



UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Trabajo de Graduación: “Plan Terapéutico Cognitivo Conductual Aplicado En Una
Mujer Maltratada”

Directora: Dra. Martha Cobos

Realizado por:
Rosana González Maldonado
Mayo del 2010

Agradecimiento

Esta es la oportunidad perfecta para agradecer a mis queridos padres, quienes con su apoyo incansable en cada decisión profesional que he tomado, me enseñaron que una persona es capaz de trazarse metas, cumplir sus sueños y realizar sus objetivos de vida siendo honestos y sinceros consigo mismo.

Agradezco por igual a mis profesores por su incansable dedicación para formar mejores profesionales éticos y honestos, así como por abrirnos las puertas necesarias para experimentar aventuras profesionales que nunca serán olvidadas.

Dedicatoria.

Este trabajo de grado se lo dedico a mi querido sobrino José Andrés; quien con su tenacidad y lucha por la vida ha creado en mí una forma diferente de ver la realidad y de enfrentar las contingencias que en ella se presentan, sin desfallecer, encontrando lo mejor en las personas y aprendiendo que el amor de la familia es lo más sagrado que el ser humano puede experimentar.

Índice:

| | |
|---|-----|
| Agradecimiento..... | II |
| Dedicatoria..... | III |
| Índice de contenidos..... | IV |
| Resume..... | V |
| Abstract..... | VI |
| Capítulo I | |
| 1. Introducción... .. | 1 |
| 1.1 Maltrato..... | 1 |
| 1.2 Tipos de maltrato..... | 2 |
| 1.3 Características de los diferentes tipos de maltrato..... | 2 |
| 1.4 Círculo de violencia..... | 5 |
| 1.4 Dependencia Emocional..... | 7 |
| 1.5 Trastorno de la personalidad por dependencia..... | 9 |
| 1.6 Distorsiones Cognitivas..... | 14 |
| 1.7 Terapia Cognitiva Conductual..... | 18 |
| Capítulo II | |
| 2. Diagnóstico..... | 22 |
| 2.1 Cómo evaluar que una mujer sufre maltrato y generar diferentes diagnósticos..... | 22 |
| Capítulo III | |
| 3. Estrategias y Recursos..... | 30 |
| 3.1 Terapia Cognitivo Conductual para flexibilizar distorsiones cognitivas en una mujer maltratada..... | 31 |
| 3.2 Técnicas Cognitivas..... | 32 |
| 3.3 Técnicas Conductuales..... | 35 |

Capítulo IV

| | |
|--------------------------|----|
| 4. Plan de Acción..... | 39 |
| 4.1 Sesión 1..... | 40 |
| 4.2 Sesión 2..... | 41 |
| 4.3 Sesión 3..... | 42 |
| 4.4 Sesión 4..... | 44 |
| 4.5 Sesión 5-6-7..... | 44 |
| 4.6 Sesión 8-9..... | 47 |
| 4.7 Sesión 10-11 | 48 |
| 4.8 Sesión 12-13..... | 49 |
| 4.9 Sesión 14-15-16..... | 49 |
| 4.10 Sesión 17..... | 51 |
| 4.11 Sesión 18-19..... | 51 |
| 4.12 Sesión 20..... | 51 |
| Conclusiones..... | 53 |
| Bibliografía..... | 54 |

Resumen:

En este trabajo de graduación revisaremos la evaluación y tratamiento psicológico con una mujer maltratada por su pareja y el impacto psicológico de dicha violencia, que ha generado una relación de dependencia total.

El tratamiento que se plantea tiene como objetivo aumentar la seguridad de la mujer flexibilizando sus distorsiones cognitivas para que logre salir del círculo de violencia en el que vive; así como ayudarle a recuperar el control de su vida; y remediar el impacto psicológico del abuso aumentando su autoestima, confianza en sí mismas, el control de su vida y reduciendo síntomas claros de depresión y ansiedad a la posibilidad de abandono.

ABSTRACT

This graduation projects reviews the psychological evaluation and treatment of a woman abused by her partner and the psychological impact of this violence, which has generated a total dependence relationship.

The objective of the proposed treatment aims to increase the woman's security by bending her cognitive distortions to allow her to leave the cycle of abuse in which she lives. It also tries to help her take control of her life and heal the psychological impact, thus boosting her self-esteem, self-confidence, and control of her life and reducing the obvious symptoms of depression and anxiety when facing the possibility of being abandoned.



A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping letters that appear to be 'M', 'A', and 'R'.

CAPÍTULO I

Introducción

Para comenzar, es importante tener el conocimiento teórico necesario a cerca de ciertas características presentes en la paciente para tener una visión global sobre su estado tanto psicológico como emocional. Con ello se podrá emplear la terminología necesaria para el futuro abordaje del caso.

En este capítulo encontraremos información referente al maltrato doméstico, siendo la paciente, una víctima de estas experiencias. También se definirán los tipos de maltratos que existen para hacer una comparación con las vivencias de la paciente, y así definir el círculo de violencia. Como consecuencia de las experiencias de maltrato; el estado emocional y la personalidad se ve afectadas en el individuo que las sufre, y es por ello que se hablará sobre la dependencia emocional y el trastorno de personalidad por dependencia; en las que existen diferentes distorsiones cognitivas que se analizarán por igual.

Por último, se expondrá la teoría de la corriente psicológica que se utilizará para el futuro tratamiento, que en este caso es la corriente cognitiva-conductual, explicándose su reseña histórica, las aplicaciones actuales y su objetivo de tratamiento.

Maltrato.

Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (www.mies.gov.ec, 2008), el maltrato se entiende por toda conducta de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o

adolescente, y adultos de ambos géneros por parte de cualquier persona, incluidos sus progenitores u otros parientes, educadores, personas a cargo de su cuidado o parejas.

Tipos de maltrato.

El maltrato se puede generar en cualquier área de la vida del ser humano, ya que ciertas acciones que son consideradas como normales, son algún tipo de maltrato. No se puede evidenciar la existencia de maltrato si no se conoce cómo es, y es por ello que diferenciamos sus tipos; conociendo así el maltrato físico, abandono físico, abuso sexual, maltrato emocional, abandono emocional, maltrato psicológico, síndrome de Münchhausen por poderes y el maltrato institucional.

Características de los diferentes tipos de maltrato.

1. El maltrato físico, según Espasa-Calpe, (2002, p. 52) es “la acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad a otra persona, o que le coloca en grave riesgo de padecerlo como consecuencia de alguna negligencia intencionada. Es cualquier conducta que lleve al uso de la fuerza produciendo una lesión física en el cuerpo de la víctima, con o sin señales visibles del maltrato que pueden ser de varias clases como por ejemplo lesión o moretones de empujones, puñetazos, forcejeo y patadas, quemaduras en el cuerpo, roturas de huesos, y lesiones en los órganos internos que en ocasiones producen la muerte”.

2. Abandono físico: situación en que las necesidades físicas básicas del menor; como alimentación, higiene, seguridad, atención médica, vestido, educación, vigilancia,

no son atendidas adecuadamente por ningún adulto del grupo que convive con él. (Espasa-Calpe, 2002. p. 53)

3. El abuso sexual tanto en niños como en adultos es otro tipo de maltrato, pues se violan los derechos de cada individuo yendo en contra de su voluntad.

No es necesario que exista un contacto físico como penetración o tocamientos para considerar que existe abuso sino que puede utilizarse a otra persona como objeto de estimulación sexual, se incluye aquí el incesto, la violación, la vejación sexual, entendido por Hirigoyen (2006. p. 105) como el tocamiento o manoseo a un niño con o sin ropa, alentar, forzar o permitir a un niño que toque de manera inapropiada al adulto y al igual existe el abuso sexual sin contacto físico entendido como seducción verbal, propuestas indecente, realización del acto sexual en presencia de un menor, masturbación en presencia de un niño, pornografía que ha sido expuesta a un niño.

4. El maltrato emocional para Espasa-Calpe (2002, p. 55) puede ser impartido por los padres, madres, cuidadores o parejas; manifestándose en conductas que reflejan un rechazo de los gestos de cariño; hay desaprobación de iniciativas del individuo.... Son insultos, se hacen comentarios humillantes y burlescos para denigrar a la otra persona, hay conductas de desprecio y críticas constantes que generan un deterioro en el autoestima de la persona. Por igual, existen amenazas cuyo objetivo final es atemorizar a la víctima, creando una sensación de constante inseguridad y minusvalía.

Dentro de este tipo de maltrato, encontramos ciertas acciones que son consideradas dañinas en las personas; ya que limitan o dan una mala imagen a imitar posteriormente. Es por ello que el aislamiento y la sobreprotección son considerados

como acciones maltratantes que repercuten en las emociones de los sujetos que lo experimentan; ya que alejando a la persona de su familia, o de experimentar vivencias sociales acordes a su edad solo logran privar al individuo de un desarrollo normal y sano. (Echeburúa, Manuel; Corral, Paz. 2006. p. 4)

Otra forma de maltrato emocional que en muchas ocasiones pasa desapercibido en todos los estatus sociales, es someter a un niño a presenciar y aprender estímulos de corrupción o violencia constante, ya que se refuerzan conductas antisociales, que en lo posterior solo generará una mala integración del individuo a la sociedad. (Echeburúa; De Corral, 2006. p. 6)

5. El abandono emocional se da cuando el individuo no recibe el afecto, la estimulación, el apoyo y protección necesarios en cada estadio de su evolución. (Espasa-Calpe, 2002. p. 54)

6. El maltrato psicológico hace referencia a conductas que atentan contra la integridad psíquica y emocional de la persona...Son manifestaciones de este tipo: la humillación, los insultos, la exigencia a la obediencia, los gritos, el aislamiento social, la culpabilización, el rechazo, el chantaje emocional y todas aquellas que tengan como objeto menguar el autoestima. (Echeburúa; Corral, 2006. p. 2)

7. El Síndrome de Münchhausen por poderes consiste en que el padre, madre o cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto". (Varela, 2002, p. 98)

8. El maltrato institucional; según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (www.mies.gov.ec 2008), se entiende por malos tratos institucionales cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia.

Círculo de violencia.

Una vez que la violencia se mantiene en la pareja se da un ciclo que la sostiene, que involucra a ambos y que comprende 5 fases. (CEDEAL, Centro Ecuatoriano de Desarrollo y Estudios Alternativos, 2010)

Fase 1. Aparente calma

Aunque exista en apariencia una “calma” se da una serie de conductas donde la mujer se siente atemorizada, con la angustia de que su pareja se vuelva a enojar.

Fase 2. Acumulación de tensión.

La tensión es el resultado del aumento de conflictos en la pareja. El agresor es hostil, aunque aún no lo demuestra con violencia física, y la víctima trata de calmar la situación y evita hacer aquello que cree que disgusta a su pareja, pensando que puede evitar la futura agresión. Esta fase se puede dilatar durante varios años.

Fase 3. Explosión violenta.

Es el resultado de la tensión acumulada en la fase 1. Poco a poco las peleas y roces aumentan, se pierde la comunicación, la tensión aumenta y es tan insoportable

que surge el episodio violento. El agresor ejerce la violencia en su sentido amplio, a través de agresiones verbales, psicológicas, físicas y/o sexuales. En esta fase es cuando se suelen denunciar las agresiones o se solicita ayuda, ya que se produce en la víctima lo que se conoce como “crisis emergente”.

Fase 4. Arrepentimiento.

Durante esta etapa la tensión y la violencia desaparecen y el hombre se muestra arrepentido por lo que ha hecho, colmando a la víctima de promesas de cambio. A menudo la víctima concede al agresor otra oportunidad, creyendo firmemente en sus promesas. Esta fase hace más difícil que la mujer trate de poner fin a su situación ya que, incluso sabiendo que las agresiones pueden repetirse, en este momento ve la mejor cara de su agresor, lo que alimenta su esperanza de que ella le puede cambiar.

Fase 5. Reconciliación

Esta fase se ha venido a llamar también de “luna de miel”, porque el hombre se muestra amable y cariñoso, aparentando el regreso a la relación de afectividad. La agredida, que generalmente ama a su pareja, quiere creer en todas las promesas de cambio y así se vuelven a reconciliar pasando por un tiempo de enamoramiento y atenciones, muy rico para los dos. En este período se llevan mejor, pero lentamente al volver a relacionarse como es su costumbre, comienza nuevamente los roces, las peleas y la tensión vuelven a aumentar, para llegar nuevamente a un episodio violento y otra luna de miel, y así nuevamente. Esta etapa del ciclo de la violencia es lo que mantiene a ambos integrantes de la pareja en la relación, esperando los espacios de “luna de miel”. El ciclo se repetirá varias veces y, poco a poco, la luna de miel se irá haciendo más corta y las agresiones cada vez más violentas.

Dependencia Emocional.

Según estudios expuestos en el I Congreso Virtual de Psiquiatría por Castelló (2000), la dependencia emocional se define como un patrón crónico de demandas afectivas frustradas, que buscan desesperadamente satisfacerse mediante relaciones interpersonales estrechas. No obstante, esta búsqueda está destinada al fracaso, o, en el mejor de los casos, al logro de un equilibrio precario.

Para Beck y Otros (1995, p. 85), las personas dependientes emocionalmente se caracterizan por sentir miedo a la libertad actuando de manera sumisa, con falta de confianza, tienen dificultad en la toma de decisiones, inhabilidad para expresar desacuerdo y por un temor extremo al abandono, la soledad y la separación. Estas personas se ven a sí mismo desvalidos, y por lo tanto tratan de unirse a alguna figura más fuerte que les proporcione recurso para la supervivencia y la felicidad, creando una historia de relaciones de pareja gravemente desequilibradas o una única relación que por su duración ha ocupado la mayor parte de la vida adulta del sujeto.

La dependencia emocional afecta a varias áreas de la vida de una persona, como en el tipo de relaciones interpersonales que llevan, ya que un dependiente emocional puede tener pautas similares de interacción con un amigo y con su pareja, pero la intensidad de sentimientos, pensamientos y comportamiento será menor en el segundo caso.

En el trabajo de Schaeffer sobre los adictos al amor (citado por Castelló en el I Congreso Virtual de Psiquiatría, 2000), se entiende que la dinámica de las relaciones

interpersonales, especialmente de pareja, de los dependientes emocionales es muy compleja, puesto que éstas personas precisan tener pareja, y cuando la tienen se ilusionan exageradamente, tendiendo a disponer de la presencia constante de la otra persona llegando a tener una relaciones exclusivas y absorbentes, pues se demanda atención y tiempo compartido exagerado.

Es por ellos que Castelló (I Congreso Virtual de Psiquiatría. 2000) identifica ciertas características claves en el comportamiento de un dependiente; tales como, mientras mayor sea el vínculo hay necesidades más fuertes, llevando a la persona a depender de tal manera que necesita la aprobación del otro; creándose una continua y progresiva degradación de su autoestima que la encamina a complacer a su pareja en todo, sin importar que haya carencia en el intercambio recíproco de afecto que normalmente se da en un relación saludable, pero esta persona dependiente no necesita recibir afecto siempre y cuando sirva para preservar la relación, ya que una ruptura sería un trauma que no podría superar con facilidad. Pero llegado el caso si iniciará la búsqueda ansiosa por una nueva pareja o amistad formándose una cadena interminable, que con el tiempo será incontenible ya que su baja autoestima y exagerada necesidad de agradar hará que la persona dependiente no logre medirse en cuanto a su apego generándose una falta de empatía con las personas que tarde o temprano se alejarán.

Para Castelló (I Congreso Virtual de Psiquiatría. 2000), la segunda área que se ve afectada por la dependencia emocional es el autoestima, que es bastante pobre puesto que estos individuos no han recibido cariño constantes de sus personas significativas; que pueden ser padres, abuelos, cuidadores, parejas, habituándolos a percibir este

hecho como algo natural e innecesario de recibir en la edad adulta, dejando como resultado necesidades emocionales crónicamente insatisfechas. Esta situación conlleva a que el estado de ánimo se vea afectado, permaneciendo disfórico, con tendencias a sufrir preocupaciones, por lo general, basadas en una separación temida (ansiedad de separación) o a sentimientos de desvalimiento emocional y vacío.

Cambia también el autoconcepto, que se vuelve negativo, con una autoimagen de perdedor que minimiza o ignora lo positivo de ellos mismos y de sus vidas.

Las comorbilidades más frecuentes de la dependencia emocional se producen con trastornos depresivos y por ansiedad, y en menor medida con trastornos de la personalidad, o relacionados con sustancias. (Castelló, I Congreso Virtual de Psiquiatría. 2000)

Trastorno de la personalidad por dependencia.

Todo ser humano necesita sentir apoyo y sustento en otros. Si bien apoyarse en alguna medida en los otros es sin duda adaptativo para los individuos, una dependencia excesiva resulta muy problemática, y el grado extremo de dependencia ha sido definida en primera instancia, en el DSM-III (APA, 1980) como "trastorno de la personalidad por dependencia" (TPD). (Beck, 1998)

Toro y Yepes (2004, p. 279) describen en su libro que: ...el manual diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales, en una cuarta edición (DSM-IV) define así los trastornos de personalidad: "...los rasgos de personalidad son patrones duraderos de percibir, relacionarse con, y pensar acerca del medio que nos rodea y de uno mismo, y

se manifiesta dentro de un amplio espectro de importantes contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad constituyen trastornos de personalidad solamente cuando son inflexibles y mal adaptados y causan, o un menoscabo funcional significativo, o angustia subjetiva.

Las manifestaciones de los trastorno de la personalidad aparecen generalmente en la adolescencia o en edades más tempranas y persisten a través de la mayor parte de la vida adulta, aunque a menudo se vuelen menos obvias en la edad media o en la ancianidad...”, “...el diagnóstico de trastorno de personalidad solo debe hacerse cuando los rasgos característicos son típicos del funcionamiento del individuo a largo término y no están limitados a episodios temporales de enfermedad...”

La característica esencial del trastorno de la personalidad por dependencia es una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión, apego y temores de separación. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. (DSM-IV) Los comportamientos dependientes y sumisos dan como resultado provocar atenciones especiales, provocado la idea de incapacidad de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás.

Los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia tienen grandes dificultades para tomar las decisiones cotidianas simples, como el restaurante al que irán, o si llevará suéter para salir; si no cuentan con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás (Criterio 1). (DSM-IV, 1995). Estos individuos tienden a ser pasivos y a permitir que otra persona tome las iniciativas y asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida (Criterio 2), (DSM-IV, 1995). Es

típico que los adultos con este trastorno dependan de un progenitor o del cónyuge para decidir dónde deben vivir, qué tipo de trabajo han de tener y de quién tienen que ser amigos. Los adolescentes con este trastorno permitirán que sus padres decidan qué ropa ponerse, con quién tienen que ir, cómo tienen que emplear su tiempo libre y a qué escuela o colegio han de ir. Esta necesidad de que los demás asuman las responsabilidades va más allá de lo que es apropiado para la edad o para la situación en cuanto a pedir ayuda a los demás, ya que en ocasiones los niños no pueden tomar decisiones específicas, o en el caso de las personas mayores y los minusválidos que necesariamente deben ser dependientes de otros ya que no pueden valerse por sí solos.

El trastorno de la personalidad por dependencia puede darse en un sujeto con una enfermedad médica o una incapacidad grave, pero en estos casos la dificultad para asumir responsabilidades debe ir más lejos de lo que normalmente se asocia a esa enfermedad o incapacidad.

Los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia suelen tener dificultades para expresar el desacuerdo con los demás, sobre todo con aquellos de quienes dependen, porque tienen miedo de perder su apoyo o su aprobación (Criterio 3), (DSM-IV, 1995). Estos sujetos se sienten tan incapaces de funcionar solos, que se mostrarán de acuerdo con cosas que piensan que son erróneas antes de arriesgarse a perder la ayuda de aquellos de quienes esperan que les dirijan. No muestran el enfado que sería apropiado con aquellos cuyo apoyo y protección necesitan por temor a contrariarles.

El comportamiento no se debe considerar indicador de trastorno de la personalidad por dependencia si las preocupaciones por las consecuencias de expresar el desacuerdo son realistas o atentan sobre su bienestar.

A los sujetos con este trastorno les es difícil iniciar proyectos o hacer las cosas con independencia (Criterio 4), (DSM-IV, 1995). Les falta confianza en sí mismos y creen que necesitan ayuda para empezar y llevar a cabo las tareas. Esperarán a que los demás empiecen a hacer las cosas, porque piensan que, por regla general, lo hacen mejor que ellos. Estas personas están convencidas de que son incapaces de funcionar de forma independiente, se ven a sí mismos como ineptos y necesitados de ayuda constante. Sin embargo, pueden funcionar adecuadamente si se les da la seguridad de que alguien más les está supervisando y les aprueba. Pueden tener miedo a hacerse o a parecer más competentes, ya que piensan que esto va a dar lugar a que les abandonen. Puesto que confían en los demás para solucionar sus problemas, frecuentemente no aprenden las habilidades necesarias para la vida independiente, lo que perpetúa la dependencia.

Los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia pueden ir demasiado lejos llevados por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de realizar tareas desagradables si estos comportamientos les van a proporcionar los cuidados que necesitan (Criterio 5), (DSM-IV, 1995). Están dispuestos a someterse a lo que los demás quieran, aunque las demandas sean irrazonables. Su necesidad de mantener unos vínculos importantes suele comportar unas relaciones desequilibradas y distorsionadas. Pueden hacer sacrificios extraordinarios o tolerar malos tratos verbales, físicos o sexuales.

Los sujetos con este trastorno se sienten incómodos o desamparados cuando están solos debido a sus temores exagerados a ser incapaces de cuidar de sí mismos (Criterio 6), (DSM-IV, 1995). Pueden ir pegados a otros únicamente para evitar estar solos, aun cuando no estén interesados o involucrados en lo que está sucediendo.

Cuando termina una relación importante; como un romance o separación de algún cuidador, los individuos con trastorno de la personalidad por dependencia buscan urgentemente otra relación que les proporcione el cuidado y el apoyo que necesitan (Criterio 7), (DSM-IV, 1995). Su creencia de que son incapaces de funcionar en ausencia de una relación estrecha con alguien motiva el que estos sujetos acaben rápidamente ligados a otra persona.

Los sujetos con este trastorno suelen estar preocupados por el miedo a que les abandonen y tengan que cuidar de sí mismos (Criterio 8), (DSM-IV, 1995). Se ven a sí mismos tan dependientes del consejo y la ayuda de otra persona importante, que les preocupa ser abandonados por dicha persona aunque no haya fundamento lógico alguno que justifique esos temores.

En conclusión, los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia se caracterizan por el pesimismo y la inseguridad en sí mismos, tienden a minimizar sus capacidades y sus valores y pueden referirse constantemente a sí mismos como estúpidos. Toman las críticas y la desaprobación como pruebas de su inutilidad y pierden la fe en sí mismos. Buscan la sobreprotección y ser dominados por los demás. La actividad laboral puede estar deteriorada si se requiere una iniciativa independiente.

Evitan las posiciones de responsabilidad y experimentan ansiedad al enfrentarse a las decisiones a tomar. Las relaciones sociales tienden a limitarse a las pocas personas

de quienes el sujeto es dependiente. Puede haber un riesgo elevado de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos.

Distorsiones Cognitivas.

Las distorsiones cognitivas son aquellas formas erróneas de procesar y comprender la información que proviene del medio y que generalmente dan lugar a estados emocionales poco placenteros, ya que los esquemas de pensamiento tienen por lo general un contenido negativista o confunde la realidad dando como resultado estresares mayores.

Existen varios tipos de distorsiones cognitivas, entre las que constan: (Ruiz, Juan José; Imbernon, Juan José; 1996)

1. Filtraje o Abstracción selectiva: Valorar una situación global de manera negativa por determinados hechos particulares, como si toda la situación fuera solo ese hecho.

“No soporto que...” / “No aguanto que...”, “Insoportable”

2. Pensamiento Polarizado: Clasificar las cosas en términos extremos y opuestos

“Bueno frente a Malo”, “Útil frente a Inútil”, “Correcto frente a incorrecto” etc.

3. Sobregeneralización: Sacar conclusiones generales de hechos particulares

“Todo”, “Nadie”, “Nunca”, “Siempre”, “Todos”, “Ninguno”.

4. Interpretación del pensamiento: Suponer las razones o intenciones de las otras personas sin prueba alguna

Eso lo dice por...”, “Eso se debe a...”

5. Visión Catastrofista: Ponerse en la posibilidad de que ocurrirá lo peor

“Y si sucede tal cosa”

6. Personalización: Tendencia a relacionar lo que sucede a nuestro alrededor como relacionado con nosotros, que a veces también nos hace compararnos con otros

Eso lo dice por mí”, “Yo soy más..../menos... tal... que...”

7. Falacia de control: Creer de manera extrema que uno tiene todo el control o responsabilidad de las cosas o bien que uno está controlado totalmente por las circunstancias y no puede hacer nada

“No puedo hacer nada por...”, “Yo soy responsable de todo lo que....”

8. Falacia de justicia: Creer que todo lo que ocurre debe de hacerlo de determinada manera y que si no es así es injusto

“No hay derecho a...”, “Es injusto que...”

9. Falacia de cambio: Creer que en un problema con otra persona o circunstancia no podemos hacer nada, a menos que cambie primero esa persona o circunstancia

“Si tal cosa cambiara entonces yo podría...”

10. Etiquetas globales: Ver a los demás o a nosotros mismos con criterios generales de ser de una determinada manera, ignorando otros aspectos

“Soy un...”, “Es un...”, “Son unos...”

11. Culpabilidad: Echarnos toda la responsabilidad de las acciones viéndonos como personas viles e indignas, o bien haciendo lo mismo con otros

“Por mi culpa.....”, “Por su culpa.....”, “Culpa de.....”

12. Deberías: Mantener reglas rígidas sobre cómo tiene que suceder las cosas de manera exigente

“Debo de...”, “No debo de...”, “Tengo que...”, “No tengo que...”
 “Debe de.....”, “No debe de...”, etc.

13. Tener razón: No considerar que cada persona tiene puntos de vistas distintos y tratar de luchar por imponer el propio criterio

“Llevo la razón”, “Sé que estoy en lo cierto”

14. Falacia de recompensa divina: Esperar que los problemas cambien por sí solo, esperando que las cosas mejoren en el futuro, sin buscar soluciones en el presente

“El día de mañana, esto cambiará”, “El día de mañana tendré mi recompensa”

15. Razonamiento emocional: Considerar que si uno se siente de un modo determinado entonces es verdad que tiene que haber un motivo real para sentirse así

“Si me siento así entonces es cierto que...”

El individuo con trastorno de personalidad por dependencia tiende a tener creencias básicas como "No puedo sobrevivir sin alguien que se haga cargo de mí", "Soy inadecuado para manejarme en la vida por mí mismo", "Si mi esposo (padre, etcétera) me deja, me desmoronaré", "Si fuera más independiente, estaría aislado y solo", "La independencia significa vivir completamente por sí mismo". La principal distorsión cognitiva del trastorno de personalidad por dependencia es el pensamiento dicotómico con respecto a la independencia. Estos individuos creen que uno es completamente desvalido y dependiente, o es completamente "independiente y está solo, sin ninguna gradación intermedia. También presentan un pensamiento dicotómico respecto de sus aptitudes: hacen las cosas bien, o están totalmente mal. Desde luego, como no se consideran capaces de funcionar de modo adecuado, por lo general llegan a la conclusión de que son incapaces, un fracaso total. También tienden a presentar la distorsión cognitiva del "catastrofismo", sobre todo cuando se trata de la pérdida de una relación. Se preocupan mucho más de lo normal por lo triste y difícil que sería vivir sin esa relación; creen que perderla representaría un desastre total y determinaría el hundimiento total y permanente de su persona. Las creencias básicas y las distorsiones cognitivas del trastorno de personalidad por dependencia conducen a pensamientos automáticos tales como "No puedo", "Nunca seré capaz de hacer eso" y "Soy demasiado estúpido y débil". Cuando a estos pacientes se les pide que hagan algo, tienen también pensamientos del tipo "Oh, mi esposo puede hacer esto mucho mejor que yo" y "Estoy seguro de

que en realidad no esperan realmente que yo sea capaz de hacer esto". (Beck, T. Aaron; Freeman, Arthur; Otros. 1995. p. 414)

Terapia Cognitiva Conductual.

El conductismo y los procedimientos de terapia conductual dominaron el pensamiento y la práctica de la psicología clínica a parte de la década de 1930 cuando Watson y Skinner desarrollaron sus teorías conductuales, hasta inicios de la década de 1970. En 1974 se da la revolución cognitiva, ya que la psicología prestó más atención a los procesos cognitivos y hubo una insatisfacción en el modelo simple de aprendizaje estímulo-respuesta del conductismo.

Bandura en 1969, es el pionero en incorporar factores cognitivos en tratamientos conductuales, basándose en el aprendizaje o moldeamiento por observación para la comprensión del desarrollo de algunas formas de ansiedad y tratamiento de problemas.

Bandura sugiere que el cambio conductual puede ser mediado por cogniciones, desarrollando así una de las primeras formas de terapia cognitivo-conductual (Compas, Gotlib, 2007, p. 388)

En 1977 Albert Ellis y Aaron Beck perfeccionaron su modelo de terapias para trastornos emocionales que no solo incluían un fuerte componente cognitivo sino que resaltaba las cogniciones disfuncionales o patrones problemáticos, como causa directa del malestar psicológico que afectaba a las conductas y al estado de ánimo, que con sus intervenciones terapéuticas se podría cambiar la forma de pensar de la gente para mejorar su funcionamiento emocional y conductual.

El mayor énfasis en la cognición en esta teoría dio lugar a que fueran conocidas no como terapia cognitiva-conductual, sino simplemente como terapia cognitiva.

Tanto Beck como Ellis desarrollaron sus propias teorías sobre esta corriente; siendo Ellis, en 1962, quien formuló la teoría A-B-C de la conducta disfuncional; argumentando que los acontecimientos estresantes de la vida, conocidos como eventos activadores (A), no causaban psicopatología o consecuencias emocionales (C) como depresión, ansiedad.

Ellis afirma que son las creencias irracionales (B), o interpretaciones poco realistas de las personas acerca de los acontecimientos en sus vidas lo que las lleva a deprimirse o ser ansiosas.

Se fundamenta en la creencia de que cuando una persona experimenta un acontecimiento negativo o desagradable tiene creencias lógicas y racionales acerca de ese hecho; sin embargo, también se involucra automáticamente una serie de creencias irracionales o disfuncionales identificables por sus características.

Para Ellis, una vez que el paciente identifica sus distorsiones cognitivas se agrega una D y una E a su teoría; siendo la D el paso para cuestionar las creencias irracionales y a sustituirlas con otras más racionales y adaptadas. Luego de ello, se pide al paciente que evalúe los efectos (E) de cuestionar sus creencias irracionales, viéndose así las reducciones de las consecuencias emocionales negativas.

Por otra parte, Beck (1967) formuló su teoría guiándose en su experiencia clínica con pacientes deprimidos, observando que en ellos había una cantidad elevada de contenido negativo inconsciente que los llevaba a plantearse pensamientos negativos

con los que interpretan todas sus experiencias, dando como resultado emociones poco placenteras o problemas de tipo psicopatológico. (Compas, Gotlib, 2007, p. 391)

A partir de estas ideas antes mencionada por Beck, se logra estructurar una descripción detallada de la terapia cognitiva en conjunto con otros autores como Rush, Shaw y Emery (1979) que dice:

“La terapia cognitiva es un enfoque estructurado, activo, directivo y a tiempo limitado que se utiliza para tratar una variedad de trastornos psiquiátricos... se basa en la lógica de que la conducta y el afecto determinan en buena parte la estructura del mundo de un individuo... sus cogniciones se basan en actitudes y suposiciones desarrolladas a partir de las experiencias previas”. (Compas, Gotlib, 2007. p. 392)

Las características más notorias de este modelo de tratamiento son: (Obst Camerini, Julio. 2002)

- Se trabaja en el presente, en el "aquí y ahora".
- Se va directamente a la resolución del problema, a la forma de lograr los resultados deseados.
- En la gran mayoría de los casos no es necesario investigar el pasado ni los orígenes para lograr los resultados.
- Paciente y terapeuta hablan, se comunican y colaboran activamente y por igual en el proceso.
- El proceso incluye tareas de auto-ayuda a realizar entre sesiones.
- Si el paciente realiza las actividades acordadas entre las sesiones, el proceso es notoriamente más breve que lo habitual en otras corrientes pues no se excede de 30 sesiones como máximo. Se trata, pues de terapias destacadas por su brevedad. Pese

a lo breve y sencillo del método, resulta realmente profundo y logra modificaciones importantes y perdurables.

- El enfoque es altamente didáctico, por lo cual el paciente queda entrenado para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente y cada vez al terapeuta.
- A su eficacia terapéutica se le suma su eficacia como forma de prevención de futuros trastornos.

Luego de esta introducción teórica en forma tan clara y explícita podemos tener una concepción general sobre los tipos de maltrato que pueden sufrir las personas, pero en este caso en particular, la paciente ha sido víctima de maltrato tanto físico, psicológico, emocional, como sexual; que la han llevado a permanecer en un círculo de violencia del que no puede salir, ya que siendo una mujer maltratada presenta varios tipos de distorsiones cognitivas y rasgos de personalidad característicos de una persona dependiente, identificándose fácilmente su necesidad de tener relaciones interpersonales estrechas, su sumisión, etc. Para ello se escogió como método de tratamiento la terapia cognitiva-conductual, que es una excelente alternativa de tratamiento en caso de maltrato; pues genera cambios en sus cogniciones erradas dando como resultado los cambios comportamentales que necesita para no seguir sufriendo maltrato.

CAPÍTULO II

Diagnóstico

Es importante que antes de plantearse cualquier tipo de meta terapéutica sepamos como diagnosticar los problemas que aquejan a la paciente. Es por ello que en este capítulo se trabajará sobre el tipo de herramientas a utilizarse para llegar al objetivo que es descubrir que áreas se han visto afectadas en la paciente por sus experiencias de maltrato.

Para ello se iniciará con la identificación del tipo de maltrato que ha sufrido la paciente, luego se analizará el tipo de personalidad que tiene la paciente mediante la entrevista y la aplicación de una batería de test previamente seleccionados para finalizar con un estudio de los criterios para el diagnóstico de un Trastorno de la personalidad por dependencia y así verificar las primeras hipótesis planteadas sobre el caso.

Cómo evaluar que una mujer sufre maltrato y generar diferentes diagnósticos.

Para comenzar, Echeburúa y Corral (2006. p. 212) sugiere que se debe tener en cuenta que las desavenencias conyugales no son sinónimo de violencia. Los conflictos en sí mismo no son negativos y están presentes en cualquier relación de pareja. La diferencia entre la pareja sana de una violenta es que la sana utiliza formas adecuadas y positivas de solución de problemas, mientras que la segunda recurre a la violencia como la forma más rápida y eficaz de zanjar un problema.

La mujer maltratada es conceptualizada como aquella mujer que sufre agresiones intencionales físicas, psicológicas y/o sexuales por parte del hombre con quien mantiene un vínculo íntimo, ya sea legal o consensual. Si los ataques físicos y psicológicos se instalan como un modo habitual del trato del hombre hacia su compañera, se trata del caso de una mujer maltratada (Ferreira, 1989), (Citado por Machuca. 1996. p. 6).

Cuando la mujer es agredida dentro de la relación de pareja las consecuencias que tiene para ella se manifiestan en el ámbito conductual, psicológico, físico, y en la participación social. En el nivel conductual y psicológico de entrada es necesario identificar ciertos aspectos característicos en casos de maltrato para prevenir situaciones de riesgo como en el caso de intentos de suicidio, ya que según la Organización Panamericana de la Salud (1993) las mujeres golpeadas son 12 veces más propensas a ideación suicida que las que no lo son; por lo que en al menos una de cada cuatro mujeres maltratadas aparece ideación y conducta suicida (Machuca 1996. p. 7), también es importante identificar si hay consumo de sustancias, ya que es un mecanismo que alivia la tensión; se presenta miedo, angustia, indefensión aprendida, internalización de la culpa, baja autoestima, alteraciones de la relación con los hijos incluyendo en ocasiones el maltrato hacia ellos, síntomas de tensión, trastornos de sueño, pérdida de concentración.

En el ámbito físico se manifiesta síntomas diversos como gastritis, dolores de cabeza, dolores musculares (Machuca, 1996. p. 7)

En el ámbito de la participación social se expresa como inhibición de las actividades en ámbitos laborales, actividades políticas, participación comunitaria, la mujer es

forzada a través del miedo y la parálisis a ocupar una posición marginal en la sociedad (Machuca, 1996. p. 8)

De esta manera, la mujer que llega a pedir ayuda por lo general, lo hace en medio de una situación de crisis entendiéndose como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas y conductuales que experimenta esa persona al momento de enfrentar una situación o problema para cuyo enfrentamiento sus métodos habituales de resolución resultan insuficientes; se ve desesperada y a la vez desesperanzada de lograr una solución. Sus expectativas son vagas, busca alivio y muchas veces una solución mágica y rápida que termine con el dolor, pero que resguarde aquellos aspectos de su vida que ella valora y no desea cambiar. Se encuentra en medio de una situación familiar y social muy dañada, con dificultades en distintos ámbitos de su vida y una situación global tanto de aislamiento como de carencia de apoyo social estable.

La mujer llega a pedir ayuda por diferentes razones que son (Machuca, 1996. p. 11):

- La violencia ha adquirido características inesperadas, por ejemplo en intensidad o frecuencia.
- La violencia empieza a involucrar a otros, especialmente a los hijos, y se hace imposible a la mujer silenciarla.
- Terceros intervienen desde instituciones sociales, lugares de poder o redes significativas. La intervención de terceros actúa rompiendo el circuito de aislamiento que rodea a la familia y a la mujer que vive violencia, si esta intervención es activa los terceros actúan de interfase y enlace con recursos de ayuda y también como entorno protector y fortalecedor para buscarla.

- Conocimiento por parte de la mujer de que su problema es también vivido por otras personas.
- Aparición de sintomatología, lo cual hace sentir a la mujer que ya no puede “aguantar” más y que la situación escapa de su control. La experimentación de molestias físicas y psicológicas evidentes, constituyen una señal para la mujer de la gravedad de la situación en que se encuentra y las futuras consecuencias para su integridad.

En caso de que la víctima llegara a pedir ayuda por cualquiera de los motivos antes mencionados y estuviese en un estado de crisis presentando características típicas de confusión, dificultad de focalizar, dificultad de recibir e integrar información e hiperactividad o paralización; es importante brindar apoyo emocional como primer paso para que se sienta respaldada y protegida, y se logra escuchando empáticamente los relatos de la paciente sin el establecimiento de juicios que puedan victimizar secundariamente a la mujer. En este caso la intervención en crisis ayudará a que el paciente lidie con su trauma, pueda ajustarse a su nueva situación y pueda volver a su nivel anterior de funcionamiento, con medidas preventivas que se toman durante la intervención tras el análisis, evaluación y disminución de riesgos hacia la paciente.

Estas metas se logran invitando al paciente a hablar sobre su experiencia, para que pueda observar el evento desde cierta perspectiva, y se debe ayudar para que logre ordenar y reconocer sus sentimientos asociados, así como asistirle en la resolución de los problemas inicialmente prácticos e inmediatos.

La intervención de crisis debe concluir con un plan concreto a seguir para el paciente. El plan debe escribirse y dársele al paciente.

El siguiente paso para diagnosticar un caso de violencia tras realizar la identificación de síntomas y características tanto emocionales como conductuales presentes en la víctima de maltrato luego de hacer una intervención en crisis; si lo amerita, y de prevenir situaciones de riesgo tanto si es necesario; consiste en realizar una entrevista estructurada, que es un medio de suma importancia para el planteamiento de objetivos e hipótesis tanto del caso como del tratamiento, ya que es el instrumento de evaluación más práctico y con eficacia potencial.

Realizar una entrevista en conjunto con el historial de entrada conlleva a extraer información sobre los antecedentes de la persona, especialmente cuando están relacionados con las quejas o problemas presentes. En este punto es posible investigar la existencia de ideación suicida, se puede identificar cuáles son sus factores de protección, el tipo de violencia y la fuerza de la misma, además de la vivencia que está teniendo la paciente, para poder registrarlos en su historia clínica y tener sentados estos precedentes.

Los datos del pasado del paciente pueden ser útiles para identificar conductas reiterativas o aspectos que le marcaron y que siguen afectando su comportamiento.

Durante la recogida del historial pueden solicitarse diversos tipos de información pero las áreas más importantes son:

1. Identificación del cliente.
2. Aspecto general y atuendo.
3. Historial relacionado con el problema presente.
4. Historial psiquiátrico y/o terapéutico.
5. Historial académico y profesional.

6. Historial médico o sanitario.
7. Historial evolutivo/social.
8. Historial familiar, marital y sexual.
9. Evaluación de los patrones comunicativos del cliente.
10. Resultados del estado mental, resumen diagnóstico.

Para completar el último punto de la entrevista y llegar así a un diagnóstico claro sobre el caso encontrando cualquier otro tipo de trastorno que merezca atención en la paciente maltratada, es de suma importancia aplicar reactivos psicológicos previamente seleccionados para comprender que significado le da la paciente a la violencia que vive, en qué estado está su vida y como se percibe a sí misma y a su entorno y su nivel de estrés y ansiedad.

Para ello es necesaria la utilización de los siguientes tests:

1. Test de Ansiedad y Trastornos de la Personalidad, de Antonio Pérez y Vicente Rubio; que consiste en resolver un cuestionario de 77 ítems, de los cuales se evalúan las respuestas de verdadero o falso, dando como resultado el tipo de personalidad y otros rasgos de personalidad que pueden ser importantes en el individuo.

2. Test de Inventario de Depresión de Beck; que consta de 10 ítems de opción múltiple con referencia a sus emociones en la última semana. Al final se suman todos los valores y se ve la equivalencia para dar un nivel de depresión del paciente.

3. Test de Escala de Hamilton para Evaluación de la Depresión, cuyo objetivo consiste en obtener una medida de estado depresivo tras haber sido antes

diagnosticado una depresión. Es un cuestionario de 17 ítems para valorar estados animo y comportamientos.

4. Test de Frases Incompletas de J.B. Rotter, que consiste en un listado de 40 inicios de frases en las que se analiza diferentes puntos de vista del paciente con referencia a áreas de su vida como personal, social, familiar.

5. HTP; que significa house, tree, person de John N. Buck; y consiste en dibujar en una hoja de papel bond una casa, un árbol, y una persona, cada gráfico en una hoja. Luego se proceda a realizar un interrogatorio estructurado con preguntas a cerca de las asociaciones del sujeto con aspectos de cada dibujo. Posteriormente se evalúan los dibujos buscando signos de posibles psicopatologías basándose en el contenido, las características del dibujo como el tamaño, la ubicación, y la presencia o ausencia de partes específicas y las respuestas del individuo durante el interrogatorio.

6. TAT; que significa Test de Apercepción Temática de Leopold Bellak, que es una técnica para la investigación de la dinámica de la personalidad tal y como se manifiesta en las relaciones interpersonales y en la apercepción o interpretación significativa del ambiente. Consiste en una serie de 31 láminas, a las que se le pide al sujeto realice una historia a partir de algunas de ellas, con lo cual se revela su apercepción personal, individual, de los estímulos intencionalmente ambiguos.

Recordemos que muchas veces el maltrato está relacionado con un trastorno de personalidad por dependencia, ya que existe una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y apego y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos.

Una mujer maltratada debe presentar cinco (o más) de los siguientes ítems para que sea diagnosticada con un trastorno de personalidad por dependencia: (DSM-IV, 1995).

(1) Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás. (DSM-IV).

(2) Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida. (DSM-IV).

(3) Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. **Nota:** No se incluyen los temores o la retribución realistas. (DSM-IV).

(4) Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía). (DSM-IV).

(5) Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables. (DSM-IV).

(6) Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo. (DSM-IV).

(7) Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita. (DSM-IV).

(8) Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo. (DSM-IV).

Para concluir es necesario tener en cuenta que la mitad de las mujeres que solicitan ayuda psicológica se mantienen en el vínculo de ayuda por un período que va entre una y cuatro sesiones. Esta situación obliga a plantearse estrategias terapéuticas que puedan implementarse en ese período de tiempo y que puedan también prolongarse en aquellos casos en que la mujer decide mantener el vínculo de ayuda. (Machuca, 1996. p. 9). Con la realización de todos los pasos antes explicados para generar un diagnóstico clínico sobre el caso y brindar apoyo y atención en casos de crisis; es importante considerar que más allá de la crisis, la vivencia tiene costos emocionales involucrados y entorpece el bienestar personal. Una vez que ha surgido el primer episodio de maltrato, y a pesar de las muestras de arrepentimiento del maltratador, la probabilidad de nuevos episodios es mayor, incluso por motivos cada vez más insignificantes. Rotas las inhibiciones relacionadas con el respeto a la otra persona, la utilización de la violencia como estrategia de control de la conducta se hace cada vez más frecuente... (Echeburúa; Corral, Paz. 2006. p. 6) y es por ello que se debe plantear una estrategia de tratamiento terapéutico acorde a las necesidades de la paciente para que tome conciencia de sus errores y de los cambios que puede realizar en su vida.

CAPÍTULO III

Estrategias y Recursos

Tras tener una visión clara de campo de acción terapéutico del caso y sabiendo que se utilizará la corriente psicológica de tipo cognitivo-conductual, plantearemos en este capítulo el tipo de técnicas adecuadas para trabajar con la paciente y conseguir

cambios tanto a nivel de sus cogniciones distorsionadas como en la situación de violencia que experimenta.

Terapia Cognitivo Conductual para flexibilizar distorsiones cognitivas en una mujer maltratada.

La meta del tratamiento sería conseguir autonomía en la paciente para que sea capaz de salir del círculo de violencia en el que vive desde hace varios años; entendiéndose por autonomía al actuar con independencia de los demás, pero siendo también capaz de desarrollar relaciones estrechas e íntimas (Birtchnell, 1984) (citado por Beck, T. Aaron; Freeman, Arthur; Otros. 1995, p. 416).

Según Beck (1995), para que la paciente lo logre, es necesario ayudarla a aprender a separarse gradualmente de los otros significativos (incluso el terapeuta) y a acrecentar su autoconfianza y su sentido de la propia eficacia. Ahora bien, en vista de su miedo habitual a que la capacidad conduzca al abandono, esto se debe hacer poco a poco y con alguna delicadeza utilizando técnicas de tipo cognitivo-conductuales.

Debemos tener presente que ninguna técnica es puramente cognitiva o conductual, ya que la finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar nuevas experiencias conductuales correctoras que modifiquen las cogniciones o pensamientos distorsionados que generan problemas e incomodidad al paciente..., además las estrategias cognitivas pueden producir cambios conductuales, y los métodos conductuales por lo general inducen alguna reestructuración cognitiva. (Beck, 1987).

Técnicas Cognitivas:

La finalidad de las técnicas cognitivas es la de facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados comprobar su validez. (Beck, 1979)

1. En primera instancia es necesario la detección de pensamientos automáticos que consiste en entrenar al paciente para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde la paciente ha experimentado un cambio de humor o experiencias en las cuales se sintió amenazada o en peligro por diferentes motivos y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento, comenzando por pensamientos pequeños y fáciles como el hecho de trabajar duro y ganar su sueldo para mantener a su familia es su deber como madre pero no es obligación suya mantener a su pareja que abusa de ese dinero. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, que puede ser de alguna escena en la cual recibió maltrato y de la cual le quedaron instaurados pensamientos de culpabilidad o miedo. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autoregistros que puede ser en forma de diarios o bitácoras de diferentes áreas de su diario vivir, como tarea entre sesiones.

Con esta técnica la paciente podrá darse cuenta de sus reacciones normales ante situaciones diferentes y podrá darse cuenta si es que su actuación es la correcta o está obrando equivocadamente de acuerdo a la situación, pues al vivir maltrato se distorsionan las maneras de proceder por miedos o amenazas.

2. La búsqueda del significado idiosincrásico, puesto que estos pacientes suelen interpretar sus experiencias de un modo inusual o extremo; y se logra mediante la clasificación de distorsiones cognitivas. A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.

Con esta técnica, la paciente será capaz de entender racionalmente que sus pensamientos negativistas y temores de cometer errores que pueden ser castigados con violencia no son correctos; que puede cambiar sus esquemas cognitivos por otros más adecuados que le den más tranquilidad a su vida y confianza en sí misma; pues pensar de la manera en que lo estaba haciendo solo le genera tensión y ansiedad constante que le impide ver más allá y le imposibilita salir del círculo de violencia.

3. La rotulación de las distorsiones inadecuadas, para que el paciente tome conciencia del carácter no razonable o distorsionado de ciertas pautas automáticas de pensamiento; y es por ello que la paciente emprenderá una búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos con el fin de encontrar una realidad diferente a la que estaba acostumbrada a obedecer ya que sus distorsiones cognitivas le impedían pensar de manera más adecuada. Para ello es necesario empezar tomando una experiencia de la paciente de la cual se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis. Luego se usa evidencia contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos como sus familiares más cercanos, que en este caso es la madre quien puede colaborar, para hipótesis similares a las de la paciente. Con este listado el

terapeuta realizará preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente. Con ello se pretende construir esquemas cognitivos más fuertes y racionales en la paciente para que logre fortalecer su autonomía y se flexibilicen sus ideas sobre el maltrato para generar un cambio.

4. La reatribución, que consiste en que el paciente se hace responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso, como en este caso el hecho de que si se sufre maltrato no es porque se lo buscó la paciente sino porque su pareja tiene muchos conflictos internos que debe resolver sin involucrar a la paciente en este círculo vicioso de violencia. La paciente podrá ser capaz de identificar de entre sus experiencias traumáticas, cuales fueron inducidas por ella gracias a su sentimiento de culpa mal infundado.

Esta reasignación de la responsabilidad por acciones y resultados hará que la paciente posea nuevos esquemas cognitivos y que tenga la capacidad de discernir cuáles son sus obligaciones reales y de mayor urgencia para con su entorno, con ello sabrá que no es causante de crear situaciones en las que se vea obligada a soportar ningún tipo de maltrato, ya que estará en capacidad de darse cuenta que no hay excusa para tal comportamiento tan abusivo

5. La descatastrofización se utiliza para que la paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como

posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión de la paciente y creando una nueva manera de prever soluciones para los momentos en los que existe violencia o se antepone a ellas para que ya no suceda, sin pensar que cada cosa que haga va a ser causante de que sea agredida, pues ella no es la culpable de todo para que la castiguen de ese modo.

6. El examen de las ventajas y desventajas de conservar o cambiar creencias o conductas, y la clarificación de los beneficios secundarios; pues en este punto la paciente estará en la capacidad de poder identificar con claridad sus pensamientos distorsionados y las conductas que soportan esas cogniciones; con ello podrá analizar si la manera en la que estaba conduciéndose es la adecuada o qué tipo de cambios deberá hacer en su vida para buscar una solución definitiva ante el maltrato del que ha sido víctima por años.

Técnicas conductuales:

La finalidad de las técnicas conductuales es la de proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades. (Beck, 1979)

1. Programación de actividades incompatibles: Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema. Con ello es posible encontrar alternativas antes impensadas para responder ante cierta situación que genere estrés o conlleve maltrato, pues la paciente ha experimentado sensaciones de que nada puede ser diferente y que haga lo que haga no podrá cambiar la situación. Pues con este ejercicio se le enseña a encontrar opciones y alternativas reales.

2. Asignación de tareas graduadas: Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta, ya que al principio no será fácil cumplir con las tareas por miedo a no poder o dificultades de comprensión; pero este ejercicio es favorable para crear pequeñas metas a alcanzar en el gran camino de cambio global, pues de esta manera es más fácil la aceptación de un cambio gradual al temor de un cambio radical en la paciente.

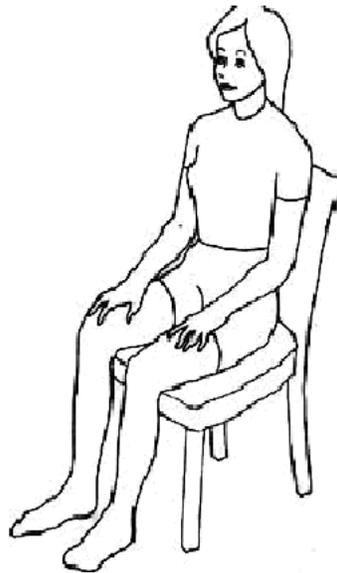
3. Entrenamiento asertivo: Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales. El entrenamiento asertivo ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de la depresión, el resentimiento y la ansiedad derivada de las relaciones interpersonales, especialmente cuando tales síntomas han sido provocados por situaciones injustas como maltrato. A medida que el individuo vaya volviéndose más asertivo empezará a reclamar el derecho a sentirse relajado y a ser capaz de dedicar tiempo sólo para sí mismo; que es el objetivo final de la terapia con la paciente, ya que necesita aprender a valorarse como persona, madre y trabajadora sin temores de que la maltraten por sentirse segura de sí misma y tener autoconfianza. Con esto podrá mejorar la comunicación, se fomentará su autoestima y podrá desenvolverse mejor en todos los ámbitos.

4. Entrenamiento en relajación: Se utiliza para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhiba a través de la distensión muscular. Esta estrategia ayuda a controlar la ansiedad que siente la paciente y se realiza mediante dos pasos:

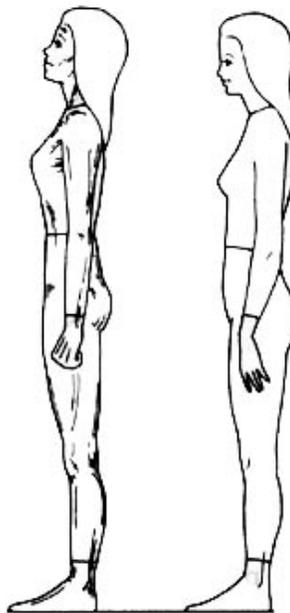
- Respiración profunda: se trata de que hagas las distintas fases de la respiración (inspiración, mantenimiento y expulsión del aire) de forma lenta y rápida pero sin llegar a forzarla

- Técnica de relajación de Jacobson: que es utilizada para que el paciente aprenda a distraer las sensaciones de ansiedad y las inhiba a través de la distensión muscular. La técnica que se empleara es la propuesta por Jacobson (1957) por ser una manera más sencilla y efectiva de entrenar. Mediante esta técnica el paciente logra diferenciar los estados de tensión y relajación. Inicialmente se le explica que la finalidad de los ejercicios es mostrarle la incompatibilidad de estar relajado y estar ansioso y tenso. Se le indica que el tiempo de tensión deberá ser mucho menor que el de relajación. Además se le informa que una estrategia para lograr la relajación más intensa es tensar al máximo el músculo y soltarlo inmediatamente. Se le instruye para que practique la relajación cada vez que pueda por lo menos una vez al día y en los momentos en los que se encuentre tenso. Se entrenara también en la relajación de los diferentes grupos musculares, en la siguiente secuencia: frente, ojos, nariz, mejilla, lengua, mandíbulas, cuello, brazos, pecho, abdomen, glúteos, muslos, pantorrillas. Se dan las siguientes ordenes al paciente: "Siéntese tal y como aparece en la figura "posición de relajación". Cuando se encuentre cómodo, tense un grupo de músculos, trate de identificar donde siente mayor tensión. Siga la secuencia siguiente: 1º tensar los músculos lo más que pueda. 2º note la sensación de tensión. 3º relaje esos músculos. 4º sienta la agradable sensación que percibe al relajar esos músculos. Por último, cuando tense una zona, debe mantener el resto del cuerpo relajado".

Relajación sentado



Relajación estando de pie



Los gráficos han sido extraídos del libro "Técnicas de relajación" de Joseph R. Cautela y June Groden (1999).

En conclusión, con estas técnicas de tipo cognitivo-conductuales creadas por Beck (1979), se conseguirá en la paciente un cambio a nivel cognitivo en sus distorsiones y supuestos personales, que será reflejado en sus conductas a futuro.

Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asignan como tarea para casa a un área problema seleccionado.

CAPITULO IV

Plan de Acción

La terapia con la paciente constará de 20 sesiones de una hora cada una, dos veces por semana.

En las tres primera se recogerá datos de la paciente sobre su vida y cada ámbito de la misma, realizando una entrevista completa que favorecerá la obtención de información para llenar una historia clínica de la paciente y se hará un estudio para encontrar la problemática clave en el caso; se plantearán los objetivos necesarios para encontrar soluciones a dichos problemas identificados. En estas tres primeras sesiones se evaluará el tipo de personalidad, el nivel de depresión o ansiedad que tiene, para establecer un plan de acción acorde a sus capacidades y temores; también se evaluará el nivel dependencia que tiene para plantear metas de trabajo claras. Se enseñaría a la paciente técnicas de relajación para disminuir su nivel de ansiedad.

En las siguientes sesiones 4 a la 9, se trabajará en identificación de las cogniciones distorsionadas de la paciente para conseguir un cambio que pueda ser útil para que logre salir del círculo de violencia en el que vive inmersa desde años atrás

junto a su esposo, luego se realizará una reestructuración de sus pensamientos para cambiar sus esquemas defectuosos y así poder manejar la técnica de rotulación de distorsiones cognitivas para que logre identificar como es el proceso de su pensamiento y se dé cuenta en donde comete errores que pueden ser cambiados.

A partir de la sesión 10 a la 19, se realizará la técnica de reatribución para que entienda que la responsabilidad de cada cosa que sucede no es únicamente suya sino que hay otras personas quienes pueden tomar esa responsabilidad.

Con ello es posible que la paciente se pueda dar cuenta de que su problema inicial no era más que la unión de varios errores cognitivos y que se puede encontrar soluciones siempre y cuando se trabaje en la asignación de tareas y en entrenamiento de asertividad mejorando así su comportamiento y sabiendo enfrentar cada situación sin tener temor a ser maltratada por ello. También será utilizado la técnica de descatastrofización así como el examen de ventajas y desventajas de conservar o cambiar creencias, ya que en este punto es importante que la paciente sepa elegir qué tipo de cambio le va a dar a su vida.

En la última de las sesiones 20 se trabajará con la paciente en la revisión de avances durante la terapia y se aclarará cualquier punto que haya quedado inconcluso o indefinido para prevenir cualquier tipo de recaída.

Sesión 1: Se hará una revisión de la historia de la paciente en otros centros a los cuales ha asistido y se completará la información tanto laboral, familiar, social y el curso del desarrollo de sus problemas como sea conveniente. Se realizará una evaluación emocional y de personalidad mediante la utilización de una batería de tests previamente seleccionados con meticulosidad para tener una idea acertada y global

sobre las emociones, pensamientos y conductas que la llevan a sentirse incapacitada. Se revisan las situaciones problemáticas, la recurrencia con la que ha sufrido maltrato, los tipos de maltrato de los que ha sido víctima, el nivel de ansiedad que siente por todas sus experiencias traumáticas anteriores, el tipo de relación que lleva con su entorno familiar; lo cual se llevará a cabo mediante la realización de una entrevista completa y detallada con la paciente. Se plantearán los objetivos básicos que la paciente crea necesarias en ese momento para cambiar su realidad actual atendiendo así a las demandas de la consulta inicial de la paciente, con ello se creará motivación para crear un enganche y así lograr que regresa para planificar un plan de trabajo.

Sesión 2: Se evaluará el perfil psicológico de la paciente utilizando una batería de tests seleccionados para determinar el tipo de personalidad, estado de depresión y ansiedad que presenta la paciente para tener una guía de intervención. Estos tests son: test de Ansiedad y Trastornos de la Personalidad, de Antonio Pérez y Vicente Rubio; con cuyo resultado será posible observar el tipo de personalidad y otros rasgos de personalidad que pueden ser importantes en el individuo; test de Inventario de Depresión de Beck; para saber el nivel de depresión actual del paciente; test de Escala de Hamilton para Evaluación de la Depresión, cuyo objetivo consiste en obtener una medida de estado depresivo tras haber sido antes diagnosticado una depresión anteriormente en otro centro de atención psicológica a la que asistió la paciente por el mismo problema de maltrato; otra prueba psicológica es el test de Frases Incompletas de J.B. Rotter para analizar el estado de las áreas de interacción de la paciente como personal, social, familiar. Con esto se puede tener una impresión diagnóstica completa del estado de la paciente.

Sesión 3: Con los resultados obtenidos de las pruebas psicológicas, se explicará a la paciente su estado general para que tenga una noción básica de cómo está, se hablará sobre el concepto de términos psicológicos que serán nombrados a lo largo de la terapia como lo son distorsiones cognitivas, técnicas cognitiva-conductuales, entre otros; con ello se trazarán metas cumplibles de corto y largo plazo según las necesidades de la misma y a medida que se vayan cumpliendo se logrará que refuerce su autoconfianza. El primer punto será ayudarle a puntualizar y cuestionar sus pensamientos automáticos disfuncionales.

El primer sondeo cognitivo intentaría recuperar sus pensamientos automáticos pero si no lograra captarlos de una sola vez, se le alentará a imaginar los hechos como si estuvieran sucediendo ahora. A medida que la experiencia surge a la luz es probable que la paciente perciba los pensamientos automáticos como si pasara por la situación real. Desde luego, en los futuros encuentros deberá descubrir sus pensamientos automáticos tal como se producen sin preparación. Si la paciente puede anticipar una experiencia traumática particular, es útil para ella prepararse de antemano, sintonizando sus pensamientos en cadena antes de entrar en la situación aversiva. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de hojas de autoregistros como tarea entre sesiones que consisten en mantener un diario en el cual se anotarán todos sus pensamientos que tiene y en contraposición lo que sería mejor pensar. Un tipo distinto de diario sirve para debilitar los esquemas negativos y respaldar la necesidad de esquemas alternativos. En los diarios predictivos el paciente prevé lo que sucederá en ciertas situaciones si sus esquemas negativos son correctos.

Después escribe lo que ocurrió realmente y lo compara con lo previsto. Por ejemplo, la paciente piensa que todos los días hará algo mal y que será maltratada verbal y físicamente por ello y que ella es totalmente inepta para enfrentar estas situaciones por lo que tiene que resignarse. En el diario tiene que enumerar en la primera columna todas las catástrofes previstas como insultos o golpes. En la segunda columna anota si la catástrofe se había producido o no, y también cualquier catástrofe imprevista que sucedió realmente. En una tercera columna evaluará su manejo de las catástrofes reales.

De esta manera se romperán los esquemas cognitivos disfuncionales reemplazándolos por otros más adaptados y positivos.

Al realizar este primer acercamiento con las cogniciones y temores de la paciente se notara un incremento en su nivel de ansiedad por lo que es necesario enseñarle a realizar la técnica de "Relajación de Jacobson"; ya que deberá practicar este ejercicio dos veces al día o antes de enfrentarse a una situación estresante para mantener un nivel bajo de ansiedad y a perder el miedo a ciertas situaciones.

Esta técnica consiste en tensar deliberadamente los músculos que se tensan en una situación de ansiedad o temor para posteriormente relajarlos conscientemente. Es muy buena para que con el tiempo y mucho entrenamiento lleguemos a estar completamente seguros de que podemos relajarnos cuando queramos, incluso en situaciones que ahora consideremos imposibles o a evitar a toda costa.

Sesión 4: Se trabajará con la técnica de “Detección de Pensamientos Automáticos”, iniciando por pedirle a la paciente que recuerde la sesión anterior en la que se revivió cierta situación o pensamiento que le generaba problemas. Una vez que ya sea capaz de identificar sus pensamientos automáticos de manera inmediata o con más facilidad se le pide que no sólo lo escriba en su diario sino que logre registrarlo de maneras más ordenada haciendo una tabla, en la primera columna irá el día y la hora en la segunda el acontecimiento que hizo que se sintiera mal, en la tercera el pensamiento y en la última columna va identificadas las emociones que sintió como consecuencia de lo anterior y deberá puntuar cada una de ellas.

El resultado que se obtiene es el inicio de un proceso de darse cuenta de que la realidad como la percibimos no siempre es adecuada.

Se debe indicar a la paciente con un modelo, como analizar sus pensamientos con la siguiente plantilla:

| Día/Hora | Acontecimiento | Pensamiento (0-100) | Emoción (0-100) |
|--------------------|---|--------------------------------|----------------------------|
| <i>Día-Mes-Año</i> | <i>Mi esposo me golpea</i> | <i>No me quiere</i> | <i>Tristeza 36%</i> |
| <i>Hora</i> | <i>cuando no le doy de comer temprano</i> | <i>(96)</i> | <i>Miedo 60%</i> |

Sesión 5-6-7: Trabajaremos con la técnica de reestructuración Cognitiva, cuyo objetivo es identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos

erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas.

Se le enseña a la paciente el tipo de distorsión cognitiva más frecuente en su tipo de problema tras haber realizado ejercicios en los que se pone a prueba sus pensamientos para lograr encontrar el tipo de distorsión que tiene y como hacerle frente. Esto ayudará al paciente para darse cuenta de cuáles de sus evaluaciones están erradas y así buscar una solución posterior.

El primer paso es identificar los pensamientos inadecuados; y este paso ya lo va a dominar con el ejercicio de la sesión anterior, pues los pensamientos han estado tan bien aprendidos que llegan a hacerse automáticos, y si inciden negativamente en la manera de sentir o actuar, es necesario identificarlos para poderlos modificar.

Es importante identificar los pensamientos inadecuados rápidamente para evitar que nos invadan y para cortar círculos viciosos. En definitiva, evitar el efecto bola de nieve.

El segundo paso es la evaluación y análisis de los pensamientos identificados mediante preguntas, ya que el hecho de tenerlas que responder mentalmente obliga a reflexionar. El tipo de preguntas tienen que ir encaminadas en plantearse tres ámbitos.

1. Analizar hasta qué punto los pensamientos se ajustan a la realidad

(Objetividad)

¿Me infravaloro?

¿Me responsabilizo en exceso?

2. Analizar las consecuencias de los pensamientos (Consecuencias)

¿Cómo incide mi forma de pensar en mis relaciones sociales/familiares?

3. Analizar qué pasaría si lo que se piensa fuese cierto (Relativizar)

¿Me afectaría durante un período de tiempo (un mes, dos meses, un año) o durante toda mi vida?

¿Me podrían pasar cosas más graves? ¿Cuáles?

De esta manera se verá que hay pensamientos que no son realistas, que dificultan la resolución de la situación y que, aunque fuesen reales, el nivel de gravedad no sería tan alto como parecía en un principio.

El tercer paso es la búsqueda de pensamientos alternativos para interpretar la situación que refleja de manera inadecuada la realidad.

Los pensamientos alternativos son las conclusiones de la reestructuración. Una vez obtenidos se pueden utilizar como autoinstrucciones, es decir, aquello que una persona se dice a sí misma en el momento en que le invaden los pensamientos no adaptativos y que ayudará a ver la realidad de una forma más objetiva; de esta manera se pueden identificar el tipo de distorsión cognitiva que tiene la paciente y hacerlo racional.

Estas autoinstrucciones se pueden registrar mediante una plantilla ejemplo como esta:

| Día/Hora | Acontecimiento | Pensamiento (0-100) | Tipo Distorsión | Emoción (0-10) |
|----------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| <i>07-Mayo a las 21 h.</i> | <i>Mi esposo ya no me golpeará porque lo denuncie</i> | <i>Ya me va a querer (90)</i> | <i>Falacia de recompensa divina</i> | <i>Miedo 90</i> |

Para la siguiente sesión, tras haber identificado el tipo de distorsiones cognitivas que tiene la paciente se procede a agregar un ejercicio más para que empiece a

encontrar soluciones y cambios reales unificando las técnicas anteriores que eran identificar la situación problema, ver qué tipo de emoción generaba y el grado en que se presentaban; pero en este caso ya se empieza integrar soluciones racionales realizando la técnica de las tres columnas que consiste en anotar en la columna izquierda el pensamiento negativo automático, en la siguiente columna se escribe varias respuestas positivas alternativas, y por último se escribe en la columna de la derecha la reinterpretación del acontecimiento ambiental con una visión más racional.

| Técnica de las tres columnas | | |
|--|-------------------------|------------------|
| Pensamientos Automáticos Irracionales | Pensamientos Racionales | Reinterpretación |

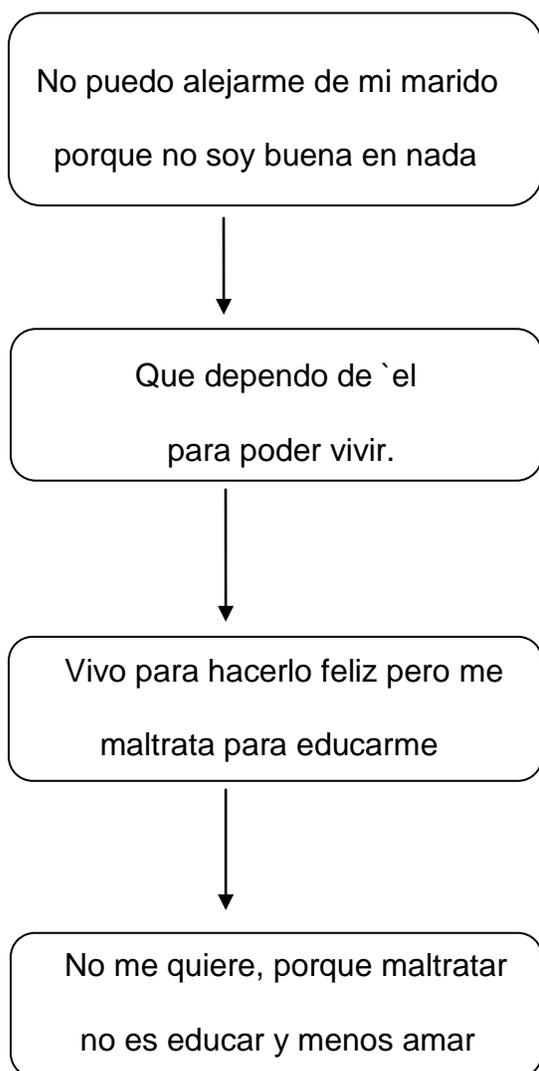
Por último se revisan los resultados de todo el ejercicio señalando la descripción de cómo se siente justo después de la realización de todo lo anterior

Sesión 8-9 Se realiza rotulación de las distorsiones inadecuadas, es decir se le enseña a la paciente a etiquetar sus pensamientos distorsionados mediante técnicas que dejarán ver su proceso cognitivo tal y como es en realidad y a partir de ello se puede identificar el tipo de distorsiones que posee para hacerlas racionales y trabajar en un cambio. La técnica que vamos a utilizar es la “flecha descendente” que fue propuesta por algunos terapeutas cognitivos (por ejemplo, Burns, 1980), cuya finalidad última es identificar la cadena de deducciones que lleva al cliente a una determinada conclusión a partir de un hecho concreto para evaluar los constructos nucleares o

valores centrales que están en lo más alto de la cadena explorada de deducciones. Esta técnica se aplica identificando un pensamiento básico de la paciente; luego se pregunta a la paciente qué significaría si aceptásemos que es cierto.

FLECHA DESCENDENTE

Pensamiento que suscitó un hecho determinado.



Supón que esto es cierto.
¿Qué supondría esto para ti?

Supón que esto es cierto.
¿Qué supondría esto para ti?

Supón que esto es cierto.
¿Qué supondría esto para ti?

Sesión 10-11: se trabajará con la retribución, ya que las personas que sufren maltrato doméstico piensan que tienen la culpa o responsabilidad de cada situación

que pueda resultar mal y es por ello que el maltrato solo es una consecuencia que merecen, ya que al adjudicarse toda la culpa se sienten con incapacidad, que no son buenas en lo que hacen, o quizá en nada; siendo estos pensamientos reforzados por el esposo.

El primer paso es identificar los hechos que originaron la autocrítica en la paciente y así poder contrarrestar esas cogniciones mostrando alternativas lógicas que sean claramente aplicables a otras personas y desviando la culpabilidad de la paciente, ya que se logra generar un espacio de duda que demuestra que no siempre es obligación cargar con toda la responsabilidad de todo.

El segundo paso es educar a la paciente para que no piense que con esta técnica se liberará de toda responsabilidad, sino que deberá aprender a diferenciar cuando es necesario otorgarse culpabilidad y cuando no.

Sesión: 12-13: Se aplicarán la técnica de “Asignación gradual de tareas” que consiste en que el terapeuta contrarresta la creencia de la paciente con preguntas que dejan un espacio de duda e incertidumbre en la paciente como por ejemplo: “¿Podríamos comprobar tu creencia de que eres incapaz de...?; con ello se establecen objetivos-tareas graduales, adecuándolas al nivel de funcionamiento del paciente e incrementando de modo creciente su dificultad, a medida que progresa con ellas. Esto permite al paciente aumentar sus expectativas de autoeficacia (Bandura, 1976).

Sesión 14-15-16: Se aplicará la técnica de “Entrenamiento en Asertividad”, que requiere de dos procedimientos fundamentalmente: el cambio de esquemas y pensamientos no asertivos y la exposición y práctica de comportamientos asertivos. Ya

que esta técnica ayudará a que la paciente piense de manera asertiva, mejorando sus relaciones, aumentando tu autoestima y teniendo más estímulo para alcanzar tus metas personales. Para llegar a ser una persona asertiva hay que aprender a evitar la manipulación.

Para adquirir los hábitos y estrategias de respuesta asertiva se debe trabajar con la paciente es estos puntos:

1. Describir los comportamientos que necesitas mejorar. Haz una lista con todas las situaciones en las que necesitas ser más asertivo.

2. Valora en una escala imaginaria que va del 0 al 10 el grado de dificultad que te supone afrontar asertivamente esas situaciones que has descrito en tu lista. Ordena tu lista desde la situación de menor dificultad a la de mayor.

3. Escoge y empieza por la de menor dificultad y escribe las respuestas asertivas que te gustaría practicar en esta situación. Si no se te ocurre ninguna imagínate a una persona asertiva ante la misma situación, ¿Qué diría?, ¿Cómo se comportaría? Si aún no se te ocurre nada consulta directamente con alguna persona que tenga buenas dotes asertivas.

4. Ensaya estas respuestas asertivas de viva voz tu solo, ante una grabadora, espejo o ante una persona de confianza que te pueda apoyar. También puede realizar el ensayo de manera imaginaria

5. Practica en la realidad la situación elegida. Cuantas más veces la puedas repetir, más adiestramiento asertivo estarás alcanzando. Cuando te sientas seguro en esta situación pasa a practicar la siguiente en tu lista de situaciones.

Sesión 17: Se pondrá en marcha la técnica de descatastrofización, evitar la anticipación de eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión de la paciente y creando una nueva manera de prever soluciones para los momentos en los que existe violencia o se antepone a ellas para que ya no suceda, sin pensar que cada cosa que haga va a ser causante de que sea agredida, pues ella no es la culpable de todo para que la castiguen de ese modo.

Sesión 18-19: Se realizará el “Examen de ventajas y desventajas de conservar o cambiar creencias”; y para ello es necesario identificar que creencia se ha mantenido en la paciente y que la he dejado en desventaja en diferentes situaciones. Por ejemplo se le dice a la paciente, “tú piensas que te pueden ocurrir cosas peores a ser maltratada diariamente por tu marido si estuvieras sola, ¿no crees que sería mejor pensar en que te pueden pasar cosas peores junto a él? Entonces el segundo paso es hacer una lista de ventajas y desventajas que esta creencia tiene, para ver si te conviene seguir manteniéndola o no.

Sesión 20: Se realizará una revisión de los avances de la paciente tras realizar las técnicas aprendidas en las sesiones anteriores. Así como también se revisarán los conceptos de las mismas si es que es necesario. Se aclarará cualquier duda que pudo

haber quedado sobre la terapia y sus técnicas, se hará un recuento de todos los avances alcanzados durante el proceso.

En conclusión el tratamiento servirá para que la paciente logre identificar que errores cognitivos que la mantenían atada a un círculo de violencia del que no era capaz de salir por temores que no eran más que miedos arraigados por mucho tiempo.

Ahora estará en la capacidad de identificar sus pensamientos y de analizarlos para ver si son adecuados o errados, y con ello decidir si se cambian o no.

Su autoestima y autoconcepto serán más elevados pues podrá darse cuenta de sus habilidades y comportamientos asertivos. Ya no es aceptado para ella pensar que no va a poder sola por inútil y otras explicaciones fallidas, pues ya que es consciente de las actividades que la hacen feliz y las soluciones que le da a cada problema de su vida.

Conclusiones:

Este trabajo de graduación, es un plan terapéutico cognitivo conductual para lograr una flexibilización en las cogniciones de una mujer maltratada; cuyo caso fue remitido por la casa de acogida María Amor.

Profundizando el caso podemos darnos cuenta que una mujer maltratada presenta grandes secuelas tanto a nivel psicológico como emocional, y es por ello que el círculo de violencia no tiene fin; poniendo en riesgo tanto la integridad de la víctima como la de sus familiares cercanos.

Con este tipo de pacientes, la mejor alternativa es plantearse un tratamiento de tipo cognitivo conductual, ya que trabaja reemplazando sus esquemas cognitivos distorsionados por otros más positivos y así se logra un fortalecimiento de sus habilidades para conseguir autonomía; con ello se pueda romper con el círculo de violencia intrafamiliar.

Esta paciente no se pudo concluir el tratamiento; puesto que fue fuertemente maltratada por su esposo y tuvo que cambiarse de domicilio inmediatamente por su seguridad y la de sus hijos.

Referencias bibliográficas.

-Balarezo, Lucio. (1995) *Psicoterapia*. Quito. Ediciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

-Beck, T. Aaron; Freeman, Arthur; Otros. (1995) *Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad*. Barcelona. Editorial Paidós Ibérica.

-Braden, Nathaniel. (1997) *Como mejorar su autoestima*. España. Editorial Caribe

-Cautela, Joseph R y Groden, June (1999) "*Técnicas de relajación*" Editorial Martínez Roca

-Compas, B. Gotlib, I. (2007) *Introducción a la psicología Clínica*. México. McGraw-Hill Interamericana Editores

-Corsi, Jorge. (1994) *Violencia Familiar*. Argentina. Editorial Paidós.

-Corsi, J. (1995) *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires, Editorial Paidós.

-Daskal, Ana María. (1994) *Permiso para quererme*. Argentina. Editorial Paidós.

-Espasa-Calpe (2002) *Maltrato psicológico*. Madrid. Editorial I.S.B.N

-Falcón, Fabiola. Pozo Crespo, Sofía (1999) *revalorización de la personalidad de una mujer agredida*. Quito. Editorial Delta S.C

-Fábregas, J.J. y García, E. (1995) *Técnicas de Autocontrol*. Madrid, Editorial Alhambra Longman

-Haimovich, P. *El maltrato y la agresión contra la mujer: ideología y representaciones sociales*. Ed. Ministerio de Cultura e Instituto de la Mujer.

-Hirigoyen, Marie- Franoe. (2006) *Mujeres maltratadas*. Argentina. Editorial Paidós.

-Riso, Walter. (2004) *Pensar bien, sentirse bien*. Bogotá. Editorial Norma.

-Rollins, C.E. (1997) *52 Maneras de Elevar tu Autoestima*. Estados Unidos. Editorial Caribe.

-Schaeffer, B. (1998). *¿Es amor o es adicción?* Barcelona: Apóstrofe Editorial

-Toro, José Ricardo; Yepes, Luis (2004) *Psiquiatría*. Colombia. Corporación para investigaciones Biológicas.

-Varela, Nuria (2002) *El Maltrato a la Mujer*. Barcelona. EDITORIAL Ediciones B.

-Versión electrónica del DSM-IV, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (1995) © MASSON, S.A.

-A.S.A.P.M.I. Revisado el 20-03-2010. Disponible en:

<http://www.asapmi.org.ar/publicaciones/glosario/?id=372>

-Camerin. Julio. Supervisor Internacional del A.E.I. de New York, Miembro de la Asociación Internacional de Psicoterapia Cognitiva, Profesor Universitario en Psicología, Coordinador de ALAMOC en Argentina. 2002) revisado el 11-03-2010. Disponible en: <http://www.terapiacognitiva.com/>

-Castelló, J. 2000. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 6-CI-A. Revisado el 2-04-2010. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm

-CEDEAL. Centro Ecuatoriano de Desarrollo y Estudios Alternativos, 2010. Revisado el 20-03-2010. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/16154464/Ciclo-de-La-Violencia>

-Echeburúa, Manuel; Corral, Paz (2006) *Manual de violencia Familiar. España. Ediciones Siglo XXI. Revisado el 4-03-2010. Disponible en:* <http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=dj6DtO9MSCwC&oi=fnd&pg=PR3&dq=distorsiones+cognitivas+en+maltrato.&ots=H8OkqGY69z&sig=szXx14lwjcJLW4kAEySAtzvyY6l#v=onepage&q=distorsiones%20cognitivas%20en%20maltrato.&f=false> ;

-Machuca, Andrea. 1996. *Apoyo psicológico con mujeres agredidas: sistematización de una experiencia.* Revisado el 19-05-2010. Disponible en: http://www.uc.cl/psicologia/buentrato/pdf/est_inv/violen/vp_machuca1.pdf;

-Ministerio de inclusión social y económica. 2008. *Qué es el Maltrato.* Revisado el 12-03- 2010. Disponible en:

http://www.mies.gov.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=1003&catid=8:noticias&Itemid=28

-Ruiz, Juan José; Imbernon, Juan José; Psicólogo Clínico; Psiquiatra. 1996. *Como Afrontar Los Problemas Emocionales Con Terapia Cognitiva.* Revisado el 12-03-2010. Disponible en: http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse4b.htm

-Tuana, Andrea. 2002. Artículo publicado en: Revista de Trabajo Social – Uruguay – Año XVI-N°24 –2002 –ediciones EPPAL. Revisado el 27-04-2010. Disponible en: http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/explotacion_sexual/Lectura12.diagnostico.pdf