



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS BAJO EL MODELO  
COGNITIVO CONDUCTUAL PARA MUJERES QUE HAN SUFRIDO  
VIOLACIÓN SEXUAL.**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**LUZ RENATA PAULINA TREJO SANDOVAL**

**DIRECTORA DE LA TESINA:**

**DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA**



Ciudad Universitaria, D.F.

Junio, 2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

## AGRADECIMIENTOS.

A mi Familia Bipolar Trejo que los Amo...

Mami July: Gracias por ser mi ejemplo de vida, mi motivación, y mi fortaleza. Por ser mi madre y padre a la vez, por tu apoyo, ya que cuando nadie creyó en mí, tú me levantaste con tu amor y confianza.

A ti te dedico este logro con todo mi amor y agradecimiento.

Hermano: Gracias por tu infinito Amor y confianza, por la educación que me diste ya que sin ella yo no sería lo que soy...y no estaría culminando una etapa más de mi vida.

Estrada: Llegaste cuando menos te esperaba y me llenaste de amor, ilusión, fuerza y confianza. Gracias por tu acompañamiento en este proceso tan importante en mi vida, por sostenerme cuando pensé que ya no podría continuar, por tu infinita paciencia y por tu amor incondicional.

“El amor nos da fuerzas para realizar tareas imposibles”

Dra. Mariana Gutiérrez: Gracias por trasmitirme sus conocimientos y experiencias académicas y de vida, por su acompañamiento y su paciencia.

Gracias... a todo aquel que creyó en mí... pero más agradecida le estoy a aquellos que dudaron de mi capacidad, ya que acrecentaron mi motivación para concluir un logro más en mi vida.

Especial agradecimiento a mi padre Obbátala.

---

# INDICE

## CAPITULO 1

### VIOLACION SEXUAL.

Violencia	1
Violencia de Género	2
Violencia sexual	4
Tipos de violencia sexual	6
Violación	7
Historia	7
Concepto	8
Tipos de violación sexual	11
Reacciones psicológicas ante una violación sexual	12
Trastorno de estrés postraumático	16

## CAPITULO 2

### INTERVENCIÓN EN CRISIS.

Origen	20
Concepto	21
Influencias teóricas	22
Tipos de crisis	23
Tipo de Respuesta ante una crisis	24
Fases de las crisis	25
Etapas de Resolución ante una crisis	26
Modelos Teóricos y aportaciones para el tratamiento de una crisis	36
Modelo Psicodinamico	36
Teoría Psicosocial	37
Teoría Funcional	38
Psicoterapia Breve	39
Modelo Cognitivo conductual	40
Modelo Sistémico	42

## **CAPITULO 3**

### **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS BAJO UN MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL.**

Justificación	48
Objetivo General	49
Metodología	50
Procedimiento	50

### **ESQUEMA DE SESIONES**

Fase I Sesiones Individuales	53
Fase II Sesiones Grupales	58
Fase III Sesiones Grupales	61

### **TALLER** 63

#### **FASE I DE SHOCK**

Sesión 1	
Bienvenida	64
Carta Viajando al futuro	65
Respiración Profunda	66
Sesión 2	
Relajación Muscular progresiva	69
Sesión 3	
Desensibilización sistemática	74
Sesión 4	
Detención de pensamientos automáticos	78
Sesión 5	
Autocontrol	82
Sesión 6	
Desensibilización sistemática	87

#### **FASE II DE REORGANIZACION**

Sesión 7	
Bienvenida	89
Rompiendo el hielo	91
Entrenamiento en habilidades de Afrontamiento	93
Sesión 8	
Entrenamiento en AutoInstrucciones	97

Sesión 9	
Entrenamiento en Solución de Problemas.	101
Sesión 10	
Escritura Emocional Autorreflexiva.	108
<b>FASE III DE READAPTACION</b>	
Sesión 11	
Bienvenida	111
Entrenamiento en Habilidades Sociales	112
Sesión 12	
Metas de Vida (corto, mediano y largo plazo).	122
Sesión 13	
Retroalimentación y Cierre de Taller.	125
<b>CONCLUSIONES</b>	127
<b>REFERENCIAS</b>	130
<b>ANEXOS</b>	133

## CAPITULO 1

# V IOLACIÓN S EXUAL

## VIOLENCIA

**S**abemos que la violencia se inicia en casa, es doméstica y posteriormente se extiende a la sociedad.

La violencia va constituyendo un cuerpo que parte de la violencia cotidiana en las culturas de opresión-dominación en que ésta se concibe como un modo de vida dentro de un orden social. La violencia solo tiene sentido si tiene un objeto. Los valores de superioridad contra inferioridad proveen este objeto. Así comienza el proceso de deshumanización (González, 2001).

“Violencia” es una forma de ejercicio de poder en contra de alguien que se considera socialmente en desventaja; y se clasifica como: violencia física, psicológica, sexual, económica (Ayala, 2004).

Velázquez (2006) indica que el concepto de violencia es inseparable del concepto de género: las violencias se originan, se apoyan y se ejercen en y por la diferencia social y subjetiva establecida entre los sexos.

## VIOLENCIA DE GÉNERO.

Lamas (citado en Ojeda, 2006) define género como el conjunto de ideas sobre la diferencia sexual que atribuyen características femeninas y masculinas a cada sexo y a sus actitudes y conductas y a las esferas de la vida. De cada género se

espera y exige un comportamiento determinado socialmente, en el que las mujeres tienen un papel de sumisión ante el hombre que tiene el poder.

En la cultura patriarcal la mujer se define por su sexualidad, frente al hombre que se define por su trabajo. La sexualidad femenina como un hecho natural y el trabajo masculino como hecho social y cultural son los hitos de la actividad humana diferenciados (Lagarde, 1990).

La violencia hacia las mujeres forma parte de una conducta altamente normalizada en la educación de género que reciben los hombres. Los roles asignados para cada género por la sociedad perpetúan las relaciones desiguales y las formas violentas para mantener el poder y el control de un género (González, 2001).

De ahí que aparezcan los estereotipos sexuales, que son creencias, expectativas y atribuciones sobre como es y se comporta cada sexo. Las sociedades crean estereotipos masculinos y femeninos, así, internalizan normas de comportamiento que esta sociedad determina como deseables (Lara; citado en Ojeda, 2006).

Para Aznar y Wangüemert (2002) en estos estereotipos, se ha considerado a las mujeres como sumisas y dependientes, mas emocionales y centradas en los sentimientos y en las relaciones. Por el contrario, a los hombres se les atribuye cualidades como autonomía, confianza en sí mismos, asertividad, orientados hacia metas y centrados en el éxito y logro individual.

La ONU, (citado en Azuara, 2004) da esta definición de 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 la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada”.

Hombres y mujeres son educados de manera diferente en cuanto a la socialización en las relaciones íntergénero. A los hombres se les enseña a tener relaciones sexuales impersonales y a las mujeres a sostenerlas en un clima de compromiso íntimo. Al naturalizar estas conductas se atribuyen como elementos



innatos de la masculinidad y feminidad la relación de poder de los hombres sobre las mujeres (González, 2001).

La violencia de género está relacionada con una serie de actos u omisiones que dañan en todos los aspectos a las mujeres. En nuestra cultura el ser hombre es sobrevalorado, pues es quien está en lo más alto del orden social dentro de una sociedad patriarcal. Así el patriarcado es definido como “el proceso de utilización del sistema de la supremacía masculina encontrada en la familia tradicional como paradigma del orden universal” (González; citado en Tzompantzi, 2007).

Hablando de la violencia de género las formas de implementar el poder y el dominio de los hombres hacia las mujeres, fue a través de la sociedad que dijo a los hombres: “tú eres el que nació para dominar, para controlar”, “tu mujer, naciste para obedecer”. Así la violencia tiene su objetivo, que es: degradar, quitar humanidad, menospreciar y desgastar a la mujer (Azuara, 2004).

## **VIOLENCIA SEXUAL.**

En la actualidad el fenómeno social de la violencia sexual se ha incrementado de manera notoria, hablar de violencia sexual, es hablar de agresión de género, de la sociedad, de moral, de psicología; es referirse a un fenómeno multifactorial.

Las intelectuales e investigadoras feministas han contribuido a transformar a la violencia sexual en un problema de salud y de derechos humanos. Como mencionan Koss, Heise y Russo (citados en Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero, y Martínez, 2001) los trabajos recientes la conceptualizan “como una violación a la integridad corporal de las mujeres y, por tanto, como un abuso de sus derechos humanos fundamentales. Otros trabajos la han replanteado exitosamente como un problema de salud de la mujer con consecuencias a largo plazo en los ámbitos físico, psicológico y sociales”.

En estas formas de agresión sexual el hombre ejerce un control sobre su víctima a través de la sugestión, de mentiras, de chantaje afectivo, intimidación y en ocasiones utiliza la violencia física (Mendoza, 2007).

Para González (2001) los hombres son los poseedores universales de las mujeres, ellos pueden y deben apropiarse sexualmente de las mujeres con el fin de demostrarse así mismos y a los demás varones su virilidad. La expresión máxima del machismo es la violencia y dentro de ésta, la sexual, con la convicción de que las mujeres gozan la violación y necesitan ser violadas.

Por su parte Mendoza (2007) indica que la violencia sexual es la fuerza física o moral que se utiliza para obligar a una persona a participar en actividad sexual contra su voluntad.

Se ha tratado de explicar la violencia sexual de diversas formas, con falacias, mentiras, malas interpretaciones: falacias como: que los agresivos son psicópatas, alcohólicos o drogadictos, locos, enfermos, etc; o que “todos los hombres son iguales”, o que “las mujeres quieren ser violadas”. Mentiras como: “la mujeres provocan al violador”; o a las mujeres les gusta la violencia, son masoquistas”. E interpretaciones: “si me dice no, es quizás, si me dice quizás, es que sí”.

Sin embargo la mayoría de los agresores sexuales no responden en absoluto a esos estereotipos, pueden ser hombres casados, con hijos, con un empleo, con un nivel socioeconómico variable, características que puede tener cualquiera. Todas esas diversas justificaciones que se dan respecto a la violencia reflejan la sociedad patriarcal y androcéntrica en la que vivimos (Mendoza, 1997; Azuara, 2004).

Para, Ramos et al. (op. cit.) Existen otros problemas que dan cuenta de las dificultades para captar y documentar la violencia sexual, entre estos destaca que:

1. Las mujeres no reconocen la violencia sexual que han experimentado como una violación o como otro tipo de abuso debido a que el contexto sociocultural normatiza, minimiza, tolera o promueve estos actos;
2. las mujeres tienden a guardar silencio si se les pregunta sobre sus experiencias de violencia sexual. Esto ocurre más marcadamente en los casos en que estas experiencias han sido llevadas a cabo por familiares o parejas;

3. con frecuencia las mujeres no reportan estos delitos al sistema de salud o de justicia por vergüenza, miedo de la reacción de los funcionarios o prestadores de servicios y temor a las consecuencias que pueda tener su denuncia.

Las mujeres están expuestas en su vida cotidiana a diferentes manifestaciones de agresión sexual que forman parte de un continuum de experiencias posibles. Así, la expresión extrema de la violencia es la violación (Velázquez, 2006).

## **TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL**

Mendoza (2007) y Romero (2006) identifican las siguientes formas de violencia sexual

- Agresiones verbales: Estas son sin intención de dañar físicamente a la víctima, pero dañan su integridad personal.
- Hostigamiento sexual: Es la constante presión o persecución de un sujeto hacia una mujer, que se encuentra en desventaja, con propuestas, agresiones verbales, es el ejercicio de poder y jerarquía. Es sin duda la agresión más frecuente que viven las mujeres.
- Incesto: Es el contacto sexual entre hermanos, ascendientes y descendientes consanguíneos
- Estupro: Relación consentida por la víctima, obtenida a través de chantaje o manipulación, de una persona mayor hacia un menor de edad.
- Comercio sexual: es la explotación de un tercero quien obtiene un beneficio por la prostitución de otro u obtención de cualquier beneficio por esta actividad.
- Exhibicionismo: es la exhibición de los genitales ante presencia de menores, pero también públicamente ante adultos.

## VIOLACIÓN.

### **HISTORIA.**

En las diferentes manadas, incluidos nuestros antepasados, se sabe que el jefe del clan es el más fuerte físicamente y posee el privilegio de la elección sexual, los machos que no tenían ese privilegio debían conformarse con las hembras sobrantes o disputarse con machos de otros clanes a las hembras, cuando no lo lograban lo hacían ejerciendo la fuerza física contra la hembra es decir, aparece la **violación** (Mendoza, 2007).

En las antiguas tribus primitivas, el hombre tomaba una mujer, la violaba y la introducía a su tribu como un objeto de posesión o como un trofeo de guerra; ella simbolizaba una prueba viviente de su triunfo y de su virilidad (Aresti; citado en Ayala, 2004).

En ciertas culturas como los visigodos castigaban al violador dejándolo como esclavo de la víctima, y si ya era esclavo lo quemaban vivo. En Egipto, a quien violaba se le castraba; los hebreos por su parte, daban muerte a los violadores. En Grecia por ejemplo, el violador debía pagar una multa a la víctima y se le obligaba a contraer matrimonio, pero si ella no aceptaba el matrimonio, al violador se le imponía pena de muerte.

Se sabe que dentro de la guerra, existía una regla, en la cual el ejercito ganador, podía violar a las mujeres que eran del bando de los derrotados. La violación era vista como una acción de conquista.

Olvera (1987) menciona que para inmovilizar al enemigo “la violación en tiempos de guerra tiene un efecto militar... de intimidación y desmoralización del bando de las victimas”... la violación perpetrada por un conquistador, es prueba de la impotencia masculina del conquistado.

Durante la Monarquía del delito de violación dependía de si la persona contra la que se ejercía la acción podía o no negarse a realizar el acto sexual pues, por

ejemplo, el paterfamilias tenía derecho legítimo por tanto no era una acción delictiva a mantener relaciones sexuales con sus esclavos, ya fuesen éstos hombres o mujeres, con sus libertos y con su esposa aun en contra del consentimiento de los mismos. En esta etapa el concepto del delito de violación se ve ampliado al abarcar también a las relaciones homosexuales y no sólo a las heterosexuales (Rodríguez, 1997).

En México, las civilizaciones prehispánicas tenían un gran respeto por las mujeres, por lo que podían caminar libremente sin temor a ser violadas (Mendoza, 2007).

Los náhuatl, concedían gran importancia a la virginidad de la mujer, si esta no llegaba virgen al matrimonio era repudiada por su marido. En caso de existir una violación se le imponía pena de muerte al violador.

En el imperio mexica, la violación solo se castigaba si la mujer era virgen o sacerdotisa; si se comprobaba la ofensa, se quemaba al agresor (Álvarez y Vargas; citado en Ayala, 2004).

## **CONCEPTO.**

La violación, como muchos otros “problemas de mujeres”, se definen como un problema de salud mental que debe ser tratado en terapia o en lugares a puerta cerrada. La violación es trivializada, añadiéndola a otros temas sociopolíticos como cocinar, coser, cuidar a los niños, etc. La suposición más común es que las mujeres deben lidiar y resolver estos problemas en privado (Funk, 1993).

“Por violación entendemos cualquier hecho que sobrepase los límites corporales psicológicos de la persona, es una acción forzada en la cual hay o no penetración vaginal, anal u oral del pene o cualquier otro sustituto del mismo, con carencia de consentimiento, este tipo de agresión da como resultado un rompimiento del equilibrio físico, emocional, mental, social y sexual del individuo” (González, 1996).

Groth y Birnbaum (1980) señalan que la violación es la expresión sexual del poder y la ira. La violación es un acto pseudosexual, que comprende temas de hostilidad (ira) y control (poder) más que de pasión (sexualidad).

La violación es un producto de las expresiones de la sociedad sexista que conceptualiza a la mujer como un ser inferior, incapaz de llevar a cabo las actividades que el patriarcado ha definido para hombres y, por ello, se le concibe como objeto sexual y blanco de violencia (Herrera; citado en Tzompantzi, 2007).

La violación es vista como un problema de salud, que produce graves repercusiones físicas, psicológicas y sociales, en tanto es un evento traumático que degrada, deshumaniza y transgrede la voluntad de la víctima; irrumpiendo la condición de plenitud y el balance entre la adaptación interna del yo y el medio ambiente (Olvera, 1987).

Solamente se sanciona el comportamiento agresivo, ya que nos encontramos con la no sanción de conductas sexuales no agresivas (violación dentro del matrimonio). La aplicación de la etiqueta de violación al sexo no consentido solo se ha utilizado socialmente cuando el asaltante es un extraño violento, el incidente se denuncia inmediatamente y la víctima muestra una resistencia activa (Soria y Hernández, 1994).

El origen de la criminalización de la violación era la defensa de la propiedad sobre la mujer y, por ello, existe una gran resistencia histórica a considerar que puede darse una violación dentro del matrimonio, ya que la pareja se compromete a mantener relaciones sexuales. Así surgen afirmaciones tan radicales como la de Yllö y Finkelhor (citado en Soria y Hernández, 1994): la licencia de matrimonio es, en efecto, una licencia de violación.

Para Groth y Birnbaum (1980) la violación es siempre y principalmente un acto agresivo, donde se presentan componentes como: la ira, el poder y la sexualidad.

En todo acto de violación, la agresión como la sexualidad están implicadas, y la sexualidad se vuelve el medio para expresar las necesidades y sentimientos agresivos en el agresor y en su asalto.

De acuerdo al motivo que tiene el agresor se divide en:

1. Violación por ira. En que la sexualidad se vuelve un acto hostil. El asalto se caracteriza por la brutalidad física. El sexo se convierte en el medio por el cual el agresor puede degradar a su víctima, arma que usa para expresar su rabia. En vez de buscar una satisfacción sexual, quiere lastimar, castigar, y humillar a su víctima. Su motivo es la venganza.
2. Violación por poder. En la que la sexualidad se vuelve una expresión de conquista. La sexualidad se vuelve un medio de satisfacción para los sentimientos de insuficiencia, y expresar poder, control, autoridad e identidad. No busca lastimar a su víctima sino poseerla sexualmente. Durante el asalto, su lenguaje es imperativo (da órdenes) e inquisitorio (le hace preguntas personales a la víctima). Su motivo el poder y dominación.
3. Violación sádica. En la que la ira y el poder se erotizan. La agresión es erotizada, y este agresor encuentra la violación sexual contra su víctima excitante y gratificante. Los asaltos implican esclavitud y tortura, conductas ritualistas y víctimas simbólicas (características comunes en apariencia o profesión). La violación se puede experimentar como una forma para lastimar (ira), violar (desprecio), controlar (supremacía), explotar (poder) y destruir (sadismo) (Groth y Birnbaum, 1980).

### **TIPOS DE VIOLACION SEXUAL.**

Estas comprenden las formas en las que el agresor lleva a cabo los asaltos sexuales. En Burgess y Holstrom (citado en Tzompantzi, 2007) se mencionan dos maneras de cometer una violación:

1. Violación sorpresiva. Esta ocurre repentinamente, sin interacción anterior entre la víctima y el agresor. La víctima es sorprendida en cualquier momento de su vida y nunca se da cuenta de la presencia de su agresor. El ataque ocurre en cualquier lugar y momento, incluso en el domicilio de la

víctima. En el asalto el agresor, utiliza la fuerza para llevar al cabo el acto sexual, y sin el consentimiento de la víctima.

2. Violación por confianza. Puede parecer más sutil en algunos casos, pero es igual de dañina que la violación sorpresiva, y es la forma que más se presenta en la violación sexual. Entre la víctima y el agresor existe alguna interacción previa, el agresor accede a su víctima mediante engaños y pretextos. El agresor suele ser, un vecino, un viejo amigo, un compañero y ocupan esta relación para atacar a su víctima.

Dentro de la violación por confianza, entra el asalto sexual por la pareja íntima.

Se da la violación por parte de la pareja, ya sea el marido, el concubino, el novio o el amante. Este tipo de violación es un acto de violencia que ocurre en el contexto de los vínculos íntimos y estables. Las conductas de utilización y control sobre la mujer y su cuerpo: exigir relaciones sexuales cuando ella está dormida, amamantando o en situaciones inadecuadas, manipularla emocional y económicamente para obtener actividad sexual (Velázquez, 2003; González, 2001).

Para González (citado en Tzompantzi 2007) la violación por la pareja íntima es un hecho traumático de mayor impacto emocional que la violación por un desconocido, el hecho de que el victimario sea el marido, novio, amante, hace suponer que no se trata de una violación o que la violencia es menos grave de lo que la mujer cree, sin embargo la violación por la pareja íntima no solo rompe con toda la estructura de las mujeres, sino también su capacidad de confiar en los demás.

## **REACCIONES ANTE UNA VIOLACION SEXUAL.**

La violación cambia el modo en que la víctima se percibe así misma, a los demás y al mundo que la rodea, la reacción de una víctima de tal ataque como pérdida total del yo que produce una sensación de vacío y aislamiento de una misma y la sociedad. Implica una pérdida importante de la autoestima y de la capacidad de control propio y ajeno sobre el entorno (Krupnick, citado en Soria y Hernández, 1994).



Aparecen una serie de reacciones, que describen las víctimas de violación y que Burgess y Holmstron (1974) han llamado “Síndrome de Trauma por Violación”, en donde se presentan tres etapas:

- ❖ Fase de impacto o fase de reacción inmediata, con una duración de unos días a varias semanas. La víctima puede mostrar un estado de ansiedad, desorganización, shock y desconfianza.
- ❖ Fase postraumática o de retroceso, es un período de adaptación externa que puede incluir la negativa a aceptar el impacto de la experiencia vivida; la víctima parece bien integrada psicológicamente, en tanto que a un nivel más profundo, hay un proceso de negación de haber sido atacada.
- ❖ Fase de reconstrucción postraumática, período de integración y resolución, en donde se pueden presentar recaídas en depresión y en una necesidad de hablar, mediante la cual, la víctima trata de resolver los sentimientos en conflicto. Aquí la víctima puede desarrollar mecanismos psicológicos para afrontar el problema, que puede presentar una disminución de la autoestima.

Kolodny, Masters y Johnson. (1983) modifican las fases, convirtiéndose solo en dos. Fases en las que varían las reacciones de las víctimas, por su edad, personalidad, circunstancia del ataque y servicios asistenciales.

1. Fase aguda: desorganización. Se presenta en las víctimas una amplia gama de emociones, en las primeras horas después de la violación. El ataque puede ser tan intenso que la víctima quede en un estado de shock e incredulidad.

Reacciones físicas: Puede presentar dolor generalizado en el cuerpo o solo en el área del cuerpo donde el agresor uso más fuerza.

Disturbios en patrones de sueño: Presentan dificultades para conciliar el sueño, se despiertan fácilmente, sin poder retomar el sueño, aparecen las pesadillas.

Disturbios en patrones alimenticios: falta de apetito, pueden aparecer dolores de estomago, náuseas, mal sabor de la comida.

Reacciones emocionales: expresan sentimientos de miedo al daño físico, mutilación y muerte. Al igual que sentimientos de humillación, culpa, degradación, vergüenza, enojo, baja autoestima, ansiedad y venganza.

Pensamientos: la victima trata de borrar los pensamientos sobre el ataque, o bloquearla pero el recuerdo persiste.

2. Reorganización a largo plazo. La violación afecta a la vida, por muchas semanas, meses e incluso años.

Cambios en el estilo de vida: El estilo de vida de la víctima se ve alterado en algunos aspectos. Muchas víctimas solo llegan a manejarse en un nivel de funcionamiento mínimo, aunque hayan pasado la fase aguda.

Sueños y pesadilla se presentan en ambas fases. Aparecen dos tipos de pesadillas, una es similar a la violación que vivieron, donde trata de escapar pero falla y en la otra la victima tiene el dominio sobre la agresión.

Fobias: aparecen miedos específicos, con respecto al violador o con el lugar donde sucedió el ataque.

Otras reacciones que pueden presentar las víctimas en esta etapa son, angustia, depresión, insomnio, soledad, dependencia al alcohol o drogas, o dificultades sexuales.

Por otra parte existe un fenómeno que ocurre entre el agresor y la persona agredida que se ha llamado Síndrome de Estocolmo

El Síndrome de Estocolmo fue acuñado en 1973, en el cual se describen las reacciones que tuvieron cuatro rehenes, empleados de un banco hacia sus captores en Estocolmo, Suecia (González, 1998).

Existen cuatro condiciones para que se presente el Síndrome de Estocolmo que son:

- Una persona trata de matar a otra y se le percibe como capaz de hacerlo.
- La persona no puede escapar, por lo que su vida depende de quien le amenaza
- La persona amenazada esta aislada del resto, por lo tanto, la única perspectiva disponible que tiene es la del captor.
- La persona amenazada percibe que el amenazador tiene cierto grado de gentileza con su persona.

Se identifican cuatro estadios de victimización:

1. Hay incredulidad y negación
2. La realidad se impone y emergen mecanismos que forman parte del Síndrome de Estocolmo, como *infantilismo psicológico traumático*, en donde la víctima se adhiere al agresor que está poniendo en peligro su vida; y *la CAP. 1 VIOLACION SEXUAL. psicológica*, en donde la victima teme que cualquier expresión o conducta negativa hacia su captor, tendrá un resultado de castigo hacia el agresor, lo cual no puede permitir por agradecimiento hacia él.
3. La depresión y el síndrome postraumático aparecen, una vez que se libera al capturado
4. El trauma se resuelve y se integra a la conducta futura y al estilo de vida.

El desarrollo del Síndrome dependerá de las percepciones que tenga la rehén de poder escapar, y de la idea que se forma de cuánto tiempo permanecerá en cautiverio.

### **TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.**

Se llama Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) a un grupo de síntomas que presentan aquellas personas que han vivido, o han sido testigos de una experiencia traumática, en la que su integridad o la de otra persona ya sea física o emocional estaba en peligro (Aparicio, 2007; Romero, 2006).

El TEPT es una reacción normal de nuestro cuerpo y de nuestra mente ante un acontecimiento que no es normal. Se da en situaciones de violencia sexual, ataques físicos, asaltos, secuestros, abuso sexual infantil, ser testigo de la muerte o de lesiones graves a otra persona por un asalto o riña, y saber de la muerte o del asalto violento a un familiar o amigo cercano, siendo todos ellos sucesos estresantes (Medina et al., 2005).

Cia (citado Tzompantzi, 2007) menciona que en el caso de las víctimas de violación, el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se presenta con los siguientes síntomas:

- ❖ Trastorno del sueño (pesadillas insomnio)
- ❖ Reviviscencias (pensamientos intrusivos) e imágenes de la violación
- ❖ Ansiedad
- ❖ Miedo y evitación fóbica a los recuerdos y pensamientos del ataque
  
- ❖ Hiperactivación autonómica
- ❖ Hipervigilia
- ❖ Entumecimiento afectivo
- ❖ Dificultad de la concentración y pérdida de la atención
- ❖ Sentimientos excesivos de culpa, vergüenza y hostilidad
- ❖ Enfermedades físicas
- ❖ Dificultades sociales e interpersonales
- ❖ Dificultades sexuales

Según el DSM-IV TR (2002) el tipo de síntoma asociado a este cuadro clínico puede ser variable de una persona a otra. A continuación se presentan los criterios para el diagnóstico por Estrés postraumático.

Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático en el DSM-IV  
(American Psychiatric Association, 1994)

- A. La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que ocurren las siguientes circunstancias:
- 1) La persona ha experimentado, ha sido testigo o se ha enfrentado a uno(s) sucesos que implica, la muerte, la amenaza de muerte, una herida grave o un riesgo a la integridad física de uno mismo o de otras personas
  - 2) La reacción de la persona lleva consigo respuestas intensas de miedo, de indefensión, de horror.
- B. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las formas siguientes:

CAP. 1 VIOLACION SEXUAL.

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones
  2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que produce malestar.
  3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (sensación de revivir la experiencia, alucinaciones, ilusiones)
  4. Malestar psicológico intenso al exponer a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
  5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo.
1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
  2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
  3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás

6. Restricción de la vida afectiva

7. Sensación de un futuro limitado

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño

2. Irritabilidad o ataques de ira.

3. Dificultades para concentrarse

4. Hipervigilancia

5. Respuestas exageradas de sobresalto

En Medina et al. (2005) el pronóstico varía en gran medida según el tipo de estresor que generó la respuesta traumática; lo mismo ocurre con su evolución. En muchos casos el trastorno presenta, además, una alta comorbilidad con diagnósticos como la depresión, el abuso de alcohol, el uso de drogas y los ataques de pánico.

## CAPITULO 2.

# INTERVENCIÓN EN CRISIS.

### ORIGEN.

La intervención en crisis se origina cuando Erik Lindemann hace la publicación de un estudio sobre el incendio que arrasó todo un barrio de Boston en 1942. Resalta cómo un acontecimiento que provoca un estado de estrés importante conlleva una incapacidad para actuar. De las observaciones de las víctimas de este hecho, se identificaron un conjunto de síntomas psicológicos y somáticos persistentes (Du Ranquet, 1996; Cortes, 1997). A través de su experiencia de trabajar con las reacciones del dolor, Lindemann propuso para su investigación, un marco teórico conceptual de la intervención en crisis.

Este marco teórico condujo al desarrollo de técnicas de Intervención en crisis y, en 1946, junto con Caplan, crearon un programa de salud mental para la comunidad, llamado Proyecto Wellesley, el cual ofrecía servicio a todo aquel que enfrentaba “crisis o situaciones difíciles”.

Sin embargo fue hasta 1970, que en el diccionario Psiquiátrico de Hinselwood y Campbell, aparece por primera vez el término Intervención en Crisis como una forma de Psiquiatría comunitaria.

### CONCEPTO.

Slaikeu (1996) define una crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la

solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radical positivo o negativo.

Para Caplan (citado en Wainrib, 2001) es la condición de la reacción de un individuo en un punto crítico, dentro de una situación peligrosa, que amenaza la integridad o la totalidad. Taplin (citado en Slaikeu, 1996) subrayó el componente cognoscitivo del estado de crisis, la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por algún suceso traumático, o la incapacidad del individuo para manejar situaciones nuevas y dramáticas.

Las crisis provocan una ruptura en la continuidad del ser y en sus relaciones con el medio. Estas desencadenan vivencias de padecimientos, temores, fantasías específicas, que pueden promover, en la persona violentada, el riesgo de enfermarse (Velázquez, 2003).

Las crisis tienen comienzos identificables, y su impacto dependerá de su intensidad, duración, continuación y cómo interfiera con otros acontecimientos de la vida. Viney (citado en Slaikeu, 1996) resumió diversos estudios en donde aislaban sucesos de la vida que tenía el potencial para precipitar una crisis: embarazo y nacimiento de un hijo; muerte de un ser querido; cirugía y enfermedad; violación; jubilación; desastres; cambios sociales.

## **INFLUENCIAS TEÓRICAS.**

Moos (citado en Slaikeu, 1996) identifica cuatro influencias teóricas en la teoría de la crisis:

La primera es la teoría de Charles Darwin sobre la evolución y adaptación de los animales a su ambiente. La idea de Darwin de la supervivencia del más apto, analiza la lucha por la existencia entre los organismos vivos, en relación con su medio.

Una segunda influencia se origina en la etapa psicológica que considera la realización y el desarrollo del ser humano. La premisa de la autorrealización del hombre es congruente con el énfasis de Bühler (1962) en relación a que la conducta humana es intencional, y está dirigida hacia la persecución y reestructuración de metas. Este concepto es un punto esencial de las teorías en las



que se considera a las crisis como momentos en que los propósitos se ven obstaculizados o parecen inalcanzables.

El enfoque de Erikson (1963) del ciclo vital del desarrollo proporcionó una tercera influencia en la teoría de la crisis. La división de Erikson en cuanto a ocho etapas, transición o crisis que proporcionó una alternativa para la teoría psicoanalítica primitiva. Sugiere que la vida se basa en los sucesos de la infancia y la niñez muy temprana.

Una cuarta influencia sobre la teoría de la crisis surgió de datos empíricos sobre como los humanos lidian con el estrés vital. Los estudios en este ámbito incluyen luchar con traumas de los campos de concentración, la muerte repentina de un pariente, desastres, etc.

## **TIPOS DE CRISIS**

Existen principalmente dos tipos de crisis, unas son las crisis circunstanciales y las otras son las crisis de evolutivas.

Las crisis circunstanciales se refieren a situaciones que se encuentran principalmente en el ambiente. Para Caplan (citado en Wainrib, 2001) son:

1. La pérdida de una fuente de satisfacción de necesidades básicas, la muerte, la separación de una persona amada, o la pérdida de la integridad corporal.
2. El peligro de semejante perdida
3. Un desafío que rebase las capacidades de una persona, tal como una promoción inesperada, para la cual la persona no está preparada.

Las crisis evolutivas se refieren a una situación causada internamente, la cual puede deberse a convulsiones fisiológicas o psicológicas asociadas con el desarrollo, las transiciones biológicas, transiciones de roles. Son eventos de nuestro desarrollo físico y psicológico normal que puede activar una respuesta de crisis (Wainrib, 2001).

CRISIS CIRCUNSTANCIALES	CRISIS EVOLUTIVAS O DE DESARROLLO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crisis sexual: violación, incesto</li> <li>2. Aborto</li> <li>3. Suicidio</li> <li>4. Enfermedad crónica o aguda</li> <li>5. Divorcio o la separación</li> <li>6. Maltrato a niños, cónyuges, personas mayores</li> <li>7. Crisis familiar</li> <li>8. Viudez</li> <li>9. Víctimas de accidentes</li> <li>10. Choques culturales</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Concepción o esterilidad</li> <li>2. Embarazo, parto, nacimiento</li> <li>3. Infancia y niñez temprana</li> <li>4. La adolescencia</li> <li>5. Crisis que involucran la identidad sexual</li> <li>6. Crisis de madurez</li> <li>7. Jubilación</li> <li>8. Envejecimiento</li> <li>9. Muerte</li> </ol>

### **TIPOS DE RESPUESTA ANTE UNA CRISIS.**

Wainrib, (2001) propone la Respuesta de Crisis General, que es evocada por una situación inesperada y posee las siguientes características:

- ❖ Cognitiva: se ven desbordadas las habilidades de resolución de problemas y los mecanismos de afrontamiento
- ❖ Psicológica: el estado temporal de shock puede ser seguido por negación, confusión, temor, terror, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad. Estas reacciones pueden alterar el equilibrio psicológico del individuo.
- ❖ Fisiológica: pueden presentarse reacciones de estrés general tales como los cambios en el ritmo cardíaco, la respiración y sudoración excesiva.

Por su parte Du Ranquet, (1996) describe un patrón de conducta de la persona que se encuentra en situación de estrés ante un acontecimiento.

1. Percepción del acontecimiento y de los sentimientos que este suscita. Se puede dar una percepción no realista del acontecimiento, y los sentimientos que desencadena.
2. Búsqueda de un apoyo adecuado en el entorno.
3. Puesta en acción de las capacidades.

*El Trastorno Emocional Grave o desequilibrio:* Es uno de los aspectos más obvios de la crisis, experimentado por el individuo. Miller e Iscoe (citado en Slaikeu, 1996) describe los sentimientos de tensión, ineficacia y desamparo de la persona en crisis. Con frecuencia aparecen no solo reacciones emocionales (llantos, cólera, aflicción), sino también enfermedades somáticas (úlceras, cólicos) y trastornos de conducta (conflictos interpersonales, insomnios, incapacidad para el desempeño sexual o para llevar adelante su trabajo).

La desorganización, confusión y trastorno del estado de crisis puede afectar diversos aspectos de la vida de una persona al mismo tiempo: pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico.

### **FASES DE LA CRISIS.**

Según el modelo de Golan, (citado en Payne, 1995) la Intervención en crisis se estructura de esta manera:

<b><u>Fase Inicial:</u> Formulación</b>	<b><u>Fase Media:</u> Implantación</b>	<b><u>Fase Final:</u> Terminación</b>
<p><b>A. Enfoque sobre el Estado de Crisis.</b> Concentrar la atención en el aquí y ahora.</p> <p>Hacer que los pacientes expresen sus respuestas emocionales a medida que remiten las emociones.</p> <p>Descubrir el tipo y los efectos del estado vulnerable.</p> <p>Evaluar las perturbaciones causadas por el estado de crisis.</p> <p><b>B. Evaluación.</b></p> <p>Planes decisorios</p> <p>Estimación de las circunstancias y de la prioridad de los problemas.</p>	<p><b>A. Recolección de datos.</b> Conseguir los datos que falten.</p> <p>Comprobar las incoherencias.</p> <p>Seleccionar los principales temas (pérdida, ansiedad, reto).</p> <p><b>B. Cambio en la Conducta.</b></p> <p>Comprobar los mecanismos de enfrentamiento a la vida en el área problemática.</p> <p>Establecer metas realistas a corto plazo.</p> <p>Establecer el conjunto de tareas.</p> <p>Determinar</p>	<p><b>A. Decisión sobre la terminación.</b></p> <p>Comprobar la fecha de comienzo de la intervención y recordársela al paciente.</p> <p>Proponer espaciar las visitas y fechas de terminación</p> <p>Neutralizar cualquier resistencia a terminar.</p> <p><b>B. Revisión de los progresos alcanzados.</b></p> <p>Resumir los progresos.</p> <p>Revisar los temas principales.</p> <p>Recordatorio de las tareas realizadas, metas alcanzadas, cambios,</p>

<p>Comprobar las prioridades del paciente.</p> <p>Detectar el problema principal.</p> <p><b>C. Contrato</b></p> <p>Definir las metas, tareas, tanto para el paciente, como para el psicólogo.</p>	<p>conjuntamente las tareas practicas/pensantes.</p>	<p>trabajos incompletos.</p> <p><b>C. Plan Futuro.</b></p> <p>Discutir los problemas actuales.</p> <p>Discutir planes del paciente.</p> <p>Ayudar al paciente a aceptar que el proceso ha terminado.</p>
---	--	--

### ETAPAS DE RESOLUCIÓN ANTE UNA CRISIS.

La mayoría de los terapeutas piensan que el estado de crisis es agudo (ataque repentino de corta duración), como opuesto a lo crónico (que se extiende más allá del tiempo normal y dura de meses a años). Para Caplan, la crisis se resolverá de manera típica en 4 a 6 semanas. Es de mayor utilidad pensar en el periodo de seis semanas como aquel durante el cual el equilibrio se restaura, la conducta errática, las emociones y las enfermedades somáticas se reducen desde el estado intenso característico de la parte inicial de la crisis (Caplan; citado en Slaikeu, 1996).

En Slaikeu, (1996) Fink describe un modelo de cuatro etapas para la resolución de una crisis: 1. choque; 2. retraimiento defensivo; 3. reconocimiento y, finalmente, 4. adaptación y cambio, cada una caracterizada por diferentes experiencias, percepciones de la realidad, emociones y pensamientos. Viney (1976) propone para la resolución de crisis, además de la restauración del equilibrio, dominio cognoscitivo de la situación y el desarrollo de las nuevas estrategias de enfrentamiento, que incluyen cambios de conducta y el uso apropiado de los recursos externos.

Parad y Parad (citado en Wainrib, 2001) definen la intervención en crisis como:

- Un proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar

las capacidades latentes y manifiestas, así como los recursos sociales, de las personas afectadas directamente por las crisis. Los objetivos principales de la intervención son :

- Amortiguar el evento estresante mediante una primera ayuda emocional y ambiental inmediata o de emergencia y
- Fortalecer a la persona en sus intentos de afrontamiento e integración a través de la clarificación terapéutica inmediata y de la orientación durante el periodo de afrontamiento.

Por otra parte el modelo CASIC de resolución de la crisis, propuesto por Slaikeu, (1996) comprende cuatro principales tareas:

TAREA	MODALIDAD	ACTIVIDAD DEL PACIENTE	ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS
Supervivencia física	Somática	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Preservar la vida.</li> <li>b. Mantener la salud física</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Otorgar los primeros auxilios psicológicos.</li> <li>b. Consultar al paciente acerca de la nutrición, el ejercicio y la relajación.</li> </ul>
Expresión de sentimientos	Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identificar</li> <li>b. Expresar sentimientos relacionados con la crisis de manera socialmente aceptada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Discutir sobre el incidente de crisis con atención particular sobre cómo se siente el paciente acerca de distintos aspectos de la crisis.</li> <li>b. Instruir al paciente acerca de los sentimientos en el funcionamiento psicológico, global y alentar la expresión.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Desarrollar una comprensión basada en la realidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Reflexionar sobre el incidente de crisis y las circunstancias</li> </ul>

Dominio cognoscitivo	Cognoscitiva	<p>acerca del incidente de crisis.</p> <p>b. Comprender la relación entre el incidente y las creencias del paciente, sus expectativas, sueños, metas.</p> <p>c. Adaptar y cambiar creencias, autoimagen y planes futuros a la luz del incidente de crisis.</p>	<p>s</p> <p>b. Analizar los pensamientos previos a la crisis y las expectativas, planes y el impacto del incidente en cada una de estas áreas.</p> <p>c. Asistir al paciente en la adaptación de creencias, expectativas y al hablar de sí mismo.</p>
Adaptaciones conductuales/interpersonales	Conductual	<p>a. Hacer cambios en los patrones cotidianos de trabajo, desempeño de un rol y relaciones con las personas a la luz de los incidentes de crisis.</p>	<p>a. Reflexionar con el paciente los cambios que pueden requerirse en cada una de las áreas principales; utilizar sesiones de terapia, asignaciones de tareas para la casa y cooperación de la red social para facilitar el cambio en cada área.</p>

Por otra parte el modelo de Gilliland y James (citado en Wainrib, 2001) aborda aspectos importantes en la función del auxiliador profesional, el cual debe considerar la percepción personal, la historia, las experiencias pasadas, la cultura, los traumas y los prejuicios personales. El modelo propone que se tomen en cuenta los siguientes puntos:

1. Reconozca las diferencias individuales
2. Evalúese
3. Muestre atención por la seguridad del cliente

4. Proporcione apoyo al cliente
5. Defina pronto el problema
6. Considere alternativas
7. Planifique los pasos de la acción terapéutica
8. Use las capacidades de afrontamiento del cliente
9. Atienda las necesidades inmediatas del cliente
10. Emplee los recursos de la remisión
11. Desarrolle y use una red de apoyo
12. Consiga un compromiso.

Los principios de Puryear (1981) han sido de los más útiles en la intervención en crisis (Wainrib, 2001) y son:

- Intervención inmediata
- Acción: participe y dirija activamente el proceso de evaluación de la situación y formule un plan de acción.
- Objetivo limitado: la meta mínima es desviarse de la catástrofe; la meta básica es restaurar la esperanza y el crecimiento
- Esperanza y expectativas: inculque esperanza en la situación mediante las actitudes y expectativas apropiadas de los clientes.
- Apoye
- Enfoque en la resolución de problemas: determine el problema, realice una planificación y diseñe planes de acción
- Refuerce la auto-imagen
- Estimule la auto-confianza.

Así mismo Wainrib y Bloch (2001) proponen el siguiente modelo de intervención, el cual está dividido en el modelo general de respuesta de Relación-Evaluación-Remisión y el segundo en nuestra adaptación del continuo de dilatación.

Los factores de la respuesta de Relación se subdividen en dos tipos: actitudinal y técnico. Los aspectos actitudinales se llevan a cabo a través de tres aspectos de intervención:

*Relación Actitudinal.*

1. RELACION	2. EVALUACION	3. REMISIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establezca relación inicial y cree un ámbito seguro.</li> <li>• Ajuste la aproximación a la relación en base al continuo de dilatación-constricción</li> <li>• Compruebe sus propias reacciones ante la situación y cliente.</li> <li>• Marque el ritmo y modifíquelo si es necesario.</li> <li>• Valide y normalice</li> <li>• Respete las diferencias individuales</li> <li>• Cree un clima de esperanza</li> <li>• Evite trivializar</li> <li>• Sea consciente de la sugestionabilidad</li> </ul>	<p>Evalúe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La urgencia</li> <li>• La severidad</li> <li>• La adecuación de la respuesta</li> <li>• El estado previo a la experiencia</li> <li>• Los recursos: internos, externos, comunitarios y espirituales.</li> <li>• Grado de severidad de la crisis y los recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos comunitarios</li> <li>• Otros profesionales</li> </ul>

*Relación Técnica:*

- Refuerce las capacidades del cliente e incremente su autoestima.
- Estimule la autoconfianza
- Defina su propio rol
- Defina el problema y desarrolle la resolución de problemas
- Reforzar autoimagen
- Enseñe una nueva habilidad, mecanismo de afrontamiento o aproximación
- Planifique conjuntamente las actividades
- Apoye.

*Continúo de Dilatacion-Constriccion.*



Características de Dilatación.	Características de la Constricción.
1. Pensamientos desorganizados 2. Pensamiento caótico, gran confusión.  Y se necesita por parte del asistente <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarificar el pensamiento, ser específico, identificar el problema.</li> <li>• Afectivo: Intentar enfocar los sentimientos específicos, trabajar con material cognitivo.</li> <li>• Conductual: expresión de una conducta exagerada e inapropiada para la persona</li> <li>• Resolución de problemas orientados a la realidad</li> </ul>	1. Preocupación por el problema, rumiación cognitiva y obsesión.  Y se necesita por parte del asistente <ul style="list-style-type: none"> <li>• sugerencias de alternativas viables, trabajar en la solución.</li> <li>• afectivo: contención de la emoción</li> <li>• ayudar a expresar los sentimientos de cualquier forma</li> <li>• Conductual: paralización, inmovilización, retirada.</li> <li>• ayuda para estimular la actividad y hacer cosas.</li> </ul>

Retomando la clasificación de los tipos de crisis a continuación se presentan las Fases de Crisis Circunstanciales, cuando en estas el evento desencadenante es un delito (Soria y Hernández, 1994), presentándose en tres fases: el impacto, la recuperación y el ajuste.

*A. Fase de Shock emocional o impacto:*

La primera reacción inmediata es de shock/desorganización. Su composición y duración varía desde minutos a horas. La afectividad se ve dominada por los sentimientos de vulnerabilidad, impotencia, aislamiento y bloqueo afectivo.

En lo cognitivo la persona es incapaz de pensar con claridad, la conmoción y la imposibilidad de aceptar lo sucedido dominan sus pensamientos. Los efectos que provoca en la conducta son variables pero pueden ser desde leves (conductas errantes) a severas (desorientación tempoespacial).

*B. Fase de reorganización:*

Se caracteriza por la reevaluación cognitiva del suceso. Su duración puede ser entre semanas a meses. Durante este periodo, la víctima trata de integrar el suceso dentro de su esquema personal, valores, expectativas previas de su comportamiento, percepción de sí misma y entorno. En el nivel cognitivo, se presentan repeticiones continuas del suceso e intentos de comprender el suceso. Son incapaces de afrontar lo sucedido, alterna la tristeza con euforia, del miedo a la ira, etc.

*C. Fase de readaptación o Ajuste:*

Cuando la ira y el miedo bajan, la víctima entra en una fase de organización a largo plazo. El impacto del delito se resuelve mediante el establecimiento de unas defensas más efectivas, conductas más vigilantes y conductas que le permitan reajustar su vida cotidiana.

Es importante señalar que para muchas víctimas los efectos traumáticos se prolongan por un periodo largo de tiempo.

Existen otras aproximaciones en donde se abordan los procesos de victimización enfocados en la teoría del estrés (Burgess, 1985).

A. Modelo Ochberg y Spates señala que un modelo de gran ayuda para entender la victimización es el modelo de Lindermann, sobre la aflicción. En donde la aflicción es la reacción psicológica a la pérdida de un ser querido o a la pérdida de un propósito muy anhelado para uno mismo.

Los síntomas que aparecen son: sensación de estrés somático, autculpa, hostilidad hacia las personas, cambios en la conducta, insomnio, inquietud. Cuando el nivel normal se prolonga, puede aparecer el síndrome de aflicción patológica, donde el sujeto describe los síntomas de manera exagerada.

Es decir para Ochberg (citado en Burgess, 1985) la victimización tiene una variación normal y una patológica, que está determinada por la intensidad del asalto y la fuerza de la conducta del sujeto.

B. Modelo de Selye (citado en Soria y Hernández, 1994) propuesto del concepto "Síndrome de Adaptación General". Este modelo consiste en tres etapas de respuesta de parte del individuo que trata de volver a ajustar o equilibrarse después de un caso de estrés.

1. Reacción de alarma. Ocurre en los primeros momentos del asalto, implica un exceso de reacciones del sistema nervioso.
  2. Etapa de resistencia. El individuo trata de adaptarse a la situación del estrés. Si el intento de adaptación en esta etapa no tiene éxito y la situación que provoca el estrés continua aparece la tercera etapa.
  3. Etapa de agotamiento. Donde los esfuerzos de adaptación se frustran, y si el estrés se prolonga, el individuo puede morir.
- C. Modelo descrito por Horowitz (1979; citado en Soria y Hernández, 1994) basado en el concepto "síndrome de respuesta sobre el estrés", en donde la víctima alterna fase de negación con ira; así aparece la ideación intrusiva sobre el suceso la disrupción del proceso cognitivo. Coincide con el modelo de Ochberg y Spates, en la existencia de una adaptación normal y otra patológica. En trabajos posteriores acepta que los pensamientos intrusivos y repetitivos actúan a modo de respuesta general al estrés.
- D. "Modelo psicosocial de estrés" de Dohrenwend (1978; citado en Burgess, 1985) en donde se describe cómo se combinan las situaciones en el ambiente y las características psicológicas del individuo para producir una situación de estrés en la vida. La situación de estrés podría llevar a consecuencias mayores dependiendo de los mediadores que existen: 1. mediadores situacionales implican la ayuda material y social a las situaciones de impedimento que traen la reacción de estrés transitoria, se relacionan con el nivel de organización y desarrollo de la comunidad. 2. los mediadores psicológicos comprenden factores personales que incluyen las aspiraciones, los valores y las capacidades o incapacidades de enfrentamiento de la persona, está relacionado con la experiencia y el desarrollo previo del individuo.

El modelo identifica tres posibles consecuencias para la víctima, que influyen: 1. Desarrollo psicológico; b) cambio permanente, no considerable, y c) psicopatología, que podría requerir terapia correctiva.

Por su parte el modelo de Mathilde du Ranquet, (1996) establece las siguientes técnicas para resolver la crisis a partir de tres fases: inicial, intermedia e intervención.

➤ **Fase inicial.**

1. Crear una relación. Se necesita crear una relación de confianza, se establecerá una escucha empática que permita a la víctima expresarse con toda libertad. Necesitará recobrar la esperanza de mejorar su situación y en su capacidad de llevar al cabo las tareas necesarias para restablecerse.
2. Centrarse en la situación. Ya que la tensión emocional disminuyó, se debe centrar el problema en el aquí y ahora.
3. Percibir la realidad. Intentar que la víctima vea su situación de forma realista
4. Organizar la acción. Pensar en soluciones para cada problemática.

➤ **Fase Intermedia.**

1. Apoyarse en las capacidades del cliente y estimularlas. Apoyar a la víctima a encontrar conductas que ha utilizado en el pasado, y que le ayudarán a la situación actual. Aprendizaje de nuevas técnicas sociales y relacionales.
2. Ayudar a la víctima a tener una percepción realista.
3. Utilizar el apoyo del entorno. Buscar ayuda del entorno, social, familiar, amigos, así como la ayuda en grupos y asociaciones.

➤ **Fin de la Intervención.**

Es de suma importancia establecer el fin del tratamiento cuando la víctima sea capaz de conducirse por ella misma.

Otras sugerencias para la resolución de la crisis están planteadas en el modelo de Reintegración (Payne, 1995) a partir de los siguientes tres pasos:

1. Corrección de la percepción cognitiva.
2. Manejo de los sentimientos, para que la víctima de rienda suelta a sus emociones.
3. Desarrollo de nuevas conductas de enfrentamiento al problema.

## **MODELOS TEORICOS Y SUS APORTACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE UNA CRISIS CIRCUNSTANCIAL PRODUCTO DE UNA VIOLACION SEXUAL.**

### **MODELOS PSICODINAMICOS.**

Los modelos psicodinamicos están basados en los trabajos de Freud y sus seguidores. Son llamados así porque la teoría que los fundamenta sostiene que la conducta es la resultante de una serie de movimientos e interacciones que se producen en la mente de las personas, es decir plantea que tanto la mente como la conducta son influidas por el ambiente social del sujeto.

La teoría psicoanalítica está compuesta de tres partes:

1. Teoría del desarrollo humano.
2. Teoría de la psicología anormal.
3. Una teoría del tratamiento.

Para Yelloly y Wood (citado en Payne, 1995) hay dos importantes ideas básicas:

- Determinismo Psíquico: En donde las acciones o la conducta surgen de los procesos mentales de la gente y no como algo que simplemente ocurre.
- El Inconsciente: Parte de nuestro pensamiento y de nuestra actividad mental que se escapa a nuestro conocimiento.

Ambas ideas están incluidas en la creencia de que los actos fallidos o lapsus del lenguaje, reflejan confusiones latentes y desconocidas de los procesos del pensamiento humano.

Uno de los aspectos importantes de la personalidad asume que el sujeto está constituido por un complejo de impulsos que en conjunto forman el id (ello), y que nos empujan a actuar para cubrir nuestras necesidades, cuando no se producen los resultados que esperamos, creando nuevos conflictos, es por la aparición de ego.

El modelo opera mediante técnicas que descansan básicamente en dos teorías: la psicosocial y la funcional. En ambas se trata de explicar el evento traumático y se proponen estrategias para su resolución.

## TEORIA PSICOSOCIAL

El estudio Psicosocial fija los orígenes del trabajo casuista en la teoría del diagnóstico, donde su exponente más importante fue Hamilton (citado en Payne, 1995). Los elementos que utiliza, son el concepto de persona en situación y el de clasificación del tratamiento del trabajo casuista.

El trabajo casuista se proyecta hacia la gente, a su entorno y a sus mutuas relaciones, en sí, hacia la persona en situación. La gente sufre la presión del entorno y el estrés de sus propios conflictos internos.

La presión se puede modificar directamente o se puede ayudar al paciente a que el mismo efectúe los cambios, de igual manera produce efectos benéficos en su personalidad. Los problemas que se presentan en la mente del paciente pueden ser tratados mediante la alteración del equilibrio de las fuerzas que operan dentro de los mismos, y esto se consigue actuando sobre la conducta o recuerdos actuales, y se realiza por:

- **Aireación.** El sujeto saca al exterior sentimientos de hostilidad o agresión; sentimientos que han estado reprimidos y que han desquiciado su modo de pensar y su acción. Este tratamiento se asemeja en la teoría psicoanalítica a la catarsis.
- **Relación Correctiva.** El paciente experimenta con el terapeuta una relación parecida a la de madre-hijo que trata de compensar a otra relación anterior satisfactoria.
- **Examen de las actuales interacciones personales.** Hacer que el paciente entienda como las interacciones están influidas por anteriores relaciones y vivencias.

El estudio Psicosocial implica observar, analizar y sacar conclusiones de las relaciones recientes, del entorno y de los acontecimientos que hayan tenido relevancia en la vida del paciente, se realiza mediante tres pasos:

1. El estudio Psicosocial. Se obtiene y ordena la información.
2. Formulación del Diagnóstico (análisis de la información). Se identifican aquellos rasgos importantes de la personalidad que sea pertinentes en cada caso.

3. **Objetivos del Tratamiento.** Objetivos a largo plazo producirán una mejora en la vida personal y social del sujeto, las características del tratamiento se eligen de acuerdo con las metas que en un principio se hayan establecido, estas metas se derivan de la problemática y su dinámica.

## **TEORIA FUNCIONAL**

Es llamada de esta manera porque sostiene que la función de los organismos del trabajo social modelan y dirigen la práctica en cada esfera de actividad, en lugar de trabajar en base a los diagnósticos de enfermedad y a los problemas de tratamiento ayuda a los clientes en su desarrollo personal.

El trabajo social funcional le da mayor importancia al proceso de interacción entre el paciente y el profesional.

CAP. 2 INTERVENCION EN CRISIS. (tado en Payne, 1995) aplican la teoría al trabajo de grupos funcional y comunitario, la causalidad social y los asuntos sociales reciben mayor consideración, y están menos interesados en sentimientos internos y mas en interacciones con el mundo externo. Proponen cinco principios básicos de la teoría funcional:

- Implicar a los pacientes sociales en el diagnostico y comprensión de los casos
- Comprensión consciente y uso de fases temporales (comienzo, intermedio, final).
- Uso de la función del organismo social modela el trabajo y asigna responsabilidades y un papel concreto a los pacientes en el caso.
- Clara comprensión de la estructura o forma del proceso de trabajo social.
- Utiliza las interrelaciones personales para comprometer a los pacientes en la ayuda a sí mismos.

Otra aproximación terapéutica que se ha utilizado en los casos de violación es la

## **PSICOTERAPIA BREVE.**

Para Bellack (1983) la Psicoterapia breve “Es la interpretación verbal o de alguna otra manera simbólica de un terapeuta con un paciente, guiada por una serie de conceptos integrados ordenadamente y dirigidos hacia un cambio beneficioso en el paciente.” Se trata de una psicoterapia de tiempo y objetivos cortos.

Wolberg (citado en Canales, op. cit.) presenta los objetivos de la psicoterapia breve:

- ❖ Aliviar los síntomas dolorosos.
- ❖ Reestructuración del nivel de funcionamiento anterior a la enfermedad
- ❖ Comprensión de las fuerzas que precipitaron el trastorno.
- ❖ Reconocimiento de problemas de personalidad que obstaculizan la mejor adaptación a la vida.
- ❖ Comprensión parcial del origen de estas circunstancias en experiencias pasadas.
- ❖ Advertencia de la relación entre los problemas de personalidad predominantes y la actual enfermedad
- ❖ Comprensión de medidas para remediar las dificultades ante el medio.

Para Knobel (citado en Canales, op. cit.) las técnicas en Psicoterapia Breve deben ser apoyadas por los siguientes principios:

- ❖ Son no transferenciales. la transferencia se acepta y se debe reconocer pero no se debe estimular, se descubre el papel que juega la transferencia, pero ésta no se usa con fines terapéuticos.
- ❖ No regresivas. Lo primordial es que el sujeto restablezca la adaptación a su vida cotidiana y no hacer una reestructuración profunda de su personalidad. no se revisa la vida pasada del sujeto, a menos que sea indispensable para una mejor adaptación.
- ❖ Predominio cognitivo. Énfasis al conocimiento de las causas que desencadenaron el problema para poder darle una solución rápida y eficaz



- ❖ **Modificación objetal.** Se busca que la persona reemplace información falsa por verdadera, creando vivencia real, en la que la persona pasa a ser un sujeto activo de su propia historia.

Dentro de los modelos de Psicoterapia breve se encuentra el **MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL** por lo cual se hablará más de este a continuación.

Este método de intervención se basa en los principios de la teoría del estrés y tiene efectos incuestionables en el tratamiento del trauma inducido por violación sexual. Al tratarse de un método de intervención breve, se plantea con una duración de aproximadamente un mes.

El rol de la víctima es activo y el del profesional también, donde se da un proceso de aprendizaje guiado o educativo, el psicólogo debe contrastar los efectos, cogniciones y comportamientos presentados por la víctima para su recuperación y facilitar los cambios o la reeducación.

El modelo está basado en la teoría del aprendizaje, la cual al contrario de la teoría psicodinámica, se proyecta hacia la conducta observable. Toda conducta ya sea anormal (no adaptativa) o normal (adaptativa), se explica bajo los mismos principios.

Rechaza un modelo patológico, no como el modelo psicodinámico que establece que la conducta anormal es un síntoma de perturbación en la mente del paciente (Payne, 1995).

Para Soria y Hernández, (1994) las siguientes técnicas cognitivo-conductuales son básicas y son las más utilizadas en víctimas de agresión sexual:

- Técnicas de explicación de los sentimientos de autculpción y autoresponsabilidad en el suceso.
- Técnicas de entrenamiento en autoinstrucciones. Detención del pensamiento.
- Técnicas de discusión sobre estrategias de afrontamiento utilizadas.
- Desensibilización sistemática. Ante el temor a pasar por el lugar del ataque.

- Técnicas de relajación. Si hay un nivel de tensión que imposibilita el comportamiento o alteraciones psicofisiológicas significativas a mediano plazo.
- Visualización. Ayuda a situarse en lugares, o con personas que crean temor en la víctima.
- Técnicas de los pensamientos distorsionados. Suele ser importante cuando se produjo una grave agresión física a la víctima, estuvo expuesta a un riesgo de muerte o existe un grave temor inducido por amenazas personales o familiares del agresor.

Este modelo no se lleva a cabo por fases sino por ámbitos de contenido.

A. Se evalúan los síntomas psicósomáticos ya que son los de mayor oposición a la mejoría.

B. Analizar los procesos atribucionales. Las víctimas presentan dificultades, como no poder borrar de su pensamiento el suceso, el porqué de éste, y solo dejará de hacerlo hasta que llegue a un punto de querer explotar. Deben discutirse: 1. sentimientos de autoresponsabilidad y autoculpa.; 2. la efectividad del pensamiento reiterativo; y 3. los efectos emocionales negativos de la situación.

C. Este ámbito se dirige a la conducta imposibilitadora, aparece ante estímulos ligados al suceso o al aspecto físico del agresor.

D. En esta área se manejan los sentimientos, de odio, venganza y vergüenza y se establecen las pautas de comportamiento para afrontar tal el suceso.

E. Aquí se maneja la reacción social ante la víctima. Se evalúan

los sentimientos de autoestima, de estigmatización social. En función de esto se manejan los mecanismos de ayuda y la respuesta social.

F. Por último, se debe prestar una especial atención a las situaciones que incrementan la tensión personal por los sentimientos y cogniciones ligados al comportamiento en la esfera judicial.

Otro modelo que ha tratado de resolver la crisis producto de una violación es el

## **MODELO SISTEMICO.**

El objetivo principal de esta intervención es cambiar los síntomas para crear así un nuevo equilibrio de la víctima. Se maneja con el funcionamiento real de la familia, el hacer consciencia de los miembros que la integran, y así proponer nuevas expectativas a la familia.

Este modelo se sustenta en cuatro pilares básicos:

- La teoría general de los sistemas: en donde Ludwing von Bertalanffy la define como la Totalidad, que funciona por la interdependencia de sus partes entre sí y con otros sistemas que lo rodean.
- La cibernética: su idea principal en los sistemas es que estos se encuentran en continuo cambio, evolucionando con el tiempo.
- La teoría de los tipos lógicos de Russell: que define los diferentes niveles por donde va pasando un sistema en crecimiento, a lo largo de su vida.
- Teoría de comunicación: trabaja principalmente en el presente y las relaciones entre personas, se interesa en las interrelaciones y comunicaciones, la importancia del contexto, la trasmisión de información.

El profesional transforma el sistema familiar en un sistema terapéutico incluyéndose en él para hacerlo cambiar. Se une a la familia para ayudarla a reparar y modificar su funcionamiento de forma que pueda desempeñar una mejor relación con sus miembros.

Primera fase de este modelo: se trabaja conjuntamente con la familia, un diagnóstico, una hipótesis de trabajo y un plan de acción.

Técnicas que se utilizan desde el modelo familiar:

Técnicas verbales

- Dirigir los mensajes a su verdadero destinatario
- Hacer expresar verbalmente los mensajes no verbales.
- Aclarar los mensajes ambiguos.
- Desenredar los mensajes contradictorios.
- Desarrollar los mensajes encubiertos.
- Abordar los tabúes llamando a las cosas por su nombre.

Técnicas no verbales:

- Genograma.
- Dibujo o pintura por la familia.
- Juegos de comunicación.
- Escultura.
- Son utilizadas también técnicas de tratamiento individual, centradas a corto plazo, modificación de conducta y la intervención en tiempo de crisis.

Independientemente del modelo utilizado Mc Gregor, Thomas y Read (2006) proponen algunas sugerencias para prevenir o no cometer serios errores en el tratamiento terapéutico con pacientes que han sufrido violación sexual. Entre ellos se encuentran:

- Los terapeutas requieren habilidades especiales para estar atentos de las dinámicas y efectos de la violación sexual.
- Requieren desarrollar una relación terapéutica abierta de igualdad, de respeto y confianza que incluya consultas continuas con sus pacientes y sus experiencias en las terapias.
- En el inicio de la terapia, el terapeuta debe delinear el proceso (incluyendo sus derechos y responsabilidades al igual que las disponibilidades y limitaciones del terapeuta)
- Es conveniente que los terapeutas establezcan relaciones terapéuticas que sean colaborativas donde el paciente regularmente es consultado sobre el ritmo y enfoque de la terapia al igual que el significado del material traumático.
- Los terapeutas que se sientan incómodos con la violación sexual tienen el deber de referir al paciente a un terapeuta apropiado. Esto es porque algunas sobrevivientes han observado en el terapeuta reacciones de disgusto, culpabilidad, etc. al narrar sus experiencias.
- Cuando el terapeuta pregunte sobre las experiencias debe hacerlo en un proceso donde cuidadosamente mida las propias capacidades del paciente, y de una manera de apoyo neutral donde ni sugiera ni elimine las experiencias de la violación sexual.

- El trabajo de terapia debe incluir el apoyo del terapeuta, mientras el paciente lucha con la autculpa y los efectos en sus vidas de la violación, así como proveer al paciente con información sobre dinámicas y efectos de la violación sexual pueden ayudar a normalizar experiencias previas escondidas por la vergüenza.

Además Briere, Courtois y Delenberg; (citado en Mc Gregor, Thomas, Read, 2006) previenen sobre los errores que se pueden presentar durante la Terapia:

- Durante la terapia, trabajando con el material traumático, pueden surgir sentimientos de distanciamiento o intromisión.
  - Los errores de distanciamiento pueden incluir: una abrupta retracción en la empatía, terapeutas pasivos que no se involucran con el paciente, o terapeutas que exageran su objetividad, con una nula interacción ocasionando en los pacientes respuestas de disgusto o pena, suelen sentirse desvalidos o enojados.
  - Los errores de Intromisión pueden incluir: influencias inapropiadas o control sobre la perspectiva del paciente, su comportamiento o memoria, terapeutas que mal interpretan significados, y otros que no saben manejar sus sentimientos y aspectos personales.
- Es recomendable que el terapeuta trabaje en establecer relaciones donde tanto el terapeuta como el paciente sean responsables de reconocer y discutir alguna mala comunicación y errores terapéuticos.

Cuando Briere, et. al. (op. cit). Pidieron a las sobrevivientes de violación que sugirieran algunos detalles para los terapeutas que tratan este tipo de problemática ellas pidieron:

- *Tengan conocimientos sobre terapias enfocadas en el abuso.*

Es de vital importancia que los terapeutas tengan conocimiento sobre las dinámicas y efectos de la violación. Reportan como esencial que el conocimiento del profesional se base en cuánto saben de los efectos, las consecuencias y cómo impactaran en su vida la violación. Si el terapeuta no sabe sobre los efectos de la violación sexual no sabrá qué podrá estar ocultando el paciente y como ayudarla a confrontar los efectos.

➤ *Sean capaces de normalizar los efectos de la violación.*

Ayudar a los pacientes a hacer una conexión entre sus experiencias y los efectos en su vida después de la violación sexual puede resultar efectivo y liberador.

➤ *Experiencias de ser escuchados mientras hablan de la violación sexual:*

Sentirse lo suficientemente seguros para detallar la violación sexual también es descrito como un alivio para los pacientes; para lo cual requieren encontrar profesionales capaces de lidiar con escuchar sus experiencias de violación.

➤ *Proveer una terapia directa con el paciente.*

Varios participantes reportan lo mucho que aprecian a los terapeutas que escuchan atentamente a sus necesidades en cuanto al ritmo de la terapia, proporcionándoles un sentimiento de respeto hacia sus límites.

Para que los pacientes se sientan con la confianza de hablar de la violación, necesitan que el terapeuta les demuestre que la terapia esta diseñada especialmente para ellos.

A partir de la bibliografía revisada y de las sugerencias propuestas por los expertos revisados, a continuación se presenta una propuesta de Intervención bajo un modelo cognitivo-conductual basado en el planteamiento de la Intervención en Crisis.

---

# PROPUESTA DE INTERVENCION EN CRISIS BAJO EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA MUJERES QUE HAN SUFRIDO VIOLACION SEXUAL

## **JUSTIFICACION.**

Considerando que la bibliografía revisada sobre violación sexual propone a la intervención en crisis como un camino viable para apoyar a las mujeres que han sufrido violación sexual y que las técnicas cognitivo conductuales manejan estrategias que han mostrado ser efectivas justamente para solucionar crisis, la presente propuesta plantea el desarrollo de un taller que proporcione apoyo para la recuperación de las participantes. Se considera importante que la intervención sea a través de un taller porque este tipo de herramienta proporciona el espacio idóneo para sensibilizar, compartir experiencias y desarrollar habilidades.

Retomando la experiencia de la intervención en crisis se plantea como elementos centrales, lo siguiente.

Es importante rescatar las fases de resolución de crisis por ello se debe trabajar de manera diferente con mujeres que acuden buscando ayuda dependiendo de la fase en la que se encuentran, según Soria y Hernández (1994).

Cuando los pacientes se encuentran en una fase de shock emocional es importante proporcionarles un espacio seguro y confortable en donde puedan hablar del suceso.

Para ello se propone iniciar la relación terapéutica haciéndoles saber que es el lugar indicado para hablar de lo sucedido, no está por demás plantear la confidencialidad y el respeto como eje de la intervención.

---

---

Así mismo aquí se requiere el encuadre terapéutico hablando de derechos y responsabilidades, número de sesiones, duración de las mismas, tipo de sesiones (individual y grupal). Así mismo se describen las características y objetivos de la intervención, es decir, se les informa que se realizarán ejercicios dentro de las sesiones pero también tendrán que realizar otros en casa y que su participación activa es parte esencial de su recuperación.

### **OBJETIVO GENERAL.**

Llevar a cabo estrategias de apoyo en Intervención en crisis, aplicadas con base un modelo cognitivo conductual a mujeres víctimas de violación sexual, con el fin de restablecerlas a su vida cotidiana, a su entorno familiar y a su red social.

### **Objetivos Específicos.**

- ❖ Proporcionar los primeros auxilios psicológicos breves.
- ❖ Ayudar a minimizar la ansiedad en una primera etapa en intervención individual.
- ❖ Continuar con un trabajo grupal que posibilite la identificación con otras vivencias semejantes al ataque.
- ❖ Promover mediante técnicas cognitivo conductual cambios en el estilo de vida, que ayuden al fortalecimiento físico, psicológico y social de la víctima.
- ❖ Promover redes de apoyo con familiares, parejas, amigos, hijos, etc. que ayuden en la recuperación de la víctima.

}

---



---

## **METODOLOGIA.**

Población.

Este taller está dirigido a mujeres que hayan sido víctimas de violación sexual y que cumplan con las siguientes condiciones:

- ❖ Mujeres que cuenten con 18 años en adelante.
- ❖ Que participen en el taller voluntariamente.
- ❖ Que cuenten con red de apoyo de familiares, hijos, amigos o con al menos un persona que le ayudará en el proceso de recuperación.
- ❖ Que presenten o hayan presentado signos y síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.

El taller será impartido por Profesionales especializados en el tema, como Psicólogos, trabajadores sociales, médicos, que tengan habilidades especiales en el conocimiento, técnicas y efectos de la violación sexual, para proporcionar el pronto restablecimiento de las mujeres a su vida actual y lleguen a formar una adecuada alianza terapéutica, basada en respeto, escucha, y comunicación.

Se recomienda, sin embargo que quien trabaje con las participantes, sean mujeres debido a que en la literatura se encontró que es más fácil que éstas se sientan cómodas y seguras al momento de realizar los ejercicios.

## **PROCEDIMIENTO.**

Este taller pretende principalmente dar un apoyo de intervención en Crisis, bajo un modelo Cognitivo Conductual a un grupo de mujeres víctimas de violación, por lo cual tendrá una duración breve, de 13 sesiones, cada sesión de 2 horas aproximadamente.

---

---

Se les proporcionará un programa que describirá de forma clara y precisa los objetivos de cada sesión, el nombre de cada componente, tema, etc., las técnicas que se emplearán con sus respectivas instrucciones, al igual que la duración y materiales por sesión.

Se llevará a cabo de la siguiente manera:

**Primera fase o Fase de shock emocional:** Se trabajará de forma individual con la víctima de violación sexual, para ayudar a minimizar los episodios de ansiedad ya que en esta etapa las personas se encuentran en shock emocional. Se emplearán las siguientes técnicas:

1. Respiración Profunda.
2. Relajación Muscular progresiva.
3. Desensibilización sistemática (2 sesiones)
4. Detención de pensamientos automáticos.
5. Autocontrol..

**Segunda Fase o Fase de Reorganización:** Se manejará una intervención más cognitiva para colocar al suceso en un lugar que permita a las pacientes seguir con su vida. Se retomará el trabajo de forma grupal con otras mujeres con las que exista una identificación de vivencias acerca de la violación sexual.

Esta fase incluirá, el trabajo con las redes de apoyo (familia, amigos, hijos, etc.). Y las técnicas empleadas serán:

1. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
  2. Entrenamiento en Autoinstrucciones.
  3. Entrenamiento en Solución de Problemas.
  4. Escritura emocional Autorreflexiva.
-

---

**Tercera Fase de Readaptación o Ajuste:** Es necesario que los síntomas psicossomáticos hayan decrementado y que las emociones negativas más intensas hayan desaparecido (autoculpa, vergüenza y venganza).

Dado que en esta etapa las pacientes aprenderán a reestructurar el suceso y el proceso cognitivo, aquí el esfuerzo se deberá centrar en que la paciente pueda continuar con su vida mejorando las condiciones de su entorno. Es decir esta fase debe centrarse en mejorar la vida en general, planteándose metas a corto, mediano y largo plazo.

Técnicas utilizadas:

1. Entrenamiento en habilidades Sociales.
2. Metas de Vida (corto, mediano y largo plazo).
3. Retroalimentación y cierre de Taller.

El taller se llevará a cabo en un espacio terapéutico, amplio, que cuente con sillas, mesas, y un espacio alfombrado de reflexión, acondicionado, alejado de ruidos y en donde las víctimas se sientan seguras y en confianza.

A continuación se presentan los esquemas de sesiones y el manual de cómo debe llevarse a cabo cada sesión.

---

## FASE I. ESQUEMA DE SESIONES INDIVIDUALES

SESIÓN 1	TECNICA O DINAMICA	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
	Bienvenida al Taller	Presentación del terapeuta, dar a conocer el contenido del programa.	Programa del Taller	20 min.
	Carta Viajando al Futuro	Dinámica para conocer las expectativas futuras de la participante	Hojas rayadas, bolígrafo, un sobre	60 min.
	Respiración	Respiraciones profundas para bajar ansiedad	Formato de ejercicios de Respiración	30 min.
	Cierre de Sesión	Despedida	Formato tareas de casa	10 min.
				<b>2hrs</b>

SESIÓN 2	TECNICA O DINAMICA	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
	Revisión de Tareas	Revisión llenado de Registros	Registros de tareas	20 min.
	Respiración	Respiraciones profundas para bajar ansiedad	Formato de ejercicios de Respiración	20 min.
	Relajación Muscular Progresiva	Aprendizaje de técnicas de relajación	Ejercicios de relajación, colchoneta o sillón, música relajante	60 min.
	Cierre de Sesión	Despedida	Formato tareas de casa	10 min.
ESQUEMA DE SESIONES.				<b>1 hr. y 50 min.</b>

	<b>TECNICA O DINAMICA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>SESIÓN 3</b>	Revisión de Tareas	Revisión llenado de Registros	Registros de tareas	10 min.
	Respiración	Respiraciones profundas para bajar ansiedad	Formato de ejercicios de Respiración	10 min.
	Relajación Muscular Progresiva	Aprendizaje de técnicas de relajación	Ejercicios de relajación, colchoneta o sillón, música relajante.	20 min.
	Desensibilización Sistemática	Exposición a estímulos relacionados con el ataque para disminuir los miedos	Formato de Escala de ansiedad, un bolígrafo, colchonetas, sillón reclinable música.	60 min.
	Cierre de Sesión	Despedida	Formato tareas de casa	10 min.

	<b>TECNICA O DINAMICA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>SESIÓN 4</b>	Revisión de Tareas	Revisión llenado de Registros	Registros de tareas	10 min.
	Respiración	Respiraciones profundas para bajar ansiedad	Formato de ejercicios de Respiración	10 min.
	Relajación Muscular Progresiva	Aprendizaje de técnicas de relajación	Ejercicios de relajación, colchonetas, música relajante	15 min.
	Desensibilización Sistemática	Exposición a estímulos relacionados con el ataque para disminuir los miedos	Formato de Escala de ansiedad, un bolígrafo, colchonetas, sillón reclinable música	20min
	Detención de Pensamientos Automáticos	Identificar pensamientos automáticos negativos y sustituirlos por positivos	Registro de pensamientos automáticos	60 min.
	Cierre de Sesión	Despedida	Formato tareas de casa	10 min.

	<b>TECNICA O DINAMICA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>SESIÓN 5</b>	Revisión de Tareas	Revisión llenado de Registros	Registros de tareas	10 min.
	Relajación Muscular Progresiva/ Respiraciones Profundas	Practica de técnicas de relajación muscular y Respiración profunda	Formato de ejercicios de Relajación y Respiración, colchoneta o sillón reclinable, música.	20 min.
	Detención de Pensamientos Automáticos	Identificar pensamientos automáticos negativos y sustituirlos por positivos	Registro de tareas de pensamientos automáticos	20 min.
	Autocontrol	Identificación de estímulos que evocan el ataque y que interfieren en la vida de la participante y establecimiento de metas a largo plazo	Autoregistro. Registro de Establecimiento de objetivos Bolígrafo.	60 min.
	Cierre de Sesión	Despedida	Formato tareas de casa	10 min.
				<b>2 hrs.</b>

---

	<b>TECNICA O DINAMICA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>SESIÓN 6</b>	Última Revisión de Tareas	Revisión de Registros	Registros de tareas	10 min.
	Relajación Muscular Progresiva/ Respiraciones Profundas	Practica de técnicas de relajación muscular y Respiración profunda	Formato de ejercicios de Relajación y Respiración, colchoneta o sillón reclinable, música.	20 min.
	Desensibilización Sistemática	Exposición a estímulos relacionados con la violación para disminuir los miedos	Formato de Escala de ansiedad, un bolígrafo, colchonetas, música	60 min.
	Cierre ultima sesión individual	Comentarios finales Despedida.		30 min.
				<b>2 hrs.</b>

---



## FASE II. ESQUEMA DE SESIONES GRUPALES

	<b>TECNICA O DINAMICA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>SESIÓN 7</b>	Introducción al Taller	Bienvenida a la fase II. Dinámica "Estableciendo reglas"	Programa impreso sobre el taller. Hojas de papel rotafolio, plumones y cinta adhesiva.	25 min.
	Dinámica "Rompiendo el hielo".	Promover la Integración e Identificación del grupo.	Formato "rompiendo el hielo", bolígrafo	20 min.
	Respiración profunda y Relajación muscular P.	Practica de técnicas de relajación muscular y Respiración profunda	Formato de ejercicios de Respiración y Relajación muscular progresiva	15 min.
	Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento	Compartir con el grupo las cualidades que caracterizan a cada participante y conocer su grupo de apoyo	Registro de mis Cualidades y Formato mis redes Sociales	60 min.
	Cierre de Sesión	Despedida	Formato tareas de casa	10 min.
				<b>2hrs. 10 min.</b>

	<b>TECNICA O DINAMICA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>SESIÓN 8</b>	Revisión de Tareas	Revisión llenado de Registros	Registros de tareas	20 min.
	Relajación Muscular Progresiva/ Respiraciones Profundas	Practica de técnicas de relajación muscular y Respiración profunda	Formato de ejercicios de Relajación y Respiración, colchoneta o sillón reclinable, música.	20 min.
	Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento	Registrar que harías ante una posible recaída.	Prepararse para una posible recaídas	20 min.
	Entrenamiento en AutoInstrucciones	Dirigirse un lenguaje interno o AutoInstrucciones, en base a una situación Estresante.	Modelo de entrenamiento, Lista de Autoafirmaciones	50 min.
	Cierre de Sesión	Despedida	Formato tareas de casa	10 min.

	<b>TECNICA O DINAMICA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>SESIÓN 9</b>	Revisión de Tareas	Revisión llenado de Registros	Registros de tareas	15 min.
	Relajación Muscular Progresiva/ Respiraciones Profundas	Practica de técnicas de relajación muscular y Respiración profunda	Formato de ejercicios de Relajación y Respiración, colchoneta o sillón reclinable, música.	15 min.
	Entrenamiento en AutoInstrucciones	Dirigirse un lenguaje interno, en base a una situación Estresante. Lista de Autoafirmaciones	Modelo de entrenamiento, Lista de Autoafirmaciones	20 min.
	Entrenamiento en Solución de Problemas	Desarrollar una secuencia de solución de problemas, para poder solucionar los mismos.	Lista de problemas personales, registro de formulación del problema, registro tempestad de ideas, registro de evaluación de consecuencias, Registro de reporte de resultados	1 hr. 35 min.
	Cierre de Sesión	Despedida	Formato tareas de casa	5 min.
				<b>2hrs 30 min.</b>

	<b>TECNICA O DINAMICA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>SESIÓN 10</b>	Revisión de Tareas	Revisión llenado de Registros	Registros de tareas	10 min.
	Relajación Muscular Progresiva/ Respiraciones Profundas	Practica de técnicas de relajación muscular y Respiración profunda	Formato de ejercicios de Relajación y Respiración, colchoneta o sillón reclinable, música.	20 min.
	Escritura Emocional Autorreflexiva	Plasmar emociones y sentimientos más profundos sobre el suceso de la violación sexual	Formato Escritura Autorreflexiva, bolígrafo, un bote de basura	65 min.
	Cierre ultima sesión grupal	Comentarios finales Despedida.		15 min.
				<b>1 hr. y 50 min.</b>

### FASE III. ESQUEMA DE SESIONES GRUPALES

	<b>TECNICA O DINAMICA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>SESIÓN 11</b>	Introducción al Taller	Bienvenida a la fase III.	Programa impreso sobre el taller.	20 min.
	Relajación Muscular Progresiva/ Respiraciones Profundas	Practica de técnicas de relajación muscular y Respiración profunda	Formato de ejercicios de Relajación y Respiración, colchoneta o sillón reclinable, música.	20 min.
	Entrenamiento en Habilidades Sociales	Adoptar a las participantes de habilidades sociales para retomar su vida cotidiana	Formato de Respiración Profunda, secuencia de Relajación Muscular Progresiva, hoja con los derechos humanos básicos, hoja informativa de estilos básicos de conducta y formato de descripción de escenas	1hr. 20 min.
	Cierre de Sesión	Despedida	Formato tareas de casa	15 min.
				<b>1 hr y 50 min.</b>

	<b>TECNICA O DINAMICA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>SESIÓN 12</b>	Revisión de Tareas	Revisión de llenado de registros	Registro de tareas	10 min.
	Relajación Muscular Progresiva/ Respiraciones Profundas	Practica de técnicas de relajación muscular y Respiración profunda	Formato de ejercicios de Relajación y Respiración, colchoneta o sillón reclinable, música.	20 min.
	Entrenamiento en Habilidades Sociales	Descripción de escenas	Fomato de descripción de escenas	15 min.
	Metas a corto, mediano y largo plazo	Identificación de metas a corto, mediano y largo plazo en diferentes áreas de su vida	Formato de metas a corto, mediano y largo plazo	60 min.
	Cierre de Sesión	Despedida		15 min.
				<b>2 hrs.</b>

---

	<b>TECNICA O DINAMICA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>SESIÓN 13</b>	Bienvenida	Revisión de dudas	Registro de tareas	5 min.
	Relajación Muscular Progresiva/ Respiraciones Profundas	Practica de técnicas de relajación muscular y Respiración profunda	Formato de ejercicios de Relajación y Respiración, colchoneta o sillón reclinable, música.	15 min.
	Retroalimentación	Practica de todas las técnicas, resolver dudas	Manual de técnicas Fase I, II y III	120 min.
	Cierre de taller	Despedida		30 min.
				<b>2 hrs. 40 min.</b>

---

**TALLER**

## **FASE I**    SESION 1. *BIENVENIDA*

### OBJETIVO GENERAL

- Dar la bienvenida al taller, la terapeuta se presenta de manera formal, se da a conocer el contenido del programa, se establecen reglas tanto para las participantes como para la terapeuta.

### DURACION

- 20 Minutos

### MATERIAL

- Programa impreso sobre el taller.

### DESARROLLO DEL TALLER

- La terapeuta se presentará ante cada participante de forma individual, para darle la bienvenida. Se establecerán reglas de confidencialidad, respeto, cooperación, asistencia, puntualidad y compromiso de ambas partes.
- Enseguida se revisará de forma no exhaustiva el manual, objetivos del taller, técnicas que se utilizarán en cada fase del programa, sesiones programadas, y su duración. Se le preguntará a la participante si tiene alguna duda de cómo será el taller. Así de da por iniciada la primera sesión

## SESION 1. *VIAJANDO AL FUTURO*

### OBJETIVO GENERAL

- A través de la siguiente dinámica se pretende que la participante se sienta segura, y en confianza en el espacio terapéutico. Viajando al futuro pretende saber cuáles son las expectativas de la participante durante el taller, hacia sus redes de apoyo, y terapeuta, así como ayudarle a crear una visión positiva y detallada de lo que adquirirá al concluir el taller. Además de fomentar la empatía de la participante hacia la terapeuta.

### DURACION

- 60 Minutos

### MATERIAL

- Hojas rayadas, bolígrafo y un sobre.

### DESARROLLO DE LA SESIÓN.

- En este momento la terapeuta le presentará hojas rayadas con un formato de carta (Anexo 3), un bolígrafo y un sobre. Se le pedirá a la participante que redacte en tiempo futuro una carta, pidiéndole que se imagine que ha pasado por todo el proceso y que ha concluido el taller.

Así que desea contarle esta experiencia a una persona importante (hijo, esposo, amigo, etc.) le platicará en esta carta todo el proceso vivido, como fue que decidió pedir ayuda, quien la acompañó en todo el proceso, que esperaba del taller y que recibió de éste, la relación con la terapeuta, las cosas que más le agradaron, etc., y como lo concluyó.

- Al finalizar la carta se compartirá con la terapeuta y está le ayudará a aclarar detalles respecto a su futuro, se guardará en un sobre hasta finalizar el taller.
- Se le preguntará si tiene alguna duda.



## SESION 1. *RESPIRACION PROFUNDA.*

A menudo los estados de ansiedad van acompañados de respiración rápida y superficial, causando una reducción de bióxido de carbono en la sangre, provocando angustia, mareos y aturdimiento. Por lo que el reentrenamiento de la respiración evita esta hiperventilación mediante inhalaciones y exhalaciones lentas, controladas y relajantes, facilitando así la respiración relajante.

Los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles en la reducción de la ansiedad, la depresión, la irritabilidad, la tensión muscular y la fatiga. Aunque estos ejercicios pueden aprenderse en minutos y poder experimentar resultados casi inmediatos, probablemente los efectos profundos del ejercicio no se perciban hasta después de varios meses de práctica.

### OBJETIVO GENERAL

- Que mediante la práctica de respiración profunda, la participante adquiera control sobre los estados de angustia, estrés, ansiedad, etc. y logre mantener los ejercicios como un hábito a implementar en su vida cotidiana.

### DURACIÓN

- 30 Minutos

### MATERIAL

- Formato de ejercicios de respiración.

### DESARROLLO DE LA SESIÓN

1. La terapeuta pedirá a la participante que adopte la posición que desee para iniciar la técnica de respiración profunda. Podrá disponer de las colchonetas o bien permanecerá sentada en el sillón reclinable
2. Se le pedirá se despoje de cualquier prenda que le incomode, así como artículos que porte (lentes, aretes, pulseras, etc.). Se le propondrá cerrar los ojos si así lo desea.

3. Se le darán las siguientes Instrucciones: (modificándolas según la posición que la participante adopte).
4. “Recostada boca arriba a todo lo largo de tu cuerpo, pon la cabeza alineada con tu cuerpo, las piernas deben estar juntas con los talones casi tocándose, tus brazos quedan sueltos a lo largo del cuerpo y cerca de él”. O ya sea que haya elegido realizar la secuencia sentada en el sillón reclinable.
5. “Bien, ahora aprenderemos la técnica de respiración profunda, cierra los ojos (silencio de 5 segundos).
6. “Coloca tu mano derecha sobre tu abdomen y la otra sobre el tórax”.
7. “Toma aire, lenta y profundamente, por la nariz y hazlo llegar hasta el abdomen levantando la mano que tienes colocada sobre él. El tórax se moverá sólo un poco y a la vez que el abdomen, sostén el aire por 5 segundos. ahora suelta, lenta y gradualmente ese aire y nota como tu abdomen se contrae, y se hunde”. Se repetirá 2 veces más.
8. “Bien, ahora inhalaremos aire sólo por la nariz, lentamente, permitiendo que los músculos abdominales se expandan, seguimos inhalando y ahora son las costillas las que se extienden, sostén el aire (5 segundos). Bien, ahora suelta el aire lenta y gradualmente. Se repetirá 2 veces más (silencio de 5 segundos).
9. “Coloca tu mano izquierda en el pecho y la derecha continua en el abdomen, para que notes los tres movimientos de la caja torácica durante la inhalación del aire”.
10. “Ahora volvamos a inhalar aire sólo por la nariz, lentamente, permitiendo que los músculos abdominales se extiendan, seguimos inhalando y ahora son las costillas las que se extienden, seguimos inhalando y ahora es el pecho el que se extiende, como si se abriera. Reten el aire (5 segundos). Bien, ahora suelta el aire lenta y gradualmente. Se repetirá 2 veces más” (silencio de 10 segundos).

11. “Se practicará ahora la retención de aire, se le pregunta si esta lista para iniciar. “Inhalamos por la nariz hasta que se llene el abdomen, continuamos jalando aire y ahora las costillas son las que se extienden, el aire sigue entrando y se extiende el pecho. Retén el aire (se le pide lo intente por 10 segundos) y suelta a la cuenta de 10. Se repite 2 ocasiones más”.

Para continuar con la respiración se le preguntará a la participante si no tiene alguna molestia o si se siente fatigada para continuar.

12. “Ahora practicaremos el soltar el aire en el siguiente orden: pecho, costillas, abdomen. ¿lista? Inhalamos y se llena el abdomen, costillas y pecho. Retienes el aire (10 segundos). Ahora suelta el aire lenta y deliberadamente vaciando primero la parte superior o pecho, la parte media o costillas y por último la parte inferior o abdomen y éste se contrae, repite en 2 ocasiones más”.

13. Ahora se practicará lo aprendido, se realizarán 8 respiraciones profundas, se le preguntará si esta lista. “Primera respiración: abdomen, costillas y pecho. Retienes el aire 10 segundos. Suelta el aire primero del pecho, las costillas y al final el abdomen. Recuerda que es lento”. Segunda respiración ¿lista? y continua hasta realizar las 8 respiraciones profundas. Se le dejará descansar a la participante con su respiración normal por 2 minutos. Se le pedirá que abra los ojos a la cuenta de 10 y que no se mueva. Enseguida que se estire completamente, como si acabará de despertar y que se incorpore lentamente y se quede sentada (Guerrero, 2008).

Se hará el cierre de sesión. Se le asignarán las tareas de casa. La terapeuta se despedirá cordialmente de la participante y se le proporcionarán formatos de:

- Ejercicios de Respiración (Anexo 4)
- Tareas para casa (Anexo 2)

### **Tareas para casa.**

- Reporte de Sesión (Anexo 5)
- Respiraciones Profundas 8 respiraciones. 2 veces al día. Llenado de registro (Anexo 7)

## SESION 2. *RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA.*

La relajación progresiva fue desarrollada por Jacobson 1938 y su objetivo es reducir la tensión muscular y, la ansiedad general. Se trata de una técnica adaptativa de afrontamiento para disminuir la angustia fisiológica y psicológica al relajar el cuerpo y la mente (Nezu, 2006).

Para Caballo (2008) el estrés se tiende a conceptualizar como la respuesta biológica ante situaciones percibidas como amenazantes y ante las que el organismo no posee recursos para hacerles frente, así la relajación se considera una técnica de respuesta ante el estrés, que puede ser aprendida y convertirse en un importante recurso personal para contrarrestar los efectos negativos de este.

Esta técnica implica tres pasos, que deben ser supervisados por el terapeuta. En el primer paso contracción relajación, se instruye a los pacientes para que contraigan (tensen) y relajen varios grupos musculares del cuerpo. Durante el segundo paso solo se emplea relajación en todos los grupos musculares y para el tercer y último paso se dan indicaciones a los pacientes para que perciban su cuerpo, identifiquen áreas de tensión y descansen los músculos tensos (Nezu, 2006).

El éxito de la relajación dependerá de que tan bueno sea el terapeuta motivando y asegurándose que la paciente aprenda a reconocer y relajar la tensión muscular, practicar en casa, aplicar la relajación en situaciones cotidianas y estresantes y convertirla en un hábito.

### OBJETIVO GENERAL

- Aprender técnicas de relajación que ayuden a las participantes a minimizar los estados de ansiedad y tensión muscular, mediante ejercicios placenteros y constantes logrando que adquiriera habilidades que favorezcan a situaciones de estrés cotidiano.

## DURACIÓN

- 60 Minutos con la posibilidad que se prolongue.

## MATERIAL

- Hoja con ejercicios de relajación, colchonetas, sillón reclinable, música relajante.

## DESARROLLO DE LA SESIÓN

- Se le dará la bienvenida a la 2ª sesión, se saludará a la participante, se le explicará que al inicio de cada sesión se revisará el llenado de registros y se comentarán dudas de tareas para casa.
- Se le explicará que llevarán un seguimiento de cada técnica vista, siempre al inicio de una nueva sesión. Así que le recordaras la última o últimas técnicas que realizaron.
- Le preguntarás si se encuentra lista para iniciar la secuencia de Respiración Profunda. Le pedirás se ponga cómoda, ya sea que se recueste en las colchonetas o utilice el sillón reclinable y que te indique cuando se encuentre lista para iniciar.
- La terapeuta apoyará a la participante dando las instrucciones y verificando los ejercicios se hagan correctamente. Al finalizar la secuencia de Respiraciones Profundas, inmediatamente se le explicará cómo se trabajará la nueva técnica que corresponde a esa sesión.
- Se requerirá de un espacio terapéutico tranquilo, con una adecuada iluminación y sin ruido. Habrá colchonetas dispuestas en el suelo al igual que un sillón reclinable, en cualquiera de los cuales se podrán realizar los ejercicios de contracción-relajación. Se le pedirá a la participante que se ponga cómoda, que se despoje de todo aquello que le pueda estorbar (aretes, reloj, zapatos, etc.), y se le da la opción de permanecer con los ojos cerrados si así lo desea.
- Al iniciar la sesión, la terapeuta irá guiando a la participante para asegurarse que comprenda las indicaciones, y realice de forma adecuada la

secuencia de ejercicio. Y responderá a cualquier duda que surjan por parte de la participante.

- Se le darán las siguientes instrucciones como guía:
- “Esta técnica consiste en aprender a tensar y luego relajar los distintos grupos musculares de tu cuerpo, así sabrás que se siente cuando un músculo esta tenso y cuando está relajado, este aprendizaje se tendrá que volver un habito, y como estamos hablando de un habito, para llegar a serlo, necesita ser aprendido y practicado primero”.
- “Mucho más importante que aprender a tensar y relajar bien en las sesiones es practicar en casa. Es necesario que practiques como mínimo media hora diaria. En la práctica hay un mínimo, pero no un máximo; cuanto más practiques mejor. Lo que sí es importante, es que te reserves un horario y un lugar tranquilo donde practicar, donde nadie te moleste y no te quedes dormida”.

Se le pedirá a la participante que indique cuando esté cómoda y relajada para que en ese momento se inicie la secuencia completa de ejercicios de relajación.

- “Cierra los ojos por favor. Ahora aspira fuerte y mantén el aire. Saca el aire. Aspira fuerte otra vez. Saca nuevamente el aire. Ahora aprieta el puño, concéntrate en tu mano derecha y cierra fuerte el puño. Aprieta el puño fuerte, más fuerte, todavía más fuerte. Ahora gradualmente, lentamente, muy lentamente, libera la tensión de tu mano. Siente la diferencia entre el estado de tensión y el estado de relajación muscular. Estos ejercicios se repetirán por cada grupo de músculos”. Al finalizar la sesión se le entregará la siguiente secuencia de ejercicios de Relajación que deberá seguir en casa.

SECUENCIA DE RELAJACIÓN MUSCULAR  
PROGRESIVA

GRUPO DE MUSCULOS	EJERCICIOS
MANOS	Se tensan y relajan los puños. Primero uno, luego el otro, y más tarde los dos a la vez.
ANTEBRAZO	Uno cada vez, las manos cogen el brazo del sillón y aprietan.
BICEPS Y TRICEPS	Ambos grupos de músculos se tensan y se relajan en la misma secuencia que las manos. Los bíceps se tensan doblando el brazo y tensándolo. Los tríceps se pueden tensar extendiendo el brazo y empujando hacia abajo, sobre el brazo del sillón, con la parte posterior del antebrazo.
HOMBROS	Los hombros se pueden tensar empujándolos hacia adelante y hacia atrás.
CUELLO	Primero, se inclina la cabeza hacia adelante hasta que la barbilla toca el pecho. En un segundo paso, se echa la cabeza hacia atrás y luego hacia la izquierda y hacia la derecha.
BOCA	Se debería abrir la boca tanto como fuera posible. Luego los labios se aprietan fuertemente.
LENGUA	La lengua se aprieta contra el techo de la boca tanto como sea posible. Luego, se aprieta contra el suelo de la boca. Más tarde, se saca fuera de la boca tanto como sea posible.
OJOS	Primero se abren los ojos tanto como sea posible. Luego se cierran apretándolos fuertemente. Más tarde, con los ojos cerrados, se alzan los ojos, se alzan las cejas; esto elevará la tensión de la frente.
ESPALDA	Teniendo la espalda contra la silla, empuja los hombros hacia adelante. Luego, empuja los hombros hacia atrás y la parte baja de la espalda hacia adelante.
ABDOMEN	Empuja hacia adelante los músculos abdominales.
NALGAS	Tensa los músculos de las nalgas empujándolos hacia adelante junto con las caderas.
MUSLOS	Extiende las piernas, levanta 5 cm. y estíralas hacia afuera tanto como sea posible

PANTORRILLAS	Extiende las piernas hacia afuera con los dedos de los pies apuntando recto
DEDOS DE LOS PIES	Primero, los dedos de los pies se curvan hacia abajo y se aprietan contra la parte inferior del zapato y, en segundo lugar, se aprietan contra la parte superior del zapato

Se hará el cierre de sesión. Se le asignarán las tareas de casa. La terapeuta se despedirá cordialmente de la participante y se le proporcionará el formato de:

- Secuencia de Relajación Muscular Progresiva (Anexo 6)

**Tareas para casa.**

- Reporte de Sesión 2 (Anexo 5)
- Respiraciones Profundas practicar 8 respiraciones (Anexo 4). Llenado de registro de Respiración Profunda (Anexo 7)
- Practicar la Relajación Muscular Progresiva (Anexo 6). Llenado de registro de Relajación Muscular Progresiva (Anexo 8)



## SESION 3. *DESENSIBILIZACION SISTEMATICA*

La desensibilización sistemática (DS) es una intervención terapéutica desarrollada para eliminar la conducta de miedo y los síndromes de evitación. Esta técnica consta de dos componentes. El primer componente consiste en enseñar al paciente una respuesta contraria a la ansiedad, como la relajación progresiva. El segundo componente de la desensibilización sistemática implica una exposición al estímulo provocador de miedo. Esta puede llevarse a cabo en la imaginación o en vivo.

Wolpe (citado en Caballo, 2006) señala que la desensibilización funciona a través del principio de inhibir pequeñas cantidades de ansiedad en un proceso gradual paso a paso. Y que consta de cuatro pasos:

- ❖ Entrenamiento en el empleo de la escala SUDS (Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad).
- ❖ Un completo análisis conductual y el desarrollo de una jerarquía de miedos.
- ❖ Entrenamiento en la relajación muscular profunda.
- ❖ La combinación de la exposición, en la imaginación, a la jerarquía de miedos junto con el establecimiento de una respuesta de relajación en el paciente.

Existe la desensibilización en la imaginación, donde se utiliza la relación terapéutica para evocar la ansiedad e inhibir las respuestas emocionales. Por su parte la desensibilización sistemática en vivo implica una exposición directa, graduada a los objetos o situaciones temidas.

### OBJETIVO GENERAL

- Que al exponer a la participante ante estímulos relacionados con el ataque, ésta pueda gradualmente ir disminuyendo sus miedos y temores, y pueda

enfrentarse a situaciones y lugares que le evocan el suceso sin presentar angustia y ansiedad.

#### DURACIÓN

- 60 Minutos con 2 sesiones.

#### MATERIAL

- Formato de Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad, bolígrafo, colchonetas, sillón reclinable, música.

#### DESARROLLO DE LA SESIÓN.

- Se le dará la bienvenida a la 3ª sesión, se saludará a la participante, y se propondrá iniciar con la revisión de registros, Reporte de sesión, Respiración Profunda y Relajación Muscular Progresiva. La terapeuta alentará a la participante a exponer dudas sobre las tareas para casa.
- Se le hará hincapié que al inicio de una nueva sesión se reforzarán las técnicas que ha venido realizando en sesiones pasadas y que ha practicado como tareas para casa.
- Se le pedirá se alisté para iniciar la secuencia de Respiración Profunda. Se le explicará que con 10 min que realice de Respiraciones Profundas será suficiente ya que las practicará durante toda la sesión con la Técnica de Desensibilización Sistemática. Le pedirá se ponga cómoda, ya sea que se recueste en las colchonetas o utilice el sillón reclinable y que le indique cuando se encuentre lista para iniciar. La participante deberá apoyarse en las Instrucciones dadas por la terapeuta.
- Al concluir los 10 minutos de Respiraciones. Le hará saber que practicarán 1 secuencia completa de Relajación Muscular Progresiva, y continuarán con Relajaciones de los músculos que haya reportado se le dificulta trabajar. Se hará en un tiempo de 20 min. Se le dará un breve descanso para iniciar con la técnica que corresponde a esa sesión.
- Para iniciar la Desensibilización Sistemática, la terapeuta le explicará en qué consiste la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (Anexo 9), y le

hará saber que en ese momento le será aplicada. Con formato y bolígrafo en mano se le pedirá a la participante que piense y narre el episodio que le causó más ansiedad del suceso que vivió, Se anotará al registro y a este acontecimiento la terapeuta le asignará un valor de 100. Luego, se le pedirá recuerde el suceso menos impactante del ataque que crea le causo menos ansiedad, Al anotarlo en el registro se le asignará un valor de 0. Se irán colocando otras experiencias de tranquilidad y ansiedad que se intercalarán en medio de los ítems anteriores.

- Ya construidas las jerarquías de la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad se dará paso a iniciar la técnica de desensibilización sistemática en donde la terapeuta dará las siguientes instrucciones:
- Se le preguntará a la participante en que posición desea realizar la técnica ya sea sentada o recostada y con ayuda del terapeuta se iniciará nuevamente la relajación. Al concluir ésta se le pedirá se imagine las escenas justo como se las ira narrando la terapeuta. La participante tendrá que levantar su dedo índice en señal de que esta visualizando claramente la escena.
- Se iniciará la narración del primer suceso comenzando con el ítem cero. Y se le pedirá a la participante visualice la escena durante cinco segundos. Se terminará la escena justo cuando la terapeuta diga “deja de visualizar la escena”. La participante reportará que nivel de ansiedad experimento al visualizar la escena esto lo hará con ayuda de la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad.
- Inmediatamente el terapeuta llevará a la participante a la Relajación Progresiva, y le pedirá que con el dedo índice señale que ha alcanzado la relajación.
- Nuevamente la terapeuta dará la indicación: “Ahora quiero que te lo imagines otra vez” (la terapeuta le describe palabra por palabra la escena descrita anteriormente). Se repetirá la escena hasta que la participante no experimente reacción alguna de ansiedad y se pueda avanzar al segundo ítem.

- Así se irá avanzando ítem por ítem hasta completar la tabla de jerarquías. Se le cuestionará sobre alguna duda que le surja respecto a la técnica realizada.

Se hará el cierre de sesión. Se le asignarán las tareas de casa. La terapeuta se despedirá cordialmente de la participante y se le proporcionará el formato de:

- Desensibilización Sistemática para la participante

**Tareas para casa.**

- Reporte de Sesión 3 (Anexo 5)
- Respiraciones Profundas practicar 8 respiraciones (Anexo 4). Llenado de registro Respiraciones Profundas (Anexo 7)
- Practicar la Relajación Muscular Progresiva (Anexo 6). Llenado de registro Relajación Muscular Progresiva (Anexo 8)
- Practicar la Desensibilización Sistemática. Llenado de registro (Anexo 10).

## SESION 4. *DETENCION DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS*

Los pensamientos automáticos son pensamientos que coexisten con otro flujo de pensamientos más manifiestos. Se pueden presentar como palabras o imágenes que pasan rápidamente por nuestra mente (Guerrero, 2008).

La técnica de detención de pensamientos incluye concentrarse en los pensamientos no deseados y, después de un corto periodo de tiempo, detener y vaciar la mente. Se puede utilizar la orden “Alto” o bien un ruido fuerte, para interrumpir los pensamientos desagradables (Davis, 1985).

Se ha comprobado que los pensamientos negativos y de miedo preceden de emociones del mismo tipo. Si se pueden controlar los pensamientos, los niveles de estrés se reducen de forma importante.

### OBJETIVO GENERAL

- Que la participante aprenda a identificar pensamientos automáticos y adquiera habilidad en la técnica para poder detenerlos y desaparecerlos.

### DURACIÓN

- 60 minutos

### MATERIAL

- Registro de detención de pensamientos automáticos del terapeuta y un 2º registro para la participante

### DESARROLLO DE LA SESIÓN.

- Se recibirá a la participante y se le dará la bienvenida a la 4ª sesión. Se le pedirá dar a conocer el llenado de sus registros que elaboró en casa y a exponer dudas y observaciones de los mismos.
- se le indicará que como en sesiones pasadas se realizará la práctica de las técnicas ya vistas y que son las mismas que realiza como tarea en casa.

- Se le explicará a la participante que se realizarán 10 minutos de Respiraciones Profundas, y que en el momento que se encuentre lista iniciarán. Le darás la indicación para que adopte la posición en que realizará la secuencia de ejercicios e iniciarás con las indicaciones de la Respiración Profunda.
- Al estar realizando Respiraciones profundas, le intercalaras Relajación Muscular Progresiva de aquellos músculos que no pudo trabajar en casa o aquellos que se le dificulta relajar. Se trabajará en un tiempo aproximado de 15 minutos.
- Al finalizar, la terapeuta le indicará que tome un breve descanso, ya que trabajarán brevemente la desensibilización sistemática con alguna jerarquía no resuelta.
- Se Iniciará la Desensibilización Sistemática cuando la participante reporte se encuentra lista, le explicarás que tendrá que intercalar la práctica de la Respiración Profunda y en algunos casos la Relajación muscular. Le pedirás siga tus indicaciones, trate de realizar lo mejor posible los ejercicios y si surgiera alguna duda la podría reportar al finalizar la técnica.
- Para continuar, se le preguntará a la participante como se siente y si se encuentra lista para iniciar con la nueva técnica de esa sesión.
- Al iniciar la técnica de Detención de Pensamientos Automáticos, la terapeuta le pedirá a la participante que manifieste los pensamientos o imágenes más recurrentes asociados con el suceso de la violación y que estén siendo causa de reacciones o malestar negativos. Por su parte la terapeuta tomará nota de esos sucesos en el registro del terapeuta de Detención de pensamientos (Anexo 11). Y se le dará la instrucción de parar la narración cuando la terapeuta dé la orden de “Alto”.
- Cuando la participante establezca que está lista para comenzar la terapeuta le pedirá comience la narración de ese primer suceso o imagen más recurrente sobre el ataque. Durante la narración la terapeuta tendrá que estar atento sobre las reacciones de la participante, ya que en el momento

de percibir reacciones negativas deberá implementar inmediatamente la detención de pensamiento con la orden en voz alta de “Alto”. Previamente se le hará saber a la participante que al escuchar la orden tendrá que dejar de hablar del suceso y en su lugar manifestara de la forma más rápida algún aspecto positivo que le venga a la mente, el cual servirá como distractor. Se intercalará una secuencia de Respiración profunda al finalizar dicha práctica para enseguida cuestionarle su sentir.

- Si reporta sentirse de forma adecuada y que puede continuar, se implementará el mismo procedimiento con un segundo pensamiento recurrente o la imagen más clara del suceso. Se le dará nuevamente la indicación de parar la narración cuando el terapeuta de la orden de “Alto” y que implementará nuevamente la sustitución de ese pensamiento negativo por una aspecto positivo diferente al que menciona la primera vez. Se intercalará nuevamente la Respiración Profunda al mismo tiempo que se le preguntará como se sintió con la actividad.
- Así se irá desarrollando la sesión hasta concluir con el tiempo establecido de 60 minutos. Al transcurrir este tiempo, se le explicará la nueva tarea de casa, y como tendrá que utilizar el Registro de Detención de Pensamiento (Anexo 12) éste estará dividido en tres columnas, en la primera tendrá que registrar qué situación desencadenó la aparición de ese pensamiento o imagen desagradable, en la segunda cual fue el pensamiento o imagen , y por último que recurso implementó para evadir o detener la imagen o pensamiento. Se le hará saber que este registro será llenado cada vez que los pensamientos o imágenes se presenten y que deberá llenarse lo más rápido posible después de presentarse el estímulo negativo para evitar omitir algún aspecto.

Se le preguntará si existe alguna duda. Si no es así, se hará el cierre de sesión. La terapeuta se despedirá cordialmente de la participante y se le proporcionará el formato de:

- Detención de Pensamientos Automáticos (Anexo 12).

### **Tareas para casa.**

- Reporte de Sesión 4 (Anexo 5).
- Respiraciones Profundas practicar 8 respiraciones (Anexo 4). Llenado de registro Respiraciones Profundas (Anexo 7).
- Practicar la Relajación Muscular Progresiva (Anexo 6). Llenado de registro Relajación Muscular Progresiva (Anexo 8).
- Practicar la Desensibilización Sistemática. Llenado de registro (Anexo 10).
- Registro de Detención de Pensamientos Automáticos (Anexo 12).



## SESION 5. *ENTRENAMIENTO EN AUTOCONTROL*

Son un grupo de técnicas de terapia que tienen como objetivo enseñar a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo.

El autocontrol expresa la importancia del papel de la persona como director de su propia conducta.

Las estrategias de autocontrol son, en su mayor parte, tareas para casa, que intentan provocar el cambio en las situaciones naturales donde tienen lugar la conducta problemática de la persona (Caballo, 2008).

Existe una técnica importante dentro del Autocontrol llamada Autoregistro que sirve como estrategia de intervención y que puede utilizarse para evaluar la conducta, sus antecedentes situacionales y sus consecuencias que pueden estar asociados con las respuestas problema.

A su vez la técnica de establecimiento de metas u objetivos se basa en establecer patrones realistas y en descomponer los objetivos, en objetivos más pequeños para alcanzar el objetivo final o general.

### OBJETIVO GENERAL

- Que la participante logre identificar estímulos físicos, sociales, etc., asociados al ataque y que al presentarse en el momento actual interfieren en su vida cotidiana. Así como implementar estrategias de cambio y fortalecer habilidades que contribuyan al restablecimiento de la participante, marcando objetivos a largo plazo.

### DURACIÓN

- 60 minutos Cada técnica tendrá una duración de 30 minutos..

## MATERIAL

- Autoregistro (Anexo 13). Registro de Establecimiento de objetivos (Anexo 14). Bolígrafo.

## DESARROLLO DE LA SESIÓN.

- La terapeuta dará cordialmente la bienvenida a la participante a la 5ª sesión de trabajo. Le propondrá iniciar con la revisión de Tareas en casa, y le pedirá muestre sus registros y plantee las dudas que hayan surgido durante la realización de las técnicas.
- A la participante se le indicará que en esta sesión se realizará Relajación muscular Progresiva alternando con Respiraciones profundas. Así que preguntará si se encuentra lista para comenzar, y pedirá adopte la posición que ha venido tomando para realizar las técnicas. La terapeuta comenzará a dar las indicaciones iniciando con respiraciones profundas e irá intercalando la Relajación muscular de aquellos músculos que no se trabajaron en la sesión anterior. Ambas técnicas tendrán una duración de 20 minutos.
- Al concluir, y haber bajado los niveles de ansiedad de la paciente. Le propondrá reforzar la técnica de Detención de pensamientos automáticos, utilizando el registro de Detención de pensamientos que previamente llenó en casa como tarea. Terapeuta y participante revisarán el registro y comenzarán a trabajar con aquellos pensamientos que más se le presentaron a la participante.
- Cuando la participante reporte estar lista, La terapeuta le recordará que al dar la instrucción de parar la narración con la orden de “Alto” ésta tendrá que dejar de narrar el suceso e inmediatamente después verbalizar en voz alta un aspecto positivo que le venga a la mente (se le explicará que puede ser una frase que le agrade o aspectos positivos de su vida, familia, trabajo etc.).

- Si la participante después de realizar la técnica reporta sentimientos de ansiedad, angustia, miedo, etc., se le indicará iniciar Respiraciones profundas para disminuir estos sentimientos, apoyándose en la terapeuta. Si todo marcha bien se continuará con la técnica hasta cumplir el tiempo establecido de 20 minutos.

#### INSTRUCCIONES DE AUTOREGISTRO:

- Para dar inicio a la técnica que corresponde a esta sesión, la terapeuta le dará una breve explicación de lo que es el Autocontrol y las técnicas que maneja. Le hará saber que éstas le quedarán más claras después de practicarlas.
- Como primer paso, se le explicará a la participante que trabajarán con el Autoregistro. Que se le proporcionará un registro (Anexo 13) el cual tendrá que llenar de la siguiente forma:
- En la primera columna tendrá que registrar situaciones cotidianas que le generan ansiedad, miedo, ira, tristeza, etc., y que tal vez antes no se presentaban. Podrá registrar el qué, cuándo o como de la situación.
- Para continuar con la segunda columna, la participante reportará que sentimientos le está generando dicha situación (ansiedad, angustia, ira, tristeza, llanto, miedo, etc.)
- En la tercera columna indicará con una escala del cero al diez qué nivel experimento de ese sentimiento.
- Para finalizar comentará en cuantas ocasiones se presenta la situación durante día o por semana. Tendrá que especificar en el registro.
- Se le proporcionará un registro similar para registrar las situaciones que se presenten en casa.

## INSTRUCCIONES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS:

- Para continuar con la segunda parte de esta técnica, se le proporcionará a la participante un nuevo registro de trabajo, llamado Establecimiento de Objetivos.
- La terapeuta le pedirá a la participante que inicie el llenado del formato. Al inicio de la hoja se le pedirá registre algún objetivo, el que considere que es el más complicado, el más grande que tenga o simplemente el que desee realizar, enseguida tendrá que dividir ese Objetivo en pasos pequeños e individuales llamados subobjetivos que serán los que le ayuden a llegar a la meta final.
- Los subobjetivos los tendrá que definir de modo que sean 1. Positivos, 2. Alcanzables, 3. Que estén bajo su control y 4. Que sean operacionales. Podrá escribir los subobjetivos que desee, para iniciar al menos reportará 2.
- Se le hará saber que esta hoja podrá llevársela a casa para ir agregando los subobjetivos que le hayan faltado. Y que si desea agregar un objetivo más podrá hacerlo, dividiéndolo igualmente en pequeñas partes para llegar a concluirlo.
- En la última parte del registro, la terapeuta le pedirá a la participante reporte sus observaciones para llegar a la finalización del objetivo.

Se le preguntará si existe duda alguna. Si no es así, se hará el cierre de sesión. La terapeuta se despedirá cordialmente de la participante y le proporcionará los formatos de:

- Hoja de Autoregistro (Anexo 13).
- Registro de Establecimiento de objetivos (Anexo 14).

## **Tareas para casa.**

- Reporte de Sesión 5 (Anexo 5).
- Practicar Respiraciones Profundas (Anexo 4). Llenado de registro Respiraciones Profundas (Anexo 7).
- Practicar la Relajación Muscular Progresiva (Anexo 6). Llenado de registro Relajación Muscular Progresiva (Anexo 8).
- Registro de Detención de Pensamientos Automáticos (Anexo 12).
- Autoregistro (Anexo 13)

## SESION 6. *DESENSIBILIZACION SISTEMATICA*

### DESARROLLO DE LA SESIÓN

Para iniciar la terapeuta le dará la bienvenida a la 6ª y última sesión de trabajo individual. Le hará saber que ha concluido la primera fase del taller y que ahora se encuentra preparada para iniciar con la fase II del programa. Se le felicitará por haber concluido satisfactoriamente esta etapa y se le alentará para continuar con la fase II.

A continuación se le propondrá a la participante iniciar la revisión de los últimos registros realizados en casa. Se le dará la instrucción de que al finalizar la sesión se harán los comentarios finales sobre esta primera etapa, podrá exponer sus dudas, y hacer sugerencias que contribuyan al mejoramiento del Taller.

- Se le preguntará a la participante si está lista para iniciar. Y se le pedirá que para esta última sesión intente realizar sola los ejercicios de Respiración Profunda alternando con la Relajación muscular, sin embargo la terapeuta le hará saber que permanecerá a su lado por si requiere de ayuda. Se le dará la orden de iniciar.
- Al concluir con los ejercicios, se le pedirá se reincorpore y se le mencionará que la técnicas de Respiración profunda y Relajación muscular Progresiva las seguirá empleando por el resto del programa, con el fin de de crearle un habito que implementará en su vida cotidiana.
- Ahora le explicará que se trabajará nuevamente la técnica de Desensibilización sistemática, ya que una sola sesión no alcanzo a cubrir el registro de la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad y que se espera poder cubrirla en esta última sesión.
- Se le pedirá a la participante se aliste para iniciar y que le haga saber la terapeuta el momento preciso para que éste comience a dar las indicaciones.

- La terapeuta inducirá a la participante a un estado de relajación total para enseguida poder adentrarla a la visualización de las escenas. Se le pedirá entonces se imagine las escenas justo como se las ira describiendo la terapeuta. La participante tendrá que levantar su dedo índice en señal de que está visualizando claramente la escena, como ya lo había realizado en sesiones atrás.
- Se iniciará la narración de uno por uno de los sucesos que habían quedado pendientes. Así que se le pedirá a la participante visualice la escena que estará siendo narrada por la terapeuta y la mantenga por cinco segundos. Se terminará la escena justo cuando la terapeuta diga “deja de visualizar la escena”. La participante reportará que nivel de ansiedad experimentó al visualizar la escena, esto lo hará con ayuda de la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad.
- Inmediatamente la terapeuta llevará a la participante a la Relajación Progresiva, y le pedirá que con el dedo índice señale que ha alcanzado la relajación.
- Nuevamente la terapeuta dará la indicación: “Ahora quiero que te lo imagines otra vez” (la terapeuta le describe palabra por palabra la escena descrita anteriormente). Se repetirá la escena hasta que la participante no experimente reacción alguna de ansiedad y se pueda concluir con el resto de los ítems.
- Así se dará por terminada la técnica, y se le pedirá a la participante exprese como se sintió después de la técnica.

Para finalizar la sesión la participante dará sus comentarios finales, así como su punto de vista sobre lo que le agrado y lo que no del taller. La terapeuta le entregará la carta Viajando al futuro que realizo al inicio del taller y le pedirá que la vuelva a leer y comente si algunas cosas se realizaron como lo describió a futuro que sería.

Se hará el cierre de la sesión final individual. La terapeuta se despedirá cordialmente de la participante hasta el inicio de la fase II.

## **FASE II. SESION 7. BIENVENIDA Y DINAMICA “ESTABLECIENDO REGLAS”**

### **OBJETIVO GENERAL**

- El terapeuta dará la bienvenida al grupo. Se presentará como el encargado de llevar a cabo el taller de la fase II. Dará a conocer el contenido del programa, y el seguimiento de las sesiones, en grupo se establecerán las reglas del taller, tanto para las participantes como para la terapeuta.

### **DURACION**

- 25 Minutos

### **MATERIAL**

- Programa impreso sobre el taller en su Fase II. Hojas de papel rotafolio, plumones y cinta adhesiva.

### **DESARROLLO DE LA SESIÓN.**

- Al iniciar la sesión la terapeuta se presentará de manera formal ante el grupo, les dará la bienvenida a la fase II de programa. Enseguida dará a conocer el contenido del programa, cuál será el seguimiento de las sesiones y la duración de las mismas.
- Para el establecimiento de reglas en el taller. La terapeuta pedirá se enumeren las primeras tres participantes con 1, 2 y 3, las participantes que sigan iniciarán nuevamente el conteo hasta que todas tengan un número del 1 al 3. Ahora se pedirá a las participantes que todos los números uno formen un grupo, las que tengan el numero dos otro y de igual manera las del número 3.
- Para continuar cada grupo recibirá por parte de la terapeuta una hoja de rotafolio, plumones de colores y cinta adhesiva y recibirán las siguientes indicaciones:



- “A continuación cada grupo tendrá que ponerse de acuerdo para establecer reglas que tendrán que seguirse durante todo el taller, esto incluirá a cada una de ustedes y por supuesto al terapeuta”.
- “Cuando hayan terminado de establecer cada una de ellas, se les pedirá las anoten en el papel rotafolio que se les entregue, y tendrán que diferenciar las suyas con las de la terapeuta, esto será con diferentes colores”.
- “Al terminar tendrán que colocar en algún lugar visible su papel rotafolio y cada equipo tendrá que exponer sus reglas”.
- “Al finalizar todos los equipos, se hará un consenso para establecer un reglamento general”.

Así la terapeuta y participantes definirán un reglamento general que ambas partes tendrán que respetar y llevar a cabo.

Con esto se da por iniciado el taller y se da paso a la dinámica siguiente que corresponde a esta sesión.

## SESION 7. *ROMPIENDO EL HIELO.*

### OBJETIVO GENERAL

- Que mediante la siguiente dinámica se promueva la integración de grupo. Y al compartir similitudes de vida logren una identificación con otras participantes, y puedan dar a conocer las expectativas que tienen sobre el taller.

### DURACION

- 20 Minutos

### MATERIAL

- Formato Rompiendo el hielo, bolígrafo.

### DESARROLLO DE LA SESIÓN.

Debido a que las participantes no conocen nada sobre ellas, la terapeuta implementará la dinámica “Rompiendo el hielo” para iniciar la integración e identificación del grupo de participantes.

- La terapeuta pedirá a las participantes que se junten por parejas, dando la indicación que ninguna puede quedar sin compañera de trabajo.
- Se les pedirá a todas las parejas que dispongan de las sillas que se encuentran en el espacio terapéutico, y se acomoden como mejor les convenga.
- Se les entregará un formato y bolígrafos a cada participante en el que tendrán que reportar el resultado de la dinámica y las dudas que les surjan.
- La terapeuta les dará la instrucción que tienen 10 minutos para conversar, cinco minutos serán para que una de las participantes se describa lo mejor que pueda ante su compañera, al concluir el tiempo la segunda participante realizará el mismo procedimiento.

- Se les hará saber que durante este tiempo, cada participante deberá conseguir una breve biografía, 5 adjetivos que describan lo mejor posible a su compañera y tres puntos fuertes sobre la misma. Tendrán que reportarlo en el formato que se les entrego al inicio de la dinámica (Anexo 15).
- Al pasar el tiempo establecido, la terapeuta pedirá a la participantes suspendan la actividad, reacomoden sus bancas en círculo en todo el espacio terapéutico.
- Al azar se elegirá a una participante para que inicie con la breve descripción de su compañera, y así se continuará hasta que hayan pasado todas las participantes y así concluir la dinámica.

## SESION 7. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO.

Lazarus y Folkman (1991) define el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

Es necesario diferenciar entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones. Por su parte las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.

Se ha identificado que el afrontamiento tiene que ver con el objeto que persigue:

- Afrontamiento centrado en el problema: cuya función es modificar la situación estresante, con el fin último de reducir el impacto que ésta tiene sobre el individuo.
- Afrontamiento centrado en la emoción: se refiere a aquellas técnicas cognitivas encargadas de disminuir el grado de trastorno emocional que genera la situación estresante.

El modo de afrontamiento de un sujeto vienen determinadas por los recursos de que dispone como: la salud y energía física, las creencias existenciales, el autocontrol, el apoyo social, los recursos materiales etc.

### OBJETIVO GENERAL

- Que las participantes adquieran habilidades de afrontamiento que les permitan hacer frente a las demandas individuales y familiares.

## DURACION

- 60 minutos

## MATERIAL

- Formato de Respiración profunda, Secuencia de Relajación muscular progresiva, Registro de mis Cualidades, Registro mis Redes de apoyo.

## DESARROLLO DE LA SESIÓN

- Al iniciar la sesión la terapeuta hará del conocimiento del grupo que durante la fase II y al inicio de cada sesión se realizará nuevamente la técnica de Respiración profunda y la Relajación muscular progresiva, por ser técnicas fáciles de emplear en la vida cotidiana, pero efectivas en la eliminación del estrés y la ansiedad.
- Enseguida la terapeuta le preguntará a cada una de las participantes como prefieren realizar la práctica de estas técnicas, ya sea recostadas en las colchonetas o sentadas en los sillones reclinables. Les pedirá se incorporen en sus lugares para iniciar la instrucción.
- Se iniciará la instrucción paso a paso para realizar cuatro respiraciones profundas, enseguida las participantes seguirán la instrucción de una secuencia completa de Relajación muscular progresiva.
- Para continuar se realizará una secuencia más de relajación muscular progresiva alternándola con respiraciones profundas.
- Al finalizar, la terapeuta preguntará quien desea comentar como se sintió o exponer sus dudas que surgieron durante la práctica.
- Se aclarará que por sesión sólo algunas participantes darán su comentario ya que en una sesión el tiempo no lo permite, pero que todas tendrán oportunidad de hacerlo en las sesiones siguientes.
- Para entrar de lleno a la técnica que corresponde a esta sesión, la terapeuta dará una breve explicación al grupo de lo que es el entrenamiento en habilidades de Afrontamiento y para que se emplea. Así como el objetivo de la sesión, los materiales que se ocuparán y el tiempo que se empleará.

- Ahora la terapeuta pedirá a cada participante que inicie la elaboración de una lista de cualidades (Anexo16) en la cual reconocerá sus puntos fuertes y habilidades que posee.
- Se les proporcionará un tiempo de 15 minutos, para enseguida analizar las cualidades de cada participante, con la finalidad de reforzar su confianza y autoestima (15 min más).
- Antes de iniciar la segunda tarea a realizar, la terapeuta indicará a las participantes que deberán realizar en casa un registro similar al de mis cualidades, solo que esta ocasión pedirán a sus redes de apoyo participen para que el registro quede más completo
- Al concluir, se le indicará al grupo que ahora tendrán que identificar y enumerar en orden de importancia a sus redes de apoyo (Familiares, amigos, instituciones, pareja, hijos, etc.) (Anexo 17).
- En su registro deberán anotar a la persona (amigo, pareja, hijo, etc.) que más se ha involucrado en su proceso de recuperación de cada una de las participantes. Y que es lo que ha hecho para brindar ese apoyo.
- Al finalizar los 15 minutos brindados, se analizará cada uno de los registros, con el fin de hacer conciencia en el grupo, la importancia de las redes de apoyo y el darse cuenta que no están solas (15 min más).

Se cuestionará al grupo si existe duda alguna. Se hará el cierre de sesión. La terapeuta se despedirá de las participantes y les proporcionará los formatos de:

- Registro de mis Cualidades (Anexo 16).
- Registro de Redes de apoyo (Anexo 17).

## **Tareas para casa.**

- Reporte de Sesión 7 (Anexo 5).
- Practicar Respiraciones Profundas. Llenado de registro Respiraciones Profundas (Anexo 7).
- Practicar la Relajación Muscular Progresiva. Llenado de registro Relajación Muscular Progresiva (Anexo 8).
- Realizar un registro de mis Cualidades con ayuda de las Redes de apoyo (Anexo 16).

## SESION 8. *ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES.*

El entrenamiento autoinstruccional se trata de una técnica cognitiva de cambio de comportamiento en la que se modifican las autoverbalizaciones (verbalizaciones internas o pensamientos) que un sujeto realiza ante cualquier tarea o problema, sustituyéndolas por otras más útiles para llevar a cabo la tarea.

El objetivo de esta técnica es que el sujeto introduzca un cambio en sus autoverbalizaciones para que se modifique su comportamiento manifiesto, para que alcance una mejora en su nivel de habilidad en una tarea, aumente el nivel de autocontrol de su comportamiento o llegue a la solución de un problema.

Meichenbaum (citado en Caballo, 2008) menciona que las autoinstrucciones hacen referencia al lenguaje, a lo que uno se dice a sí mismo frente a las instrucciones que dan los demás. se refiere a las cogniciones en forma de lenguaje dejando aparte las imágenes.

### OBJETIVO GENERAL

- Que las participantes logren modificar su comportamiento, a través del lenguaje interno o autoinstrucciones, para llegar a mejorar su nivel de habilidades en diferentes aspectos de su vida.

### DURACIÓN

- 2 hrs

### MATERIAL

- Reporte de posibles recaídas (Anexo 18). Modelo de entrenamiento y lista de Autoafirmaciones (Anexo19).

### DESARROLLO DE LA SESIÓN.

- La terapeuta dará la bienvenida a la 8ª sesión, enseguida explicará al grupo que igual que en la Fase I, al principio de cada sesión, se iniciará con la revisión de tareas y el llenado de los registros. Así como les pedirá a las



participantes que expongan las dudas que les hayan surgido durante la realización de las tareas en casa.

- Para continuar se les recordará que se llevará un seguimiento de las técnicas que vayan viendo en el transcurso del taller, así como siempre realizarán Respiraciones profundas y Relajación muscular progresiva.
- Ahora la terapeuta dará la indicación para que las participantes tomen la posición en la que realizan la relajación muscular y que se alisten para iniciar.
- Se les indicará que deben realizar una secuencia completa de Relajación muscular alternando respiraciones profundas. Y que deberán seguir las instrucciones de la terapeuta lo mejor posible.

La terapeuta inicia la instrucción... al finalizar se le pedirá a todo el grupo que se reincorpore en sus sillas formando un círculo con las mismas. Se les pedirá lo hagan lo más rápido posible y de forma ordenada para dar inicio al ejercicio siguiente.

- Se dará un seguimiento de las habilidades de afrontamiento, por lo cual la terapeuta indicará a las participantes que tendrán que realizar un reporte de que harían ante una posible recaída, como actuarían, en quien se apoyarían, que pensarían (utilizando aspectos positivos) (Anexo 18).
- La terapeuta les hará saber que aunque es imposible saber las consecuencias que se pueden presentar, este ejercicio les hará prepararse y afrontar el suceso de mejor manera y con una noción de que eso podría ocurrir. Tiempo destinado 20 minutos.
- Al finalizar, las participantes compartirá sus narraciones y el grupo dará sus aportaciones

Para continuar con la técnica que confiere a esta sesión “Entrenamiento en AutoInstrucciones”, la terapeuta brindará a las participantes una breve explicación de lo que es el entrenamiento en Autoinstrucciones y cuál es su objetivo.

- La terapeuta les indicará que para llegar a tener verbalizaciones correctas tendrán que seguir el siguiente modelo de entrenamiento que contiene los siguientes pasos:
  1. Definir el problema (¿Qué tengo que hacer?).
  2. Guía de la respuesta (¿Cómo tengo que hacerlo?)
  3. Autorrefuerzo (“Lo que estoy haciendo bastante bien”).
  4. Autocorrección, en el caso de que no alcance el objetivo propuesto, afrontando el error. (“Esta bien, si cometo un error puedo continuar. Iré más despacio”).
- Bien, ahora la terapeuta, dará la instrucción al grupo para que de forma individual y usando los siguientes pasos, intenten dirigirse un lenguaje interno o AutoInstrucciones, en base a una situación que les este causando incomodidad, ansiedad o estrés.
- Se les proporcionará un tiempo de 25 minutos, trascurrido el tiempo, la terapeuta pedirá que cada una de las participantes de a conocer que AutoInstrucciones utilizo y ante qué situación.
- Después de haber comentado las Autoafirmaciones que cada participante empleo en determinadas situaciones. La terapeuta comentará: “Me he tomado la libertad de hacer una lista de Autoafirmaciones que podrán usar antes, durante y después de los acontecimientos estresantes”.
- Les propondrá revisar la lista y utilizarla si consideran que es necesario o podrán crear sus propias Autoafirmaciones.
- Se dará por finalizada la sesión, al no existir alguna duda por parte del grupo.

La terapeuta hará el cierre de sesión. Se despedirá cordialmente de las participantes y les proporcionará el formato de:

- Modelo de Entrenamiento y Lista de Autoafirmaciones (Anexo 19).

## **Tareas para casa.**

- Reporte de Sesión 8 (Anexo 5).
- Practicar Respiraciones Profunda. Llenado de registro Respiraciones Profundas (Anexo 7).
- Practicar la Relajación Muscular Progresiva. Llenado de registro Relajación Muscular Progresiva (Anexo 8).
- Registro de Situaciones Estresantes (modelo de entrenamiento) y Autoafirmaciones (Anexo 19).

## SESION 9. ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Cuando las estrategias de afrontamiento ordinarias fracasan aparece un sentimiento de indefensión que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones. El no encontrar soluciones a ese problema puede desembocar en dificultades psicológicas.

Solución es cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas

La solución de problemas se define como “el proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación de, bien el carácter problemático de la situación misma o bien de sus reacciones hacia ella” (Nezu, 1987., citado en Caballo, 2008).

D’Zurilla y Nezu (citados en Caballo, 2008) abordan la solución de problemas en un proceso de cinco componentes que deben interactuar, ya que cada uno aporta a la solución eficaz del problema.

1. Orientación hacia el problema
2. Definición y formulación del problema
3. Generación de alternativas
4. Toma de decisiones, y
5. Puesta en práctica de la solución y verificación.

### OBJETIVO GENERAL

- Que las participantes desarrollen una secuencia de solución de problemas, con la que puedan enfocar, analizar y reducir éstos.

### DURACIÓN

- 1 hr. 35 minutos

## MATERIAL

- Colchoneta, sillón reclinable, música. Lista de problemas personales, registro de definición y formulación de programa, registro tempestad de ideas, registro de evaluación de consecuencias, Registro de reporte de resultados

## DESARROLLO DE LA SESIÓN.

- Se le dará la bienvenida al grupo a la 9ª sesión, enseguida la terapeuta propondrá iniciar con la revisión de tareas y el llenado de los registros. Y pedirá a las participantes exponer sus dudas sobre la realización de las tareas en casa.
- La terapeuta indicará al grupo que se iniciarán los ejercicios de Respiración Profunda y se irán alternando con la Relajación muscular, se les explicará a las participantes que en esta ocasión se trabajará sólo con aquellas partes del cuerpo que la mayoría del grupo reportó en sus tareas ser más complicadas para relajar.
- Se da la instrucción para que las participantes adopten la posición en la que realizan los ejercicios y se continúa con las indicaciones... cada vez que se esté dando la indicación de relajar un musculo, la terapeuta alternará ejercicios de Respiración profunda.
- Bien, ahora se les recordará a las participantes que en la sesión pasada se realizo el entrenamiento en Autoinstrucciones, de la cual también realizaron un registro en casa.
- Para continuar, la terapeuta pedirá a las participantes que se junten por parejas, tendrán que comentar algún suceso de casa que les haya causado incomodidad, estrés o ansiedad. Ambas se apoyarán para realizar una pequeña lista de autoafirmaciones, de cada uno de los sucesos y puedan llegar a una posible solución al problema. Enseguida el ejercicio será compartido con el resto del grupo.

Ahora la terapeuta dará una breve introducción sobre la nueva técnica que se tratará a continuación: Entrenamiento en Solución de Problemas.

- Abordará principalmente su definición, cual es su objetivo y los cinco componentes que llevan a una eficaz solución de un problema. Se les hará explícito que al finalizar los ejercicios de solución de problemas, se les presentarán tareas para casa enfocadas a cada componente visto, que se verán más claras al ser entregados los registros de llenados.
- Y continuará dando las indicaciones al grupo para iniciar el primer ejercicio.
- La terapeuta explicará que el primer componente a trabajar es llamado “*Orientación hacia el problema*”. Y su objetivo es clarificar y comprender la naturaleza específica del problema.
- Bien, ahora la terapeuta, dará la indicación al grupo que de forma individual realizarán una lista de problemas personales (Anexo 20), los cuales estarán divididos en diversas áreas de la vida (salud, trabajo relaciones sociales, etc.). Se les explicará que al final de la lista habrá un apartado que dice otros, la cual podrán llenar de situaciones no concretas que no aparezcan en las diversas áreas.
- La terapeuta entregará el formato e indicará al grupo que tendrá 20 minutos para completar su lista de problemas personales.
- Al finalizar, se les indicará que su tarea para casa de este componente será llenar un registro donde deberá manifestar sentimientos o emociones como señales de que existe un problema (Anexo 21). Ejemplo: Sentimiento (me siento triste) Problema (siento el rechazo de mi familia).
- “Definición y formulación del problema” es el segundo componente de solución de problemas. Su objetivo es evaluar la naturaleza de la situación problema e identificar metas realistas.
- Para continuar, la terapeuta le explicará al grupo de participantes, que para llevar a cabo esta dinámica tendrán que realizar una breve investigación personal de sus problemas. Que se tendrán que apoyarse en las cinco clases de preguntas específicas (Quién, Qué, Dónde, Cuándo y Por qué), para aprender a formular su situación y llegar a su objetivo.

- La terapeuta les entregará un formato de Definición y formulación del problema (Anexo 22) el cual tendrán que llenar con las cinco preguntas específicas.
- Enseguida, la terapeuta les presentará un ejemplo:
- Quién (¿Quién está implicado en este problema?) Qué (¿Qué estoy sintiendo sobre este problema?) Dónde (¿Dónde ocurre el problema?) Cuándo (¿Cuándo empezó este problema?) Por qué (¿Por qué ocurrió este problema?)
- Se les preguntará a las participantes si tienen alguna duda. Y se les indica que inicien su ejercicio. El tiempo destinado para este ejercicio será de 15 minutos.
- Al concluir, la terapeuta les indicará cual será su siguiente tarea de casa. Se les explicará que tendrán que realizar un registro de objetivos centrados en la emoción (Anexo 23). El objetivo será tomar de la tarea anterior las emociones o sentimientos que registraron y colocarlos en la primera columna del registro.
- Para la segunda columna tendrán que establecer objetivos que traten de reducir o minimizar el malestar del problema.
- Y finalmente en la última columna, tendrán que reportar qué obstáculos existen para llegar a cumplir sus objetivos.
- Enseguida la terapeuta se adentrará al tercer componente “Generación de Alternativas” y explicará que en este componente lo importante es hacer que estén disponibles tantas soluciones alternativas al problema como se pueda.

Y que esta técnica se basa en cuatro normas básicas:

1. Se excluyen las críticas: Se escribe cualquier idea nueva o posible solución sin juzgar si es buena o mala.
2. Todo vale: Cuanto más disparatada y extraña sea una idea, mejor. Seguir esta norma puede ayudar a salirse de la rutina mental.
3. Lo mejor es la cantidad: Cuantas más ideas se produzcan, mayor es la probabilidad de tener alguna buena.
4. Lo importante es la combinación y la mejora: Es preciso repasar la lista para ver si se puede combinar o mejorar alguna idea. dos buenas ideas pueden juntarse para crear una (Davis y McKay, 1985).

- Ahora, la terapeuta les indicará que se trabajará con una estrategia llamada “tempestad de ideas” (Anexo 24). En la cual tendrán que utilizar la lista de problemas personales que realizaron en el primer ejercicio, de ahí tomarán 3 problemas de diferentes áreas que consideren sean los más difíciles de resolver y los convertirán a objetivos (A, B, C). Así que la terapeuta, dará las siguientes indicaciones: “Deberán llenar las 10 líneas del registro, si en el momento no alcanzan el llenado de todas, se les pedirá que como mínimo enumeren 5 estrategias alternativas para conseguir sus tres objetivos señalados.
- Se les hará la aclaración a las participantes, que este formato se lo podrán llevar a casa para concluir su llenado, si es que no lo terminaron. Se les brindará 20 min. para realizar el ejercicio.
- Para entrar al cuarto componente, la terapeuta pedirá la participación de una participante para que explique en qué consiste la “Toma de decisiones”.
- La Toma de decisiones: es la que genera una lista de resultados específicos anticipados de la solución, con efectos a corto y largo plazo, así como las consecuencias personales y sociales.
- La terapeuta deberá continuar y explicará que el siguiente ejercicio consiste en escoger las estrategias más prometedoras y evaluar las consecuencias de ponerlas en práctica.
- Así que se les pedirá a las participantes que del ejercicio anterior, revisen sus 10 alternativas y vayan desechando las ideas malas. Se les indicará que pueden combinar dos alternativas para crear solo una. El objetivo será terminar con solo tres alternativas prometedoras.
- Ahora, pasarán al llenado del registro “Evaluación de consecuencias” (Anexo 25). Deberán registrar sus tres alternativas o Estrategias, debajo de ellas registrarán las consecuencias positivas y negativas que se le ocurran.

Después, se puntuarán las consecuencias probables de este modo:

Consecuencia básica Personal = 2 puntos

Consecuencias básica Social = 1 punto



Consecuencia básica a Largo Plazo = 2 puntos

Consecuencia básica a Corto Plazo = 1 punto

- Al finalizar, cada participante sumará los puntos de cada estrategia para ver si las consecuencias positivas superan a las negativas. La estrategia que tenga mayor puntaje en consecuencias positivas, será la que la participante pondrá en práctica.
- El ejercicio se llevará a cabo en un tiempo aproximado de 30 minutos finalizado el ejercicio se hará una ronda breve de comentarios para continuar con el quinto y último componente.
- Por último se abordará el quinto y último componente llamado: “Puesta en práctica de la solución y verificación” la cual implica la aplicación de las opciones de solución escogidas.
- Aquí las participantes tendrán que analizar si lograron alcanzar los objetivos que se plantearon, si cada una está satisfecha con los resultados obtenidos. Si para alguna participante el resultado no es satisfactorio, tendrá que comentarlo con la terapeuta para volver a considerar las alternativas elegidas. Para finalizar tendrán que reportar sus resultado ya sean satisfactorios o no, dudas y sugerencias en un formato que les será entregado a cada participante (Anexo 26).
- Tiempo destinado para este ejercicio 10 minutos.
- Se dará por finalizada la sesión, al no existir alguna duda por parte del grupo.

La terapeuta hará el cierre de sesión. Se despedirá cordialmente de las participantes y les proporcionará los formatos de:

- Registro de emociones ante un problema.
- Registro de objetivos centrados en la emoción.

## **Tareas para casa.**

- Reporte de Sesión 9 (Anexo 5).
- Practicar Respiraciones Profunda. Llenado de registro Respiraciones Profundas (Anexo 7).
- Practicar la Relajación Muscular Progresiva. Llenado de registro Relajación Muscular Progresiva (Anexo 8).
- Realizar un registro de Emociones ante un problema (Anexo 21).
- Registro de objetivos centrados en la emoción (Anexo 23)

## SESIÓN 10. *ESCRITURA EMOCIONAL AUTORREFLEXIVA.*

### OBJETIVO GENERAL

- Que cada una de las participantes plasme sus emociones y sentimientos más profundos sobre el suceso de la violación sexual

### DURACIÓN

- 1 hora 50 minutos

### MATERIAL

- Formato Escritura Autorreflexiva, bolígrafo, un bote de basura

### DESARROLLO DE LA SESIÓN

- La terapeuta dará la bienvenida al grupo a la 10ª y última sesión de trabajo de la Fase II. Les hará saber a las participantes que ha concluido satisfactoriamente la segunda fase del taller, les proporcionará una felicitación y pedirá un aplauso para ellas mismas
- Enseguida se le propondrá al grupo iniciar la revisión de los últimos registros realizados en casa. Se le explicará a las participantes que al finalizar la sesión se harán los comentarios finales sobre esta segunda etapa, donde podrán exponer sus dudas, y hacer sugerencias que contribuyan al mejoramiento del Taller.
- Para continuar se le pedirá a las participantes que para esta última sesión intente realizar solas los ejercicios de Respiración Profunda alternando con la Relajación muscular, cada una trabajará los músculos que más se le dificulte relajar. Se les hará saber que si requieren la ayuda de la terapeuta está permanecerá atento para apoyarlas. Se les proporcionará 20 minutos para realizar el ejercicio.
- Al finalizar se les pedirá tomen nuevamente sus lugares para iniciar la dinámica que corresponde a esta última sesión.

La terapeuta dará las siguientes indicaciones:

- “En este momento, deberán escribir sobre la experiencia del ataque que vivieron, deberán mencionar aquellas cosas de las cuales nunca hayan hablado con nadie o lo hayan hecho superficialmente y en pocas ocasiones”.
- “Tendrán que escribir todas sus emociones y sentimientos más profundos sobre el ataque, podrán hacerlo con toda confianza, ya que el escrito se lo podrán llevar o simplemente desecharlo en el bote de basura que al final se les pasará” (Anexo 27).
- Al finalizar los 20 minutos asignados, la terapeuta preguntará a las participantes como se sintieron en una escala del 0 al 10, donde cero es muy mal o muy incómoda y 10 muy bien. Se le preguntará al grupo ¿quién desea guardar su escrito? y ¿quién quisiera desecharlo? Así, la terapeuta pasará con un bote de basura para que las participantes tiren su escrito
- Enseguida se les pedirá que vuelvan a escribir sobre el ataque, solo que ahora tendrán que agregar si han aprendido algo de esa situación dolorosa o traumática y si encontraron una o varias soluciones al problema.
- El tiempo destinado será de 15 minutos. Nuevamente la terapeuta cuestionará a las participantes de como se sintieron en una escala del 0 al 10, donde cero es muy mal o muy incómoda y 10 muy bien. Al finalizar pasará con el bote de basura para que las participantes que deseen desechar su escrito lo hagan, y quienes deseen guardarlo lo podrán hacer.
- Ahora se le pedirá a las participantes que escriban nuevamente el acontecimiento traumático, escribiendo únicamente en tercera persona.
- Pasando los 15 minutos asignados para el ejercicio, la terapeuta preguntará a cada participante como se sintió en la misma escala que han venido trabajando (0 al10) y quien desea conservar su escrito y quien lo desechará en el bote de basura.
- Por último se le pedirá a cada participante que redacten nuevamente el suceso, pero ahora tendrán que hacerlo despidiéndose de él.

- Emplearán 15 minutos y al finalizar, las participantes manifestarán como se sintieron nuevamente de 0 al 10 y tendrán que decidir si se quedan con el escrito o lo desechan.
- Para cerrar el ejercicio, la terapeuta pedirá a las participantes manifiesten como se sintieron durante todo el ejercicio.

Para finalizar la sesión, el grupo dará sus comentarios finales, así como su punto de vista sobre lo que le agrado y lo que no del taller. Se cerrará la sesión cuando la terapeuta pida nuevamente aplausos para cada una de las participantes por finalizar la fase II.

## **FASE III. SESION 11. BIENVENIDA**

### OBJETIVO GENERAL

- Se le dará la bienvenida al grupo, a la tercera y última fase del taller. El terapeuta se presentará como el encargado de llevar a cabo el taller de la fase III. Dará a conocer el contenido del programa, como se trabajarán las sesiones, su duración, y las reglas que deberán seguir.

### DURACION

- 30 Minutos

### MATERIAL

- Programa impreso sobre el taller en su Fase III.

### DESARROLLO DE LA SESIÓN.

- Al iniciar la sesión la terapeuta se presentará de manera formal ante el grupo, les dará la bienvenida a la fase III del Taller. Enseguida dará a conocer el contenido del programa, cuál será el seguimiento de las sesiones, los materiales y la duración de las mismas.
- Para continuar, pedirá a las participantes que coloquen sus sillas en forma de círculo para iniciar una breve dinámica.
- Ahora pedirá que la participante que está al inicio de su lado derecho, diga el nombre de la participante que se encuentra a su lado y le ponga un sobrenombre positivo, como obsequio por haber llegado hasta la Fase III. Así deberá continuar hasta llegar con la participante que inicio la dinámica
- Esta dinámica será con el fin de establecer cordialidad y apoyo entre las participante, ya que la mayoría de ellas se conocen por haber compartido la fase I y II del taller y pueden ser una red de apoyo terminando la fase III.

### **FASE III. SESION 11. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.**

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) se define como “una terapia dirigida a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida” o como “un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos, con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales” (Goldsmith y Curran, citado en Caballo, 2008).

Una conducta socialmente habilidosa implica tres componentes, una dimensión conductual (tipo de habilidad), una dimensión personal (variables cognitivas), y una dimensión situacional (el contexto ambiental).

Wolpe (1958, citado en Caballo, 2008) utilizó por primera vez el término “conducta asertiva” que luego llegaría a ser sinónimo de habilidad social.

Así, el término asertividad se define como la capacidad de autoafirmar los propios derechos sin dejarse manipular y sin manipular a los demás, es una habilidad que está ligada al respeto por uno mismo y por los demás, para mejorar las relaciones interpersonales (Davis y Mc Kay, 1985).

Existen tres estilos básicos en la conducta:

- **Estilo Agresivo:** Aquellas actitudes que signifiquen agredir a los demás sin tener para nada en cuenta sus sentimientos.
- **Estilo Pasivo:** cuando se permite que los demás la pisquen, cuando no defiende sus intereses y cuando hace todo lo que le dicen sin importar lo que piense o sienta al respecto.
- **Estilo Asertivo:** Cuando defiende sus propios intereses, expresa sus opiniones libremente y no permite que los demás se aprovechen de ella.

En la práctica de Entrenamiento de habilidades sociales, se consideran cuatro etapas que son las siguientes:

1. El desarrollo de un sistema de creencias que mantenga un gran respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás.
2. La distinción entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas.
3. La reestructuración cognitiva de la forma de pensar en situaciones concretas.
4. El ensayo conductual de respuestas asertivas en situaciones determinadas.

#### OBJETIVO GENERAL

- Que las participantes aprendan y adopten para su vida cotidiana habilidades sociales, las cuales le permitirán interactuar nuevamente con el mundo real, expresando sus opiniones y sentimientos.

#### DURACION

- 20 min Derechos humanos, 20 min Distinguir conductas, 40 min Escenas y ensayo conductual. Total= 1hr 20 minutos

#### MATERIAL

- Formato de Respiración profunda, Secuencia de Relajación muscular progresiva, hoja con los derechos humanos básicos, hoja informativa de estilos básicos de conducta y formato de descripción de escena

#### DESARROLLO DE LA SESIÓN

- Al comenzar la sesión, la terapeuta hará del conocimiento del grupo que al inicio de las dos sesión que corresponden a esta fase, se realizará nuevamente la técnica de Respiración profunda y la Relajación muscular progresiva, como lo han venido practicando desde la Fase I.



- Para esta Fase la terapeuta ya deberá saber en qué posición le gusta a cada participante realizar el ejercicio. Así que solo se les dará la instrucción de que se preparen para iniciar.
- Se le pedirá a las participantes que realicen una secuencia de relajación muscular progresiva alternándola con respiraciones profundas. Se les proporcionará un tiempo de 15 min.
- Al finalizar, se le preguntará a las participantes como se sintieron durante el ejercicio.
- Para entrar de lleno a la técnica que corresponde a esta sesión, la terapeuta dará una breve explicación al grupo de lo que es el entrenamiento en habilidades sociales y para que se emplea. Así como el objetivo de la sesión, los materiales que se ocuparán y el tiempo que se empleará en cada ejercicio.

*Derechos Humanos Básicos (ejercicio).*

- Enseguida la terapeuta hará entrega a cada participante de una hoja que contiene los derechos humanos básicos (Anexo 28) y le pedirá a una participante lea los primeros cuatro derechos que vienen en la hoja, y luego a una segunda participante los siguientes cuatro, se elegirán diferentes participantes hasta terminar la lista.
- A cada participante se le pedirá escoja un derecho de la lista que sea importante para ellas, pero que en lo cotidiano no se aplique a sus vidas, o que le sea difícil de aceptar.

Para continuar la terapeuta les dará las siguientes instrucciones:

- “En su lugar les pido cierren los ojos y se pongan en una posición lo más cómoda que puedan, ahora aspiren lo más profundo que puedan, y mantengan el aire el mayor tiempo posible, para después lentamente irlo sacando”
- “Ahora necesito que cada una se vaya imaginando que tienen el derecho que seleccionaron de la lista. Se imaginarán como cambia su vida al

aceptar ese derecho, cuál sería la forma en la que actuaría cada una de ustedes, como se sentirían con ustedes mismas y con otras personas”

- “Necesito que esa imagen la mantengan durante unos minutos más”.

Enseguida la terapeuta les dirá:

- “Ahora necesito que se imaginen que ya no tienen ese derecho, que imaginen como cambian sus vidas respecto a cómo era hace unos instantes. ¿Cómo actuarían ahora? y como se sienten consigo mismas y los demás.
- “Necesito que esa imagen la mantengan durante unos minutos más”.
- “Ahora pueden dejar de imaginarla, y les pido abran sus ojos lentamente y se reincorporen en su silla”.
- Al finalizar la narración la terapeuta le pedirá a cada participante formen tres grupos, y discutan los siguientes puntos: qué derecho seleccionaron, como actuaron y que sintieron cuando tenían y cuando no tenían el derecho y que les aporte el ejercicio.
- A cada grupo se le dará 20 minutos para la discusión, finalizado el tiempo, la terapeuta pedirá que por grupo una participante narre sus conclusiones de lo imaginado, ellas elegirán a la participante que mejor haya hecho su reporte.

*Distinción de Conductas Interpersonales: Asertivas, No asertivas, Agresivas.*

Enseguida la terapeuta propondrá el siguiente ejercicio donde las participantes tendrán que aprender la distinción entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva.

- La terapeuta dará una breve explicación de los tres estilos básicos de la conducta, así como los estilos de respuesta que los caracteriza. Y les proporcionará una hoja informativa de estos estilos de respuesta (Anexo 29).
- A continuación se le pedirá al grupo que centre muy bien su atención en los ejemplos que dará la terapeuta, ya que al finalizar cada ejemplo verbal las

participantes tendrán que distinguir que estilo de conducta interpersonal se dio.

- Tendrán que calificar la conducta de la persona A como: asertiva, no asertiva o agresiva.
- Ahora el terapeuta pedirá toda la atención para poder iniciar con los siguientes ejemplos:

### **Escena 1**

A: ¿Es eso que veo otra abolladura en el coche?

B: ¡Mira acabo de llegar a casa, he tenido un día horrible y no quiero volver a hablar más del asunto por hoy!

A: ¡A mí me importa hablar de ello y vamos a hacerlo ahora mismo!

B: ¡Ten un poco de consideración!

A: ¡Vamos a decidir ahora quién va a pagar los gastos del arreglo, cuándo y dónde!

B: ¡Ya me encargaré yo, pero ahora déjame sólo, por amor del cielo!

**La conducta de A es**  Agresiva  Pasiva  Asertiva

- Enseguida la terapeuta pedirá a las participantes que califiquen la escena uno y expliquen porque consideran que es la conducta que eligieron y si todo el grupo está de acuerdo. Continúa con la escena dos.

### **Escena 2**

A: Dejaste que me las arreglara solo en la fiesta... Me sentí completamente abandonado.

B: Fuiste el último mono de la fiesta.

A: No conocía a nadie; lo menos que podrías haber hecho es presentarme a tus amigos.

B: Oye, eres mayorcito y puedes cuidarte solo. Estoy cansado de que siempre tenga que cuidar de ti.

A: y yo estoy cansado de tu falta de consideración.

B: Está bien, la próxima vez me pegaré a ti como si fuera pegamento.

**La conducta de A es**  Agresiva  Pasiva  Asertiva

- Nuevamente la terapeuta pedirá califique la escena y el porqué de su respuesta. Así se continuará con las seis escenas ejemplificadas.

### **Escena 3**

A: ¿Podrías ayudarme con este fichero?

B: Estoy muy ocupado con este informe. Dímelo más tarde.

A: Bueno, realmente siento molestarte pero es importante.

B: Mira, tengo que acabarlo para las cuatro en punto.

A: Ya. Entiendo; ya sé que molesta mucho que te interrumpan.

**La conducta de A es**  Agresiva  Pasiva  Asertiva

### **Escena 4**

A: Esta mañana he recibido una carta de mamá. Quiere venir a pasar dos semanas con nosotros. Realmente me gustaría verla.

B: ¡Oh, no, tu madre no! Y justo pisándole los talones a tu hermana. ¿Cuándo vamos a tener un poco de tiempo para nosotros?

A: Bueno, yo quiero que venga pero entiendo que ya tengas ganas de estar sin familia política bajo faldas. A mí me gustaría tenerla un mes conmigo en lugar de dos semanas, pero creo que invitarla a que pase una semana será suficiente. ¿Qué dices a eso?

B: Que me das un gran alivio.

**La conducta de A es**  Agresiva  Pasiva  Asertiva

- La terapeuta cuestiona...

### **Escena 5**

A: ¡Vaya, hoy tienes un aspecto formidable!

B: ¿De quién te estás burlando? Tengo el pelo horrible y el vestido parece desgastado.

A: Tómalo como quieras.

B: Y me siento tan horrible como lo es mi aspecto.

A: Bien, ya tengo que marcharme.

**La conducta de A es**  Agresiva  Pasiva  Asertiva

### **Escena 6**

(En el transcurso de una fiesta, **A** está contando a sus amigos lo mucho que disfruta que su novio la lleve a buenos restaurantes y al teatro. Sus amigos la critican de estar un poco liberada).

A: No es así. Yo no gano tanto en mi puesto de secretaria como él de abogado. Yo no podría hacer que asistiéramos a los lugares tan bonitos a los que vamos, ni siquiera pagar mi parte en todos. Dada la realidad económica, algunas tradiciones realmente tienen razón de ser.

**La conducta de A es**  Agresiva  Pasiva  Asertiva

- Ahora que las participantes han podido calificar las conductas de la persona **A** en cada una de las escenas narradas por la terapeuta. Se les proporcionarán las respuestas correctas para aclarar dudas sobre estas conductas.

**Escena 1:** A es agresiva. La afirmación inicial de A, hostil, produce resentimiento y retracción

**Escena 2:** A es agresiva. El tono que utiliza es acusador y de reproche, con ello B se pone inmediatamente a la defensiva y no hay ganador posible.

**Escena 3:** A es pasiva. La línea de acción tímida de A produce un fracaso completo en su deseo con el problema que tenía con el fichero habrá de resolverlo sola.

**Escena 4:** A es asertiva. La petición es específica, no es hostil y está abierta a la negociación y por tanto al éxito.

**Escena 5:** A es pasiva. A permite que B le rechace el cumplido y se rinde ante su cometida de negativismo.

**Escena 6:** A es asertiva. Se defiende ante la opinión mayoritaria del grupo y muestra una explicación clara y en absoluto amenazante del porqué de su postura (Davis y McKay, 1985).

- Así, al finalizar los ejercicios las participantes sabrán distinguir conductas impersonales asertivas, no asertivas, agresivas. El éxito de este ejercicio servirá para la siguiente dinámica a seguir.

#### *Descripción de Escenas.*

- Para iniciar con la descripción de escenas la terapeuta dará esta breve explicación al grupo:

“Una parte importante del entrenamiento asertivo es aprender a describir las escenas problema (que es una representación de situaciones incómodas que afectan la comunicación con los demás)”.

- Ahora se les pedirá a las participantes que de forma individual hagan una descripción escrita de alguna escena que este muy clara en este momento y que sientan que les está causando alguna incomodidad o problema para continuar con su proceso de recuperación.
- La terapeuta indicará que para describir adecuadamente las escenas del problema será necesario que utilicen las siguientes preguntas:
  1. Quién es la persona implicada
  2. Cuándo tiene lugar la escena (momento y lugar)
  3. Qué es lo que le preocupa de la situación

4. Cómo la afronta
5. Qué teme que ocurra en caso de mostrar una conducta asertiva
- 6.Cuál es su objetivo
  - Se les pedirá a las participantes que además procuren ser explícitas y no utilizar generalizaciones. Ahora el terapeuta les proporcionará un ejemplo para eliminar toda duda que haya surgido.

Ejemplo.

Mi amiga Joan (quién), cuando nos encontramos después del trabajo para tomar una copa juntos (cuándo), generalmente no para de hablar de sus problemas en el matrimonio (qué). Todo lo que hago yo es estar sentado a su lado e intentar interesarme por el tema (cómo). Si la interrumpo, temo piense que no me preocupo (temor). Me gustaría poder cambiar el tema de la conversación y hablar a veces de mis cosas (objetivo).

- Para continuar se entregará a cada participante un formato para registrar la descripción de su escena (Anexo 30) y se les pedirá inicie cuanto antes, ya que el tiempo destinado para el ejercicio es de 15 minutos.
- Concluido el tiempo, se les pedirá paren de registrar y se propondrá que diferentes participantes comenten su escena. La terapeuta motivará al grupo pidiéndoles que expongan su escena para verificar errores y resolver dudas, ya que esta actividad será asignada como tarea para casa.
- Ahora la terapeuta pedirá a las participantes formen tres equipos con el mismo número de integrantes, ya que en la siguiente dinámica tendrán que realizar un ensayo conductual.
- Les explicará brevemente en qué consiste el procedimiento y cuál es su objetivo. Ya preparadas las participantes se les pedirá elijan una descripción de las escenas que acaban de realizar y traten de actuarla lo mejor posible utilizando los puntos de la descripción de escenas.
- Con esta dinámica se finalizará la sesión siete de ese día.

La terapeuta preguntará al grupo si existe alguna duda. Enseguida se hará el cierre de sesión. La terapeuta se despedirá cordialmente de la participante y le proporcionará los formatos de:

- Tareas para casa. Fase III (Anexo 2).
- Reporte de sesión 11 (Anexo 5).
- Formato de Respiración profunda (Anexo 4) y Secuencia de Relajación muscular progresiva (Anexo 6) **Nota.** *Solo se les proporcionarán a las participantes que no lo hayan conservado de la Fase I.*
- Hoja con los derechos humanos básicos (Anexo 28).
- Hoja informativa de estilos básicos de conducta (Anexo 29).
- Formato de Descripción de Escenas (Anexo 30).

#### **Tareas para casa.**

- Reporte de Sesión 11 (Anexo 5).
- Practicar Respiraciones Profunda. Llenado de registro Respiraciones Profundas (Anexo 7).
- Practicar la Relajación Muscular Progresiva. Llenado de registro Relajación Muscular Progresiva (Anexo 8).
- Realizar un registro de Descripción de Escenas (Anexo 30).



## SESIÓN 12. *METAS A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO.*

### OBJETIVO GENERAL

- Que las participantes aprendan a fijarse metas realistas y realizables que ayuden al pronto restablecimiento de la cotidianidad de las pacientes

### DURACIÓN

- 60 minutos

### MATERIAL

- Formato de descripción de escena, Formato de metas a corto, mediano y largo plazo.

### DESARROLLO DE LA SESIÓN.

- Al iniciar la sesión la terapeuta dará la bienvenida al grupo. Les hará saber que en esta 12<sup>a</sup> sesión, se revisará la última técnica, ya que se acerca el final del taller, y para la última sesión se realizará una retroalimentación de todas las técnicas practicadas.
- Enseguida las participantes recibirán la indicación para iniciar la última revisión de registros hechos en casa y comentar dudas si es que las tienen.
- Para continuar, la terapeuta le indicará al grupo que se prepare para comenzar con la secuencia de relajación muscular y respiración profunda, se les pedirá a las participantes sigan paso a paso las instrucciones para realizar adecuadamente el ejercicio y así eliminen aquellas dudas que tengan respecto a los ejercicios.
- Al concluir los 20 minutos asignados, se les pedirá a las participantes se reincorporen en las sillas que se encuentran dispuestas en el centro del espacio terapéutico para dar inicio a la siguiente dinámica.

- Ahora, la terapeuta le indicará a las participantes que tendrán que realizar un registro de descripción de escena, como lo hicieron en la sesión pasada.
- Se les hará entrega del formato para describir su escena (Anexo 30) y se les indicará que inicien la descripción de alguna escena que este muy clara en ese momento y que sientan que les está causando alguna incomodidad o problema, y que tendrán que utilizar las preguntas (quién, cuándo, qué, cómo, temor objetivo, etc.) para facilitar el ejercicio.
- Terminado los 15 min. del tiempo asignado, las participantes que deseen compartir su descripción de escenas lo podrán hacer frente al grupo, el resto dará sus comentarios.
- Para continuar con la técnica referente a la sesión, la terapeuta le explicará al grupo que ahora se abordará el tema de metas, a corto, mediano y largo plazo y algunas características de las mismas.
- Enseguida, se le dará la instrucción a las participantes para realizar una identificación de metas a corto (en este año) a mediano (2 años) y largo (5 años) plazo. Y tendrán que abordarlo en diferentes áreas de vida (familiar, económica, laboral, etc.) y además escribirán los recursos que emplearán para llegar a realizar sus metas (Anexo 31).
- Se les explicará que tendrán que escribir metas realistas que puedan ser cumplidas, sino lo son, podrán cambiarlas hasta encontrar metas que puedan realizar.
- El tiempo que se les proporcionará para este ejercicio será de 40 minutos. Al concluir las participantes comentarán su ejercicio con el resto del grupo para recibir aportaciones.
- Ya para terminar la sesión, la terapeuta indicará a las participantes que como última tarea para casa, tendrán que revisar, analizar y practicar las técnicas vistas de las sesiones anteriores, para poder realizar una adecuada retroalimentación en la última sesión y resolver cualquier duda.
- Enseguida se hará el cierre de sesión. La terapeuta se despedirá cordialmente de las participantes.

### **Tareas para casa.**

- Reporte de Sesión 12 (Anexo 5).
- Practicar, Analizar y revisar todas las técnicas vistas durante el taller.  
Anotar dudas y sugerencias que surjan de las mismas.

## SESIÓN 13. *RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE DEL TALLER.*

### OBJETIVO GENERAL

- Brindar una retroalimentación de las técnicas vistas durante el taller, con el fin de que las participantes recuerden como llevar a cabo cada técnica y las apliquen en su vida cotidiana. Así como realizar el cierre del taller.

### DURACIÓN

- 2hrs 30 min

### MATERIAL

- Formato de técnicas Fases I, II y III.

### DESARROLLO DE LA SESIÓN.

- La terapeuta dará la bienvenida al grupo a la 13<sup>a</sup> y última sesión del taller. Enseguida pedirá se brinden un aplauso por haber concluido el taller satisfactoriamente y felicitará a las participantes.
- Les indicará que en esta última sesión se abordarán las técnicas que no pudieron perfeccionar y de las cuales pueden tener dudas o sugerencias.
- Ahora, la terapeuta le pedirá a las participantes se preparen para iniciar los acostumbrados ejercicios de Relajación muscular progresiva que irán alternados con respiraciones profundas. Se realizarán 15 minutos de ejercicios.
- Para continuar, se le pedirá al grupo que se reincorpore en las sillas dispuestas alrededor del espacio terapéutico. Enseguida se le indicará a las participantes que comenten sus tareas que realizaron en casa, en las que tuvieron que revisar, analizar y practicar las diversas técnicas vistas.

- De cada técnica comentada por las participantes se ira haciendo una retroalimentación, se practicará un ejercicio y se irán resolviendo dudas referentes a las mismas.
- Si varias participantes coinciden en algunas técnicas, la terapeuta tendrá que poner mas énfasis en dichas técnicas para lograr disipar cualquier duda que pueda existir.
- Así, terapeuta y participantes revisarán durante 2 horas dudas y sugerencias de esas técnicas vistas durante el taller.
- Para finalizar, la terapeuta le indicará a las participantes que ahora tendrán que realizar un comentario de lo que más les agrado y lo que menos les gusto del taller y si creen les ayudo para el restablecimiento de su vida.
- Al concluir los comentarios. Se le pedirá nuevamente al grupo se brinden un aplauso y el terapeuta hará el cierre del taller y se despedirá cordialmente de las participantes.
- Se podrá sugerir un convivio con todas las participantes por haber finalizado las tres fases del taller.

## **CONCLUSIONES**

Sabemos que la violación sexual es un problema de salud, con consecuencias a corto y largo plazo, abarcando los ámbitos físico, psicológico y social.

Las víctimas presentan reacciones inmediatas al ataque, mostrando un estado de shock, de sensación de vacío, aislamiento social, pérdida importante de autoestima, así como desconfianza y desorganización total de su vida.

Enseguida aparece un periodo donde la víctima aparenta estar bien psicológicamente, aunque sigue existiendo un proceso de negación de haber sido atacada.

Finalmente aparece la fase de reconstrucción, en donde la víctima ha integrado el suceso y el trauma se resuelve adaptándolo a su estilo de vida, aunque se pueden presentar recaídas.

Ante la incapacidad de la mujer para manejar diversas situaciones debido al suceso de la violación sexual, es importante recibir un apoyo inmediato, como la intervención en crisis, un proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un período de desequilibrio, con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades y recursos de las personas afectadas directamente por la crisis (Parad y Parad; citado en Wainrib, 2001).

Donde el objetivo será brindar la primera ayuda emocional y de emergencia para amortiguar el ataque y sobre todo fortalecer a la víctima en sus intentos de afrontamiento e integración, a través del acompañamiento terapéutico y la orientación durante el taller vivencial.

Debido a que el suceso de la violación sexual requiere una pronta intervención, se propone un programa de intervención bajo el modelo Cognitivo-Conductual que se considera incuestionable en el tratamiento del estrés postraumático, consecuencia de la violación sexual.

Las principales ventajas del Modelo Cognitivo-Conductual son:

- Se considera una terapia de corta duración
- El rol de la víctima es activo y del profesional también.
- Está basado en la teoría del aprendizaje, por lo que se presenta un proceso guiado o educativo.
- Esta centrado en el problema y no se tendrá que recurrir a etapas de anteriores de la vida.
- Se proyecta hacia conductas observables y,
- Utiliza estrategias de fácil aprendizaje y aplicación simple.

Se proponen estrategias de intervención para las tres fases de crisis del suceso de violación. 1. Fase de Impacto o shock emocional, 2. Fase de reorganización o recuperación y 3. Fase de Readaptación o Ajuste. Y en cada una de estas se implementaron las técnicas cognitivo-conductuales que se consideraron adecuadas para la pronta resolución de trauma de violación sexual (Soria y Hernández, 1994).

Las ventajas de la propuesta es que tiende a ser flexible, ya que las participantes pueden acceder al taller desde la fase I que será individual para que la participante pueda disminuir sus niveles de ansiedad y sepa que esa fase esta especialmente diseñada para cada una de ellas y así continuar con la fase II y finalizar con una fase III de tipo grupal ambas o iniciar en la fase en la que se trabaja la etapa de crisis que está viviendo la participante. Una segunda ventaja es que el grupo de participantes se vuelve un grupo de Autoayuda para apoyarse ya finalizado el taller. Además de que éste será impartido por especialistas mujeres con habilidades y conocimientos especiales en el tema de la violación sexual.

Finalmente las técnicas Cognitivo-Conductuales aprendidas durante el taller podrán ser implementadas en la vida cotidiana por su fácil aplicación y serán de gran utilidad para una posible recaída o para la solución de problemas futuros.

---

## REFERENCIAS.

- Álvarez, A. (1993). **Violación sexual, una aproximación cognoscitiva: redes semánticas**. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Aparicio, Á y Toñi, M. (2007). **Después del silencio: cómo sobrevivir a una agresión sexual**. Barcelona: Paidós.
- Ayala, M. (2004). **Violencia sexual dirigida a mujeres: actitudes que presentan estudiantes del género masculino de tres facultades**. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Aznar, M., Wangüemert, C., Quevedo, R y Abella, M. (2002). **Psicología del género: implicaciones en la vida cotidiana**. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Azuara, G. (2004). Seminario Internacional: La Aplicación de los Instrumentos y Recomendaciones Internacionales en Materia de Derechos Humanos de las Mujeres. **Secretaría de Relaciones Exteriores** (pp.15-34). México: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).
- Burgess, A. (1985). **Rape and sexual**. cap. 3 (pp 35-45). New york: assault garland publishing Inc.
- Bellak, L. (1983). **Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia**. México: El manual Moderno (2ª ed., 2000).
- Caballo V. (1991). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. España: Siglo XXI editores (5ª reimp., 2008).
- Canales, J. (1999). **Propuesta de Intervención en Crisis a familiares de pacientes terminales por medio de la terapia Gestal**. Estudio Exploratorio. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Cortes, J., Espiridion, J. (1997). **Una propuesta de Intervención en Crisis Hospitalaria**. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Davis, M., Eshelman E., McKay, M. (2005). **Técnicas de Autocontrol Emocional**. España: Martínez roca.
- Funk, R. (s.f). **Stopping rape**.
- González, R. (1998). **“Análisis de un caso de violación sexual a la luz del marco teórico del Síndrome de Estocolmo”**. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Psiquiatría No. 1., Vol. 17
-



- 
- González, R. (2001). **Asalto sexual por la pareja íntima**. Trabajo presentado en el congreso de la FEMESS.
- González, R. (1996). (en prensa). **Esbozo del tratamiento psicológico en agresión Sexual**. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Groth & Birnbaum. (1980). The rapist motivations for sexual violence. **En Mc combie. Sh. The Rape Crisis intervention. Handbook**. Cap. 2. New York: Plenum Press.
- Guerrero, M. (2008). **Entrenamiento en habilidades de afrontamiento a los síntomas depresivos (taller)**. Informe Profesional de Servicio Social inédito. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Kolodny, Masters y Johnson. (1983). **Tratado de medicina sexual**. (pp. 330-334). España: Salvat.
- Lagarde, M. (1990). **Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas**. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lazarus, S. y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos**. Mexico: Martinez Roca.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV TR**. (2002). APA. Barcelona: Masson.
- Mc Gregor, K., Thomas, D. y Read, J. (2006). Therapy for Child Sexual Abuse: Women Talk About Helpful and Unhelpful Therapy Experiences. **Journal of Child Sexual Abuse**. (pp. 35-59). The Harworth Press, Inc.
- Medina, E., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J y Fleiz, C; (2005) Prevalence of violent events and post-traumatic stress disorder in the Mexican population. **Salud Pública Mexicana**. Vol.47(1)
- Mendoza, A. (2006). **Psiquiatría para criminólogos y criminología para Psiquiatras**. México: Trillas. (1ª. Ed., 2007).
- Nezu, A., Nezu, C y Lombardo E. (2006). **Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales**. México: El manual Moderno
- Ojeda, A., Pérez, L. (2006). **Expresión erótica en un grupo de mujeres Universitarias y su relación con el estereotipo de género**. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Olvera, M. (1987). **La violación una expresión de poder con consecuencias biopsicosociales**. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
-

- 
- Ramos, L., Saltijeral, M., Romero, M., Caballero, M., y Martínez, N. (2001). Sexual violence and related problems in women attending a healthcare center. **Salud Pública de México**. Vol. 43 (3)
- Rodríguez, V. (1997). Historia de la violación. Su regulación jurídica hasta fines de la Edad Media. Madrid: **Comunidad de Madrid**.
- Romero, M. (2006). **Terapia breve cognitivo conductual del estrés postraumático en víctimas de violación**. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Slaikeu, K. (1940) **Intervención en crisis: manual para práctica e investigación**. México: Manual Moderno. (reimp., 1996).
- Soria, M., y Hernández, J. (1994). **El agresor sexual y la víctima**. Barcelona: Boixerau Universitaria: Marcombo.
- Tzompantzi, C. (2007). **Opinión de los hombres con respecto del fenómeno del fenómeno de la violación sexual a las mujeres**. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Velázquez, S. (2003). **Violencias cotidianas, violencia de género: escuchar, comprender, ayudar**. Buenos Aires: Paidós.
- Wainrib, B., y Bloch, E. (2000). **Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica**. España: Desclée de Brouwer.
-

**ANEXOS**

## Anexo 2

### TAREAS

SESION 1	
1. Reporte de Sesión (Anexo 5)	2. Respiraciones Profundas 8 respiraciones. 2 veces al día. Llenado de registro (Anexo 7)

SESION 2	
1. Reporte de Sesión (Anexo 5)	2. Respiraciones Profundas practicar 8 respiraciones (Anexo 4). Llenado de registro de Respiración Profunda (Anexo 7)
3. Practicar la Relajación Muscular Progresiva (Anexo 6). Llenado de registro de Relajación Muscular Progresiva (Anexo 8)	

SESION 3	
1. Reporte de Sesión (Anexo 5)	2. Respiraciones Profundas practicar 8 respiraciones (Anexo 4). Llenado de registro Respiraciones Profundas (Anexo 7)
3. Practicar la Relajación Muscular Progresiva (Anexo 6). Llenado de registro Relajación Muscular Progresiva (Anexo 8)	4. Practicar la Desensibilización Sistemática. Llenado de registro (Anexo 10)

SESION 4	
1. Reporte de Sesión (Anexo 5)	2. Respiraciones Profundas practicar 8 respiraciones (Anexo 4). Llenado de registro Respiraciones Profundas (Anexo 7)
3. Practicar la Relajación Muscular Progresiva (Anexo 6). Llenado de registro Relajación Muscular Progresiva (Anexo 8)	4. Practicar la Desensibilización Sistemática. Llenado de registro (Anexo 10)
5. Registro de Detención de Pensamientos Automáticos (Anexo 12).	

<b>SESION 5</b>	
1. Reporte de Sesión (Anexo 5)	2. Practicar Respiraciones Profundas (Anexo 4). Llenado de registro Respiraciones Profundas (Anexo 7)
3. Practicar la Relajación Muscular Progresiva (Anexo 6). Llenado de registro Relajación Muscular Progresiva (Anexo 8)	4. Registro de Detención de Pensamientos Automáticos (Anexo 12).
5. Autoregistro (Anexo 13)	

<b>SESION 7</b>	
1. Reporte de Sesión (Anexo 5).	2. Practicar Respiraciones Profundas. Llenado de registro Respiraciones Profundas (Anexo 7)
3. Practicar la Relajación Muscular Progresiva. Llenado de registro Relajación Muscular Progresiva (Anexo 8).	4. Realizar un registro de mis Cualidades con ayuda de las Redes de apoyo (Anexo 16).

<b>SESION 8</b>	
1. Reporte de Sesión (Anexo 5).	2. Practicar Respiraciones Profunda. Llenado de registro Respiraciones Profundas (Anexo 7)
3. Practicar la Relajación Muscular Progresiva. Llenado de registro Relajación Muscular Progresiva (Anexo 8).	4. Registro de Situaciones Estresantes (modelo de entrenamiento) y Autoafirmaciones (Anexo 19).

<b>SESION 9</b>	
1. Reporte de Sesión (Anexo 5).	2. Practicar Respiraciones Profunda. Llenado de registro Respiraciones Profundas (Anexo 7)
3. Practicar la Relajación Muscular Progresiva. Llenado de registro Relajación Muscular Progresiva (Anexo 8)	4. Realizar un registro de Emociones ante un problema (Anexo 21).
5. Registro de objetivos centrados en la emoción (Anexo 23)	

<b>SESION 11</b>	
1. Reporte de Sesión (Anexo 5).	2. Practicar Respiraciones Profunda. Llenado de registro Respiraciones Profundas (Anexo 7)
3. Practicar la Relajación Muscular Progresiva. Llenado de registro Relajación Muscular Progresiva (Anexo 8).	4. Realizar un registro de Descripción de Escenas (Anexo 30).

**SESION 12**

1. Reporte de Sesión (Anexo 5).

2. Practicar, Analizar y revisar todas las técnicas vistas durante el taller. Anotar dudas y sugerencias que surjan de las mismas



## Anexo 4

### EJERCICIOS DE RESPIRACION

#### INSTRUCCIONES

1. "Recostada boca arriba a todo lo largo de tu cuerpo, pon la cabeza alineada con tu cuerpo, las piernas deben estar juntas con los talones casi tocándose, tus brazos quedan sueltos a lo largo del cuerpo y cerca de él".
2. "Coloca tu mano derecha sobre tu abdomen y la otra sobre el tórax"
3. "Toma aire, lenta y profundamente, por la nariz y hazlo llegar hasta el abdomen levantando la mano que había colocado sobre él. El tórax se moverá sólo un poco y a la vez que el abdomen, sostén el aire por 5 segundos. ahora suelta, lenta y gradualmente ese aire y nota como tu abdomen se contrae, y se hunde". Se repetirá 2 veces más
4. "Bien, ahora inhalaras aire sólo por la nariz, lentamente, permitiendo que los músculos abdominales se expandan, sigues inhalando y ahora son las costillas las que se extienden, sostén el aire (5 segundos). Bien, ahora suelta el aire lenta y gradualmente. Se repetirá 2 veces más.
5. "Coloca tu mano izquierda en el pecho y la derecha continua en el abdomen, para que notes los tres movimientos de la caja torácica durante la inhalación del aire"
6. "Ahora volverás a inhalar aire sólo por la nariz, lentamente, permitiendo que los músculos abdominales se extiendan, sigues inhalando y ahora son las costillas las que se extienden, seguimos inhalando y ahora es el pecho el que se extiende, como si se abriera. Reten el aire (5 segundos). Bien, ahora suelta el aire lenta y gradualmente. Se repetirá 2 veces más".
7. Practicarás ahora la retención de aire. "Inhalamos por la nariz hasta que se llene el abdomen, continuamos jalando aire y ahora las costillas son las que se extienden, el aire sigue entrando y se extiende el pecho. Retén el aire (inténtalo por 10 segundos) y suelta a la cuenta de 10. Se repite 2 ocasiones más".
8. "Ahora practicarás el soltar el aire en el siguiente orden: pecho, costillas, abdomen. Inhalamos y se llena el abdomen, costillas y pecho. Retienes el aire (10 segundos). Ahora suelta el aire lenta y deliberadamente vaciando primero la parte superior o pecho, la parte media o costillas y por último la parte inferior o abdomen y éste se contrae, repite en 2 ocasiones más".
9. "Ahora practicarás lo aprendido, realizarás 8 respiraciones profundas. "Primera respiración: abdomen, costillas y pecho. Retienes el aire 10 segundos. Suelta el aire primero del pecho, las costillas y al final el abdomen. Recuerda que es lento".



Anexo 5

<b>REPORTE DE SESION</b>
--------------------------

<b>QUE APRENDI EN SESION</b>	<b>QUE ME AGRADO DE ESTA SESIÓN</b>	<b>QUE NO ME AGRADO DE ESTA SESIÓN</b>

NOMBRE: \_\_\_\_\_

N° DE SESION: \_\_\_\_\_

## Anexo 6

### RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA

GRUPO DE MUSCULOS	EJERCICIOS
MANOS	Se tensan y relajan los puños. Primero uno, luego el otro, y más tarde los dos a la vez.
ANTEBRAZO	Uno cada vez, las manos cogen el el brazo del sillón y aprietan.
BICEPS Y TRICEPS	Ambos grupos de músculos se tensan y se relajan en la misma secuencia que las manos. Los bíceps se tensan doblando el brazo y tensándolo. Los tríceps se pueden tensar extendiendo el brazo y empujando hacia abajo, sobre el brazo del sillón, con la parte posterior del antebrazo.
HOMBROS	Los hombros se pueden tensar empujándolos hacia adelante y hacia atrás.
CUELLO	Primero, se inclina la cabeza hacia adelante hasta que la barbilla toca el pecho. En un segundo paso, se echa la cabeza hacia atrás y luego hacia la izquierda y hacia la derecha.
BOCA	Se debería abrir la boca tanto como fuera posible. Luego los labios se aprietan fuertemente.
LENGUA	La lengua se aprieta contra el techo de la boca tanto como sea posible. Luego, se aprieta contra el suelo de la boca. Más tarde, se saca fuera de la boca tanto como sea posible.
OJOS	Primero se abren los ojos tanto como sea posible. Luego se cierran apretándolos fuertemente. Más tarde, con los ojos cerrados, se alzan los ojos, se alzan las cejas; esto elevara la tensión de la frente.
ESPALDA	Teniendo la espalda contra la silla, empuja los hombros hacia adelante. Luego, empuja los hombros hacia atrás y la parte baja de la espalda hacia adelante.
ABDOMEN	Empuja hacia adelante los músculos abdominales.
NALGAS	Tensa los músculos de las nalgas empujándolos hacia adelante junto con las caderas.
MUSLOS	Extiende las piernas, levanta 5 cm. y estíralas hacia afuera tanto como sea posible
PANTORRILLAS	Extiende las piernas hacia afuera con los dedos de los pies apuntando recto
DEDOS DE LOS PIES	Primero, los dedos de los pies se curvan hacia abajo y se aprietan contra la parte inferior del zapato y, en segundo lugar, se aprietan contra la parte superior del zapato

**Anexo 7**

**REGISTRO DE RESPIRACION PROFUNDA**

<b>N° DE SESION</b>	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIERCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>	<b>SABADO</b>	<b>DOMINGO</b>
1							
OBSERVACIONES							
2							
OBSERVACIONES							
3							
OBSERVACIONES							
4							
OBSERVACIONES							
5							
OBSERVACIONES							
6							
OBSERVACIONES							
7							
OBSERVACIONES							
8							
OBSERVACIONES							
9							
OBSERVACIONES							
10							
OBSERVACIONES							
11							
OBSERVACIONES							
12							
OBSERVACIONES							
13							
OBSERVACIONES							

## Anexo 8

### REGISTRO DE RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA

N° DE SESION	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1							
OBSERVACIONES							
2							
OBSERVACIONES							
3							
OBSERVACIONES							
4							
OBSERVACIONES							
5							
OBSERVACIONES							
6							
OBSERVACIONES							
7							
OBSERVACIONES							
8							
OBSERVACIONES							
9							
OBSERVACIONES							
10							
OBSERVACIONES							
11							
OBSERVACIONES							
12							
OBSERVACIONES							
13							
OBSERVACIONES							

Anexo 9

**ESCALA DE UNIDADES SUBJETIVAS DE ANSIEDAD**

<b>ITEMS</b>	<b>JERARQUIAS</b>	<b>%</b>
<b>1</b>		<b>10</b>
<b>2</b>		<b>20</b>
<b>3</b>		<b>30</b>
<b>4</b>		<b>40</b>
<b>5</b>		<b>50</b>
<b>6</b>		<b>60</b>
<b>7</b>		<b>70</b>
<b>8</b>		<b>80</b>
<b>9</b>		<b>90</b>
<b>10</b>		<b>100</b>

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Nº DE SESION: \_\_\_\_\_

**Anexo 10**

<b>REGISTRO DE DESENSIBILIZACION SISTEMATICA</b>
--

En esta tarea intentarás recordar algunos de los ítems de la escala de ansiedad los cuales fueron narrados por el terapeuta. Deberás practicar la técnica de desensibilización sistemática y anotar tus comentarios, dudas y observaciones.

<b>ANOTACIONES</b>

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Nº DE SESION: \_\_\_\_\_

Anexo 11

<b>REGISTRO DE DETENCION DE PENSAMIENTOS</b>
--

FECHA: \_\_\_\_\_

<b>PENSAMIENTO O IMÁGENES</b>	<b>SENTIMIENTO MANIFESTADO</b>

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Nº DE SESION: \_\_\_\_\_

Anexo 12

DETENCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

SITUACIÓN	PENSAMIENTOS O IMAGENES	RECURSO PARA DETENCIÓN DE PENSAMIENTO

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Nº DE SESION: \_\_\_\_\_



Anexo 13

**AUTOREGISTRO**

<b>SITUACIÓN</b> ¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?	<b>EMOCIONES</b>	<b>INTENSIDAD DE LA EMOCION (0-100)</b>	<b>OCASIONES EN LAS QUE SE PRESENTA AL DIA O SEMANA</b>

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Nº DE SESION: \_\_\_\_\_

Anexo 14

**REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE OBJETIVOS**

OBJETIVO:

---

---

---

SUBOBJETIVOS:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:

---

---

---

---

---

---

---

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Nº DE SESION: \_\_\_\_\_

Anexo 15

ROMPIENDO EL HIELO

BIOGRAFIA:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

DESCRIBIENDO A MI COMPAÑERA (5 ADJETIVOS):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

HABILIDADES DE MI COMPAÑERA (3 PUNTOS FUERTES)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Nº DE SESION: \_\_\_\_\_

Anexo 16

**DINAMICA DE MIS CUALIDADES**

CUALIDADES
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

N° DE SESION: \_\_\_\_\_

Anexo 17

REDES DE APOYO

	(FAMILIARES, AMIGOS, PAREJA, HIJOS, ETC...)	APOYO BRINDADO
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Nº DE SESION: \_\_\_\_\_



## Anexo19

### MODELO DE ENTRENAMIENTO

PREGUNTA	DESCRIPCION DE ESCENA
DEFINICION DEL PROBLEMA ¿Qué tengo que hacer?	
GUIA DE LA RESPUESTA ¿Cómo lo tengo que hacer	
AUTORREFUERZO Lo estoy haciendo bien o muy bien	
AUTOCORRECCION Afrontamiento de errores	

### LISTA DE AUTOAFIRMACIONES

1. Esta podría ser una situación difícil
2. Puedo idear un plan para abordar esto
3. Tal vez solo estoy ansioso de enfrentarme a la situación
4. Un paso cada vez
5. Este estrés es lo que la terapeuta dijo que podría sentir
6. Es un recordatorio para usar mis ejercicios..
7. Relájate, tengo control. Respira lento y hondo. Ah, muy bien
8. Mientras mantenga la serenidad tendré el control de la situación
9. Puedo sentarme y tomármelo con calma
10. Aceptar los sentimientos y esperar a que disminuyan
11. Es el momento de respirar lenta y profundamente

**Anexo 20**

<b>PROBLEMAS PERSONALES</b>
-----------------------------

<b>SALUD</b>
--------------

- |    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

<b>ECONOMIA</b>
-----------------

- |    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

<b>TRABAJO</b>
----------------

- |    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

<b>VIVENDA</b>
----------------

- |    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

<b>RELACIONES SOCIALES</b>
----------------------------

- |    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |



**OCIO**

- |    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

**FAMILIA**

- |    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

**PSICOLOGICO**

- |    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

**OTROS**

- |    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

NOMBRE: \_\_\_\_\_

N° DE SESION: \_\_\_\_\_

Anexo 21

<b>REGISTRO DE EMOCIONES</b>
------------------------------

<b>EMOCION O SENTIMIENTO</b>	<b>PROBLEMA</b>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Nº DE SESION: \_\_\_\_\_

Anexo 22

**DEFINICION Y FOMULACION DEL PROBLEMA**

<b>PREGUNTAS ESPECIFICAS</b>	<b>FORMULACION DEL PROBLEMA</b>
¿QUIEN?	
¿QUE?	
¿DONDE?	
¿CUANDO?	
¿POR QUE?	

NOMBRE: \_\_\_\_\_

N° DE SESION: \_\_\_\_\_

Anexo 23

**OBJETIVOS CENTRADOS EN LA EMOCION**

<b>EMOCION O SENTIMIENTO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>OBSTACULOS</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

NOMBRE: \_\_\_\_\_

N° DE SESION: \_\_\_\_\_

<b>TEMPESTAD DE IDEAS</b>
---------------------------

<b>OBJETIVO "A"</b>
---------------------

- |    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

<b>OBJETIVO "B"</b>
---------------------

- |    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

<b>OBJETIVO "C"</b>
---------------------

- |    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

NOMBRE: \_\_\_\_\_

N° DE SESION: \_\_\_\_\_

<b>EVALUACION DE CONSECUENCIAS</b>
------------------------------------

**ESTRATEGIA:**

CONSECUENCIAS POSITIVAS	PUNTUACION
TOTAL	

CONSECUENCIAS NEGATIVAS	PUNTUACION
TOTAL	

**ESTRATEGIA:**

CONSECUENCIAS POSITIVAS	PUNTUACION
TOTAL	

CONSECUENCIAS NEGATIVAS	PUNTUACION
TOTAL	

**ESTRATEGIA:**

CONSECUENCIAS POSITIVAS	PUNTUACION
<b>TOTAL</b>	

CONSECUENCIAS NEGATIVAS	PUNTUACION
<b>TOTAL</b>	

Consecuencia básica Personal = 2 puntos  
Consecuencias básica Social = 1 punto  
Consecuencia básica a Largo Plazo = 2 puntos  
Consecuencia básica a Corto Plazo = 1 punto

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Nº DE SESION: \_\_\_\_\_







<b>DERECHOS HUMANOS BASICOS</b>
---------------------------------

<b>DERECHOS HUMANOS BASICOS</b>
1. El derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva, incluso si la otra persona se siente herida, mientras no violes los derechos humanos básicos de los demás
2. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad
3. El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta
4. El derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos
5. El derecho a detenerte y pensar antes de actuar
6. El derecho a cambiar de opinión
7. El derecho a pedir lo que quieres (dándose cuenta de que la otra persona tiene el derecho a decir que no)
8. El derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer
9. El derecho a ser independiente
10. El derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad
11. El derecho a pedir información
12. El derecho a cometer errores y ser responsable de ellos
13. El derecho a sentirse a gusto contigo mismo
14. El derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades tan de pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y decidir si satisfacemos las necesidades de los demás
15. El derecho a tener opiniones y expresarlas
16. El derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses, siempre que no violes los derechos de los demás
17. El derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos limite en que los derechos no están del todo claros
18. El derecho a obtener aquello por lo que pagas
19. El derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa
20. El derecho a tener derechos y defenderlos
21. El derecho a ser escuchado y a ser tomado en serio
22. El derecho a estar solo cuando así lo escojas
23. El derecho a hacer cualquier cosa mientras que no violas los derechos de alguna otra persona

## Anexo 29

### ESTILOS BASICOS DE CONDUCTA INTERPERSONAL

- **Estilo Agresivo:** Aquellas actitudes que signifiquen agredir a los demás sin tener para nada en cuenta sus sentimientos.
- **Estilo Pasivo:** cuando se permite que los demás la pisen, cuando no defiende sus intereses y cuando hace todo lo que le dicen sin importar lo que piense o sienta al respecto.
- **Estilo Asertivo:** Cuando defiende sus propios intereses, expresa sus opiniones libremente y no permite que los demás se aprovechen de ella.

<b>NO ASERTIVO</b>	<b>ASERTIVO</b>	<b>AGRESIVO</b>
<b>CONDUCTA NO VERBAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ojos que miran hacia abajo</li> <li>• Voz baja</li> <li>• Vacilaciones</li> <li>• Gestos desvalidados</li> <li>• Negando importancia a la situación</li> <li>• Postura hundida</li> <li>• Puede evitar totalmente la situación</li> <li>• Se retuerce las manos</li> <li>• Tono vacilante o de queja</li> <li>• Risitas falsas</li> </ul>	<b>CONDUCTA NO VERBAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto ocular directo</li> <li>• Nivel de voz conversacional</li> <li>• Habla fluida</li> <li>• Gestos firmes</li> <li>• Postura erecta</li> <li>• Mensajes en primera persona</li> <li>• Honesta</li> <li>• Verbalizaciones positivas</li> <li>• Respuestas directas a la situación</li> <li>• Manos sueltas</li> </ul>	<b>CONDUCTA NO VERBAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mirada fija</li> <li>• Voz alta</li> <li>• Habla fluida y rápida</li> <li>• Enfrentamiento</li> <li>• Gestos de amenaza</li> <li>• Postura intimidatoria</li> <li>• Deshonesta</li> <li>• Mensajes impersonales</li> </ul>
<b>CONDUCTA VERBAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quizás</li> <li>• Supongo</li> <li>• Me pregunto si podríamos</li> <li>• Te importaría mucho</li> <li>• Solamente</li> <li>• No crees que</li> <li>• Bueno</li> <li>• Realmente no es importante</li> </ul>	<b>CONDUCTA VERBAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pienso</li> <li>• Siento</li> <li>• Quiero</li> <li>• Hagamos</li> <li>• Como podemos resolver esto</li> <li>• Que piensas</li> <li>• Qué te parece</li> </ul>	<b>CONDUCTA VERBAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Harías mejor en</li> <li>• Haz</li> <li>• Ten cuidado</li> <li>• Debes estar bromeando</li> <li>• Si no lo haces</li> <li>• No sabes</li> <li>• Deberías</li> <li>• Mal</li> </ul>

Anexo 30

<b>REGISTRO DE DESCRIPCION DE ESCENA</b>
--

<b>PREGUNTA</b>	<b>DESCRIPCION DE ESCENA</b>
¿QUIEN ES?	
¿CUANDO?	
¿QUE ES?	
¿COMO	
¿TEMOR?	
¿CUAL ES EL OBJETIVO?	

<b>PREGUNTA</b>	<b>DESCRIPCION DE ESCENA</b>
¿QUIEN ES?	
¿CUANDO?	
¿QUE ES?	
¿COMO	
¿TEMOR?	
¿CUAL ES EL OBJETIVO?	

NOMBRE: \_\_\_\_\_

N° DE SESION: \_\_\_\_\_

<b>IDENTIFICACION DE METAS</b>
--------------------------------

<b>METAS A CORTO PLAZO ( EN ESTE AÑO)</b>
---

AREA DE VIDA	META	RECURSOS
1.		
2.		
3.		

<b>METAS A MEDIANO PLAZO ( 2 AÑOS)</b>
--

AREA DE VIDA	META	RECURSOS
1.		
2.		
3.		

<b>METAS A LARGO PLAZO ( 5 AÑOS)</b>
--------------------------------------

AREA DE VIDA	META	RECURSOS
1.		
2.		
3.		

NOMBRE: \_\_\_\_\_

N° DE SESION: \_\_\_\_\_