y regular los diferentes estados de ánimo, tanto los positivos como los negativos.	Es la capacidad de ser y actuar desde los propios deseos y necesidades.	Es la habilidad para comunicar y defender nuestras opiniones, deseos, etc. de forma equilibrada, sin agredir y sin someterse a los deseos de los demás.	Es la habilidad para evaluar a los demás y a una/o misma/o de forma justa. La autoestima forma parte de esta competencia.	Es la habilidad para entender que las opiniones y creencias de las personas están condicionadas por las emociones, intenciones, deseos y necesidades.

INDICADOR DE LOGRO: Cada pregunta hace referencia a una conducta observable y medible que nos indica el nivel de habilidad alcanzado en ese aspecto concreto.



ARI: TABLA DE RESULTADOS

Genero:
 Edad:
 Hijos/as:
 Profesión:
 Nivel formativo:
 Pareja: Si /NO

		COMPETENCIAS					
		REGULACIÓN EMOCIONAL	AUTOAFIRMACIÓN	ASERTIVIDAD	VALORACIÓN	MENTALIZACIÓN	
ÁMBITOS	Familia de Origen						
	Relación Consigo						
	Pareja y Familia Construida						
Nivel formativo 1.Universitario 2.Diplomatura-FP2 3.BachillerFP1 4.Estudios Básicos 5. Sin Estudios							

ARI: Instrumento de evaluación creado por la Doctora Carmina Serrano Hernandez Mariangeles Alvarez García Tabla de elaboración propia

1. Entrevista Estructurada de Violencia
2. VAD'is Indicadores Ansioso-Depresivos en Violencia (2014)
3. EAR, Rosenberg, 1989 (Escala de Autoestima de Rosenberg)
4. Escala de Predicción del riesgo de violencia grave contra la pareja. Revisada, (EPV-R)
5. Autoconcepto: identificación de estados agradables y desagradables. 4 fotografías
6. El Ciclo de la violencia
7. Analizando incidentes de tensión y violencia
8. Micromachismos
9. Mitos que han intentado explicar la violencia de género en la pareja
10. Línea de vida

BIBLIOGRAFÍA

- Identificando la violencia de Género en las relaciones de pareja. Carmen Serrano Hernández. 2018
- Desvelar la violencia: una intervención para la prevención y el cambio. Inmaculada Romero *Papeles del Psicólogo/a*, 2004. no 88, pp. 29-35
- Guía de Intervención en Casos de Violencia de Género. Inmaculada Romero Sabater Coord. 2015
- El cuerpo lleva la cuenta. Bessel van der Kolk, M. D. 2015
- Psicoterapia Sensoriomotriz. Intervenciones par el trauma y el apego. Pat Ogden y Janina Fisher. 2016
- Sanar el trauma. Peter A. Levine. 2008
- Manual de Psicoterapia de la relación padres e hijos. Emilce Dio Bleichmar. 2005
- Detrás de la Pared. Sofia Czalbowski coord. 2015
- Lorente Acosta, Miguel (2006) El rompecabezas
- Atención Psicológica a Víctimas de Violencia de Género. Evaluación, Intervención terapéutica y Herramientas. Mariangeles Álvarez García. FOCAD 2016
<https://mariangelesalvarez.files.wordpress.com/2016/04/atenciocc81n-psicolocc81gica-a-victimas-de-violencia-machista.pdf>
- Bonino, L. (2008). Micromachismos, el poder masculino en la pareja “moderna”. En J.A. Lozoya y J.C. Bedoya. (Eds.) Voces de hombres por la igualdad.
<http://vocesdehombres.files.wordpress.com/2008/07/micromachismos-el-poder-masculino-en-la-pareja-moderna.pdf>
- Intervención con mujeres que han sufrido malos tratos por parte de sus parejas, desde el marco de la terapia psicoanalítica relacional. Marcela Lockett
https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V2N1_2008/16_MMarcela_Lockett_Malos%20tratos_CeIRV2N1.pdf