

PROGRAMA
PARA PALIAR
LA **VIOLENCIA**
DE GÉNERO
AL FINAL
DE LA VIDA



Programa para paliar la VIOLENCIA DE GÉNERO AL FINAL DE LA VIDA

Autores: G. Agote Olave y L. Thompson

Con el apoyo del Equipo de Atención Psicosocial de Matia Fundazioa

info@matiafundazioa.eus | www.matiainstituto.eus
www.obrasociallacaixa.org

© Matia Fundazioa, 2020

ÍNDICE

1. Introducción 3

A modo de presentación
El porqué de esta guía
Cómo usar la guía
Los cuidados paliativos
La atención psicosocial en cuidados paliativos
El maltrato
La violencia de género

2. El modelo de intervención 8

Valores y método de la intervención
Evaluación de Peligrosidad y Plan de seguridad
A. Evaluación
B. Plan de seguridad
Encuadre de la intervención

3. Programa de sesiones 12

1. Sesión 1 individual
 - Víctima - Definir violencia doméstica
 - Agresor - Creencias erróneas
2. Sesión 2 individual
 - Víctima - Efectos psicológicos y físicos
 - Agresor - Tiempo fuera
3. Sesión 3 individual
 - Víctima - Creencias erróneas
 - Agresor - Poder y control
4. Sesión 4 individual
 - Víctima - Ciclo de la ira
 - Agresor - Definición violencia doméstica
5. Sesión 5 conjunta - Estrés y relajación
6. Sesión 6 individual
 - Víctima - Ira
 - Agresor - Ira
7. Sesión 7 individual
 - Víctima - Asertividad
 - Agresor - Asertividad
8. Sesión 8 conjunta - Autoestima
9. Sesiones opcionales adicionales
 - A. Efecto del maltrato en los niños
 - B. La Sexualidad
 - C. Los Celos

4. Conclusiones 41

5. Valoración del programa 44

Bibliografía 46

Agradecimientos 50



INTRODUCCIÓN

A MODO DE PRESENTACIÓN

Cómo equipo de atención psicosocial en el campo de los cuidados paliativos, llevamos años ofreciendo atención psicológica a pacientes y familiares en varios ámbitos – hospitales, domicilios y centros sociosanitarios. A través de esta labor, nuestro objetivo es contribuir a reducir el malestar emocional y facilitar la adaptación a la última etapa de la vida de las personas enfermas y sus familias. Los pacientes con los que trabajamos padecen una enfermedad crónica avanzada; es decir, que se encuentran en la fase final de la vida o situación terminal.

Después del fallecimiento del paciente, también se ofrece terapia de duelo para los familiares que la requieran.

Nuestra sede está en Matia Fundazioa en Donostia-San Sebastián y formamos parte del Programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas de la Obra Social “la Caixa”. El ámbito de intervención abarca toda la provincia de Gipuzkoa..



EL PORQUÉ DE ESTA GUÍA

Al realizar nuestro trabajo cotidiano, entramos a conocer la intimidad de los pacientes y sus familias, y a intervenir para mejorar la calidad de la comunicación y las relaciones en general. De ahí que, a lo largo de los años, comenzamos a detectar un porcentaje notable de familias en las que existía una historia previa de maltrato en el sistema familiar; y nos planteábamos la pregunta de cómo habría que adaptar la atención psicosocial habitual que se ofrece en el campo de los cuidados paliativos, a la problemática específica de las relaciones con maltrato.

El maltrato que se produce puede ser física y/o psicológica; y, en algunos de los casos, el paciente en situación paliativa es el agresor, mientras que la cuidadora principal, su mujer, es la víctima. También se da la situación inversa, en la que la paciente es la víctima. (En estos casos, dada la acentuada vulnerabilidad de la mujer enferma, hay que hacer especial hincapié en asegurar su seguridad allí donde se le esté atendiendo).

Conviene señalar *que, aunque tanto la literatura como la estadística suelen situar la violencia de género con un agresor masculino y una víctima femenina, esta variable puede ser la inversa.

*Barreto, P., Díaz-Cordobés, J. L. y Saavedra, G. (2016). Prevención de duelo complicado. En Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas: Intervención psicológica y espiritual. Eds. Barbero, J., Gómez-Batiste, X., Maté, J. y Mateo, D. Obra Social “la Caixa”, Barcelona.

Por lo tanto, conviene tener en cuenta de que podríamos encontrar sistemas familiares con una mujer maltratadora y su marido como víctima de la agresión, u otras variedades de relaciones significativas en las que el maltrato esté presente: padre/madre a hijo/hija, hijo/hija a padre/madre, etc. De hecho, uno de los problemas de base para iniciar una ayuda adecuada es la tendencia social a obviar la existencia de la agresión.

Entendemos que el trabajo con una familia con historia de maltrato aumenta la complejidad de la atención en cuidados paliativos y merece una reflexión y preparación específica para poder garantizar la buena praxis. Uno de los varios factores complejos en estos casos, por ejemplo, es el impacto emocional que puede producirse en los propios profesionales al saber que el paciente que están atendiendo ha sido maltratador. Ahí entra en juego nuestro deber profesional y ético de mantener una calidad exquisita de la atención, independientemente de la historia de relaciones familiares. Pero para ello, necesitamos de una orientación profesional adecuada que nos ayude a abordar estos casos.

Esta guía surge como fruto de una larga reflexión de equipo, revisión de la biografía, consultas con especialistas en violencia de género, etc.

En nuestra búsqueda, no hemos encontrado un trabajo específico previo como esta guía, por lo que entendemos que existía un vacío, una necesidad de dar respuesta a esta problemática que encontramos en la atención paliativa. Por otra parte, opinamos que las características específicas y complejas de estos casos merecen una consideración especial de adaptación de la intervención habitual. Por este motivo, se ha creado esta guía pionera que pretende proporcionar una orientación útil para profesionales dedicados a los cuidados paliativos, especialmente los que ofrecen la atención psicológica y social, sobre cómo adaptar nuestra intervención habitual a las circunstancias de los casos con maltrato.

CÓMO USAR LA GUÍA

Esta guía se puede usar de distintas maneras. Se presenta en formato de un programa estructurado de intervención psicológica. Se propone como una serie de sesiones adicionales a la atención psicosocial habitual en cuidados paliativos. Estas sesiones se han desarrollado con el objetivo de garantizar la seguridad de las personas y mejorar, tanto las secuelas previas, como la dinámica actual de la relación dañina. Se pretende también, lograr cierta reparación durante esta fase de cierre de la relación antes de que se produzca el fallecimiento del paciente y, así dejar menos asuntos pendientes a los familiares. De la misma manera, se puede reducir el riesgo de que el/la doliente padezca un duelo complejo persistente, puesto que la investigación indica, que la relación conflictiva representa un factor de riesgo en este sentido*.

Por lo tanto, se puede seguir el programa propuesto tal y como aparece en este guía, aun entendiendo que puede que no se complete debido al avance de la enfermedad terminal y el fallecimiento del paciente. En nuestro equipo se ha aplicado el programa en múltiples casos logrando resultados positivos. También se pueden elegir sesiones aisladas que consideramos adecuadas a las características de cada caso y aplicarlas exclusivamente a ellas. Además, los temas desarrollados en las sesiones propuestas aquí responden a necesidades específicas de intervención en el ámbito del maltrato. Conocerlos sirve para formarnos a los profesionales en este campo.

Nos incita a estar más atentos a áreas de daño y cómo intervenir en ellas, de modo que sin seguir el programa con exactitud, el hecho de estar familiarizado con él nos puede servir para enfocar líneas generales de atención o temas a trabajar a lo largo de nuestro trabajo con estas familias.

El programa está estructurado con sesiones específicas para la atención de la víctima, sesiones específicas para llevar a cabo con el agresor, y sesiones conjuntas para los dos. Debido a que normalmente la víctima se encuentra más motivada a recibir la atención sobre la violencia de género que el agresor, en algunos casos se lleva a cabo solamente la parte que corresponde a ella, limitando la intervención con el agresor al apoyo psicosocial habitual en cuidados paliativos.

LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS)** define los cuidados paliativos (CP) como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales»***. Es un campo de la medicina relativamente joven que responde a la necesidad de mejorar la calidad de vida y cuidar de las personas que padecen enfermedades crónicas avanzadas incurables durante la fase final de su vida.

El modelo de atención incluye una intervención integral ofrecida por un equipo multidisciplinar y que abarca los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales del paciente y su familia. Es un modelo centrado en la persona. Los pacientes se pueden atender en servicios hospitalarios especializados (unidades de cuidados paliativos), otros servicios hospitalarios, centros gerontológicos o socio-sanitarios, o domicilio.

LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN CUIDADOS PALIATIVOS

““Los pacientes que afrontan el final de su vida y sus familiares se encuentran ante múltiples situaciones altamente estresantes, que se prolongan en el tiempo, que son cambiantes y progresivas en cuanto a su gravedad, y que pueden ocasionar niveles de malestar muy altos.”**** Por esta razón, una intervención médica exclusivamente centrada en la dimensión física de las personas sería muy limitada y, por lo contrario, en el campo de los cuidados paliativos se parte de un modelo biopsicosocial de la salud que pretende aliviar el sufrimiento psicológico, social y espiritual a la vez que el físico.

Para llevar a cabo este propósito, por un lado, todos los profesionales de cuidados paliativos deben contar con una formación en el apoyo emocional, la comunicación y las malas noticias, etc. que les capacite para atender a nivel básico esta dimensión de los pacientes y sus familias. Por otro, el psicólogo del equipo interviene en los casos psicológicamente más complejos como especialista en esta área para aliviar el malestar emocional, mejorar el afrontamiento y adaptación, mejorar la comunicación y las relaciones familiares, etc. Trabaja con los pacientes y sus familias durante la enfermedad y atiende el proceso de duelo de los familiares después del fallecimiento del paciente.

**World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Acceso marzo 2007].

***Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08

****Cruzado Rodríguez, J. A. (2016) Psicología de la salud y cuidados paliativos. En Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas: Intervención psicológica y espiritual. Obra Social “la Caixa”, Barcelona, pág. 32.

EL MALTRATO

La palabra maltrato se usa para designar todas aquellas acciones que involucran algún tipo de agresión o violencia. Como dice la misma palabra, el abuso es una forma de tratar mal a alguien, dirigirse a esa persona o ser vivo de una manera agresiva, con insultos, gritos e incluso violencia física. El maltrato es perjudicial para el que lo recibe, ya que puede suponer lesiones graves si la agresión es física y también heridas emocionales y psicológicas cuando el abuso es verbal.*

LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Las Naciones Unidas definen todo lo que debe considerarse como violencia en el artículo nº 1 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer:

“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para ella, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada” (Naciones Unidas 1994).*

En nuestro país la violencia de género es conceptualizada por la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, como “una manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas por sus agresores carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión, y que tiene como resultado un daño físico, sexual o psicológico” (Ministerio de la Presidencia, 2004).*

Algunas conceptualizaciones actuales describen el maltrato contra la pareja como producto de la interacción de ciertos componentes emocionales del individuo, tales como la ira, la rabia o la impotencia, y la predisposición hostil de este, un precario registro conductuales lo referido a habilidades de comunicación y de solución de problemas, diversas variables facilitadoras (celos, estrés, consumo de drogas, sustancias tóxicas...) y la percepción de debilidad de la víctima**. El sufrimiento de la víctima, lejos de constituirse en un lenitivo contra la violencia al suscitar sentimientos de empatía al agresor, constituye un estímulo que disparará la agresión, cuyo impacto emocional incide en la salud mental de la víctima a corto y largo plazo***.

*Eds. Álvarez, M., Sánchez, A. M. y Bojó, P. Colegio oficial de psicología de Guipúzcoa.) Manual de atención psicológica víctimas de maltrato machista.(2016)

** Etxebarua, Corral y Amor, 2002

*** Campbell, 2002; Kazantzis, Flet, Long, McDonald y Miller2000; Kramer, 2002



MODELO DE INTERVENCIÓN

EL MODELO DE INTERVENCIÓN

Valores y método de la intervención

Antes de describir la intervención específica para los casos de maltrato, conviene hacer hincapié en que lo que para el equipo es prioritario es el acompañamiento al final de la vida y el duelo. Cualquier cosa que pueda interferir en dicha labor quedará totalmente descartada al menos que exista una situación de peligro personal para el paciente o la familia. Lo principal y lo que se considera más ético es mantener el vínculo tanto con el paciente como con el familiar para aliviar su sufrimiento en la fase final de vida.

El modo de establecer la relación de ayuda o el vínculo será el mismo que se utiliza siempre. Nos acercaremos tanto a la víctima como al agresor de la misma forma en la que procedemos con otros pacientes y familiares de cuidados paliativos.

Las sesiones se realizarán en domicilio o en el hospital dependiendo de la unidad que haya derivado el caso, y de la forma que estemos realizando el trabajo previo. Si hubiera un cambio de contexto, como ocurre en los casos de alta, primero se realizaría la sesión habitual en domicilio y después las sesiones del programa de maltrato, con el fin de trabajarlas tras contextualizar y encuadrar la terapia una vez más.

En todo momento se continuará realizando el acompañamiento a la enfermedad y duelo habitual. Para ello, se continuará dedicando una sesión semanal o quincenal como hayamos estipulado en función de los habituales criterios. Y se añadirá una sesión semanal para la víctima, y otra para el maltratador (o para uno de los dos, en caso de que el otro rechace la intervención), hasta completar las siete de cada uno. La última sesión, de autoestima, que no implica mayor conflicto ni dificultad, se realizará de forma conjunta, con el fin de dar cohesión a todo lo realizado anteriormente.

Por otro lado, en los casos en los que la víctima sea tratada durante el proceso de duelo, se continuarán abordando todas las necesidades específicas de su situación particular, hasta elaborar el duelo y superar de forma definitiva el Trastorno por Estrés Post-Traumático y el resto de secuelas producidas por la situación vivida. En caso de que el agresor sea el doliente, también puede recibir atención en el duelo.

A los hijos se les ofrecerá apoyo a lo largo de la enfermedad y durante el duelo, en los casos en los que sea posible.

EVALUACIÓN DE PELIGROSIDAD Y PLAN DE SEGURIDAD

Evaluación

Antes de iniciar la intervención psicoterapéutica del caso, es imprescindible hacer una evaluación del peligro que corren las personas implicadas y establecer con ellas un plan de seguridad. Hay que valorar la situación de riesgo, por ejemplo, teniendo en cuenta si la víctima es la paciente o la familiar. Son los casos en los que la víctima es la que se encuentra en situación paliativa, los de mayor peligrosidad para la misma.

También existe peligro de que cuando el agresor es el paciente, sea la víctima la que esté más violenta por ira contenida y aprovechando la debilitación del agresor. En esos casos cuando la víctima se encuentra en el rol de cuidadora principal, puede proporcionar o no los cuidados necesarios al paciente. Por lo tanto, habrá que valorar la peligrosidad en estos casos también.

Obtener información sobre la frecuencia y gravedad de la violencia.

A modo orientativo: Lista de factores de alto riesgo, según Sonkin y Walker (1995):

- Aumento de la frecuencia de incidentes violentos.
- Aumento de la gravedad de la violencia.
- Amenazas de muerte.
- Incremento del consumo de alcohol o drogas.
- Intentos de suicidio.
- Problemas psiquiátricos en el hombre o la mujer.
- Necesidad del hombre de controlar a los hijos.

No hay una herramienta que nos permita medir con fiabilidad la situación. Debemos de recoger información sobre los episodios más violentos y, sobre todo, ver si van en aumento o no. En base a esto, se decide con la víctima la mejor opción para su plan de seguridad. Se sabe que los cambios en la víctima a raíz del empoderamiento suponen mayor riesgo en muchas ocasiones por la pérdida de control que puede sentir el agresor.

En caso de duda o de discordancia entre paciente y terapeuta, solicitar ayuda a los especialistas de la casa de la mujer o presentar el caso ante el comité de expertos con los cuales tenemos contacto.

En los casos de mayor peligrosidad habrá que valorar la posibilidad de ingreso en un socio-sanitario o en una unidad de cuidados paliativos. Y si no es posible, habrá que implicar al resto de la familia con el fin de conseguir supervisión las 24 horas con su presencia o contratando ayuda externa.

En nuestra experiencia, nos encontramos con una peculiaridad importante cuando las víctimas son las familiares y cuidadores principales. Y es que, hasta el momento, en el 100% de los casos, han tenido claro que prefieren mantenerse al lado del agresor, ya que el tiempo que queda en comparación a todo lo vivido, es limitado y tolerable. Debemos de añadir que la energía del agresor está mermada por la enfermedad.

EVALUACIÓN DE PELIGROSIDAD Y PLAN DE SEGURIDAD

Plan de seguridad

En todos los casos en los que la relación vaya a continuar, es bueno planificar conjuntamente un plan de escape cuando la escala de violencia indica riesgo. La finalidad consiste en crear una respuesta familiar automatizada durante la crisis. Esto proporciona a la mujer seguridad y control sobre la situación.

En los casos en los que es la víctima la cuidadora principal, también es una forma de poner límites a la conducta del paciente, explicándole que existe este plan y que su comportamiento tendrá consecuencias.

Es importante realizarlo, porque como consecuencia del maltrato psicológico, la mayoría de las mujeres han desarrollado indefensión aprendida y han sustituido las destrezas de escapatoria por estrategias defensivas y, por eso, son incapaces de concebir la posibilidad de una escapatoria, ni siquiera durante una gran crisis.

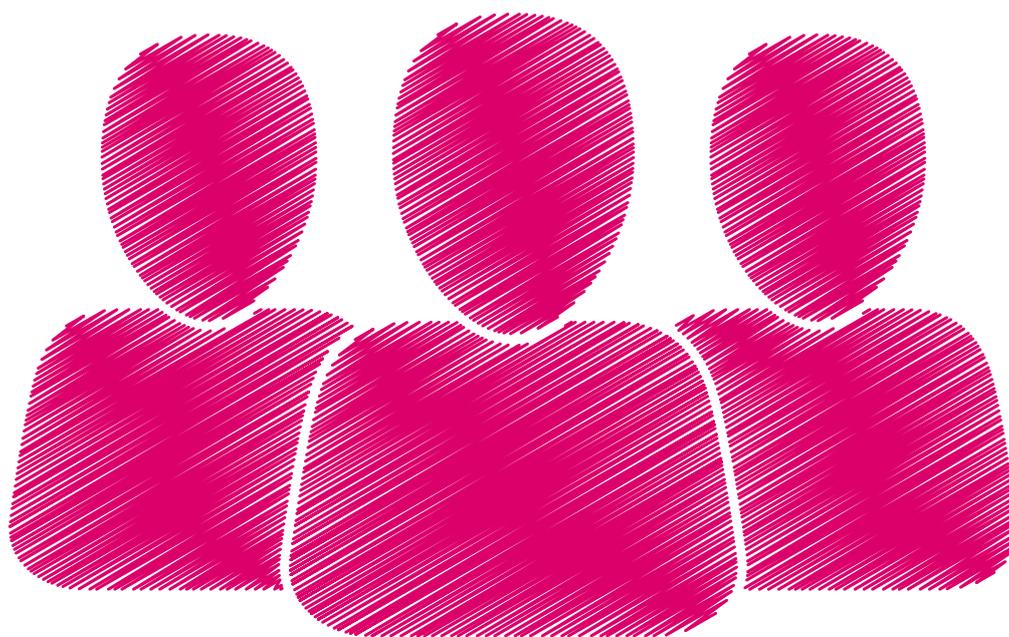
- Lo primero es pensar en un teléfono fuera del alcance de la pareja.
- Pensar donde se pueden guardar duplicados de las llaves de casa y sobre todo de coche.
- Decidir a quién se va a recurrir en caso de que algo ocurra.
- Informar a los hijos si son mayores de edad de las decisiones tomadas.
- Dejar mudas y cosas necesarias para niños, en caso de que sean pequeños, en el lugar al que se vaya a acudir.

El simple hecho de planificar la forma de escape, da seguridad y sensación de control a la víctima, que comienza a pensar que puede hacer algo ante la situación de agresión. También se da cuenta de que personas pueden estar ahí para ayudarle, y abre su campo de posibilidades. Es un paso que, con el tiempo, ayuda a revertir el aislamiento.



PROGRAMA DE SESIONES

PROGRAMA DE SESIONES



PROGRAMA CONTRA VIOLENCIA AL FINAL DE LA VIDA		
	VICTIMA	AGRESOR
PREVIO	Evaluación de peligrosidad y plan de seguridad	
Primera Individual	Definir violencia doméstica	Creencias erróneas
Segunda Individual	Efectos psicológicos y físicos	Tiempo fuera
Tercera Individual	Creencias erróneas	Poder control
Cuarta Individual	El ciclo de la ira	Poder control
Quinta Conjunta	Estrés, entrenamiento Jacobson	
Sexta Individual	Ira	Ira
Séptima Individual	Asertividad	Asertividad
Octava Conjunta	Autoestima	
Otros		
Efecto maltrato en niños		
Sexualidad		
Celos		

PRIMERA SESION VÍCTIMA: DEFINICIÓN MALTRATO

OBJETIVO

Poner nombre a lo experimentado, salir de negación, disociación y resto de mecanismos de defensa que atrapan en la relación.

ACTIVIDADES

1. Comentar el perfil del maltratador:

Esto permite ir centrando el tema y, sobre todo, desculpabilizar y ayudar a la víctima a hacerse consciente de lo que ha vivido, paulatinamente.

MATERIAL DE APOYO:

Clasificaciones:

- Jorge Corsi: Tipo A, perfil básico maltratador; tipo B, perfil psicopático; tipo C, Perfil hipercontrolador.
- Gottman y Jacobson: Pittbull y Cobra
-

Características obtenidas en nuestras sesiones:

Control, labia / encanto superficial; sentido grandioso de si mism@; mentira patológica, manipulador@ /controlador@; preocupación excesiva o falta de empatía; escaso control de la conducta; conducta sexual promiscua; impulsividad; irresponsabilidad; falta de responsabilidad por sus acciones; muchas relaciones esporádicas.

2. Tipos de maltrato:

Comentar tipos de violencia que existen. Situarse. Esto nos ayuda a reducir la negación y minimización y comenzar a poner palabras a lo ocurrido. Pueden ser:

Abusos físicos; abusos sexuales; abusos psicológicos; violencia hacia otras personas, mascotas y propiedad.

PRIMERA SESIÓN AGRESOR: DISTORSIONES COGNITIVAS Y CREENCIAS IRRACIONALES

OBJETIVO:

Conocer distorsiones propias de pensamiento.

ACTIVIDADES:

1. Presentar el modelo básico de hablarse a sí mismo:

Se comenta el modelo de ACCION (Robinson, 2003). Nos permite que el agresor conozca su proceso cognitivo, lo segmente y lo reconstruya con ideas más acercadas a la realidad.

MATERIAL DE APOYO:

MODELO ACCION

EJEMPLO DE DESARROLLO:

A: Acontecimiento: Es el evento inicial. "Su esposa llega del trabajo y dice: odio mi trabajo".

C: Creencia: La constituyen nuestros pensamientos o actitudes ante el acontecimiento. "Está tratando de decirme que yo debería de ganar más".

C: Consecuencia: La constituyen las emociones y los comportamientos que surgen como resultado de sus creencias negativas. Puede criticar, enfadarse, defenderse o preocuparse. "Deja de quejarte, crees que solo tú tienes broncas".

I: Iniciativa para cambiar: Consiste en el reconocimiento de que no hay que ser esclavo de nuestras creencias y en hacer algo distinto. "No me voy a enfadar, voy a hacer algo nuevo".

O: Otra creencia: Es una nueva manera de pensar, en lugar de las cosas que en el pasado han causado más problemas. "Tal vez haya otra manera de interpretar lo que ella diga. Quizás no quería decir eso".

N: Nueva consecuencia: Es lo que pasa debido a su nueva manera de pensar. Emociones y conductas más positivas.

PRIMERA SESIÓN AGRESOR: DISTORSIONES COGNITIVAS Y CREENCIAS IRRACIONALES

2. Trabajar los pensamientos deformados

Se explican con ejemplos todos ellos y se tratan de poner ejemplos propios con ayuda del paciente, con el fin de que comience a reconocerlos.

EJEMPLOS DE PENSAMIENTOS DEFORMADOS:

- Filtraje; pensamiento polarizado; sobregeneralización; interpretación del pensamiento; visión catastrofista; personalización; razonamiento emocional; culpabilidad; los “debería”; tener razón; falacia de cambio; minimización; autohumillación.

3. Trabajar ejemplos concretos:

Ideas irracionales que pueden originar comportamientos violentos hacia las mujeres (Torres y Espada, 1996).

Pensamientos distorsionados sobre la mujer y la violencia (ECHEBURÚA, 2004).

4. Describir pareja e historia personal:

Detectar de este modo pensamientos deformados del paciente y reflejarlos.

SEGUNDA SESIÓN VÍCTIMA: CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y FÍSICAS

OBJETIVO:

Conocernos, identificar lo vivido, comprendernos, desculpabilizar, prevenir y comenzar a reparar.

ACTIVIDADES:

Ésta es una sesión principalmente formativa en la que se explica a la víctima todas las consecuencias de su vivencia, tal y como se expone a continuación. Al final se incluye una parte más interactiva en la que tendrá que poner ejemplos propios de cada uno de los síntomas psicológicos.

1. Explicar consecuencias psicológicas:

Cuando los sentimientos son demasiado intensos, no es de extrañar que se desconecte y se deje de experimentarlos. Las mujeres y los hombres maltratados utilizan algunas estrategias defensivas como la minimización, la negación, la represión y la disociación para desconectarse de los sentimientos negativos. En ocasiones, también se pueden utilizar el alcohol y las drogas como forma de bloquear el dolor.

La violencia es trauma. La investigación ha demostrado que las víctimas del trauma tienen reacciones muy similares, ya sean víctimas de una catástrofe natural o de un accidente o trauma provocado por una persona.

Los síntomas que presentan cumplen el criterio de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) con una particularidad: en el caso de las mujeres maltratadas, se presentan otros tres síntomas añadidos que ellas comparten y el resto de víctimas de trauma no:

- Relaciones interpersonales conflictivas debido al poder ejercido por el agresor y sus medidas de control.
- Distorsión de la imagen corporal y dolencias físicas y/o somáticas.
- Problemas sexuales.

2. Identificar síntomas propios:

Conocernos, identificar lo vivido, comprendernos, desculpabilizar, prevenir y comenzar a reparar.

SEGUNDA SESIÓN VÍCTIMA: CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y FÍSICAS

TEPT

A. Exposición a un acontecimiento traumático:

B. Reexperimentación persistente:

- recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar.
- sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
- el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
- malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan acontecimiento
- respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos recuerdan acontecimiento

C. Evitación persistente:

- esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
- esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
- sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para experimentar sentimientos de amor)
- sensación de un futuro desolador

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación:

- dificultades para conciliar o mantener el sueño
- irritabilidad o ataques de ira
- dificultades para concentrarse
- hipervigilancia
- respuestas exageradas de sobresalto

3. Consecuencias físicas:

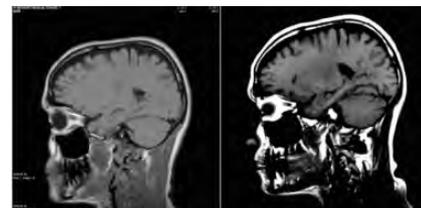
Discutir las posibles consecuencias físicas. Detectar las propias y derivar al equipo en el caso de que sea la paciente, o al médico de atención primaria en el caso de que sea la familiar. Comentar con el equipo o el médico de atención primaria lo expuesto a continuación. Con la paciente repasar el listado de enfermedades posibles que se presentan en negrita, valorar si se da alguna de ellas y explicarle brevemente la causa.

Consecuencias físicas del maltrato psicológico que no tienen que ver con los golpes:

La violencia psicológica mantenida provoca un daño cerebral. Dra. D^a. María Antonia Azcárate Mengual

SEGUNDA SESIÓN VÍCTIMA: CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y FÍSICAS

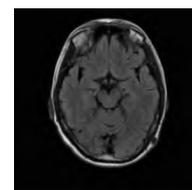
Comparación neuroimagen antes y después del TEPT. 2004 y 2006:



Comparación corte sagital de estudio 2004 y 2006 de hipocampo derecho. Aun aceptando que la falta de identidad en el plano de corte de ambos estudios, 2004 y 2006, podría justificar las diferencias, parece más que razonable admitir una evidente asimetría entre ambos estudios (anterior y posterior al diagnóstico de TEPT).

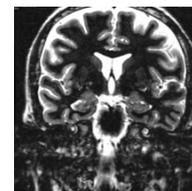
Corte axial 2006

Llama la atención la hipertrofia de la amígdala derecha respecto a la izquierda (descrito también como signo radiológico de TEPT). Cuerno temporal derecho aumentado y disminución aparente de cabeza y cuerpo hipocampal derecho.



Corte coronal 2006 a nivel de las digitaciones

Muestra pérdida de densidad de hipocampo derecho respecto al izquierdo.



Conclusiones:

- El TEPT es una patología multisistémica que afecta al sistema límbico, al sistema endocrino, al SNA y al sistema inmunológico.
- El daño cerebral es efecto de esta violencia y no una causa que la favorezca.
- Es posible mediante pruebas biológicas diagnosticar un TEPT secundario a violencia psicológica.
- Es posible mediante pruebas biológicas diferenciar un TEPT de otras patologías (depresión, ansiedad) e incluso de la ausencia de patología (simulación).
- Necesitamos estudios que nos permitan averiguar si los cambios provocados son o no reversibles.
- El TEPT secundario al maltrato psicológico en el trabajo debe considerarse una enfermedad profesional.
- Las experiencias traumáticas de la vida modifican la química cerebral. La violencia mantenida provoca un daño neurológico. Pero la ausencia de violencia, entornos saludables, pueden ayudar a que seamos personas más inteligentes y más felices.

SEGUNDA SESIÓN VÍCTIMA: CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y FÍSICAS

Desde la psiconeuroinmunología (PNI) se ha vinculado el trastorno de estrés postraumático con un fallo en la capacidad corporal para combatir las enfermedades (Crofford, 2007).

Las investigaciones más recientes indican que los acontecimientos traumáticos producen respuestas inflamatorias en el cuerpo, que transmiten la respuesta entre los factores estresantes traumáticos y los problemas de salud (Kendall-Tackett, 2008).

Hay toda una gama de problemas de salud que se asocian con el trastorno de estrés postraumático dependiendo de lo larga y seria que sea la respuesta traumática: enfermedades crónicas como las cardiovasculares; el asma; la diabetes; y los trastornos gastrointestinales y ginecológicos (Lack y Gabutt, 2002; Sareen, Cox, Stein, Afifi, Fleet y Asmundson, 2007; Spielberg, 1991).

También se han asociado con el estrés postraumático: trastornos somáticos como la fibromialgia; el síndrome de la fatiga crónica; el trastorno temporomandibular (TMI); y el síndrome del colon irritable.

SEGUNDA SESIÓN AGRESOR: TIEMPO FUERA

OBJETIVO

Diseñar un plan específico para manejar situaciones estresantes a fin de que la agresión disminuya o se evite.

ACTIVIDADES

Utilizar sesión de TIEMPO FUERA desarrollada por Walker.

EJEMPLO DE DESARROLLO:

Primeras pautas a explicar:

- Somos 100% responsables de nuestra conducta.
- La violencia no es una solución aceptable de nuestros problemas.
- No tenemos control sobre ninguna otra persona, pero tenemos control sobre nosotros mismos.
- Cuando hablamos con los demás, necesitamos expresar nuestros sentimientos claramente, sin culpar o amenazar.
- Entender más sobre lo que nos decimos a nosotros mismos, sobre nuestros síntomas físicos, y nuestras emociones, es muy importante para mejorar y progresar.
- Siempre podemos tomar un tiempo fuera antes de reaccionar.
- Nada podemos hacer con respecto al pasado, pero podemos cambiar el futuro.
- Aunque hay diferencias entre hombres y mujeres, nuestros derechos y necesidades son los mismos.
- Los terapeutas no pueden hacer que la gente cambie, sólo pueden preparar el terreno para que el cambio ocurra.

Explicar teoría del tiempo fuera.

Explicar ejemplo de resolver momento de crisis.

Explicación para la pareja.

En nuestro trabajo de cuidados paliativos, puede ser que el agresor sea el paciente, por lo que habrá ocasiones en las que la movilidad se vea reducida y la persona no pueda marcharse de la escena como tiempo fuera. (Cierto es que el riesgo de agresión física se disminuye durante la enfermedad. Sin embargo, en ocasiones la agresión psicológica se ve incluso aumentada.) En estos casos, se planteará el tiempo fuera en una sesión conjunta con la víctima. Y, aunque sea el agresor quien identifique la emoción y quien tome la decisión, será ella quien le ofrezca un espacio al agresor, un espacio de tiempo, negociado anteriormente y escrito conjuntamente en el plan.

TERCERA SESIÓN VÍCTIMA: CREENCIAS ERRÓNEAS

OBJETIVO

Conseguir detectar las creencias irracionales o los patrones de pensamiento y conducta distorsionados y tratar de modificarlos.

ACTIVIDADES

1. Trabajar la culpa
2. Dependencia y valía
3. Mitos culturales

Distintos autores han señalado el valor de los mitos culturales acerca de la violencia contra la mujer como elementos que contribuyen a la perpetuación del problema. Precisamente una de las características definitorias del mito es su resistencia al cambio: la fuerza del mito reside en que es invulnerable a las pruebas racionales que lo desmienten. En el caso de la violencia doméstica, los mitos contribuyen tres funciones principales:

- Culpabilizan a la víctima: mitos acerca de la provocación, el masoquismo, etcétera..
- Naturalizan la violencia: el matrimonio es así, los celos avivan el amor...
- Impiden a la víctima salir de la situación: mitos acerca de la familia, el amor, la abnegación, la maternidad...

4. Patrones de pensamiento disfuncional:

Trabajar los patrones de pensamiento más comunes en víctimas de maltrato.

- Pensamiento negativo
- Escalada de patrones del pensamiento
- Pensamiento irracional

5. Es importante:

- Procurar ser específico.
- Examinar las evidencias.
- Recibir apoyo de otras personas, buscando objetividad.
- Aprender a reírte de ti mismo.
- Estudiar el origen de dichos patrones.

6. De víctima a superviviente:

Comentar paso importante para la recuperación:

Muchas mujeres se quedan estancadas en el rol de víctimas y piensan obsesivamente en lo que les ha pasado, en lo injusto que ha sido todo y en cómo poder hacer que el maltratador se comporte justamente. Muchas mujeres desean que sus parejas entiendan lo que significa para ellas ser víctimas de los abusos, hacer que sus parejas comprendan que ellas estaban en lo cierto y ellos equivocados. Algunas mujeres no saben cómo superar los pensamientos negativos después de haber sido rechazadas y traicionadas. Pensar y sentirse de esa forma impedirá que una mujer continúe con su vida normal.

Se trabaja la transformación de esos patrones de pensamiento negativos en positivos, dando un espacio al trauma, trabajando la autoestima, la asertividad y todo lo necesario, para conseguir bienestar y felicidad. No hay mayor lección para una misma y para el resto que eso.

TERCERA Y CUARTA SESIÓN AGRESOR: PODER CONTROL

OBJETIVO

Conocer e identificar el propio comportamiento y saber que existe una forma alternativa de relación.

ACTIVIDADES

1. Explicar e identificar comportamientos propios:

Rueda de poder y control

Conocida como Modelo Duluth es el resultado de entrevistas realizadas a supervivientes de violencia en el ámbito de la pareja y a los agresores. A las víctimas se les preguntaba las formas en que se sentían controladas y a los agresores sobre las estrategias para ejercer el control. El resultado es la Rueda de Poder y Control, donde encontramos todas las formas de abuso y control que un agresor ejerce sobre su víctima:



TERCERA Y CUARTA SESIÓN AGRESOR: PODER CONTROL

2. Exponer la alternativa positiva y valorar si el paciente lo ve como posible:

Rueda de la igualdad

Contrapuesta a la Rueda de Poder y Control, la Rueda de la Igualdad representa una serie de características para fomentar y vivir unas relaciones afectivas igualitarias y exentas de violencia. Sus rasgos son:



CUARTA SESIÓN VÍCTIMA: EL CICLO DE LA IRA

OBJETIVO

Evitar la negación o la minimización en la fase de calma, conseguir recordar acontecimientos disociados y que sea la propia víctima la que se haga consciente de sus ciclos repetidos, con el fin de ofrecerle herramientas para romper la dinámica adquirida.

ACTIVIDADES

1. Teoría del ciclo del maltrato:

Comentar la teoría y que la víctima vaya poniendo ejemplos de situaciones vividas en cada una de las fases.

TEORIA

La victimización prevalece debido al ciclo de la violencia. La teoría prueba que el maltrato no es al azar o constante, que más bien ocurre en ciclos repetitivos, compuestos por tres fases, que podrían tener un lapso de tiempo de algunos meses de duración:

- **Fase de Tensión Acumulativa** - La víctima intenta calmar a su agresor, se muestra comprensiva, trata de ayudarle haciéndole razonar o se mantiene silente para que se calme. Se va apartando sin darse cuenta de sus grupos de apoyo, amistades y familiares. Trata de ser agradable, pasiva, retirada y se esfuerza por hacer las cosas como al agresor le agradan o le complacen. La acumulación de tensión comienza a intensificarse con ciertos episodios de abuso verbal y subidas de voz, que se hacen más frecuentes, cuando se da paso al siguiente período.
- **Fase de Maltrato Agudo** - La tensión acumulada genera un estado de rabia descontrolada, con episodios de abuso físico y sexual, por lo general. El agresor abusa de su pareja, le insulta, le grita, abusa sexualmente, le pega, le humilla, maltrata, rompe o destruye pertenencias, por lo general, valiosas para la víctima, le amenaza, etc. La mujer se siente desamparada, se ve en la necesidad de protegerse de la persona en la que ella confiaba para protegerle. Se siente aterrorizada. Queda terriblemente herida. El dolor la paraliza. Queda totalmente indefensa y no reacciona razonablemente.
- **Fase de Calma y Reconciliación** - Se caracteriza por la ausencia de tensión o violencia, el cual adquiere un valor positivo. El agresor percibe la pérdida de confianza de la víctima. La ve vencida y sin esperanzas. Por miedo a perder quien le nutre el ego, la responsabiliza por lo sucedido. Le echa la culpa y se excusa a sí mismo. Cambia su actitud hacia la víctima, buscando la manera de retenerle. Insiste en su inocencia y la llena de esperanza haciéndole creer que todo puede continuar bien. Se da un periodo de aparente complacencia y consideración de parte del agresor. La catarsis que había dado paso a la rabia descontrolada, que pudo haber envuelto la intervención policiaca o el arresto, se transforma en docilidad, remordimiento e intento de ser perdonado a través de regalos y consideraciones hasta que las tensiones comienzan a acumularse de nuevo, comenzando nuevamente la primera fase.

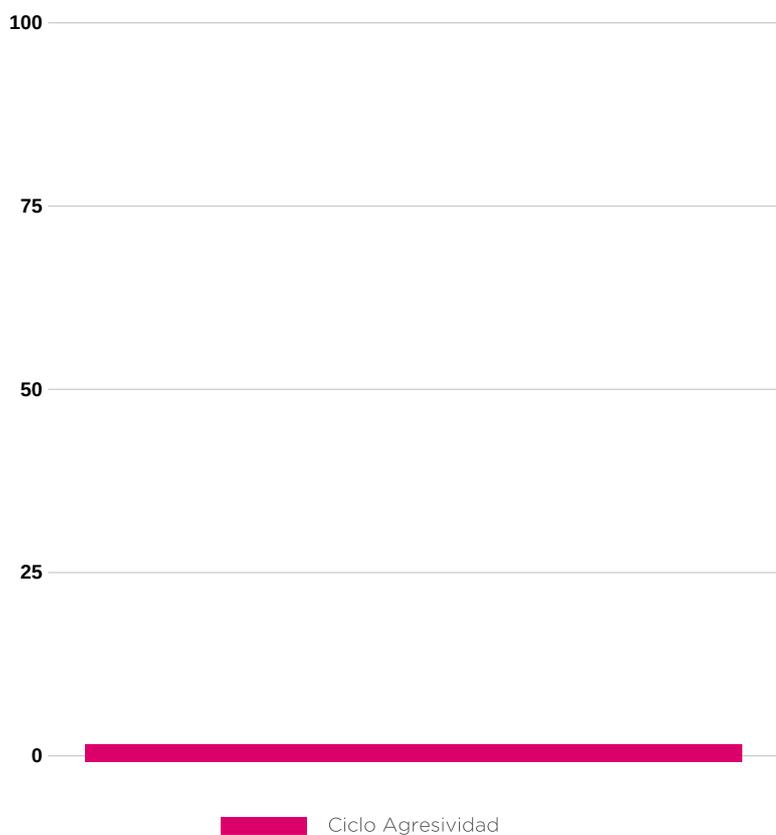
CUARTA SESIÓN VÍCTIMA: EL CICLO DE LA IRA

2. Representación gráfica de su propio ciclo:

Con el fin de que al reflejarlo visualmente, interiorice la repetición de la situación.

Mi ciclo:

- Primer episodio.
- Último episodio.
- Episodio más fuerte.



Cuando la relación tóxica es entre dos familiares del paciente, hemos observado que la fase de calma y reconciliación, o luna de miel, se alarga en el tiempo después del fallecimiento de éste. Entendemos que puede ser por la descarga que este hecho supone para la familia, después de vivir un largo proceso de enfermedad.

Aconsejamos dar espacio a la víctima con el fin de no presionar y dañar la relación, pero sin perder el contacto con ella. Y se le hace hincapié en la posibilidad de volver a las otras fases, pero sin dañar ni quitar la esperanza, ni el descanso que necesita.

QUINTA SESIÓN CONJUNTA: ANSIDEDAD

OBJETIVO

Aprender a detectar la ansiedad, encontrar el mejor método personal para canalizarla y aprender la técnica de relajación progresiva de Jacobson, aconsejada por los expertos tanto en terapias para víctimas como para agresores.

ACTIVIDADES

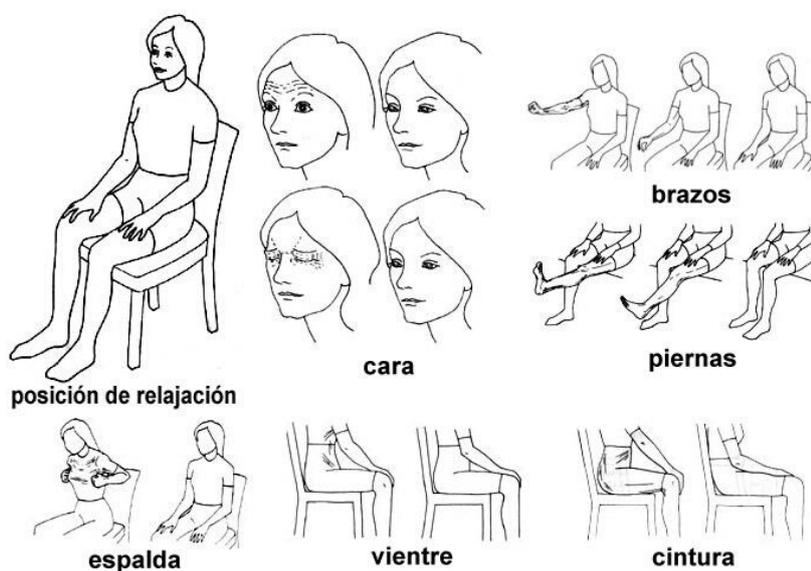
1. Definir la ansiedad y explicar la sintomatología:

2. Conocer nuestra propia ansiedad:

- Conocer cómo se manifiesta la ansiedad, su función y cuáles son sus componentes.
- Identificar las propias reacciones de ansiedad cuando surgen.
- Detectar la tensión muscular.
- Reconocer y escribir los pensamientos e ideas que generan la preocupación.
- Cuestionar esas ideas y racionalizarlas.
- La mejor manera de librarse de la tensión causada por la ansiedad es profundizando en ella.
- Pensar en situaciones estresantes previas y en métodos que nos hayan ayudado anteriormente.
- Cuidar la alimentación.
- Encontrar algún ejercicio o tarea física que me guste para poder realizarlo cuando más ansioso esté.

3. Entrenamiento Jacobson:

La relajación muscular progresiva es una técnica de tratamiento del control de la activación desarrollada por el médico Edmund Jacobson en los primeros años 1920. Jacobson argumentaba que, ya que la tensión muscular acompaña a la ansiedad, uno puede reducir la ansiedad aprendiendo a relajar la tensión muscular.



SEXTA SESIÓN INDIVIDUAL VÍCTIMA Y AGRESOR: IRA

OBJETIVO

Detectar la propia ira, aprender a manejarla y mejorar el manejo del conflicto.

ACTIVIDADES

1. Hablar sobre sesión previa:

2. Comprender la ira:

La ira, el enfado, son normales. Nos avisan de que algo está mal y que es necesario cambiar. La conducta que sigue a la ira es la que puede ser o normal o destructiva, como en el caso de la violencia física, las amenazas, los comentarios abusivos y el abuso sexual.

3. Identificar la ira:

SEÑALES:

Cuerpo: músculos tensos; sudor; ritmo cardíaco elevado; respiración más rápida; temblor; cara enrojecida.

Emocional: tenso; agitado; herido; ultrajado; insultado.

Conversación con uno mismo: “No es justo”; “Nadie me puede tratar así”; “Ella se merece esto”.

4. Algunas formas de manejar la ira:

Reconocer las señales de peligro.

Identificar la fuente.

Tratar con la situación o el problema que lo está causando.

Hablar con alguien.

Aceptarlo como normal.

En ocasiones, tiene sentido simplemente esperar y dejar que se pase.

5. Trabajar las señales de peligro:

6. Explorar alternativas apropiadas a la violencia:

Correr o caminar enérgicamente; trabajo físico; tiempo quieto; respiración profunda; hablar; ejercicios de relajación: lo trabajado en la sesión anterior o cualquier alternativa propia (p. ej.: mindfulness, ...); buscar y trabajar lo que mejor le venga a cada uno.

SEXTA SESIÓN INDIVIDUAL VÍCTIMA Y AGRESOR: IRA

7. Discusiones constructivas:

Conflictos con respeto:

Las discusiones pueden ser una forma útil de resolver problemas o pueden ser batallas de nunca acabar, que pueden aumentar el riesgo de agresión. El tema principal es el respeto.

Conducta justa (respetuosa):

- Diga a su pareja qué es lo que quiere discutir.
- Utilizar oraciones que empiecen por “yo”, aceptando sentimientos y pensamientos.
- Habla solamente una persona a la vez y se turna, dejando un tiempo parecido a cada uno.
- Escuchar activamente, ella también está sintiendo y pensando.
- Buscar puntos de acuerdo.
- Hablar del aquí y ahora.
- Mencionar problemas inmediatos sin introducir el pasado.
- Darse tiempo para descansos y recesos.
- Presentar las razones y ofrecer soluciones.
- Aceptar cuando no se tiene razón.
- Cuando se haya llegado a un acuerdo, repetirlo o incluso apuntarlo, para asegurarse de que ambos han entendido lo acordado.

Conducta injusta (irrespetuosa):

- No insultos ni humillaciones.
- Sin traer heridas del pasado.
- Sin salirse del tema.
- No amenazar.
- No se da por hecho que se gana o se pierde la discusión.
- No guardar quejas para explotar todas al mismo tiempo.
- Cuidado con pensar que “lee su pensamiento”. No asumir, preguntar.
- No negar los hechos. Aceptar las culpas.
- No sentirse orgullosos de haber ganado o haberse salido con la suya. Así pierden los dos.
- No hacer gestos.
- No alejarse.

SEXTA SESIÓN INDIVIDUAL VÍCTIMA Y AGRESOR: IRA

Resolviendo problemas:

1. ¿Cuál es el problema?

Utilizar el mensaje “yo” para expresar necesidades. Deshacerse de culpas.
Escuchar los puntos de vista de los demás.
Asegurarse de que el resto entiende cuál es el problema.
Asegurarse de que se quiere una solución que se ajuste a todos.

2. Buscar soluciones en conjunto:

Obtener posibles soluciones de todos los involucrados.
En ese momento no evaluar ni descartar ninguna solución.
Escribir todas las soluciones que se sugieren.

3. Considerar los pros y contras de cada solución:

Importante la honestidad.
Pensar de forma crítica posibles soluciones.

4. Decidir una solución aceptable para todos:

No forzar a los demás a aceptar la situación.
Exponer la solución para que todos la entiendan.
Escribirla para comprobar si hay dudas.

5. Poner la solución en acción:

Comentar quién va a hacer qué y cuándo.
Confiar en que cada quien va a hacer su parte.
Alentar la responsabilidad personal evitando recordatorios, fastidios o vigilancias.
Si alguien no es responsable, confrontar utilizando mensajes de “yo”.

6. Evaluar la situación:

Cambiar la solución si fuera necesario.
Consultar los sentimientos de los demás con respecto a la solución.
Si después de un tiempo la solución no funciona, intentar otra solución de común acuerdo.

SÉPTIMA SESIÓN INDIVIDUAL VÍCTIMA Y AGRESOR: EXPRESAR, ESCUCHAR Y SER ASERTIVO

OBJETIVO

Entrenar habilidades de relación que pueden ayudarles a manejar los conflictos y las emociones de otra manera. Desde el EAPS, entendemos que una de las conductas principales que ayudan a evitar la agresión es la conducta asertiva, por lo que la entrenaremos en primer lugar y con el tiempo necesario para que ambos miembros de la pareja la consigan asimilar e interiorizar, aun cuando otros temas del programa queden sin un espacio para trabajar. Los agresores acumulan ira, y las víctimas no exponen sus necesidades debido al miedo. Si cada uno aprende a expresar sus necesidades sin herir, evitaremos la acumulación de ira en ambos.

ACTIVIDADES

1. La conducta asertiva:

Explicar de qué forma les puede ayudar ser asertivos. Volver a recordar las fases de la agresión. Hacer hincapié en la importancia que desde el EAPS le damos al hecho de ir descargando los momentos de malestar y encontrando soluciones conjuntas, modificando de esta manera la fase de acumulación.

2. ¿Qué es la conducta asertiva?

- Pedir lo que quiero sin exigirlo.
- Expresar los sentimientos.
- Dar cumplidos y expresar percepciones sinceramente, y aceptarlas también cuando los demás las hagan.
- Permitirse no estar de acuerdo, pero sin ser agresivo.
- Hacer preguntas y obtener información de los demás.
- Utilizar "mensajes del yo" y afirmaciones del tipo "yo me siento", sin juzgar o culpar a los demás.
- Mirar a los ojos durante la conversación (a menos que sea una situación en la que esto sea inapropiado).

3. Tipos de conducta:

Asertiva
Agresiva
Pasiva
Pasiva-agresiva

4. Escucha activa:

Explicar el concepto y su importancia, con el fin de evitar la gran tendencia del agresor a dar por hecho lo que el otro piensa y siente.

SÉPTIMA SESIÓN INDIVIDUAL VÍCTIMA Y AGRESOR: EXPRESAR, ESCUCHAR Y SER ASERTIVO

5. Cómo manejar la crítica:

Primero se repasa un poco el trabajo de la sesión de ira del agresor, para recordar cómo se hace una crítica constructiva. Y después trabajamos el modo de recibir las críticas, diferenciando las respuestas destructivas de las constructivas. Y mientras tanto, se observa la actitud del agresor ante el enfado de la víctima.

Ayudar a diferenciar entre Respuestas destructivas y Respuestas constructivas:

ES IMPORTANTE APRENDER A CONSIDERAR LA CRÍTICA COMO UNA OPORTUNIDAD DE APRENDER Y DESARROLLARSE.

OCTAVA SESIÓN CONJUNTA AUTOESTIMA

OBJETIVO

Ofrecer formas de mejorar la autoestima con la autoconciencia, reestructuración cognitiva, y la modificación del estilo de vida.

ACTIVIDADES

1. Lo peor de ti:

Se le obliga al paciente a pensar en el peor insulto que se diría a sí mismo.

Se le plantea la explicación:

Muy frecuentemente, las personas reaccionan intensamente a la crítica porque internamente ya se están criticando fuertemente a sí mismas. Al tener conciencia de los peores insultos que nos decimos o tememos, disminuimos el impacto de la crítica.

Al hablar de nuestros "puntos débiles", podemos empezar a sentirnos mejor. En ocasiones aceptamos como real lo que se nos decía de pequeños y lo creemos por completo; hablar de ello nos permite cuestionarlo y tomar distancia. Y por otro lado, nos damos cuenta de que ya no nos lastima de igual forma.

2. La casa del valor propio y del empoderamiento:

Se dibuja la casa en pizarra. Se pide que se dé información sobre las áreas de su vida que son importantes para ellos y que les dan experiencia de autovalía. Se van repartiendo las ideas en los diferentes cuartos de la casa.

- Trabajo.
- Vida social.
- Descanso.
- Paternidad.
- Espiritualidad.
- Relaciones de pareja.
- Conocimientos o habilidades personales.
- Integridad personal.

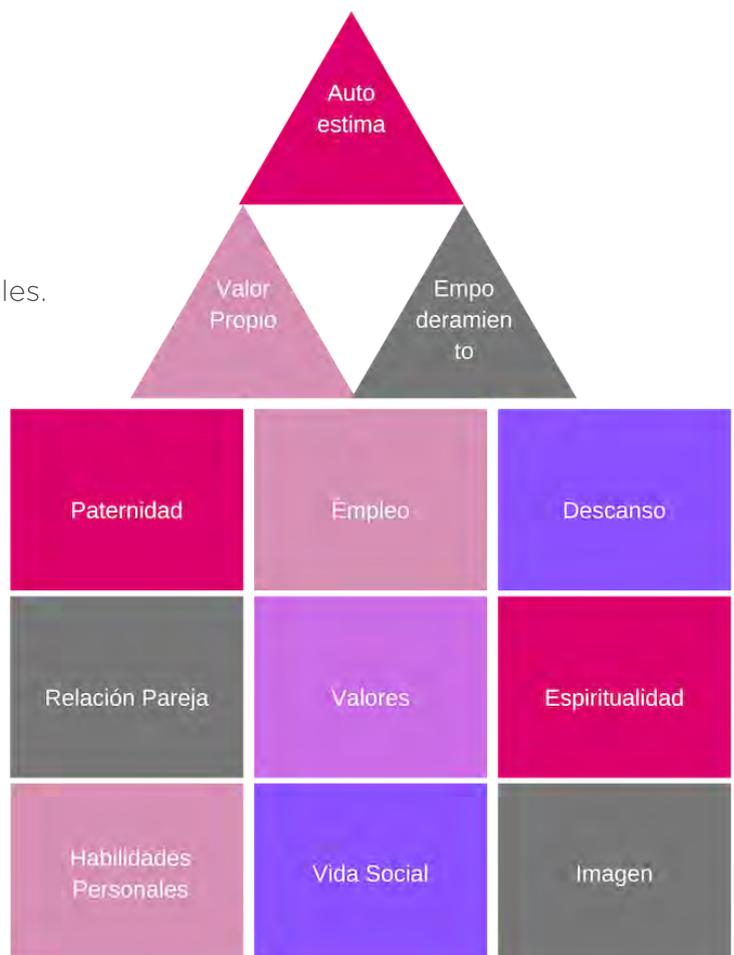
Trabajar con la casa: ¿qué cuartos tenemos abandonados? propuestas para completar; ¿cuáles están más trabajados? ¿qué nos ofrecen estos logros o sentimientos?

Empoderamiento y autovalía.

3. Lo positivo:

Realizar una lista de cinco características personales positivas y de cinco logros personales.

Trabajarlo y aprovechar para reforzar.



SESIONES OPCIONALES ADICIONALES



Aunque el programa básico de intervención consiste en las ocho sesiones presentadas arriba, a continuación se incluyen tres sesiones opcionales adicionales que se aplican cuando se detecta la necesidad de ello. Se puede seleccionar solamente una o dos de ellas o aplicar las tres.

SESIÓN EFECTO DEL MALTRATO EN LOS NIÑOS

OBJETIVO

Desarrollar una comprensión mayor de los efectos de la violencia familiar en niños, y fomentar la empatía hacia ellos. Identificar actitudes con respecto a sus hijos y desarrollar nuevos conocimientos en comunicación y en lo relativo a la resolución de problemas.

ACTIVIDADES

1. Presentación:

Hablar sobre los hijos, nombres, edad, sexo y escribir la información.

2. Escuchando a los hijos:

Explicar la importancia de escuchar activamente a los hijos.

El niño dice:	Cerrando la comunicación	Abriendo la comunicación
No vuelvo a jugar con ella nunca	¿Porque no lo olvidas? Tal vez no lo hizo a propósito	Parece que estás muy enfadado con ella
No puedo hacerlo	Vamos, no hables así, acabas de empezar	Parece que te resulta muy difícil
Quiero ir con mi hermano, el siempre va donde quiera	Ya vale. Deja de quejarte	¿Te parece injusto?
Mira mi trabajo	Qué bonito. Hala vete	Estás orgulloso de tu trabajo
No quiero ir a la escuela. Aitor se mete conmigo	Todo el mundo va al colegio	¿Tienes miedo de que se meta contigo?
Eres la peor madre o padre del mundo	No me hables así	Estás enfadado conmigo

3. Enseñar formas para mejorar la comunicación con los hijos:

Los hijos:

- Escucha para ser escuchado.
- Planea de antes la conversación, con pros y contras.
- Mantente tranquilo. Si pierdes las formas, pierdes el argumento.
- Simplemente dilo. Toda comunicación implica algún riesgo, pero aunque sea difícil, lo mejor es decirlo.
- Pon atención a tu lenguaje corporal.

SESIÓN EFECTO DEL MALTRATO EN LOS NIÑOS

Los padres:

- Dar tiempo a la comunicación. Ahora más que nunca es importante hacerlo. No es necesario hacer una junta formal. Se puede hablar en el coche, en la comida, mientras se cocina...
- Escuchar las pequeñeces. Es difícil que nos comenten las cosas importantes si piensan que no les escuchamos en las cosas pequeñas del día a día.
- Tratar de escuchar entre líneas. Tratar de entender lo que quiere decir, porque les cuesta mucho expresarlo. Es importante poner atención a las emociones, también a la intensidad.
- Pedirles su opinión. Pocas cosas les satisfacen más a los niños que pedirles su opinión. No hace falta hacerlo siempre; pero está bien contar con ellos y que así lo sientan.
- No interrumpir cuando hablan.

4. Consecuencias

Explicar consecuencias y formas de paliarlas.

Tanto si se abusa de ellos, como si son testigos de la violencia, como si la perciben, la experiencia es terrorífica, confusa, y potencialmente dañina para su desarrollo psicológico e intelectual.

Preescolar: lesiones psicosomáticas; enfermedades imaginarias; fobia escolar; se orinan en la cama; y dificultades para dormir. Los mayores, varía según el género: niños - problemáticos y agresivos; niñas - dificultad de concentración. Adolescentes: niños - violencia para resolver conflictos y agresivos con novias y madre; niñas - problemas de autoestima, depresión, actitudes negativas con respecto a relaciones, desconfianza.

Cuando observan lo que ocurre

- Trastornos del sueño: temor a dormirse, pesadillas, sueños de peligro.
- Dolores y molestias misteriosas: dolores de cabeza, dolores de estómago, asma, artritis, úlceras...
- Temores: miedo que le hagan daño o le maten, miedo a ir a la escuela, miedo a separarse de la madre, preocupaciones, dificultad en concentrarse o prestar atención.
- Problemas de conducta: abuso de drogas o alcohol, intentos de suicidio, conducta peligrosa, problemas para comer, orinarse en la cama, regresión a las etapas de desarrollo anteriores, actuar como personas perfectas, sobre entendimiento, actuar como pequeños adultos.
- Problemas con los demás: pérdida de interés en otras personas, conducta abusiva con los demás, estallidos, berrinches.
- Problemas emocionales: pérdida de interés en actividades, sentirse solitario.

Niños expuestos a abusos:

Mientras los niños son pequeños, muchos de los padres se comportan como padres educativos. Sin embargo, cuando los niños se hacen mayores y más independientes, son incapaces de aceptar la separación y la individualización necesaria para el desarrollo normal del niño. Y comienzan a ejercer excesivo control y se pueden convertir en personas tan posesivas y entrometidas con los hijos como lo fueron o son con las madres.

SESIÓN EFECTO DEL MALTRATO EN LOS NIÑOS

Cómo consecuencia:

- Menos probabilidades de que se desarrolle el sentimiento de autoestima; indefensión aprendida, porque no percibe el poder personal.
- Las áreas normalmente más afectadas son las relaciones afectivas: la rabia, la sexualidad, la gestión del estrés y los problemas de comunicación.
- Déficit en afrontar de forma efectiva la confrontación o la agresión.
- Algunos padecen retrasos en el desarrollo, mientras que otros se desarrollan más rápidamente, perdiendo, de esa manera, parte de su infancia.
- Los niños que viven en hogares violentos están más expuestos a sentimientos de rabia incontrolada. En ocasiones, cuando los padres no pueden educar de la forma más adecuada, la rabia se transmite. Y en las ocasiones en las que la educación es más adecuada, aprenden tácticas manipuladoras, para controlar la cólera de sus padres. Y se pasan la vida evitando conflictos y confrontaciones.
- Niños excesivamente paternalizados comienzan a cuidar de sus padres con tal de reducir la tensión. En ocasiones, de mayores, se niegan a formar una familia porque ya están cansados de cuidar de la suya. También existe el riesgo de que las mujeres encuentren hombres dependientes que también las maltratan.
- El síndrome del niño alienado. Son niños que han perdido la capacidad de empatía. No muestran emociones visibles, ni sienten ninguna conexión con las normas sociales. Les gusta formar parte de grupos y hacen lo que se pide en el grupo sin cuestionarse las decisiones, simplemente porque sí, porque no hay nada mejor que hacer.
- Pueden pertenecer a bandas o cultos. Éstos, a diferencia de los anteriores, creen en las normas del grupo y pueden tener buenas relaciones interpersonales con los que piensan como ellos. Son más fáciles de integrar que los anteriores, porque poseen más capacidad de emoción y de relación. Sexualidad prematura. Esto ocurre como método de conseguir la aprobación. De niños aprenden a sonreír dulcemente con tal de reducir la tensión y evitar un episodio de maltrato serio. Y de mayores, esto se traduce en seducir para contentar. Más probabilidad de consumir alcohol y drogas. Problemas de desarrollo. Los adolescentes expuestos a la violencia doméstica pueden convertirse en personas retraídas y pasivas como sus madres o, por el contrario, en agresivas como sus padres.

Importante:

Necesitan hablar de los abusos, de los sentimientos y pensamientos.

Para conseguir una buena relación a largo plazo, es importante no controlar el tiempo que pasan con sus padres a menos de que haya razones para creer que abusan de ellos. Deja claro que tú serás su madre siempre y deja abiertos los canales de comunicación. Procura que las visitas sean agradables y mucho más agradable la vuelta al hogar.

Conducta: No utilizar medidas de castigo físico, sino medidas disciplinarias e impuestas mediante discusión. Interaccionar positivamente, comentarios positivos varias veces al día. Expresar cariño y decir lo que se les quiere.

SESIÓN EFECTO DEL MALTRATO EN LOS NIÑOS

1. Cómo ser padres eficaces.
2. Cómo utilizar castigos.
3. Refuerzo positivo.
4. Recompensas.
5. Pedir perdón.

Es importantísimo decir que se quiere a un hijo. Es trágico que muchos niños no crean que sus padres les quieren.

Los niños y jóvenes necesitan escuchar las palabras “te quiero” y sentirse queridos. Una manera de hacer que se sientan queridos es decirles “te perdono” cuando se han portado mal.

Otra manera es pedir perdón cuando hemos hecho algo mal. Y no debemos esperar a decirlo solamente cuando se trate de algo grave. Cuando los padres piden perdón, permiten además a sus hijos afrontar el enfado y la amargura que ellos también sienten.

SESIÓN SEXUALIDAD

OBJETIVO

Ayudar al agresor a entender las formas en las que las expectativas y exigencias sexuales pueden ser destructivas en una relación íntima.

ACTIVIDADES

1. Reflexión conjunta:

En ocasiones los pacientes pueden tener una reacción mucho más defensiva ante este tema. En general existe un desconocimiento del por qué algunas conductas son consideradas abusivas. Por lo tanto, es importante definir el abuso sexual: todo contacto o conducta sexual no deseada es una forma de abuso sexual. Si éste incluye coito, es una violación. No importa si el que lo realiza está borracho, drogado o presionado por los amigos. Aun así, es una violación o agresión sexual. Tampoco importa si las dos partes se conocían, habían tenido contacto sexual antes, ni si son pareja o están casados. Sigue siendo violación o agresión sexual.

2. Repaso de conductas de abuso sexual:

Con cuál de ellas pueden sentirse identificados (con ejemplos)

Humillaciones.
Juegos mentales.
Presión.
Fuerza.

3. Revisar:

DEFINICIÓN DEL ABUSO SEXUAL:

Todo contacto o conducta sexual no deseada, es una forma de abuso sexual.

Trampas de la masculinidad	El panorama completo
"Merezco hacer el amor cuando quiero"	"El sexo involucra la necesidad de dos, no solo de uno"
"Si mi pareja no se deja, quiere decir que me quiere lastimar"	"Puede haber muchas razones por las que no está de humor para hacer el amor"
"A los hombres de verdad les corresponde el sexo todo el tiempo"	"Los hombres de verdad respetan las necesidades e individualidad de la persona a la que aman"
"He tenido un día duro, merezco un premio"	"No puedo esperar que ella esté dispuesta justo cuando yo lo necesito"

SESIÓN CELOS

OBJETIVO

Comprender los celos y aprender a manejarlos.

ACTIVIDADES

1. Explicar los celos:

Un rasgo bastante frecuente en las personas agresivas, es el de los celos. A veces, los celos están fundados en la realidad y en ocasiones son una completa fantasía que proviene de la inseguridad de la persona o de su consumo de drogas o alcohol. Los conocimientos adquiridos hasta ahora se pueden utilizar para mantener los celos en un nivel manejable.

Los celos rápidamente pueden hacernos sentir nudos en el estómago.

Un poco de celos es natural, especialmente cuando tememos perder a alguien cercano.

Los celos pueden ser un problema:

- Cuando empleamos demasiada energía preocupándonos ante la posibilidad de perder a un ser querido.
- Cuando permitimos que los celos crezcan y tratamos de controlar a alguien mediante cualquier tipo de agresión.
- Cuando sofocamos la relación al imponer demasiadas restricciones a nuestra pareja.

Para muchos hombres, manifestar los propios celos a su pareja no es algo bueno. Creen que admitir celos es admitir debilidad. Sin embargo, si se considera que los celos son algo natural, como una emoción aceptable que puede ser compartida por su pareja, ambos podrán tener un privilegio de conocerse mejor, de descargar la emoción y así reducirla, y de llegar a acuerdos que satisfagan a los dos.

Podemos concluir:

- Que algo de celos es normal y lo mejor es hablar de ello en lugar de esconderlo.
- Ayuda mucho preguntarse de donde viene: es posible que en ocasiones provenga de nuestra propia culpa.
- Tanto hombres como mujeres tienen derecho a llegar a acuerdos conjuntos y específicos sobre la pareja, para ambos iguales.

2. Malas interpretaciones:

Muchos hombres que no han recurrido a la violencia piensan diferente acerca de sus parejas que los que sí lo han hecho.

Una de las principales diferencias tiene que ver con lo que se llama “intención negativa”. En ocasiones los hombres que agreden tienen la tendencia a pensar que la intención de su mujer era dañarlos o humillarlos.

Poner ejemplos de interpretaciones propias en momentos puntuales. Y valorar conjuntamente.



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Más que conclusiones, nos gustaría aportar dos temas a reflexionar, tanto a profesionales como a personas que se encuentren con alguna víctima a lo largo de su camino:

1

Estamos en un momento político complicado. En los momentos de conflicto, las personas tienden a los extremos de pensamiento. Hay una tendencia a posicionarse en los polos de las cuestiones. Esto responde a la necesidad de lucha; pero habitualmente los extremos no suelen aportar la respuesta adecuada. Y en esos casos, son las personas involucradas en los temas de moda las que pierden. Es decir, que respecto al tema que nos ocupa aquí, ni todas las conductas o situaciones son maltrato, ni todas las denuncias son falsas.

Por otro lado, la realidad es que hay muchos casos invisibles que jamás se denuncian. A veces esos mismos casos se salen de nuestras ideas preconcebidas, por ejemplo, cuando es el marido que es la víctima del maltrato de su mujer. Por lo tanto, lo que recomendamos es que, en nuestra labor profesional habitual de atención en los cuidados paliativos, estemos atentos, sin prejuicio político alguno, a la detección de situaciones de abuso.

Después, actuando desde la buena praxis e impecable ética profesional y en consonancia con el modelo de alivio de sufrimiento tan característico de los cuidados paliativos, debemos intervenir para mejorar el malestar que las relaciones abusivas provocan. De esta manera, cuidaremos de las personas que viven estas situaciones, sean hombres o mujeres.

2

Pensamos que el acercamiento y el apoyo a las víctimas debe de incluir, más que en otros casos, la paciencia y el conocimiento. Nos referimos a que hemos escuchado comentarios de otros profesionales tales como: "Sabemos que la situación era falsa porque ha vuelto con la persona maltratadora"; o "¿Para qué voy a repetirle nada más, si no quiere hacerme caso?" y prejuicios similares que se hacen desde el desconocimiento.

Si repasamos la sesión segunda para la víctima, podemos entender que el cerebro de la víctima, tras la situación de maltrato continuada, está dañado. Y su capacidad de ver y comprender la situación está afectada, igual que su capacidad de tomar decisiones y pasar a la acción. Por lo tanto, la tardanza de la víctima en cambiar no es falsedad, ni no querer solucionar, ni tampoco nuestro propio fracaso.

CONCLUSIONES

Es debido a que la persona tarda en reponerse, en coger fuerza, en ser capaz de ver con claridad, y en poder actuar por él o ella misma tras haberse librado del miedo. Es necesario confrontar muchas veces, y aceptar el paso atrás, sin que eso nos enfade y nos aleje de la víctima, haciendo que perdamos la posibilidad de continuar trabajando en el futuro.

Como ejemplo, incluimos las palabras de la autora, Guiomar Agote:

“Acabo de despedirme de un hombre que quiere dejar la terapia porque, tras la muerte de su hijo, cree que la situación con su mujer va a mejorar, puesto que parece que ella ha dejado de atacarle tras varias sesiones en las que hemos podido trabajar muchas cosas.

Cuando me lo dijo, sentí hasta un momento de rabia y, sobre todo, tristeza e impotencia. Pero eso no impidió que, con toda la delicadez del mundo, le volviera a hablar de los momentos de luna de miel y de la posibilidad de que todo volviera a cambiar para mal. Y ofrecí mi apoyo para ese futuro. Nos despedimos, con un ‘llámame si vuelve a hacerte creer que no vales nada’... con dos caras tristes, que indicaban que los dos, en diferentes niveles de consciencia, sabíamos que eso iba a volver a ocurrir porque, de momento, el trabajo quedaba a medio hacer.

Por otro lado, aunque no lo parezca, el trabajo realizado está rompiendo la negación, los episodios olvidados, y sólo hace falta tiempo para que la nueva fuerza y conciencia adquiridas, hagan frente a la posible nueva situación de maltrato”.

En conclusión, en nuestra experiencia trabajando con múltiples casos, hemos comprobado que la intervención específica, sea aplicando parcialmente o globalmente el programa de esta guía, puede aumentar la seguridad, prevenir abusos, disminuir el riesgo de cursar un duelo complicado, y contribuir a que la etapa final de la vida del paciente sea un período de reparación y mejoría de las relaciones familiares.

Por eso ofrecemos esta guía para que otros profesionales que trabajan en cuidados paliativos puedan beneficiarse de nuestra reflexión como equipo de atención psicosocial. Esperamos que ésta sea una herramienta de formación y capacitación que mejore la calidad de la atención psicológica en esos casos en los que el sufrimiento debido a la enfermedad avanzada sea agravado por la existencia del maltrato.



VALORACIÓN DEL PROGRAMA

VALORACIÓN DEL PROGRAMA

Con el fin de corroborar situación de maltrato:

- Versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST-short; adaptado al castellano por Plazaola, Ruiz y Hernández, 2008).

Víctima:

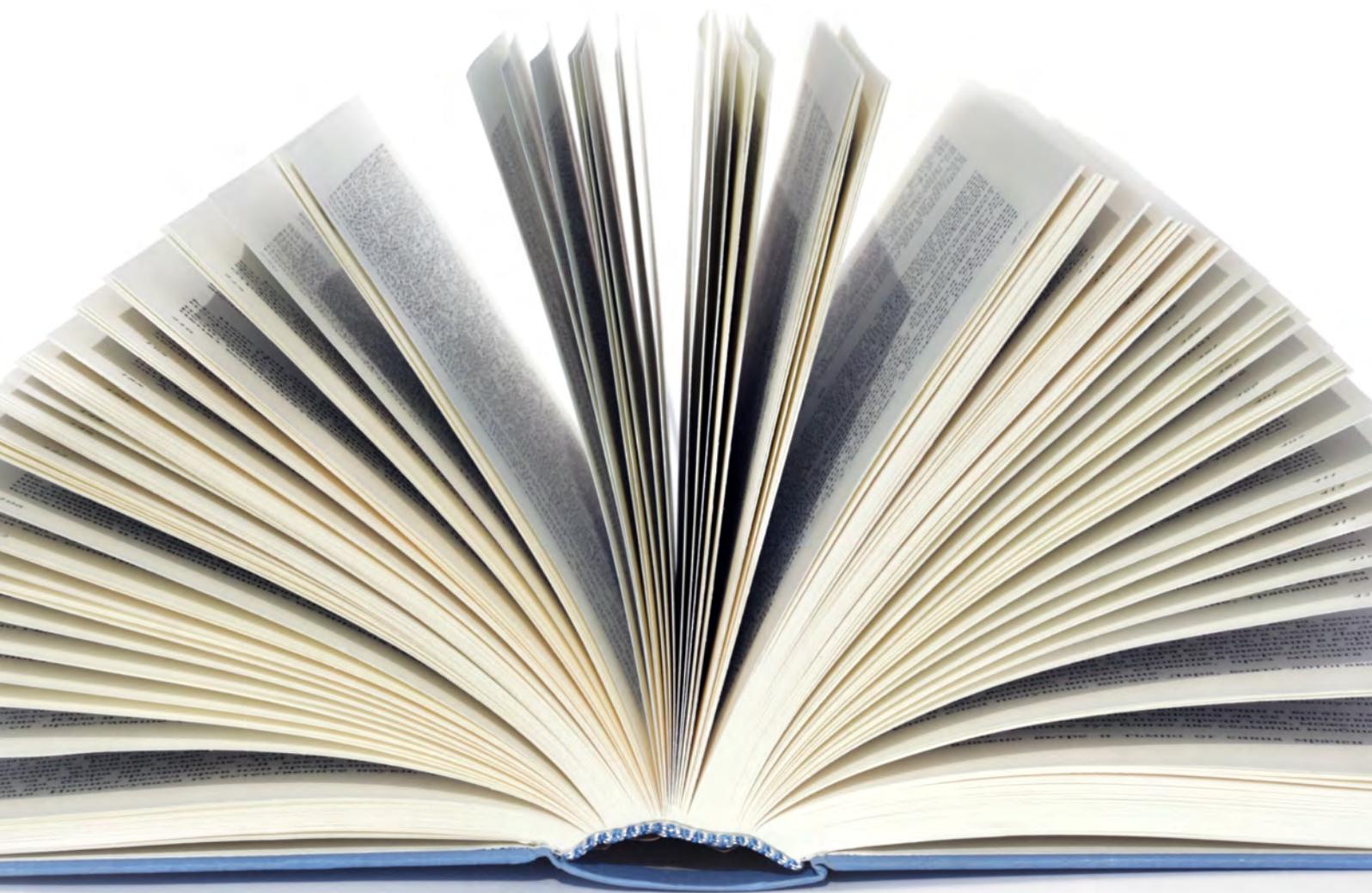
- Escala de Gravedad de Síntomas del TPET (EGS; Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).
- Escala de Inadaptación (EI; Echeburua, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).
- Beck Depression Inventory (BDI; última adaptación al castellano por Rincón, 2003).

Agresor:

- Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; adaptado al castellano por Moltó, Toy y Torrubia, 2000). Utilizar dicha escala con el fin de tener ejemplos para los ítems que coinciden con el perfil de agresor.
- International Personality Disorder Examination (IPDE; adaptado al castellano por López-Ibor et al., 1996). Utilizarlo solo en caso necesario, en caso de duda importante y a modo de screening de trastornos de personalidad. Debemos de recordar que por el ámbito en el que trabajamos no es importante la etiqueta, para nosotros es mucho más importante la capacidad de trabajo, las emociones, valores, sentido de la vida, relaciones, aptitudes... que el hecho de que presente un trastorno de personalidad o no.
- Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y el Uso de la Violencia (IPDMUV; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998).
- Agression Questionnaire (AQ; adaptado al castellano por Rodríguez, Peña y Graña, 2002).
- University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA; adaptado al castellano por Rojas y Espinoza, 2008). Cuestionario sobre procesos de cambio. Nos sirve para evaluar el momento en el que se encuentra el paciente.

Ambos:

- Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE; adaptado al castellano por Vázquez-Morejón, Jiménez-García y Vázquez-Morejón, 2004).



BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, E. (2007). Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: Validación empírica de un programa de tratamiento (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España). Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/7552/1/T29877.pdf>

Amor, P. J., Echeburúa, E., de Corral, P., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: Un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 167-178.

Andrés, P. (2004). Violencia contra las mujeres, violencia de género. En: C. Ruiz-Jarabo, y P. Blanco (Dir.), *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los Servicios Sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas* (pp.17-38). Madrid: Díaz de Santos.

Andrés-Pueyo, A., y López, S. (1995). S.A.R.A.: Manual para la valoración del riesgo de violencia contra la pareja. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Ardouin, J., Bustos, C., Díaz, L., y Jarpa, M. (2006). Agresividad: Modelos explicativos, relación de los trastornos mentales y su medición. Recuperado de: <http://www.robertexto.com/archivo4/agresividad.htm#4>

Arinero, M. (2007). Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológica para víctimas de violencia doméstica (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España). Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29611.pdf>

Bandura, A., y Ribes, E. (1977). *Modificación de conducta, análisis de la agresión y la delincuencia*. México: Trillas.

Cáceres, E. (2011). Tratamiento psicológico centrado en el trauma en mujeres víctimas de violencia de pareja (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España). Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/13882/1/T33357.pdf>

Corsi, J. (2006). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico: Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones humanas*. Buenos Aires: Paidós.

Dutton, D. G., y Golant, S. K. (1997). *El golpeador: Un perfil psicológico*. Buenos Aires: Paidós.

Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E., de Corral, P. J., y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.

BIBLIOGRAFÍA

Echeburúa, E., de Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.

Echeburúa, E., y de Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa, E., y de Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15, 373-387.

Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2006). Especial consideración de algunos ámbitos. En: E. Echeburúa, E. Baca, y J. M. Tamarit (Eds.), *Manual de victimología* (pp. 129-234). Madrid: Tirant lo Blanch.

Echeburúa, E., y Redondo, S. (2010). ¿Por qué víctima es femenino y agresor es masculino? La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales. Madrid: Pirámide.

Ferrer, V. A., Bosch, E., y Riera, T. (2006). Las dificultades en la cuantificación de la violencia contra las mujeres en pareja. *Intervención Psicosocial*, 15, 181-201.

Jacobson, N., y Gottman, J. (2001). *Hombres que agreden a sus mujeres: Cómo poner fin a las relaciones abusivas*. Barcelona: Paidós.

Labrador, F. J., Rincón, P. P., de Luis, P., y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica: Programa de actuación*. Madrid: Pirámide.

López-Ibor, J. J., Pérez, A., Rubio, V., Samino, F. J., Granada, J. M., Lorenzo, M. J., y Valdivieso, S. (1996). I.P.D.E.: Examen internacional de los trastornos de la personalidad. Módulo CIE-10. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental 2003*. Cali: Ministerio de la Protección Social.

Moltó, J., Poy, R., y Torrubia, R. (2000). Standardization of the Hare Psychopathy Checklist-Revised in a Spanish prison sample. *Journal of Personality Disorders*, 14, 84-96.

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (1994). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. A/RES/48/104. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas.

Plazaola, J., Ruiz, I., y Hernández, E. (2008). Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gaceta Sanitaria*, 22, 393-505.

Pueyo, A., y López, S. (1995). *S.A.R.A.: Manual para la valoración del riesgo de violencia contra la pareja*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

Renfrew, J. W. (2001). *La agresión y sus causas*. México: Trillas.

Rincón, P. P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: Evaluación de programas de intervención* (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España).

Rodríguez, J. M., Peña, E., y Graña, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema*, 14, 476-482.

Rojas, M. J., y Espinoza, L. S. (2008). Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias: Evaluación de las intervenciones del programa "Lugar de Escucha". *Adicciones*, 20, 185-196.

Torres, P., y Espada, F. J. (1996). *Violencia en casa*. Madrid: Aguilar.

Vázquez-Morejón, A. J., Jiménez-García, R., y Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255.

Villavicencio, P., y Sebastián, J. (1999). Variables predictoras del ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología Conductual*, 7, 431-458.

Walker, L. E. A. (1994). *Abused woman and survivor therapy: A practical guide for the therapist*. Washington: American Psychological Association.

Walker, L. E. A. (2012). *El síndrome de la mujer maltratada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Welland, C., y Wexler, D. (2007). *Sin golpes*. México: Pax México.



AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS



 Obra Social "la Caixa"

*Grupo Gakoa. **Jorge Freudenthal y Teresa La Peña***

*Aditze Mediación y Servicios Jurídicos. **Oihana Medina.***

*Casa de la Mujer, Ermua. **Beatriz Gámiz Mata y Begoña Fernández Alcalde***

*Universidad del País Vasco. **Enrique Etxeburua.***

Equipos de Hospitalización Domiciliaria y de Medicina Interna del Hospital de Mendaro, por el apoyo y confianza, durante la creación del proyecto.

MATIA
FUNDAZIOA