



Centro Universitario
Cardenal Cisneros

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN SOBRE
RESILIENCIA Y CRECIMIENTO
POSTRAUMÁTICO EN
MUJERES QUE HAN SUFRIDO
VIOLENCIA DE GÉNERO**

Leticia Lucena Ramírez

Director/a: Helena Garrido Hernansaiz

Máster en Psicología General Sanitaria
Centro Universitario Cardenal Cisneros
Universidad de Alcalá
Año 2020

INDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	6
4. MARCO TEÓRICO.....	6
4.1 ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA DE GÉNERO?.....	6
4.2. PREVALENCIA.....	8
4.3. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	9
4.4. ¿QUÉ ES LA RESILIENCIA?.....	10
4.5 CARACTERÍSTICAS QUE FAVORECEN LA RESILIENCIA.....	13
4.6. ¿QUÉ ES EL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO?.....	14
4.7. IMPORTANCIA DE LA RESILIENCIA Y EL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	15
5. MÉTODO.....	17
5.1. PARTICIPANTES.....	17
5.2. INSTRUMENTOS.....	18
5.3. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....	21
6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	22
6.1 PRESENTACIÓN.....	22
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
6.3. CONTEXTO EN EL QUE SE APLICA.....	23
6.4. METODOLOGÍA Y RECURSOS.....	24
6.5. ACTIVIDADES.....	25
Sesión 1: Comprender y aceptar mis emociones.....	25
Sesión 2. Aceptación y apoyo social.....	30
Sesión 3. ¿Quién soy? Me quiero y me acepto.....	34
Sesión 4. Mi mente, mis logros y mis objetivos.....	37
Sesión 5. Asertividad y búsqueda de sentido vital.....	40
6.6. CRONOGRAMA.....	43
6.7. EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.....	44
7. CONCLUSIONES.....	47
8. REFERENCIAS.....	50
9. ANEXOS.....	57
10. DECLARACIÓN AUTENTICIDAD.....	65

1.RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.

La violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja es la principal causa de muerte entre los 15 y 44 años a nivel mundial, por consiguiente, uno de los problemas sociales que mayores consecuencias tiene para la salud física y psicológica de las mujeres que la sufren. En los últimos años ha habido un aumento del número de investigaciones acerca del impacto que tiene la violencia de género y cómo disminuir la sintomatología de las personas que la sufren, pero escasos estudios se han centrado en analizar los mecanismos de afrontamiento y los recursos que tienen las mujeres para afrontar de manera más exitosa el suceso, con el fin de desarrollar programas de intervención en el que fortalecer, potenciar y fomentar dichos mecanismos. Por ello, el objetivo de este estudio es realizar una revisión bibliográfica sobre resiliencia y crecimiento postraumático en violencia de género con el fin de desarrollar, implementar y comprobar la eficacia de un programa de intervención en el que fomentar resiliencia y crecimiento postraumático en un grupo de cuatro mujeres que han sufrido violencia de género. Se realizan cinco sesiones, de dos horas cada una y una evaluación pretest-postest. Los resultados muestran que el programa es eficaz para desarrollar resiliencia y crecimiento postraumático. Se propone realizar el programa con una muestra mayor, en diferentes rangos de edad, un mayor número de sesiones y tomar medidas en un grupo control.

Palabras claves: Violencia de género (VG), resiliencia y crecimiento postraumático (CPT).

2. INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer que es ejercida por parte de la pareja o ex pareja de sexo masculino, y que abarca desde violencia física hasta la psicológica, sexual, económica y social, fue denominada violencia de género (VG) por las Naciones Unidas en 1993.

La VG no solo afecta a la mujer, sino que repercute en todas las áreas (familiar, social, laboral o médica, entre otras) de su vida, en el entorno social, en el comunitario, etc. Se trata de un problema de índole social. Independientemente del nivel cultural, social, geolocalización o ley de protección existente, ninguna mujer está exenta de sufrir VG, por lo que se considera una problemática que tiene un impacto a nivel mundial (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2006).

A lo largo del tiempo la VG ha sido abordada y relevante, desde y para diferentes ámbitos de trabajo, tales como el judicial, el social, el sanitario, el educativo o el comunitario, entre otros. Pese a ello, no se ha logrado una disminución del número de casos, sino que los datos recogidos indican que han ido en aumento.

Debido a su creciente visibilidad y al incremento de números de casos de violencia hacia la mujer son muchas las medidas que han sido adoptadas tanto para reducir su aumento como en caso de que ocurra para reducir el impacto en la vida de la persona. Algunas de estas medidas han sido: instaurar leyes para proteger a la mujer, desarrollar protocolos de intervención en casos de emergencia, instaurar medidas preventivas basadas en reeducar a la sociedad en igualdad, aplicar intervenciones psicológicas para reducir los síntomas y la posible aparición de patologías relacionadas con la VG, etc (ONU, 2006). Además, se han desarrollado investigaciones acerca de los factores de vulnerabilidad y protección presentes en este tipo de violencia, así como sobre qué repercusiones ocasiona en la vida de la persona tras sufrirla, con el fin de reducir el impacto de esta en las mujeres (ONU, 2006).

Todas estas medidas se consideran muy relevantes y aportan beneficios tanto a nivel individual y personal como a nivel social. Sin embargo, se estima que se centran mayoritariamente en las debilidades y en factores que pueden acarrear graves consecuencias para la salud mental de la mujer, lo que lleva a fomentar ayudas y mejoras desde una perspectiva en la que se perpetúa el rol de víctima de la persona, considerando a la mujer como un ser frágil al cual hay que proteger (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Sin embargo, la realidad que muestran algunos estudios es que la mayoría de

personas presenta más capacidades de las que se creían hasta el momento para hacer frente a eventos traumáticos (Bonanno, 2004) Además, aunque fueron víctimas en el momento en que sufrieron la situación de maltrato ahora es una buena ocasión para comenzar a reconstruir, dejar atrás esa situación y ver todos los recursos que pueden desarrollar ante la vivencia de una situación negativa.

Por ello, a través de este trabajo se pretende abordar el hecho traumático de la VG desde un enfoque positivo, en el que comprender cómo a través de este las mujeres pueden salir fortalecidas, con mayores recursos y herramientas personales que antes de tener lugar esta vivencia. Es decir, crecer a partir del trauma, en lugar de continuar por la línea de intentar disminuir la aparición de posibles patologías, tales como el estrés postraumático.

Por todo lo anteriormente citado, se decidió llevar a cabo una revisión bibliográfica acerca de dos vertientes. Por un lado, sobre la resiliencia, principalmente sobre cómo esta influye en la VG o, dicho de otro modo, cómo se puede desarrollar resiliencia tras un evento traumático como haber sido víctima de violencia por parte de la pareja. Por otro lado, sobre el crecimiento postraumático (CPT), es decir, cómo se puede crecer a través del trauma. Todo ello con el objetivo de desarrollar e implementar un programa de intervención en el que fomentar resiliencia y CPT en mujeres que han sufrido VG.

Se ha hallado que existe escasa investigación acerca del desarrollo de resiliencia en VG, a pesar de que un consenso de expertos internacionales sobre violencia, género y salud mental señalaron la importancia de la investigación sobre resiliencia en casos de VG y maltrato infantil (Wathen, 2012). Además, no se ha encontrado bibliografía ni en inglés, ni español, acerca de CPT en este área de trabajo. Por otro lado, respecto a los programas de intervención disponibles solo se ha encontrado un programa de propuestas prácticas para incluir la resiliencia en las valoraciones clínicas de mujeres maltratadas en el ámbito sanitario creado en España (Salvador-Sánchez, 2015), pero no se han hallado datos de haber sido implementado, por lo que se desconoce su eficacia y efectividad. En relación al CPT, no se ha encontrado ningún programa sobre VG que lo tenga en cuenta.

Por todo lo anteriormente citado, se considera de suma importancia, tanto a nivel social como profesional, desarrollar e implementar un programa de intervención sobre resiliencia y CPT en mujeres que han sufrido VG y, por ende, comprobar su eficacia.

Es necesario apuntar que, a lo largo de este trabajo, se hará referencia a este grupo de mujeres como personas que han sufrido VG en lugar de víctimas de VG, ya que uno de los principales propósitos que se pretende alcanzar es eliminar o disminuir, en la

medida de lo posible, el rol de víctima; para ello, se empezará por la omisión de dicha etiqueta en el uso del lenguaje, con la finalidad de dotarlas de sensación de seguridad y control sobre sus vidas, y dicho evento. Esto se podría englobar a través del término, relativamente reciente utilizado a nivel social, denominado *empoderamiento*.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

Los objetivos que se pretenden alcanzar a través de la investigación son los citados a continuación:

- Realizar una revisión sobre la función de la resiliencia y el CPT en mujeres que han sufrido VG.
- Desarrollar, implementar y comprobar la eficacia de un programa de intervención sobre resiliencia y CPT en mujeres que han sufrido VG.

En base a los objetivos anteriormente planteados, se establece la siguiente hipótesis: el fomento de los factores principales que influyen en la resiliencia en mujeres que han sufrido VG dará lugar a un afrontamiento más resiliente y, tras este proceso, se desarrollará CPT

4. MARCO TEÓRICO.

4.1 ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA DE GÉNERO?

Las Naciones Unidas en su Declaración de 1993 definen el maltrato de género como:

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. (ONU, 1994, p.2)

La VG ha sido y sigue siendo una de las manifestaciones más claras de la desigualdad, subordinación y de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Este tipo de violencia se basa y se ejerce por la diferencia subjetiva entre los sexos. En pocas palabras, las mujeres sufren violencia por el mero hecho de ser mujeres, y las víctimas son mujeres de cualquier estrato social, nivel educativo, cultural o económico (Instituto de la mujer [Inmujer], 2019).

La VG es aquella que se ejerce sobre las mujeres por parte de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones de afectividad (parejas o exparejas). El objetivo del agresor es producir daño y conseguir el control sobre la mujer, por lo que se produce de manera continuada en el tiempo y sistemática en la forma, como parte de una misma estrategia (Inmujer, 2019). En la actualidad se conceptualiza el término de VG de una forma más amplia, incluyendo todos los actos mediante los cuales se discrimina, ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia, comprendiendo todo ataque simbólico y material que afecte a la libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física (Cabral y Silva, 2009).

En referencia a la definición anterior, se observa cómo el hombre intentar ejercer un control absoluto sobre todas las áreas de la vida de la mujer; (social, emocional, económica, sexual, familiar...), con el objetivo de que ella quede totalmente ligada y dependiente de él. De este modo, se genera un sentimiento de falta de valía personal e incapacidad en la que se ve al agresor como un ser superior a la víctima. A través de ello, quedaría instaurada la asimetría de poder entre el hombre y la mujer que reflejan Dutton y Painter en su teoría de la unión traumática (1981).

Continuando por esta línea, Walker (1999, p. 23) destaca la siguiente definición: “Un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y/o psicológico, (normalmente se presentan de forma combinada), y que es ejercido por una persona en contra de otra en el contexto de una relación íntima, con el objeto de ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre ella”.

Tal y como ha señalado Walker en su definición anterior, existen diferentes tipos de maltrato: no solo el físico, sino también el maltrato psicológico, el cual es el menos visible, pero no por ello tiene un menor impacto. De hecho, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998) destaca que el peor aspecto de los malos tratos en la pareja no es la violencia física, sino la “tortura mental” y el “vivir con miedo y temor”, seguido del maltrato físico del cual se tiene una mayor constancia puesto que los daños son más visibles y llamativos, el sexual y el económico. Dicho fenómeno está presente en todas las sociedades, tal y como indican Cooker et al. (2002).

4.2. PREVALENCIA.

La OMS (1996, 2002) afirma que las múltiples formas de expresión de la VG son consideradas como la principal causa de disminución de la calidad de vida, generando graves consecuencias físicas y emocionales, siendo además reconocida como la primera causa de muerte entre las mujeres y el crimen más numeroso del mundo.

Estas afirmaciones quedan patentes en las cifras que se muestran a continuación; se presentan tanto datos a nivel europeo como nacional. Según los datos recogidos, a nivel europeo, a través de una encuesta llevada a cabo por la agencia de derechos fundamentales de la UE (*European Union Fundamental Rights Agency* [FRA]) entre los 28 países miembros encontró que, en promedio, el 22% de las mujeres europeas habían sufrido VG física y sexual en algún momento de sus vidas, y que el 43% de ellas habían experimentado asimismo algún episodio de violencia psicológica (FRA, 2014).

En esta línea, los datos recogidos por el Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad [MPR] (2020), Delegación del Gobierno para la VG [DGVG] (2020); el número de víctimas mortales por VG desde el 1 de enero de 2003 hasta el día de hoy, (27 de febrero de 2020), son de 1046 mujeres.

En el año 2018, un total de 51 mujeres fueron víctimas mortales de VG, el pasado año 2019, la cifra ascendía a 55 mujeres y en lo que va de año 2020, (27 de febrero de 2020), son ya 13 las mujeres fallecidas por esta misma causa.

Esto pone de manifiesto que el número de víctimas de VG, en lugar de disminuir en los dos últimos años ha ido en aumento. Señalar que, de estas 55 mujeres, 44 no habían interpuesto denuncia, 40 de ellas el agresor era su pareja y de las 15 restante su expareja.

En relación con lo anteriormente descrito y tomando de referencia la teoría de la Indefensión Aprendida de Seligman (1975), se intuye que aún sigue habiendo un sentimiento de desamparo ante la posibilidad de denunciar: por miedo, coacción, sentimientos de incapacidad e ineficacia... Por lo que, ante la posibilidad de no poder predecir las consecuencias unido a un sentimiento de incontrolabilidad en el que se tiene la creencia de que cualquier acción tendrá una consecuencia negativa, deciden quedarse inmóviles y permanecer en la situación. Estos sentimientos de incontrolabilidad e indefensión son señalados por Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua (2002), como consecuencia de la situación estresante de larga duración que supone la VG para la mayoría de los casos.

A fin de conocer en qué rangos de edad tienen mayor prevalencia el número de mujeres asesinadas, con el objetivo de centrar la investigación en estos, los datos recogidos en el Inmujer (2019) muestran que el mayor número de víctimas está comprendido entre los 21 y 60 años, mientras que la edad de los agresores se encuentra recogida entre los 31 y 70 años.

Por otro lado, los estudios señalan que los hombres están mucho más expuestos a sufrir agresiones de extraños o de conocidos que de personas de su círculo íntimo (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002a). En este sentido, los datos recogidos en el Consejo General de Poder muestran que, en 2015, 60 mujeres perdieron la vida a manos de su pareja frente a 10 hombres.

Al observar una mayor incidencia e impacto de la violencia por parte de sus parejas en mujeres que en hombres se decide desarrollar el programa de intervención con mujeres que han sufrido VG.

4.3. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

La violencia contra las mujeres incide en la vida de las víctimas en todas sus dimensiones: autonomía, productividad, capacidad de cuidarse por sí mismas y calidad de vida, también, afecta a sus estados de salud estando, además, expuestas a ser asesinadas o, incluso, teniendo mayores posibilidades de suicidio (García-Moreno, 2005).

Desde el punto de vista de la salud, la violencia de pareja ejercida por parte del hombre contra la mujer fue declarada en 1996 por la OMS como un problema de salud pública dada su elevada incidencia a nivel mundial y las graves consecuencias que conlleva para las mujeres, las familias y la sociedad en general (Krug et al. 2002; World Health Organization, 1996).

De hecho, las mujeres que sufren VG en comparación con las mujeres que no suelen mostrar más problemas de salud crónicos. Tales como: fibromialgia; trastornos gastrointestinales, (eg. Colón irritable); ginecológicos, (eg. Enfermedades de transmisión sexual), etc.

Esto ocurre, tal y como indica Campbell (2002), debido a que la exposición prolongada en el tiempo a una situación de VG genera en el organismo una respuesta fisiológica de estrés mantenida, con el consiguiente deterioro en el estado general de salud, tanto a nivel de salud física como de salud mental, de las mujeres que han sido maltratadas, suponiendo una disminución en su calidad de vida.

Lo que pone de manifiesto las repercusiones que tiene este evento en la vida de la persona a nivel emocional, cognitivo y conductual; lo cual conlleva una alta incidencia a nivel psicológico. Dando lugar al desarrollo de trastornos psicológicos, como son: trastorno por estrés postraumático, ansiedad y trastornos depresivos entre otros.

Continuando con el impacto a nivel psicológico, según Golding (1999), el maltrato genera diversas reacciones emocionales como ansiedad, desesperanza, miedo al pasado y al futuro, incapacidad, inseguridad, culpa, devaluación y estrés permanente que afectan gravemente a la salud psicológica de las mujeres que sufren violencia; a través de la desvalorización que hacen de sí mismas y la debilitación de su autoestima.

Además, Salvador-Sánchez (2015) señala que:

Las mujeres que sufren VG, a consecuencia de esta, sufren un deterioro de su autoestima, de su iniciativa, de su capacidad de reflexión en lo que les está pasando, se sienten culpables, desconfían de sí mismas y de los demás, sienten mucho miedo, impotencia, vergüenza... Muchas de ellas pueden presentar un aislamiento familiar y social que las dificulta acceder a los apoyos que precisan. Walker (1979, 2012) lo denominó síndrome de la mujer maltratada considerándolo dentro del trastorno de estrés postraumático (p.105).

Se calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tienen problemas psicológicos moderados o graves (Lorente, 2001), por lo que, tanto en el ámbito de la investigación psicológica como en su praxis, se considera una situación de especial interés, con el objetivo de aportar fundamentación teórica que facilite el desarrollo de protocolos de intervención y prevención, con el fin de reducir las repercusiones que este puede ocasionar en las diferentes áreas de la vida de la persona.

Sin embargo, puesto que la mayoría de investigaciones y protocolos desarrollados hasta el momento están centrados, principalmente, en reducir los síntomas o la posible aparición de psicopatologías, en este estudio se pretende dotar de herramientas y recursos a las mujeres para hacer frente a la situación traumática que han vivido.

4.4. ¿QUÉ ES LA RESILIENCIA?

Definir el término resiliencia es un aspecto que, a lo largo de los años, ha generado mucha controversia, ya que esta se ha conceptualizado en la literatura como un rasgo de personalidad protectora, como un proceso y como un resultado (Luthar, 2006; Zautra,

Hall y Murray, 2010). Además, de que ha sido un fenómeno al que tradicionalmente se le ha prestado poca atención.

Aunque la palabra “resiliencia” ha recibido muchos significados, su origen se encuentra en el latín. Proviene del término *resilio*, su significado original es “volver atrás, volver de un salto, rebotar”. *Resalire*: re- “repetición o reanudación.” y *salire*- “saltar hacia atrás” (Suarez, 2004)

A pesar de sus múltiples definiciones se decide tomar la de Zautra et al., quienes dicen que, “la resiliencia se define mejor como un resultado de adaptación exitosa a la adversidad” (Zautra et al., 2010, p. 4). Por otro lado, Bonanno la define como “una trayectoria estable de funcionamiento saludable a lo largo del tiempo, así como la capacidad para generar experiencias y emociones positivas” (Bonanno, 2004, p. 21).

A través de ambas definiciones se observa cómo la resiliencia hace referencia al *resultado* exitoso de un proceso de adaptación ante situaciones traumáticas o que podrían generar un fuerte impacto en la vida de las personas, ante los cuales las personas continúan con niveles normales de funcionamiento y sin sintomatología significativa presente. Lo que indica que las personas resilientes, ante un suceso traumático, consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana.

Es decir, “a diferencia de aquellos que se recuperan de forma natural tras un período de disfuncionalidad los individuos resilientes no pasan por este período, sino que permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática” (Vera-Poseck, Carbelo-Baquero y Vecina-Jiménez, 2006, p. 42).

Bonanno (2004) hace una distinción entre el término recuperación y resiliencia. El primero lo define como regresar al estado inicial antes de padecer un trastorno o desorden, mientras que la resiliencia es la capacidad de mantener un equilibrio estable. Más aún, las personas resilientes sí que sienten, pero no interfiere en la capacidad de continuar funcionando en otras áreas de sus vidas. En base a esto se podría decir que la resiliencia hace referencia a niveles saludables de funcionamiento psicológico y físicos, mientras que la recuperación sería la ausencia de patología. Es decir, a diferencia de la resiliencia, “la recuperación se refiere a un proceso de readaptación el cual acontece, necesariamente, tras un periodo en el que el sujeto experimenta un estado físico o psicológico negativo” (Fernández-Lansac y Crespo, 2011, p. 23), en la recuperación tiene lugar la aparición de psicopatología, mientras que en la resiliencia no se da tal hecho.

Para explicar lo anteriormente descrito, de forma gráfica, se muestra a continuación una figura basada en la de Bonanno (2004), en la que aparece: la trayectoria

de recuperación, la resiliencia, la aparición demorada de interrupciones en el funcionamiento y la trayectoria crónica, tras un evento estresante como la muerte de alguien cercano.

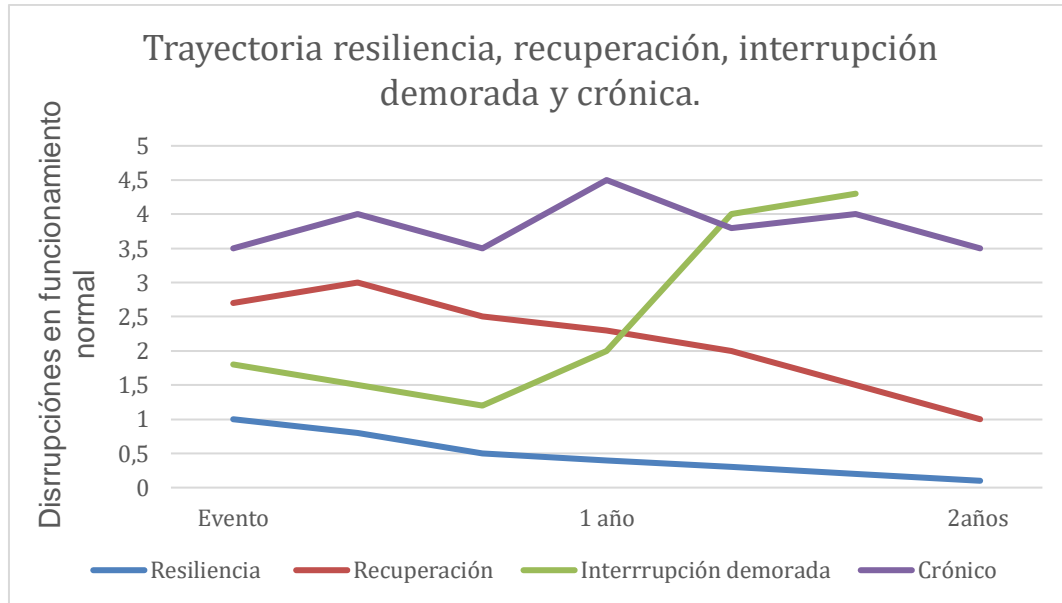


Figura 1. Trayectoria de recuperación, resiliencia, aparición demorada de interrupciones en el funcionamiento y trayectoria crónica, tras un evento estresante (fuente propia).

Dicho concepto también ha generado confusión con el término CPT, ya que ambos términos han sido tratados de forma diferente por autores franceses y norteamericanos. Para los franceses la resiliencia y el CPT guardan relación, al entender la resiliencia simultáneamente como la capacidad de salir indemne tras una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar. Mientras que los autores norteamericanos utilizan el concepto de resiliencia de forma más restringida, haciendo referencia al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona a mantenerse intacta, sin que implique otros beneficios de la situación (Vera-Poseck, et al., 2006). Para los americanos el CPT no solo se hace referencia a que la persona enfrentada a una situación traumática consigue sobrevivir y resistir sin sufrir trastorno alguno, sino que además la experiencia opera en él un cambio positivo que le lleva a una situación mejor respecto a aquella en la que se encontraba antes de ocurrir el suceso (Calhoun y Tedeschi, 2000). Desde esta corriente se sugiere el término resiliencia solo para denotar el retorno homeostático de la persona, así como que se utilicen términos como florecimiento (*thriving*) o CPT para hacer referencia a la obtención de beneficios o al cambio a mejor tras la experiencia traumática (Carver, 1998, O'Leary, 1998).

Se podría concluir que la resiliencia tendría relación con la exposición a una situación altamente estresante o de riesgo para las personas, y se enlazaría a un momento temporal determinado (Becoña, 2006; Luthar et al., 2000; Masten, 2001). Lo que conllevaría a pensar que la resiliencia es un *proceso dinámico*, más que un *rasgo* en sí de la persona. Dicho proceso sería fruto de las interacciones dadas entre múltiples variables, tanto internas como externas del propio individuo (Becoña, 2006; Olsson, Bond, Burns, VellaBrodorick y Sawyer, 2003).

4.5 CARACTERÍSTICAS QUE FAVORECEN LA RESILIENCIA.

Se tiende a pensar que durante una situación traumática no se pueden experimentar emociones positivas o que no pueden estar presentes, tanto emociones positivas como negativas, considerando este hecho como una forma de negación o de recuperación poco saludable. Sin embargo, recientes investigaciones han puesto de manifiesto que las emociones positivas coexisten con las negativas durante circunstancias estresantes y adversas (Folkman y Moskowitz, 2000). Lo que podría ayudar a reducir los niveles de angustia y aflicción que tienen lugar durante dichas circunstancias. Además, se ha hallado que tras la vivencia de un suceso traumático experimentar emociones positivas como gratitud, amor o interés, entre otras, aumenta a corto plazo la vivencia de experiencias subjetivas positivas, promueve la desactivación fisiológica y realza el afrontamiento activo, mientras que a largo plazo minimiza el riesgo de depresión y refuerza los recursos de afrontamiento (Fredrickson y Tugade, 2003).

Tras esta nueva forma de entender la experiencia traumática se está generando un fuerte interés por comprender cuáles son los factores o mecanismos que se podrían potenciar para afrontar tales situaciones de forma más productiva. Por ello, una de las cuestiones que más atención despierta en torno a la resiliencia es la determinación de los factores que la promueven. A continuación, se proponen características de personalidad y del entorno que favorecerían las respuestas resilientes, algunas de ellas, basadas en la Casita de la Resiliencia de Vanistendael (2000). Las cuales serían: cobertura de necesidades básicas, confianza en uno mismo y los demás, apoyo social, la seguridad en la propia capacidad de afrontamiento, dar un sentido a las vivencias y tener un propósito significativo en la vida, creer que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor, estar abierto a nuevas experiencias, entre otras. Además, se ha encontrado que las personas

resilientes hacen frente a experiencias traumáticas utilizando el humor, la exploración creativa y el pensamiento optimista (Fredrickson y Tugade, 2003).

Por todo ello, este estudio se centrará en las características y factores que influyen en el desarrollo de resiliencia y, por ende, en un mejor afrontamiento ante situaciones que tienen un fuerte impacto vital, con el fin de fomentar resiliencia en personas que han sufrido un hecho traumático en su vida, en concreto en mujeres que han sufrido violencia por parte de sus parejas.

4.6. ¿QUÉ ES EL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO?

El concepto de CPT hace referencia al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático (Calhoun y Tedeschi, 1999). Por lo que se podría definir como la posibilidad de aprender y crecer a partir de experiencias adversas, es decir, se produce por el intento de afrontar el suceso, más que por el trauma en sí.

Además, la naturaleza del CPT puede ser interpretada desde dos perspectivas diferentes. Por un lado, el CPT puede ser considerado como un resultado: el sujeto pone en marcha una serie de estrategias de afrontamiento que le llevan a encontrar beneficio de su experiencia. Por otro, el CPT puede ser entendido como una estrategia en sí misma, es decir, la persona utiliza esta búsqueda de beneficio para afrontar su experiencia de forma que, más que un resultado, es un proceso (Park, 1998). Se podría decir que, por un lado, se basa en la búsqueda de sentido del suceso como mecanismo de afrontamiento, mientras que, por otro, sería encontrar ese sentido en el intento de afrontar la situación.

Ya sea como resultado o como proceso lo que pone de manifiesto diferentes estudios es, que muchos de los supervivientes de experiencias traumáticas encuentran caminos a través de los cuales obtienen beneficios de su lucha contra los abruptos cambios que el suceso traumático provoca en sus vidas (Calhoun y Tedeschi, 2000).

A través de ello se podría llegar a pensar que las personas que tienen vivencias ante las que desarrollan crecimiento personal no sienten malestar durante este, sin embargo, suelen experimentar emociones negativas y estrés (Park, 1998). La experiencia de crecimiento no elimina el dolor ni el sufrimiento, de hecho, suelen coexistir (Calhoun y Tedeschi, 2000; Park, 1998). Por lo que sería importante resaltar que el CPT debe ser entendido siempre como un constructo multidimensional, es decir, el individuo puede experimentar cambios positivos en determinados dominios de su vida y no

experimentarlos, o experimentar cambios negativos en otros dominios (Calhoun, Cann, Tedeschi y McMillan, 1998).

Por último, dos de los autores que más han aportado a este concepto, Calhoun y Tedeschi (2001), dividen en tres categorías el CPT que pueden experimentar las personas: *cambios en uno mismo*, que hace referencia a la confianza en sus capacidades de afrontamiento ante cualquier adversidad y a la percepción propia de fortaleza; *cambios en las relaciones interpersonales*, que implican la consolidación de relaciones personales, la identificación de sus personas de apoyo y el aumento de empatía, entre otros, y *cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida*, que conllevan al desarrollo de una nueva escala de valores de las cosas, a aprender a priorizar y relativizar.

4.7. IMPORTANCIA DE LA RESILIENCIA Y EL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

A pesar de que, afortunadamente, muchas mujeres maltratadas rompen con esta situación y se recuperan, la investigación sobre la VG ha abordado a fondo sus consecuencias negativas. Sin embargo, escasas líneas de investigación se han centrado en explicar cómo las mujeres transforman su lucha contra la adversidad para recuperar sus vidas y, por consiguiente, se carece de información sobre cómo ayudarlas a recuperarse (Cobb, Tedeschi, Calhoun y Cann, 2006). Jaramillo, Uribe, Ospina y Carabacas (2005) ponen de manifiesto que no se ha indagado suficientemente sobre los factores que les ayudan a recuperarse ni las relaciones existentes entre ellos. Además, no hay información suficiente sobre cómo ayudarlas favoreciendo sus cualidades. En este sentido se sabe mucho más sobre la sintomatología postraumática que sobre los mecanismos de afrontamiento que ponen en marcha las personas que salen de la situación sin mostrar psicopatología aparente.

Por lo que, al focalizar la atención de forma exclusiva en los potenciales efectos patológicos de la vivencia traumática, se ha contribuido a desarrollar una *cultura de la victimología*, que ha sesgado ampliamente la investigación y la teoría psicológica (Gillham y Seligman, 1999; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) y ha llevado a asumir una visión pesimista de la naturaleza humana. Las consecuencias negativas y el dolor que se derivan de la VG no deben minimizarse, sin embargo, no tiene que ser la pieza central en la que focalizar toda la atención, porque favorece la victimización de las mujeres. Dos

peligrosas asunciones subyacen en esta cultura de la victimología (Gillham y Seligman, 1999):

- 1) que el trauma siempre conlleva grave daño.
- 2) que el daño siempre refleja la presencia de trauma

Sin embargo, la mayoría de las supervivientes de VG muestran una impresionante capacidad de recuperación y perseverancia. Según, Saakvitne, Tennen y Affleck (1998), el crecimiento y el dolor no son de manera necesaria mutuamente excluyentes, sino que están intrincadamente vinculados en la recuperación del trauma. Además, a través de las investigaciones actuales sobre trauma y adversidad; se deduce que las personas son mucho más fuertes de lo que la psicología ha venido considerando. Lo que conlleva a pensar que los psicólogos han subestimado la capacidad natural de los supervivientes de experiencias traumáticas de resistir y rehacerse (Bonanno, 2004).

Ante ello, numerosos autores plantean reconceptualizar la experiencia traumática desde un enfoque más saludable, focalizado, principalmente, en las habilidades naturales de las personas para afrontar, resistir, aprender e incluso crecer ante situaciones adversas, basado en métodos positivos de prevención, (Vera-Poseck et al., 2006). Tal y como postula McMillen (1999), se considera que puede ser útil plantear estrategias clínicas que ayuden a las personas traumatizadas a transformar los eventos adversos en experiencias de fortalecimiento personal. Los datos muestran que la resiliencia parece contribuir de manera importante a la reducción de la profundidad del distrés y al número de síntomas reportados (Jaramillo-Vélez, Ospina-Muñoz, Cabarcas-Iglesias y Humphreys, 2005), por lo que se considera de suma importancia centrar la atención en investigar cuáles son los factores que promueven esta, con el fin de llevar a cabo desde el ámbito de la psicología programas de intervención que fomente la resistencia.

En el ámbito de la VG, principalmente, se ha investigado sobre las cualidades de resiliencia que tienen las mujeres que han superado satisfactoriamente vivencias de maltrato en la pareja (Anderson, Renner y Danis, 2012). “Algunas investigaciones han mostrado que la resiliencia es una variable de la dimensión personal que puede influir o mediar en los síntomas que las mujeres experimentan ante situaciones de maltrato conyugal e incluso algunos autores utilizan la resiliencia para explicar cómo algunas logran un patrón de respuestas individuales exitosas ante situaciones de maltrato que les permite adaptarse a tal condición” (Álvarez-Andreu, 2017, p.136).

Por ello, en este estudio se ha centrado la atención en las investigaciones sobre resiliencia que han encontrado factores que ayudan a la protección y recuperación en las

víctimas de violencia, tales como las habilidades para aceptarse y pensar bien de sí, la capacidad para hacer atribuciones externas de la culpa, el tener locus de control interno, una filosofía positiva de vida y el contar con recursos espirituales (Valentine y Feinauer, 1993). Por lo que se considera necesario y relevante incluir en el presente programa el desarrollo de resiliencia, además de CPT en VG. Adicionalmente, cabe resaltar, que tras realizar búsquedas acerca de investigaciones sobre crecimiento personal en personas que han sufrido VG no se ha encontrado bibliografía específica sobre ellos. Sin embargo, se han hallado estudios sobre ambas cuestiones de forma independiente y aislada, pero no relacionándolas entre sí.

5. MÉTODO.

5.1. PARTICIPANTES.

La muestra está constituida por cuatro mujeres que han sufrido VG, de edades comprendida entre los 38 y 59 años, tres de ellas de nacionalidad española y una brasileña. En relación a nivel formativo, todas tienen formación profesional y una de ellas está comenzando a retomar sus estudios universitarios. Todas ellas provienen de la Fundación Ana Bella, concretamente, de la red de mujeres de Madrid. Es un grupo muy heterogéneo, ya que cada una se encuentra en una situación diferente. A continuación, se presenta una breve descripción de cada una de ellas para que se tenga una visión más amplia del grupo.

J, tiene a su cargo dos hijos menores, uno de 11 años y otro de 15 meses, este último hijo del agresor. Actualmente, vive en casa de su madre con sus dos hijos. Tiene trabajo y ha retomado sus estudios universitarios. Hace tan sólo un mes que dejó la relación en la que sufría maltrato, por lo que se encuentra en pleno proceso de recuperación y trámites judiciales, ya que ha interpuesto denuncia por malos tratos a su expareja.

M, tiene a cargo su hijo menor de 9 años, con el que convive en un piso de alquiler junto a su compañera de piso. Tiene una situación laboral estable. Actualmente, dice continuar con su pareja, la cual la ha maltratado físicamente anteriormente, pero que desde que llamó a la policía, y se mudó a este nuevo piso no ha vuelto a ocurrir ningún episodio de violencia física, pero sí, de violencia psicológica.

A, tiene dos hijas, pero son mayores e independientes. Vive sola. Tiene una situación laboral estable. Hace 30 años que acabó la relación con la persona por la que fue maltratada, por lo que durante estos años ha conseguido trabajar y avanzar en muchos

aspectos, a pesar de la dura vivencia que tuvo. Una de sus hijas es fruto de esta relación. Después de eso, tuvo una segunda pareja con la que acabó porque le fue infiel.

ML, tiene tres hijas, dos de ellas viven independientes y una tercera con ella. Vive en su casa de toda la vida con la persona que la ha maltratado, a pesar de no tener una relación de pareja y remitir que ya no sufre maltrato físico, y su hija. No tiene solvencia económica, ya que no tiene trabajo, aunque se encuentra en la búsqueda de este.

Por último, hubo una quinta participante con la cual se realizó todo el proceso de evaluación pretest y acudió a las sesiones, pero en la penúltima sesión se detectó que no había sufrido VG, sino que su problemática era de otra índole. Por lo que se decidió no incluir sus datos en el presente estudio.

5.2. INSTRUMENTOS

En este apartado se especifican los instrumentos de medidas administrados, sus características y el porqué de ellos. Estos son:

❖ *Entrevista personal.*

Se diseñó una entrevista semiestructurada ad hoc (anexo 1), mediante la que se recabó información sobre diferentes áreas de la vida de las mujeres, a través de preguntas abiertas y cerradas.

Se diseñó de forma en que las primeras preguntas fueron sobre aspectos más generales y de mayor sencillez a la hora de comunicarlos a una persona “desconocida”, con el objetivo de que progresivamente fuesen ganando confianza, para luego dar paso a preguntas sobre temas más específicos, personales y de mayor dificultad.

Dicha entrevista está dividida en diez áreas. En la primera parte se recogen *datos personales, estado de ánimo y ansiedad*, tales como edad, situación laboral, estado civil, entre otros.

En la segunda área, *familia*, tal y como su nombre indica, se recaba información sobre si tienen hijos, si están a su cargo, si tienen apoyo económico, sobre sus padres, hermanos, relación con ellos.

La tercera parte, *antecedentes familiares y salud*, aparecen preguntas sobre relación entre sus padres y con ellas, sobre sus infancias, estado de salud de ellas y familiares, etc.

La cuarta área, *apoyo social*, se realizan preguntas en relación sobre si siente apoyo, quiénes son sus figuras de apoyo, entre otras.

La quinta parte, *relación de pareja*, se considera una de las partes más complicadas de abordar, ya que se pregunta acerca de la situación de maltrato, cómo describirían a esa persona, si consideran que han crecido a través de la experiencia con dicha pareja, entre otros aspectos.

En la sexta área, *miedos*, se recaba información acerca de sus miedos, si se ven con recursos para hacerles frente, si han superado miedos del pasado, sus mayores miedos, entre otras.

La séptima parte, *autoconcepto*, hace referencia a qué imagen tienen de ellas, puntos débiles y fuertes, cosas que le gustaría mejorar y cuáles conservar, imagen que tiene los demás sobre ellas, etc.

En la octava área, *solución de problemas*, se recaba información sobre cómo hacen frente a ellos, si se ven con habilidades para resolverlos, si necesitan consultar mucho a los demás antes de tomar una decisión, entre otras.

La novena área, *habilidades de comunicación*, se pretende recabar información acerca de si suelen comunicarse de forma sumisa, agresiva o asertiva, si dan mayor prioridad a los demás que a ellas mismas, etc.

Por último, *actividades gratificantes*, recoge información sobre con qué cosas disfrutaban, si han dejado de realizar actividades con las que antes disfrutaban, si les gustaría retomarlas, entre otras.

❖ *Preguntas Cualitativas.*

Se creó un documento ad hoc sobre preguntas cualitativas utilizando algunas de las cuestiones formuladas en la entrevista anteriormente mencionada, correspondiente al apartado *relación de pareja*. Estas preguntas fueron: Describe en 3 o 4 frases la vivencia de haber estado con esa pareja, ¿crees que has crecido a través de esta experiencia?, ¿por qué?, ¿de qué forma?, y ¿crees que esta vivencia te ha hecho desarrollar recurso que consideres que te van ayudar a enfrentarte a situaciones vitales difíciles? A través de las cuales se pretende evaluar cualitativamente la visión que tienen estas mujeres acerca de la persona por la que sufrieron VG, la vivencia, y cómo se ven ellas tras el suceso. Con el objetivo de comprobar si se ha desarrollado CPT tras dicho evento.

- ❖ *Escala Breve de Resiliencia*, (BRS, Rodríguez-Rey, Alonso-Tapia, y Hernansaiz-Garrido, 2016).

Se utilizó la versión adaptada al español por Rodríguez-Rey, Alonso-Tapia, y Hernansaiz-Garrido (2016). Dicha escala mide los niveles generales de resiliencia basados en la capacidad de recuperación tras la aparición de situaciones adversas y que generan alto malestar en la persona. Está compuesta por seis ítems, tres formulados de forma positiva y tres de forma negativa, medidos a través de una escala Likert de cinco puntos, en base al grado de acuerdo o desacuerdo, en el que 1, *totalmente en desacuerdo*, 5, *totalmente de acuerdo*. La fiabilidad en la muestra española fue de un alfa de Cronbach de .80.

- ❖ *Inventario de Crecimiento Postraumático*, (PTGI, Tedeschi y Calhoun, 1996).

Se utilizó la versión española de Páez et al. (2011). Es un inventario de 21 ítems autoadministrado, en el que se evalúa la percepción de beneficios personales obtenidos por supervivientes de un evento traumático. Se mide a través de una escala Likert, con un rango de seis puntos, en relación al grado de cambio percibido. En el que 0, *nada de cambio* y 5, *un cambio muy importante*. No consta de puntos de corte, por lo que la interpretación se basa en la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem, en el que, a mayor puntuación, mayor CPT percibido. Tedeschi y Calhoun obtuvieron un alfa de Cronbach de .90. Se compone de cinco dimensiones de cambios: 1. Relación con los demás, 2. Nuevas Posibilidades, 3. Fuerza Personal, 4. Cambio Espiritual, 5. Apreciación por la Vida.

- ❖ *Escala de Impacto en creencias básicas*, (IBQ, Corsini, 2004).

Se utilizó la versión modificada por Páez en Bilbao (2009), de la escala de Corsini (2004). Mide el impacto de un evento traumático sobre las creencias básicas de la persona. Consta de 12 ítems en el que se evalúa seis dimensiones de impacto negativo en las creencias básicas, (ítems impares), y otras seis de impacto positivo, (ítems pares). Se mide a través de un rango de respuesta Likert de 7, en base al grado de acuerdo o desacuerdo con el ítem, en el que, 1. *Totalmente falso* y 7. *Totalmente verdadero*. Muestra una buena fiabilidad, presentando los ítems de vulnerabilidad un *alfa* de Cronbach de .86 y los de invulnerabilidad, de .87. Para obtener las puntuaciones globales se deben sumar los 12 ítems. Si se obtienen una puntuación de 5 o menos indica que el hecho cuestionó las creencias básicas de forma importante. Puntuaciones de 26–29 indican que el hecho

estresante convirtió las creencias de positivas en neutras y puntuaciones arriba de 30 sugieren que el hecho reforzó las creencias básicas.

5.3. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS.

Se realizó la recogida de datos en dos momentos diferentes: uno, antes del comienzo del programa, medida pretest, y el segundo, tras finalizar la intervención, medida post-test, además, en este se les suministró las *preguntas cualitativas* anteriormente descritas. El procedimiento se describe a continuación.

En un primer momento, se presentó a la directora de la Fundación Ana Bella el programa de intervención que se pretendía realizar y si aprobaba realizarlo en su fundación, tras ello, se entró en contacto con la red de apoyo de mujeres de VG de Madrid bajo la supervisión de una de las coordinadoras. En este momento, se puso en conocimiento de las mujeres el programa, el número de sesiones y la duración, para que quién tuviese disponibilidad e interés pudiese apuntarse a este, tras previamente pasar por un proceso de selección, mediante una evaluación.

Una vez que se obtuvo el listado de mujeres que estaban interesadas en participar, se procedió a realizar la evaluación pertinente con cada una de ellas. El listado constaba de 15 mujeres, de estas 15 se pudo realizar la evaluación con 7 de ellas. Primero se les comunicó que se iba a realizar una entrevista personal, mediante la que se recabaría información sobre ellas. Esta fue llevada a cabo por vídeo llamada, ya que por disponibilidad horaria y volumen de mujeres fue complicado realizarla en formato presencial. A continuación, se concretó una cita con cada una, en la que las únicas directrices eran que tuviesen disponibilidad de al menos dos horas y se encontrasen en un espacio tranquilo, que les resultase cómodo y confortable en el que poder realizarla, con el fin propiciar una evaluación lo más fructífera posible.

Una vez iniciada la vídeo llamada, antes de comenzar la entrevista, la psicóloga explicó un poco acerca de ella, del programa y de lo que se iba a realizar en ese momento. Se indicó que, si en algún momento querían parar o no responder alguna pregunta podían hacerlo, además, se les hizo saber que mientras más información aportasen, más productiva sería la entrevista, la realización del programa y que la información aportada era completamente confidencial. Antes de pasar a realizar las preguntas, se consultó si tenían alguna duda y se intentó crear una buena alianza, transmitir sensación de tranquilidad, seguridad y control. Cada entrevista tuvo una duración media de dos horas.

En todo momento se tuvo en cuenta el ritmo que cada una podía llevar, se paró en momentos en los que se emocionaron intentando tranquilizarlas y aportándoles una explicación de lo que les ocurría.

Una vez finalizada la entrevista se les agradeció el tiempo dedicado, toda su aportación y se les explicó que se les iba a pasar mediante correo electrónico unas escalas de evaluación. Se indicó qué era lo que evaluaba cada escala, y cómo había que implementarlas. También, se informó que una vez revisados tanto los cuestionarios como las entrevistas se les haría saber si podían participar en el programa. Las indicaciones que se les dieron, con respecto a las escalas, fueron:

- Realizarlas en un ambiente tranquilo y sin distractores.
- Contestar todos los ítems.
- No hay respuesta correctas o incorrectas.
- Realizar todas las escalas en el mismo momento.
- Buscar un tiempo específico para llevarlas a cabo.
- Ponerse en contacto si había duda sobre alguna.
- Devolverlas al mismo correo electrónico una vez cumplimentadas.

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

6.1 PRESENTACIÓN.

En base a la alta incidencia e impacto de la VG, haber hallado un vacío sobre programas de intervención que fomente resiliencia y CPT en esta área de trabajo, y tras realizar un análisis de los datos recabados en la evaluación inicial se considera necesario e innovador desarrollar e implementar un programa de intervención en el que se persigue fomentar resiliencia y CPT con mujeres que han sido maltratadas por sus parejas. El programa está basado en una metodología grupal y activa en la que la mujer actúa como agente activo de su propio cambio y mejora de su situación vital, se tiene en cuenta el momento actual en la que se encuentra cada miembro y, a través de la cual, se pretende proporcionar sensación de control sobre su vida y se les otorga un papel prioritario a lo largo de todas las sesiones, por lo que prevalece el respeto y el ritmo que necesita llevar cada persona sin dejar de perseguir los objetivos del programa.

Para ello, tomando de base el tiempo que se dispone para hacer uso de las instalaciones, se decidió realizar cinco sesiones, una vez por semana, de una duración de dos horas cada una, tendrán lugar martes consecutivos en horario de tarde (17:30-19:30).

Además, para comprobar la eficacia del programa se realiza una medida pretest y postest con los instrumentos indicados en el apartado 5. *Métodos*, a cada una de las participantes.

A continuación, se muestran los objetivos específicos, el contexto en el que se aplica el programa, la metodología y las diferentes actividades que se incluyeron en él, en las que se especifican: los materiales, la duración y el procedimiento de cada una de ellas.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Se proponen llevar a cabo los siguientes objetivos específicos con la finalidad de alcanzar los objetivos generales. Estos son:

- Generar sentimientos de seguridad en la propia capacidad de afrontamiento.
- Generar sensación de control y manejo sobre la situación vivida.
- Fomentar y mejorar el autoconcepto y la autoestima.
- Fomentar autoconfianza, autocuidado y autoaceptación.
- Aprender a generar emociones positivas y pensamientos optimistas.
- Identificar una buena red de apoyo social y proporcionar confianza en los demás.
- Reducir sentimientos de soledad, culpa y rabia.
- Aceptar y dar un sentido a la vivencia traumática.
- Fomentar la búsqueda de un propósito significativo en la vida.
- Dotar de habilidades de comunicación.

6.3. CONTEXTO EN EL QUE SE APLICA.

Tal y como se ha expuesto anteriormente, el programa de intervención fue desarrollado con cuatro mujeres que han sufrido VG, miembros de la Fundación Ana Bella. Dicha fundación es una entidad privada sin ánimo de lucro, registrada en 2006, a través de la cual se ofrece apoyo y acompañamiento a mujeres que han sufrido o están sufriendo VG, entre otras actividades destinadas a esta población. La sede física de la fundación se encuentra ubicada en Sevilla. Al tener lugar el programa en Madrid, y al no

contar con sede en esta comunidad, se buscó un espacio en el que poder realizarlo. Dicho espacio es la asociación sociocultural ASVEYCO.

ASVEYCO es una Asociación de Vecinos, de la Ciudad de los Ángeles, fundada en 1970 y se encuentra ubicada en Calle Bohemios, n° 13, 1ª planta. Cuenta con diferentes salas en la que poder desarrollar actividades de diversa índole, tales como: clases de pilates, charlas informativas, reuniones, entre otras. La sala en la que se desarrolló el programa cuenta con una mesa larga, sillas y una pizarra, se encuentra bien acondicionada, y genera sensación de privacidad y tranquilidad (anexo 2).

6.4. METODOLOGÍA Y RECURSOS.

La metodología en la que se enmarca las siguientes actividades está basada en técnicas psicológicas desde un enfoque positivo, mediante el que se busca aceptar la debilidades y dificultades propias de la persona, aceptar la vivencia traumática, y reforzar, potenciar y tomar consciencia de sus fortalezas para hacer frente a dicho evento. Además, se pone el foco de atención sobre cómo pueden crecer y salir fortalecidas tras la situación de maltrato, a través de la búsqueda de sentido del suceso, para que de esta forma encuentren, en la medida de lo posible, *beneficios* en el dolor.

El programa está compuesto por actividades tanto teóricas como prácticas, pero principalmente prácticas y experienciales, de formato grupal, en la que la mujer adopta un papel activo de su propio cambio. A lo largo de las cinco sesiones, a través de las actividades teóricas se busca la comprensión de las participantes acerca de lo que les ha sucedido, por ello siempre se deja un espacio de reflexión e introspección guiado mediante preguntas que realiza la terapeuta, orientando sus pensamientos hacia conclusiones constructivas, con el fin de fomentar CPT. Además, cada sesión se compone de actividades tanto presenciales como para casa, con estas últimas se pretende seguir fomentando el papel activo de la mujer, otorgándoles sensación de manejo y control sobre su bienestar.

La mayoría de las actividades buscan el fomento de los factores que, según las investigaciones, promueven resiliencia basados, principalmente, en *La casita de Resiliencia* de Vanistendael (2002). Además, hay algunas actividades destinadas a explicar el ABC de Ellis (1990) y las distorsiones cognitivas de Beck (2012), con la finalidad de generar sensación de control y manejo sobre la vivencia traumática y las emociones que esta les genera y, a su vez, disminuir la sensación de incontrolabilidad e

incapacidad de afrontamiento, por otro lado, generar emociones positivas y pensamientos optimistas, puesto que es uno de los factores influyentes en el desarrollo de resiliencia. Asimismo, a lo largo de todas las sesiones, paralelamente, se promueve una adecuada autoestima y autoconcepto, ya que se ha observado que son una de las áreas que principalmente han mermado en este grupo, repercutiendo en el avance y desarrollo de las otras.

Al inicio de cada sesión se realiza una evaluación del estado de ánimo y ansiedad de las participantes, para llevar un control de cómo se van sintiendo cada semana y poder tener en cuenta factores externos a la vivencia que les estén ocasionando malestar y, por ende, puedan dificultar sus avances. También, en cada sesión, respecto a la temática que se esté abordando, se creará una serie de enunciados que les evoquen sensación de fortaleza, emociones positivas hacia ellas mismas y pertenencia grupal, estos serán recopilados y anotados en un folio, y cuando acabe el programa pueden pegarlo en algún lugar en que lo tengan muy presente.

Por último, indicar que en la primera sesión se pide realizar una carta que consta de seis pasos, explicados en la sección 6.5. *Actividades*, para desarrollar a lo largo de todo el programa y al ritmo que cada una de las participantes estimen oportuno. En el apartado siguiente se procede a describir las actividades de las que se compone cada sesión.

6.5. ACTIVIDADES.

SESIONES:

Sesión 1: Comprender y aceptar mis emociones.

Objetivos sesión:

- Generar sentimientos de seguridad en la propia capacidad de afrontamiento.
- Generar sensación de control y manejo sobre la situación vivida.
- Aprender a generar emociones positivas.
- Fomentar y mejorar el autoconcepto y la autoestima.
- Reducir sentimientos de rabia.

Materiales: Pizarra, bolígrafos, folios, presentación power point, dado y caja de cartón, flor, espejo y pintalabios.

Actividades:

1º Ejercicio. ¿Quién es quién? Dinámica de presentación.

Procedimiento:

Cada miembro del grupo se va presentando, individualmente, a través de un guion de aspectos personales que se indica que contengan su presentación. Las áreas de la presentación son:

- Nombre.
- Ciudad de origen.
- Me da alegría.
- Un deseo.
- Creo que soy buena en...
- Me apasiona...

La terapeuta lo comienza a desempeñar para que entiendan cómo se debe realizar y a continuación, se pregunta quién quiere ser la siguiente, así, sucesivamente, hasta que todos los miembros del grupo se hayan presentado.

Duración: 15 minutos.

2º Ejercicio. ¿Qué vamos a realizar a lo largo de las sesiones?

Procedimiento:

Se realiza una presentación sobre el programa a través de un power point, en el que se explica en qué consiste el programa, qué es la resiliencia., los componentes de la resiliencia (La Casita de la Resiliencia de Vanistendael, 2002), qué es el CPT, las áreas de cambios del CPT (en base a Calhoun y Tedeschi, 2001) y los objetivos que se pretenden alcanzar con el programa.

A continuación, se pregunta qué esperan lograr con este programa para posteriormente, explicar que el psicólogo es una vía, pero que el trabajo lo tienen que hacer ellas. Por último, será importante señalar que “somos un equipo y vamos a hacer el camino juntas”, pero que “los pasitos los tienen que dar ellas”.

Para finalizar la actividad, se les indica una lista de normas a tener en cuenta a lo largo de todas las sesiones.

Duración: 25 minutos.

3º Ejercicio. Estado de ánimo y ansiedad.

Procedimiento:

Se indica que en una hoja de papel escriban sus iniciales, su estado de ánimo y ansiedad a través de una escala Likert de 0 a 10. En la que, 0 es muy mal y 10, muy bien,

para el estado de ánimo. Mientras que, para la ansiedad, 0 es nada de ansiedad y 10, mucha ansiedad, durante la última semana. A continuación, se ha de entregar esta hoja de papel a la terapeuta. Esta actividad se llevará a cabo en todas las sesiones, al inicio de estas.

Duración: 5 minutos.

4º Ejercicio. ¿Qué puedo cambiar?

Procedimiento:

Se explica en la pizarra mediante un cuadro con dos columnas que existen dos tipos de cosas en la vida: las que podemos cambiar y las que no. Entonces, se les pregunta que la situación de maltrato que han vivido en qué cuadro estaría: ¿en las cosas que se pueden cambiar o en las que no? Si responden que estaría dentro de las cosas que no pueden cambiar, se indica que la respuesta es correcta y se escribe esa situación dentro del recuadro de “cosas que no puedo cambiar”.

A continuación, se les pregunta “pero ¿qué podéis cambiar en base a lo que os ha sucedido?” y, si la idea objetivo no es expresada por ninguna participante, se les indica que pueden controlar la forma en la que se van a enfrentar a la situación, la manera en la que van a salir de la situación. Que pueden elegir quedarse ancladas en la vivencia o salir reconstruidas y fortalecidas de ella. Por último, se pregunta “¿qué elegís?” y se deja un espacio para el debate.

Duración: 10 minutos.

5º Ejercicio. ¿Pienso como siento o siento como pienso?

Procedimiento:

Se utiliza un dado de cartón grande en el que cada cara se plantea una situación neutra. Las situaciones son las siguientes:

- Pegar en la puerta de clase.
- Percibimos un mal olor.
- Escuchar el llanto de un bebé.
- Escuchar un ruido en el pasillo.
- Ir por la calle y escuchar el claxon de un coche.
- Llover.

Se pide a una voluntaria que lance el dado y, una vez lanzado, se lee la situación que aparece en él. A continuación, se anota esta en la pizarra, en una tabla en la que aparecen las columnas de situación, pensamiento y emoción, y se realiza a cada miembro del grupo las siguientes preguntas:

- ¿Qué piensas ante esta situación?
- ¿Cómo te sientes cuando piensas eso?

Así se hará sucesivamente con las seis situaciones que aparecen en el dado.

Una vez finalizada esta tarea, se pregunta si se han dado cuenta que ante una misma situación todos tenemos pensamientos y emociones diferentes, además, de que dependiendo de cómo pensemos sobre una situación nos sentimos de una determinada forma u otra. Entonces, se pregunta “¿qué creéis que hace que me sienta de una determinada forma la situación o lo que pienso ante esa situación?” y “¿qué es de lo primero que me doy cuenta, de la emoción o el pensamiento?”.

A continuación, se indica “imaginad que esto es un tren, ¿quién conduce al tren? ¿El pensamiento, la situación o la emoción? Finalmente, se indica que “no es tanto lo que sentimos o la situación, sino lo que nos decimos ante esa situación, lo que nos lleva a tener una consecuencia u otra, por lo tanto, tener una emoción u otra”.

Por último, se pone una caja cerrada en mitad de la sala y se pregunta “¿qué creéis que hay dentro?, ¿cómo te sientes cuándo piensas que dentro hay X?”. Posteriormente, se destapa la caja y se descubre lo que hay dentro, una flor de color morado. Finalmente, se lee el siguiente texto creado en base a la metáfora del jardín de la terapia de Aceptación y Compromiso (Wilson y Luciano, 2002).

La vida nos ha enseñado que para que una planta crezca sana y fuerte necesita de una serie de cuidados, eso no significa que la planta sea frágil o no pueda crecer por sí misma, sino que necesita de una serie de condiciones para que florezca. Necesita adaptarse al medio, necesitan tiempo, necesitan atención, necesitan que le digan cosas bonitas, a veces, incluso, necesitan música, necesitan que le dejen su espacio, necesitan paciencia, necesitan ser regadas diariamente, necesitan que le renueven la tierra, necesitan que sean respetuosas con ellas, necesitan oxígeno, necesitan sol... detrás de todos estos cuidados siempre hay un jardinero, dependiendo de cómo el jardinero cuide las flores tendrá un jardín u otro. Nosotras somos como esta planta, necesitamos regarnos cada día para florecer y crecer con más fuerza. Sois las jardineras de vuestras vidas, ¿cómo vais a cuidar vuestro jardín?

Se regala la planta al grupo y cada semana la debe cuidar una persona diferente.

Duración: 40 minutos.

6º Ejercicio. Lista de empoderamiento.

Procedimiento:

Se anota en una hoja de papel las dos frases que a lo largo de la sesión se han creado y descubierto para sentir pertenencia grupal, dar fuerzas y empoderarse. Esta hoja estará presente en todas las sesiones siguientes, ya que en ella se continuarán anotando frases que proporcionen esas emociones.

En esta ocasión las dos frases que se anotan son:

- ¿Quién es lo más importante de mi vida? Soy yo
- Soy la jardinera de mi vida.

Duración: 5 minutos.

EJERCICIOS PARA CASA:

1º Ejercicio. La última carta.

Procedimiento:

Se les pide a los miembros del grupo que cada una escriba una carta, que nunca se entregará, a la persona por las que fueron maltratadas. Esta actividad es algo que no se desarrollará en un solo día o momento concreto, sino que es algo que irán haciendo progresivamente a lo largo de las sesiones, incluso puede ser que haya finalizado el programa, y aún no la hayan acabado. Cada una de ellas marcarán su propio ritmo a la hora de realizarla.

La carta constará de los siguientes pasos:

- 1) 1º Escribir en primera persona y presente todo el daño que les ha hecho la persona que las maltrató, las cosas que las hirieron. Ejemplo: Buenas “Paco”, te escribo para decirte que me has hecho...
- 2) 2º Decir cómo se sintieron, en tiempo presente, cuando les hizo ese daño.
- 3) 3º Lo que consideran qué es esa persona por haberles hecho todas esas cosas. Indicaciones para esta parte: No deben retraerse, pueden poner y decir todo lo que querían. En caso de que no fluya el decirle cosas negativas, en ese momento se aconseja pensar que una amiga suya les está contando que alguien le ha hecho todas esas cosas, qué diríais que es esa persona.
- 4) 4º Lo que realmente merecían que hiciese, en lugar de lo que les hizo.

5) 5º Perdonar a esa persona y darle las gracias por lo que les ha enseñado (especificar qué les ha enseñado).

6) 6º Pedir perdón a ellas mismas y decirse cosas bonitas.

A continuación, volver a remarcar que bajo ningún concepto se le entregará esta carta a esa persona porque es un ejercicio para que les ayude a ellas, de lo contrario podría ser totalmente contraproducente. De hecho, se indica que, si en cualquier momento barajan la idea de entregársela, es preferible que no la realicen.

Por último, se les indica los beneficios de realizar este ejercicio y el porqué de ello.

Duración: 15 minutos.

2º Ejercicio. El reflejo de ser válida y valiosa.

Procedimiento:

Se les indica que escriban en el espejo del baño, de sus habitaciones o en uno en el que suelen mirarse con bastante frecuencia, en caso de no poder realizarlo en el del baño, la frase “soy válida y valiosa”. A continuación, se les explica los beneficios de esta actividad. Por último, la terapeuta indica que ella también va a realizar esta actividad.

Duración: 10 minutos.

3º Ejercicio. Mi día.

Procedimiento:

Se les pide que todas las noches, antes de irse a dormir, escriban al menos una cosa por la que se hayan sentido satisfechas con ellas a lo largo del día y un momento del día en que se hayan sentido bien. Se indica que este ejercicio lo realicen todas las noches, al menos, hasta que acabe el programa, pero que se recomienda continuar con él tras su finalización. También, en caso de que les produzca pereza el anotarlos, al menos, que lo hagan mentalmente y se lo repitan en voz alta.

Duración: 5 minutos.

Sesión 2. Aceptación y apoyo social.

Objetivos sesión:

- Aceptar la vivencia traumática.
- Identificar una buena red de apoyo social y proporcionar confianza en los demás.
- Generar sensación de control y manejo sobre la situación vivida.
- Fomentar y mejorar el autoconcepto y la autoestima.

- Fomentar autocuidado.
- Reducir sentimientos de soledad.

Materiales: Pizarra, cuento *El anillo del Rey*, folios y bolígrafos.

Actividades:

1º Ejercicio. Estado de ánimo y ansiedad. (Explicado en la sesión 1).

2º Ejercicio. La aceptación es liberación.

Procedimiento:

A través de este ejercicio se explica la importancia de aceptar la vivencia de maltrato y cómo se determina que una situación está siendo aceptada. En este ejercicio se tiene en cuenta *Las cinco fases del duelo de Elisabeth Kübler-Ross* (1969). Para ello se indica la importancia de esta, y se escribe en la pizarra que hay dos formas de aceptar lo que han vivido:

- 1º No negárselo a ellas mismas. Se hace hincapié, en “has sufrido violencia, PERO YA NO”.
- 2º No negárselo a los demás. En esta ocasión, se les indica que no es necesario contárselo a todo el mundo; sin embargo, no tienen que negarlo a su entorno más cercano. Además, señalar que ellos les van a facilitar el poder expresar todo lo que tienen dentro.

A continuación, utilizar de nuevo el cuarto ejercicio de la sesión 1 en el que se presentaba de forma gráfica; cosas que puedo cambiar (C) y cosas que no puedo cambiar (NC). Se muestra que nuestro objetivo mayoritario en la vida es estar bien. Después se pregunta ¿la atención es focal o no focal? Entonces, se indica que si la atención es focal y se están centrando en lo que no pueden conseguir, en este caso, cambiar lo que han vivido, mientras señalamos que se encuentra en el recuadro de NC, están perdiendo de vista el objetivo principal; estar bien. Se señala, que solo están viendo lo que no pueden hacer, pero no ven la cantidad de cosas que sí pueden hacer, mientras se señala el recuadro de C.

Por último, se analiza y reflexiona sobre la frase “Ninguna herida es un destino” de Cyrulnik (2013). A través de las siguientes preguntas: “¿qué piensas sobre esta frase?, ¿qué crees que quiere decir?, ¿cómo te hace sentir?”

Duración: 30 minutos.

3º Ejercicio. Esto también pasará.

Procedimiento:

La terapeuta realiza una lectura del cuento *El anillo del Rey* (Graziano, s.f.). Se les pregunta qué piensan acerca del texto y la frase *esto también pasará*. Si no llegan a la conclusión que se busca, se les indica que cada momento tiene un inicio y un fin, por lo que la situación, emociones, que están experimentando, y viviendo en este momento negativas, también, llegarán a su fin, y cuando vivan situaciones agradables la aprovechen al máximo porque, también, acabarán. Sobre todo, se hace hincapié en que el dolor que están o han experimentado no es infinito.

Duración: 15 minutos.

4º Ejercicio. Mis apoyos.

Procedimiento:

A través de una serie de preguntas se identifica quiénes son sus personas de apoyo y cómo se sienten con ellas, y se les pide que anoten en un papel quiénes son. Las preguntas se van formulando, de una en una, dejando un espacio de tiempo para reflexionar sobre ella. Dichas preguntas son: “¿Quiénes son vuestras personas de apoyo?, ¿cómo te sientes con estas personas?, ¿cuánto de apoyada de 0 a 10 te sientes con estas personas?, ¿estas personas te respetan y valoran?, ¿te sientes escuchada por ellas?, ¿te sientes comprendida por ellas?, ¿te sientes sola cuando estás con ellas?”

A continuación, se pregunta; “¿por qué te dices “me siento sola” cuando realmente tienes personas?, ¿qué pensamientos estás diciéndote para que te genere sentimientos de soledad?”

Por último, indicar la importancia de tener una buena red de apoyo social.

Duración: 30 minutos.

5º Ejercicio. Cuidar nuestra alma y nuestro cuerpo.

Procedimiento:

A través de esta actividad se explica tres áreas principales sobre las que pueden trabajar para cuidarse, y en qué consiste cada una, basadas en Bonet (1997). Se indica que estas son:

- Lugares Nutricios.
- Personas nutricias.
- Actividades nutricias.

En relación a las tres áreas sobre las que podemos trabajar se les pide que realicen las siguientes actividades:

- Hacer una lista de lugares nutricios. Se les pide intentar adaptar su casa u oficina de una forma que les proporcione sensaciones parecidas a sus lugares nutricios, en caso de que no puedan acudir con asiduidad a estos. Incluso, se les propone imprimir fotos de estos lugares y colgarlas en diferentes partes de la casa para tenerlos presente.
- Anotar en un papel sus personas nutricias, además, de intentar quedar, al menos una vez a la semana, con una de estas personas.
- Hacer una lista de actividades nutricias e intentar que centren su atención en pequeños detalles del día a día que les haga disfrutar como, por ejemplo: el aroma de un buen café, darse un baño, echarse crema por el cuerpo de forma delicada, etc.

Duración: 20 minutos.

6º Ejercicio. Lista de empoderamiento.

Procedimiento:

Se escribe, en la hoja que iniciamos la sesión anterior, dos nuevas frases que han descubierto en esta sesión. En esta ocasión son:

- Ninguna herida es un destino.
- Esto también pasará.

Duración: 5 minutos.

EJERCICIOS PARA CASA:

1º Ejercicio.

Procedimiento:

Se les pide que realicen autorregistros sobre sus pensamientos y emociones en las situaciones que le generen malestar y se les explica la importancia de estos.

Duración: 5 minutos.

2º Ejercicio.

Procedimiento:

Se indica que pidan a sus personas de apoyo o importantes para ellas que realicen una lista sobre los aspectos positivos que estas personas consideran que ellas tienen y que hagan una breve descripción sobre cómo las perciben. Deben traer estas listas la siguiente semana.

Duración: 5 minutos.

Sesión 3. ¿Quién soy? Me quiero y me acepto.

Objetivos sesión:

- Fomentar y mejorar el autoconcepto y la autoestima.
- Fomentar autoaceptación.
- Reducir sentimientos de culpa y rabia.
- Dar un sentido a la vivencia traumática.

Materiales: Power point, folios y bolígrafos, cuento *Un pez debe ser pez*, lista de distorsiones cognitivas y meditación guiada.

Actividades:

1º Ejercicio. Estado de ánimo y ansiedad. (Descrito en la sesión 1).

2º Ejercicio. Liberarse de la culpa.

Procedimiento:

A través de un Power Point se presenta las teorías más relevantes acerca de cómo se explica el proceso de VG. En este caso, las teorías que se explican son las siguientes:

- Teoría de la unión traumática (Dutton y Painter, 1981)
- El modelo de intermitencia (Dutton y Painter, 1993)
- Teoría del castigo paradójico (Long y McNamara, 1989).
- Teoría de la Indefensión Aprendida (Seligman, 1975).

Para esta última se realiza una actividad en la que vivenciar la indefensión aprendida, basada en el ejercicio de indefensión aprendida (El Parque de las Emociones, 2016). Dicha actividad consiste en repartir un folio boca abajo a cada miembro del grupo en el que hay tres palabras que deben reordenar para formar una nueva. Se indica que no den la vuelta al folio hasta que se les haga saber, y que resuelvan las palabras cada vez se les pida.

A unos miembros del grupo se reparte una hoja con tres palabras resolubles (cosa, sopa, checo), mientras que a otros una hoja en la que, las dos primeras palabras son irresolubles (cojín, manta, checo), aunque la tercera es la misma para todos los miembros.

Cunado resuelven una palabra se pide que levanten la mano, automáticamente. De este modo, los miembros que no, tendrán una sensación de ineficacia, comenzaran a dudar de su capacidad, lo que ocasionará que merme su confianza en ellos.

Cuando acaben el ejercicio se preguntará cómo se han sentido y qué han pensado a lo largo del ejercicio. Tras ello se dirá que lo que acaban de experimentar es indefensión aprendida.

Por último, se explica cómo tras confluir todas estas teorías tiene lugar el ciclo de la violencia de Walker (1979), y en qué consiste cada fase del ciclo, además, de señalar qué comportamientos y acciones realiza el hombre, que es quién realiza la agresión, y cómo reacciona ante estos hechos la mujer, que es quién recibe la agresión, en cada una de las diferentes fases. Para este apartado se ha utilizado unas ilustraciones sobre el ciclo de la violencia de género de Vendetta (2019).

Duración: 40 minutos.

3º Ejercicio. ¿Me veo tal y cómo soy?

Procedimiento:

Se lee la lista de cosas positivas de sus personas de apoyo que se les pidió la semana pasada. Una vez leída, se les pregunta si se siente identificadas con esas características y que hagan dos columnas en la que puntúen de 0 a 10, cuánto se creen cada una, y en otra, cuánto se identifican, donde 0 sería nada y 10 totalmente de acuerdo.

A continuación, se pregunta por qué creen que los demás las ven así y ellas así mismas no. Seguido de las siguientes preguntas: “¿Podría ser que tenéis una visión de vosotras mismas distorsionada?, si la gran mayoría de personas os ven de determinada forma, ¿podría ser porque sois así?, ¿todo el mundo os iba a mentir?, ¿por qué creéis la crítica negativa de otras personas y no la positiva?, ¿os ayuda creer lo negativo y no lo positivo?, ¿con qué os vais a quedar, con lo positivo que os dice la mayoría de personas o con lo que negativo que os ha dicho tan solo una o incluso vosotras misma?”.

Por último, señalar que si la gran mayoría de personas la ven de una determinada manera son hechos que demuestran que quizás ellas se estén viendo con unas “gafas” que no son de su graduación.

Duración: 30 minutos.

4º Ejercicio. Un pez debe ser un pez.

Procedimiento:

La terapeuta realiza una lectura del cuento *Un pez debe ser un pez*, extraído de Fernández (2016).

Tras ello, se realiza las siguientes preguntas: ¿qué han entendido a través del cuento?, ¿cuáles creen que son sus fortalezas y debilidades? Además, de reflexionar acerca de si se focalizan más en unos aspectos o en otros.

Por último, se pregunta si creen que son peores personas por tener debilidades y se realiza un cambio de papeles, en el que se les hace pensar, acerca de, si fuesen otra persona la que tuviese esas fortalezas y debilidades, la verían de la misma forma que se ven ellas.

Duración: 20 minutos.

5º Ejercicio. Lista de empoderamiento.

Procedimiento:

En la lista de frases que se van construyendo, a lo largo de las sesiones, se escriben las dos frases siguientes:

- Me quiero y me acepto tal y como soy, con mis fortalezas y mis debilidades.
- Un pez debe ser un pez.

Duración: 5 minutos.

EJERCICIOS PARA CASA:

1º Ejercicio. Lista distorsiones cognitivas.

Procedimiento:

Se proporciona una lista de las distorsiones cognitivas, basadas en Burns (1995). Se entrega tanto una versión extendida como un resumen, y se pide que la lean en casa para trabajar en ello la semana siguiente.

Duración: 5 minutos.

2º Ejercicio. Meditación.

Procedimiento:

Se manda una meditación guiada, *cómo mejorar mi autoestima en 8 minutos*, de Colomina (2019). Se indica que la escuchen, mientras intentan pensar en las 3 cualidades

más representativas e importantes de ellas. Una vez que acaben la meditación, escribir estas tres cualidades en un papel y guardar ese papel en una bolsita de regalo.

Se indica que guarden esa bolsita en las pertenencias que suelen llevar, y cada vez que sean conscientes de que se están hablando de forma negativa así mismas o sientan que no valen nada saquen esa bolsita, y lean esas tres cualidades, será como regalarse a sí mismas amor.

Además, si quieren repetir este ejercicio todas las semanas, hasta encontrar más cosas positivas sobre sí misma, pueden hacerlo, de hecho, se les recomienda.

Duración: 10 minutos.

Sesión 4. Mi mente, mis logros y mis objetivos.

Objetivos sesión:

- Generar sensación de control y manejo sobre la situación vivida.
- Fomentar y mejorar el autoconcepto y la autoestima.
- Fomentar autocuidado y autoaceptación.
- Aprender a generar emociones positivas y pensamientos optimistas.
- Fomentar la búsqueda de un propósito significativo en la vida.

Materiales: Power point, cartulinas de colores con juego de las distorsiones cognitivas, autorregistros, folios y bolígrafos. *Actividades:*

1º Ejercicio. Estado de ánimo y ansiedad. (Descrito en la sesión 1).

2º Ejercicio. ¿Cómo pienso?

Procedimiento:

A través de una presentación Power Point se explica qué son las distorsiones cognitivas y las características de éstas.

Duración: 15 minutos.

3º Ejercicio. Las distorsiones cognitivas.

Procedimiento:

A través de un juego, que ha sido creado, se explican las distorsiones cognitivas más comunes, basadas en las que muestra Burns en su libro *Sentirse Bien* (1995).

Dicho juego consiste en dos grupos de tarjetas; un montón, de color rojo, en las que aparecen las distorsiones cognitivas, para las cuales se han creado unos personajes

masculinos, cada uno tiene un nombre que sea representativo de la distorsión a la que se refiere y, además, aparece una explicación de cómo “ataca” (hace que pienses) el personaje. Todo ello, a través del uso de refranes o frases hechas con el que se describe dicha distorsión, también, aparece una breve descripción de cómo funciona. El otro montón, de color verde, aparecen una serie de personajes femeninos que ayudan a “combatir” cada distorsión cognitiva, en estas, se da una alternativa a la distorsión cognitiva. A cada distorsión le corresponde un personaje de las tarjetas de color verde. Estas tarjetas ayudan a buscar los pensamientos alternativos para cada distorsión. En estas también se utilizan refranes y/o frases hechas.

Se indica, a cada miembro del grupo, que coja una tarjeta del montón rojo y la lea, ahora, todas deben buscar qué distorsión es ese personaje en la lista de distorsiones cognitivas que se le entregó la semana pasada. Se utiliza la lista resumen (anexo 3). Una vez identificada, se pide que lea la tarjeta del montón verde que le corresponde a esa distorsión, y que busquen un pensamiento alternativo para dicha distorsión.

Duración: 60 minutos.

4º Ejercicio. Cazar distorsiones.

Procedimiento:

Se indica que, a través de los autorregistros que comenzaron a realizar en la sesión dos, intenten buscar, principalmente, las distorsiones de personalización, abstracción selectiva, maximización y minimización, y descalificación de lo positivo, ya que éstas son las que ocasionan, principalmente, una peor autoestima, e intenten buscar pensamientos alternativos que se ajusten más a la realidad y les generen emociones positivas o, al menos, no tan negativas.

Se proporciona una lista de preguntas que se podrían formular a la hora de buscar las distorsiones y los pensamientos alternativos; ¿es totalmente cierto este pensamiento?, ¿qué evidencias tienen de que es así?, ¿podrían probar que estás en lo cierto?, ¿es esa una buena prueba?, ¿le han dicho que es así?, ¿tienen evidencias en contra de esa afirmación?, ¿hay algún dato que les indique que se equivocan?, etc.

Duración: 15 minutos.

5º Ejercicio. Romper cadenas.

Procedimiento:

A través de este ejercicio se les explica que, a lo largo de la situación de violencia de género, su cerebro ha sido condicionado, es decir, “programado” para que ante ciertas situaciones reaccionen de determinada manera. Por lo que continúan, sin ser conscientes, realizando con ellas mismas conductas que la persona que las maltrataba realizaba. Por lo que deben aprender a identificarlas.

Para ello se presenta una lista de situaciones que a lo largo de las evaluaciones y las sesiones se han detectado, y se pide que indiquen si creen que están haciendo esto. La lista se va a denominar “Me descubro, a mí misma, haciéndome cosas que me hacía él” (anexo 4).

A continuación, se pregunta “¿os sentís identificadas haciéndoos estas cosas?, ¿quién os trataba así?”. Si lo identifican, entonces se indica; si él ya no está, por qué vas a seguir tratándote así.

Se invita a cada una a crear su propia lista de forma personalizada y cada vez que lo hagan se formulen las preguntas anteriores. Además, que se planteen la pregunta de si ellas tratarían así a otra persona. Si la respuesta es no, preguntarse, entonces, por qué lo voy a hacer conmigo misma.

Duración: 20 minutos.

EJERCICIOS PARA CASA.

1º Ejercicio.

Procedimiento:

Realizar a lo largo de la semana una lista con sus objetivos en la vida. Se señala que deben ser objetivos realistas, concretos, y que sean cosas que dependan, exclusivamente, de ellas. Deben traerla para la siguiente sesión.

Duración: 5 minutos.

2º Ejercicio.

Procedimiento:

Se les pide que durante esta semana realicen dos listas; una de sus cualidades, la cual van a titular “soy...”, y otra, con sus logros o capacidades, esta se va a titular “soy capaz de...”. Se les indica que, una vez hecha la primera lista, comparen esta con la que tienen hecha de sus personas de apoyo, e intenten ver qué similitudes y diferencias aparecen.

Una vez hecha la de “soy capaz de...”, si ponen logros, que piensen, antes de conseguirlos, qué grado de dificultad de 0 a 10 aventuraban que iban a tener y, si luego el grado de dificultad se correspondió con el real o por el contrario, fue mayor o menor.

Duración: 10 minutos.

Sesión 5. Asertividad y búsqueda de sentido vital.

Objetivos sesión:

- Fomentar y mejorar el autoconcepto y la autoestima.
- Fomentar autoconfianza y autoaceptación.
- Aceptar y dar un sentido a la vivencia traumática.
- Fomentar la búsqueda de un propósito significativo en la vida.
- Dotar de habilidades de comunicación.

Materiales: Lista de objetivos y de aspectos positivos, pizarra, documento de claves para una comunicación sana, poema *No te rindas*, papel y bolígrafo, lista de derechos asertivos, instrumentos de evaluación.

Actividades:

1º Ejercicio. Estado de ánimo y ansiedad. (Descrito en la sesión 1).

2º Ejercicio. Hacia dónde me dirijo.

Procedimiento:

Se pide que, de una en una, lean en voz alta la lista de objetivos que se les pidió realizar la semana pasada. A continuación, se realizan las siguientes preguntas:

- ¿Qué objetivo consideran más prioritario para ellas? ¿por qué?
- ¿Cómo creen que se sentirán si lo logran?
- ¿Creen que si no lo logran podrán ser feliz igualmente?
- ¿Cómo?
- ¿Cómo pretenden alcanzarlos?

Por último, se pide que desglosen cada en objetivos en los pasos que deben dar para lograrlos y que cuantifiquen esos pasos. Además, se pide que tengan la lista en un lugar visible.

Duración: 30 minutos.

3º Ejercicio. Soy...

Procedimiento:

Se pide que lean en voz alta la lista de aspectos positivos que hicieron sobre ellas la semana pasada y que añadan al final de cada afirmación "... y me gusta". A continuación, se les recomienda colocar esta lista en un lugar visible o en el que suelen pasar bastante tiempo para tenerla muy presente, además, de leerla cada día delante del espejo, mientras disfrutan de ella.

Duración: 15 minutos.

4º Ejercicio. ¿Qué es la asertividad?

Procedimiento:

Se realiza una presentación Power Point en el que se explica lo que es la asertividad.

Duración: 5 minutos.

5º Ejercicio. Tipos de respuesta.

Procedimiento:

A través de un dibujo, en la pizarra, se presenta tres círculos, en los que, en cada uno, aparecen los tres tipos de respuesta y lo que conlleva cada una; agresividad, mis necesidades primero; pasividad, necesidades de los demás primero, y asertividad, todas las necesidades por igual. Además, el terapeuta realiza un role-play, de cada uno de los tipos de respuesta, en el que se le pide a uno de los participantes que le pida dinero prestado, y el terapeuta quiere decir "No".

Por último, se pregunta, ¿cómo se han sentido con cada tipo de respuesta?, ¿cuál creen que suelen dar? Y ¿cuál creen que es la más adecuada?

Duración: 15 minutos.

6º Ejercicio. Decir NO.

Procedimiento:

Se explica la técnica del disco rayado y, a continuación, se da un guion de los pasos a seguir a la hora de decir no. Estos pasos son:

1. Decir No.
2. Dar una explicación, no una justificación. La justificación es una explicación larga.
3. Utilizar la técnica del disco rayado.

4. Ofrecer a la persona a la que estamos diciendo que no un *plan B*, sólo cuando se sientan excesivamente mal.

A continuación, el terapeuta muestra cómo se realizan los pasos anteriores, posteriormente, se pide que uno de los miembros del grupo lo ponga en práctica, el resto del grupo le da feedback y se refuerzan los aspectos positivos. Todos los miembros del grupo deben practicar la técnica.

Duración: 30 minutos.

7º Ejercicio. Comunicación sana.

Procedimiento:

Entregar un documento que se ha creado en el que aparece las claves para una comunicación sana con las personas y poder realizar peticiones. Se pide que se lea tranquilamente en casa, pero antes, se escribe en la pizarra una “formula” de cómo realizar dicha comunicación. Esta es: Yo + emoción + situación + petición.

Duración: 10 minutos.

8º Ejercicio. No te rindas.

Procedimiento:

Se entrega a cada una de ellas el poema *No te rindas* de Benedetti (Soy Literatura, 2014), con una dedicatoria personalizada para cada una. A continuación de leerlo, se pregunta cómo les hace sentir y qué emociones le genera, además, se consulta si les genera sensación de fortaleza y lucha, en caso afirmativo y de que le generen emociones positivas, se les pide que lo lean cada vez que sientan que no pueden hacer frente a las situaciones vitales.

Duración: 5 minutos.

9º Ejercicio. Lista de empoderamiento.

Procedimiento:

En esta última sesión, la frase que se escribe en la lista es:

- No te rindas.

Duración: 3 minutos.

EJERCICIOS PARA CASA:

1º Ejercicio. Tengo derecho a...

Procedimiento:

Se les proporciona una lista con derechos asertivos que se ha creado (anexo 5). A continuación, se les pide que realicen ellas mismas, en casa, una lista personalizada, la cual se va a titular “Tengo derecho a...”. Una vez acabada esta lista pegarla junto a la otra y tenerlas muy presente, además, intentar leer ambas una vez al día en voz alta.

Duración: 10 minutos.

2º Ejercicio. Evaluación.

Procedimiento:

Se envía por correo electrónico el material de evaluación que las participantes completaron al inicio para que lo devuelvan cumplimentado.

Duración: 5 minutos.

6.6. CRONOGRAMA.

A continuación, se muestra el cronograma del programa de intervención en el que aparece la fecha de cada sesión y su duración.

Tabla 1.

Cronograma de las sesiones que se desarrollan en el programa de intervención.

Sesiones	Fecha	Duración
Sesión 1. Comprender y aceptar mis emociones.	Martes 19 noviembre 2019	17:30-19:30
Sesión 2. Aceptación y apoyo social.	Martes 26 noviembre 2019	17:30-19:30
Sesión 3. ¿Quién soy? Me quiero y me acepto.	Martes 03 diciembre 2019	17:30-19:30
Sesión 4. Mi mente, mis logros y mis objetivos.	Martes 10 diciembre 2019	17:30-19:30
Sesión 5. Asertividad y búsqueda de sentido vital	Martes 17 diciembre 2019	17:30-19:30

6.7. EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.

Tal y como se indicó en el apartado 5. *Método*, se realiza una medida post-test tras finalizar la intervención con el propósito de comprobar la eficacia del programa de intervención sobre resiliencia y CPT en mujeres que han sufrido VG. Para ello, se comparan las puntuaciones obtenidas con las recabadas al inicio (medida pre-test).

Los resultados obtenidos tras la intervención en resiliencia, a través de la BRS, muestran una puntuación global media de 90 puntos de los 120 que se podían obtener, observándose una mejora respecto al inicio del programa en el que se obtuvo una puntuación global media de 52 puntos, lo que indica que el programa ha sido efectivo en relación al desarrollo de resiliencia en VG (figura 1). Por otro lado, respecto a los datos recabados de CPT, mediante la PTGI, presentan una puntuación global media de 340 de los 420 que se podían alcanzar, lo que indica un progreso en este ámbito, ya que al inicio se obtuvo una puntuación de 275, lo cual muestra que el programa es efectivo en relación al fomento de CPT en VG (figura 2). Por último, respecto a las puntuaciones obtenidas acerca del impacto de las creencias básicas, medidas mediante el IBQ, la puntuación global media post-test fue de 190 del máximo posible de 336, lo que pone de manifiesto que no hay diferencias significativas en comparación con el inicio, momento en el que se alcanzó una puntuación media de 182 (figura 3), lo que lleva a pensar que probablemente el impacto en las creencias básicas no interfiera en el desarrollo de resiliencia y CPT, ya que aun no presentando un cambio significativo en ellas se ha logrado mejoras en ambos factores.

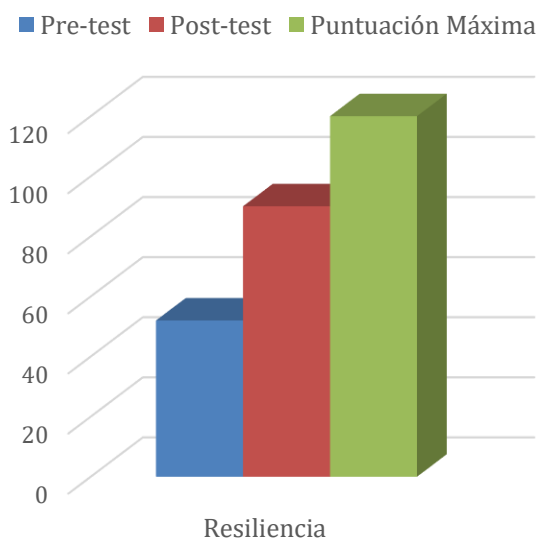


Figura 1. Pretest-postest y puntuación máxima resiliencia.

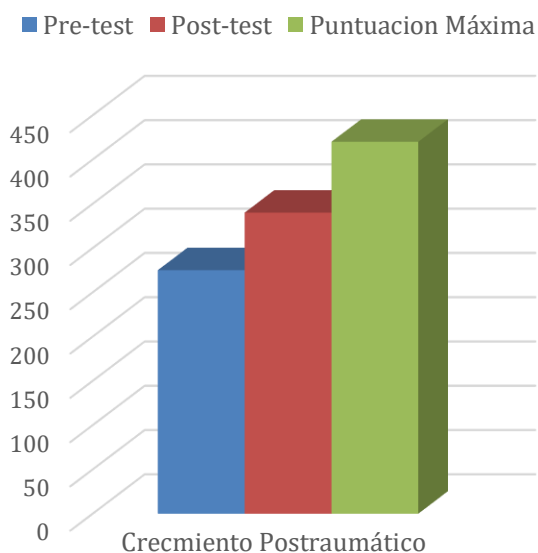


Figura 2. Pretest-postest y puntuación máxima crecimiento postraumático.

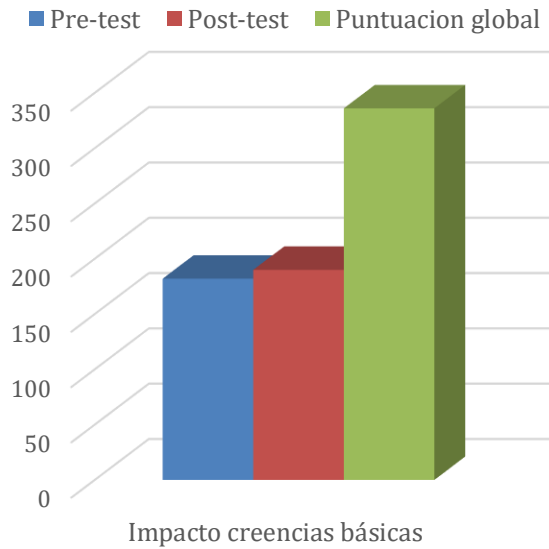


Figura 3. Pretest-posttest y puntuación máxima impacto creencias básicas

A continuación, se muestran las puntuaciones pretest-posttest de cada una de las participantes, junto a las puntuaciones máximas que se podían obtener para las áreas en las que se perseguían un cambio significativo, resiliencia (figura 4) y CPT (figura 5).

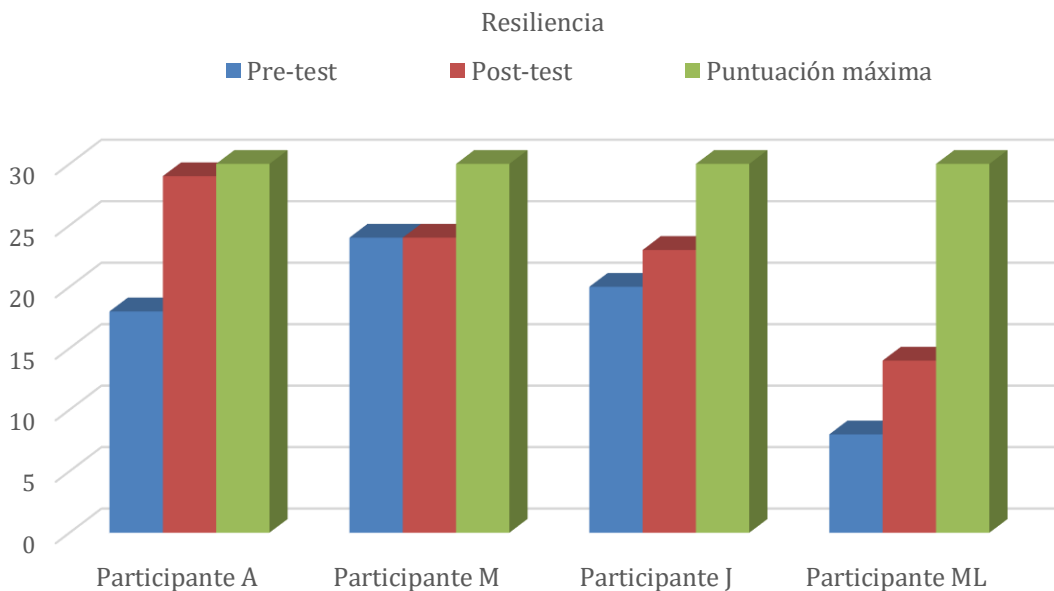


Figura 4. Pretest-posttest y puntuaciones máximas de todas las participantes del programa para factor resiliencia.

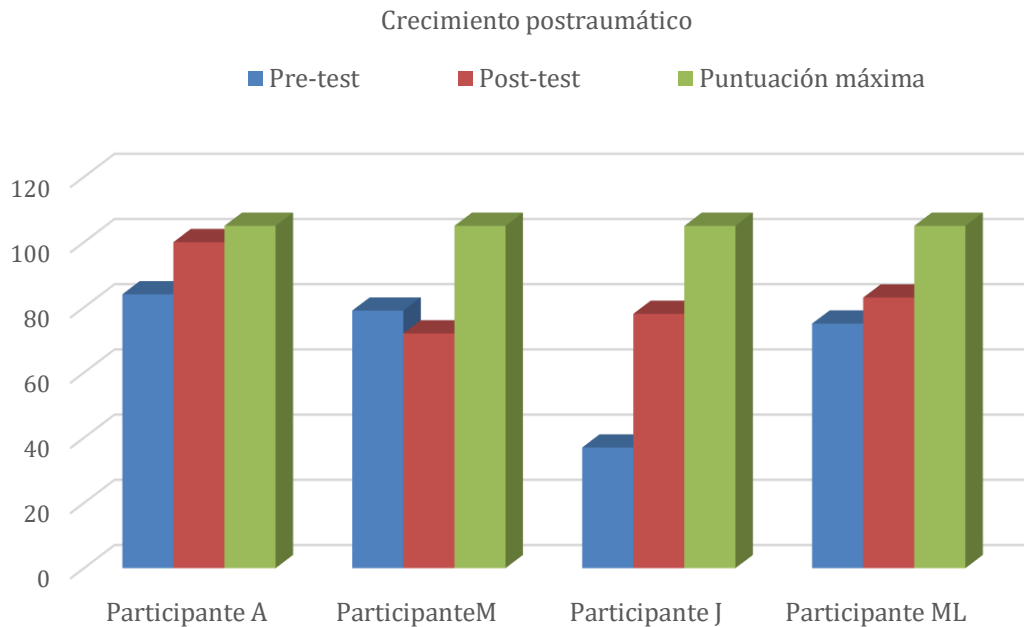


Figura 5. Pretest-postest y puntuaciones máximas de todas las participantes del programa para factor CPT.

Tal y como se observa en las gráficas se han conseguido avances y mejoras en ambas áreas en todos los miembros del grupo, excepto en una (participante **M**), la cual, en relación a la resiliencia, ha mantenido unas puntuaciones estables, mientras que para CPT se observa una disminución de 7 puntos en comparación con la medida tomada al inicio, esto podría ser porque dicha participante continuaba manteniendo una relación de pareja con la persona por la que había sido maltratada. Por otro lado, se observa en el área de CPT que las puntuaciones de una las participantes destacan por encima de las demás, (**J**), se considera que puede estar relacionado con hallarse en el inicio del periodo de ruptura, por lo que es posible que, al inicio de dicho periodo, sea cuando más se beneficie una persona del programa. Aunque también, se observa como **J** y **ML**, dos participantes que finalizaron la relación de pareja años atrás; aunque la segunda continúa conviviendo con el agresor, se han beneficiado del programa tanto para resiliencia como para CPT. De hecho, las puntuaciones de **A** distan de alcanzar la máxima puntuación en resiliencia en 1 punto, y en 5 para CPT.

Por otro lado, analizando las respuestas cualitativas, se observa que todas las participantes tienen una visión menos negativa y absolutista sobre la vivencia. Los cambios más llamativos se observan en relación a las preguntas de si creen que han crecido a través de la experiencia y han desarrollado recursos. Por ejemplo, **J**, la primera vez que se le formularon ambas preguntas, respondió lo siguiente: “no, me ha hecho pequeña, me siento pequeñita, una mierda” y “No lo sé... antes sabía defenderme, pero

ahora esa habilidad la he perdido". Tras acabar el programa sus respuestas ante las mismas cuestiones fueron: *"Sí, me ha servido para crecer. He aprendido a valorarme, saber que no quiero en mi vida. He recuperado antiguos intereses y las ganas por mejorar mi vida en mi propio beneficio y el de mis hijos. He recuperado la confianza en las personas y me ha servido también para ver que hay gente buena y que quién menos lo esperas está ahí para apoyarte y ayudarte de manera desinteresada"* y *"Sí, ha hecho que vea las cosas, y en general la vida de otra manera. Me ha servido para aprender a afrontar las cosas de otra manera, de manera algo más relajada"*. Esto indica que las puntuaciones obtenidas en CPT concuerdan con las respuestas dadas a las preguntas cualitativas formuladas respecto a este ámbito.

Para finalizar, se suministró un cuestionario *ad hoc* de valoración sobre el programa y la terapeuta (anexo 6), para conocer cuánto de útil lo consideran, qué creen que les ha aportado, aspectos a mejorar, entre otros. Se extrae de este una valoración muy positiva, tanto del programa como de la terapeuta, ya que indican cosas tales como: *"me ha aportado amarme antes de amar a otra persona; he aprendido muchas cosas, valorarme, entender que no tengo culpa, saber reaccionar de manera diferente ante situaciones adversas y algo muy importante, aprender a decir NO sin tener miedo a las consecuencias"*. Respecto a la terapeuta, indican que valoran: *"su cariño, empatía, ha respetado la situación de cada una de una manera excepcional, su profesionalidad, su aportación de conocimientos ha sido de un valor brutal, el ambiente de seguridad que proporcionaba, la positividad que contagia..."*. Todas indican que no cambiarían nada del programa, excepto una que indica que le gustaría que hubiera más sesiones. En las tres preguntas de escala Likert, todas indicaron el máximo de puntuación (10) para cada cuestión.

7. CONCLUSIONES

A consecuencia del estudio realizado y los resultados obtenidos respecto al objetivo general, *desarrollar, implementar y comprobar la eficacia de un programa de intervención sobre resiliencia y CPT en mujeres que han sufrido VG*, se considera lo siguiente:

Primero, se ha alcanzado el objetivo principal del programa, el cual era promover resiliencia y CPT en esta población en concreto, por lo que el programa demuestra su eficacia.

Segundo, se considera, en base a los resultados, que se puede promover resiliencia y CPT sin tener que intervenir en los pensamientos/creencias básicas, por lo que se valora enfocar las intervenciones con esta población, prioritariamente, desde una perspectiva de psicología positiva en lugar de cognitiva, sin dejar de tener en cuenta esta última y el valor añadido que podría aportar.

Tercero, en base a las historias que han sido narradas por este grupo de mujeres, se coincide en la idea expresada al inicio del estudio por diferentes autores, acerca de que el ser humano tiene más capacidades de las que hasta el momento se había pensado para afrontar situaciones adversas, ya que han experimentado circunstancias tremendamente dolorosas y, a pesar de ello, han logrado continuar hacia delante con sus vidas.

Cuarto, en relación a lo anterior, se estima oportuno otorgar un mayor valor a las capacidades de afrontamiento que el ser humano desarrolla en situaciones adversas o traumáticas, más que a la psicopatología que puedan presentar, aunque sin dejar de seguir trabajando en ellas. Sin embargo, se sugiere que se debería poner el foco de atención y realizar un mayor número de investigaciones en relación a la capacidad de afrontamiento.

Señalar, que una de las limitaciones principales que se ha hallado al desarrollar el programa ha sido la escasa investigación acerca de promover resiliencia en el ámbito de la VG, menos aún, sobre CPT con esta población, por lo que se considera de suma importancia que se realicen un mayor número de investigaciones sobre ambas dada la alta prevalencia que tiene, desafortunadamente, la VG en nuestra sociedad; además, de los beneficios que, tanto la resiliencia como el CPT, aportan a las mujeres que han sufrido VG. Otras de las limitaciones, ha sido no poder desarrollar el programa como en un inicio fue planteado, ya que han sucedido situaciones, tales como: que una de las miembros del grupo no hubiese sufrido VG o tener que parar la sesión porque esta misma persona simulase una crisis de ansiedad, ente otras situaciones.

Por ello, se considera muy importante el saber adaptarse a las nuevas circunstancias, tener una actitud proactiva, saber reducir la frustración, contar con una buena autorregulación, tener habilidades de resolución de problemas, ser asertiva, etc.; además de reajustar las expectativas.

Adicionalmente, indicar que sería necesario realizar un mayor número de sesiones para afianzar los objetivos alcanzados, desarrollar el programa con una muestra mayor, ya que de esta forma se podría comprobar de forma más efectiva su eficacia, también, en rangos de edad diferentes, al fin de comprobar qué resultados se obtienen en ellos. Además, de realizar una segunda recogida de datos transcurrido un periodo de tiempo

desde la finalización del programa para comprobar si se siguen manteniendo los objetivos alcanzados, y efectuar medidas pre-test y post-test en un grupo control, con la finalidad de comprobar si los cambios que se han producido se deben al programa o a otros factores.

Destinado a los profesionales, aspectos que se consideran necesarios resaltar, bajo la experiencia y enorme oportunidad de haber trabajado con estas mujeres, son lo importante que es mostrar respeto absoluto a la persona, calidez, cercanía (hablar de igual a igual), ponerse en los *zapatos* de ella, pero nunca desde una actitud condescendiente o de compasión, nunca victimizando a la persona, sino siempre mostrándole cuán fuerte es por haber estado soportando esa situación, más aun, por haber salido de ella, haciéndole ver sus capacidades, valores y fortalezas.

Para finalizar, conviene recordar la necesidad e importancia de ampliar la investigación sobre cuáles son las características y procesos que favorecen una recuperación más exitosa de las mujeres que sufren VG, sobre todo, desarrollar programas de intervención teniendo en cuenta estos mecanismos. Este cambio de planteamiento, tanto en la investigación como en la intervención, favorecerá la no victimización de las mujeres, el desarrollo de estrategias que ayuden a afrontar la situación adversa de forma más proactiva y productiva, y realizar intervenciones de forma más exitosa cuando acontecen.

8. REFERENCIAS

- Álvarez-Andreu, M.D. (2017). *Resiliencia y sintomatología clínica en mujeres víctimas de violencia de género* (tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 2, 227-246.
- Anderson, K.M., Renner, L.M., y Danis, F.S. (2012). Recovery: resiliencie and growth in the aftermath of domestic violence. *Violence Against Women*, 18(11), 1278-1299. doi: [10.1177/1077801212470543](https://doi.org/10.1177/1077801212470543)
- Beck, A.T., John-Rush, A., Shaw, B. F., y Emery, G. (2012). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclee de Brouwer.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146
- Bilbao, M. (2009). *Creencias sociales y bienestar: Valores, creencias básicas, impacto de los hechos vitales y crecimiento psicológico*. (Tesis Doctoral). Universidad Del País Vasco, España.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bonet, V.J. (1997). *Sé amigo de ti mismo: Manual de autoestima*. Santander, España: Sal Terrae.
- Burns, D. (1995). *Sentirse bien*. España: Atalaya.
- Cabral, B.E., y Silva, C.C. (2009). Una ética de la alteridad y la diferencia. Por el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Ensayo y Error*. 18(36), 121-139. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5777164>
- Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336. doi:[10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
- Calhoun, L.G., Cann, A., Tedeschi, R.G., y McMillan, J. (1998). Traumatic events and generational differences in assumptions about a just world. *Journal of Social Psychology*, 138, 789-791.

- Calhoun, L.G., y Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Calhoun, L.G., y Tedeschi, R.G. (2000). Early Posttraumatic Interventions: Facilitating Possibilities for Growth. En J.M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*. Springfield, IL: C.C. Thomas
- Calhoun, L.G., y Tedeschi, R.G. (2001). Posttraumatic growth: The positive lesson of loss. En R.A. Neimeyer (Ed.), *Meaning construction and the experience of loss*, Washington, D.C: APA Books.
- Carver, C.S. (1998). Generalization, adverse events, and development of depressive symptoms. *Journal of Personality*, 66, 607-619.
- Cobb, R.A., Tedeschi, G.R., Calhoun, G.L., y Cann, A. (2006). Correlates of Posttraumatic Growth in Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 895-903. doi: [10.1002/jts.20171](https://doi.org/10.1002/jts.20171).
- Coker, A.L., Davis, K.E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H.M., Smith, P.H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med* 23(4), 260-8. Doi: 10.1016/s0749-3797(02)00514-7.
- Colomina, B. (27 de diciembre de 2019). Cómo mejorar la autoestima en ocho minutos. ABC. Recuperado de https://www.abc.es/bienestar/psicologia-sexo/meditacion/abci-meditacion-guiada-como-mejorar-autoestima-ocho-minutos-201912080210_video.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F
- Consejo General del Poder Judicial (CGPJ, 2015). *La violencia sobre la mujer en estadística judicial. Datos anuales de 2015*. Recuperado de <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estadistica-por-temas/Datos-penales--civiles-y-laborales/Violencia-domestica-y-Violencia-de-genero/Victimas-mortales-de-violencia-de-genero-y-violencia-domestica-en-ambito-de-la-pareja-o-ex-pareja/>.
- Corsini, S. (2004). *Everyday emotional events and basic beliefs*. (Tesis Doctoral). University of Louvain, Bélgica.
- Cyrlunik, B. (2013). *Los patitos feos. La resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida*. España: Debolsillo.

- Dutton, D.G., y Painter, S.L. (1981). Traumatic bonding: The development of emotional attachment in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology: An International Journal*, 6(1-4), 139-155.
- Dutton, D.G., y Painter, S.L. (1993). The battered woman syndrome: Effects of severity and intermittency of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(4), 614-622.
- Ellis, A. (1990). *Aplicaciones Clínicas de la Terapia Racional Emotiva*. España: Desclee De Brouwer.
- El parque de las emociones. (Productor). (17 de noviembre de 2016). *Ejercicio Indefensión aprendida subtítulo. Porque no lo intentamos más* [DVD]. De: <https://www.youtube.com/watch?v=GO5kPUeooU>
- European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Violence against women: An EU-wide survey. Main results*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fernández, A. (21 enero de 2016). Un pez debe ser pez. Aida Fernández Psicóloga [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://aidafernandezpsicologa.com/un-pez-debe-ser-pez/>
- Fernández-Lansac, V. y Crespo, L. M. (2011). Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: una revisión. *Clínica Y Salud*, 22(1), 21-40. doi: 10.5093/cl2011v22n1a2
- Folkman, S. y Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654
- Fredrickson, B.L. y Tugade, M.M. (2003). What Good are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-27
- García-Moreno, C. (2005) (Coord.). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. Ginebra: OMS.
- Gillham, J.E. y Seligman M. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behavior Research and Therapy*, 37, 163-173
- Golding, J.M (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of family violence*, 14(2), 99-130.

- Graziano, P. (s.f.). El anillo del rey. Psicología estratégica [Mensaje en un blog].
Recuperado de <https://psicologia-estrategica.com/el-anillo-del-rey/>
- Instituto de la Mujer (2019). *Mujeres en Cifras, Violencia, Víctimas Mortales por Violencia de Género*. Recuperado 15 octubre de 2019 de
<http://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Violencia/VictimasMortalesVG.htm>.
- Jaramillo-Vélez, D.E., Ospina-Muñoz, D.E., Cabarcas-Iglesias, G. y Humphreys, J. (2005). Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres mal tratadas. *Revista de Salud Pública*, 7(3), 281-292.
- Jaramillo, D.E., Uribe, T.L., Ospina, D.E. y Carabacas, G.C. (2006). Medición de distrés psicológico en mujeres maltratadas, Medellín, 2003. *Colombia médica*, 37(2), 133-141.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: The Macmillan Company.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. y Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Long, G.M., y McNamara, J.R. (1989). Paradoxical punishment as it related to the battered women syndrome. *Behavior modification*, 13, 192-205.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer: realidades y mitos*. Barcelona, España: Ares y Mares
- Luthar, S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562
- Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D. Cicchetti y D.J. Cohen (Eds.) *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*. Vol. 3 (2th edition). Nueva York: Wiley.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary Magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- McMillen, C., Zuravin, S. y Rideout, G. (1995). Perceived benefit from child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 1037-1043.
- Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2020). *Mujeres víctimas mortales por violencia de género en España a manos de sus parejas o exparejas. Datos provisionales*. Recuperado de
http://www.violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/Vmortales_2020_27_02.pdf

- Naciones Unidas (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Artículo 1.* (p. 2).
- O'Leary, V.E. (1998). Strength in the face of adversity: individual and social thriving. *Journal of Social Issues*, 54(2), 425-445.
- Olsson, C., Bond, L., Burns, J., Vella-Brodorick, D., y Sawyer, S. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1-11.
- OMS (1996). *Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. WHA 9.25. Prevención de la violencia.: una prioridad en salud Pública*, Ginebra.
- OMS (1998). *Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario*. Salud Familiar y Reproductiva OPS, División de Salud y Desarrollo. Washington. OMS/OPS.
- OMS (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. OMS/OPS, Washington, D.C
- ONU: Secretario General de Naciones Unidas (2006). *Poner fin a la violencia contra la mujer: De las palabras los hechos. Estudio del Secretario General Naciones Unidas*, 2006. Recuperado de:
<https://www.refworld.org/es/docid/5b6892064.html>
- Páez, D., Vázquez, C., Bosco, S., Gasparre, A., Iraurgi, I., y Sezibera, V. (2011). Crecimiento post-estrés y post-traumático. En D. Páez, C. Martín Beristain, J. L. Gonzalez-Castro, N. Basabe y J. De Rivera (Eds.), *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz* (pp.311-342). Madrid: Fundamentos.
- Park, C.L. (1998). Stress-related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 54(2), 267-277.
- Rodríguez-Rey, R., Alonso-Tapia, J., y Hernansaiz-Garrido, H. (2016). Reliability and validity of the Brief Resilience Scale (BRS) Spanish Version. *Psychological assessment*, 28(5), 101-110. doi: 10.1037/pas0000191.
- Saakvitne, K.W., Tennen, H., y Affleck, G. (1998). Exploring thriving of clinical trauma theory: constructivist self development theory. *Journal of Social Issues*, 54(2):279-299.
- Salvador-Sánchez, L. (2015). Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, 1, 103-113. Recuperado de <https://revistas.uam.es/revIUEM/article/view/416>

- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: WH Freeman.
- Seligman, M., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction, *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Suarez, N. E. (2004). Perfiles de Resiliencia. En N.E. Suarez, M. Munist, M.A. Kotliarenco, (Eds.). *Resiliencia tendencias y perspectivas*. Argentina: Fundación Bernard van Leer. UNLA.
- Soy Literatura, Cultura, Arte, Literatura y Tecnología. (24 de febrero de 2018). No te rindas poema atribuido a Benedetti ¿Quién es el autor real? [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://soyliterauta.com/no-te-rindas/>
- Tedeschi, R.G., y Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Valentine, L.N., y Feinauer, L.L. (1993). Resilience Factors Associated with Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. *American Journal of Family Therapy*, 21(3), 216-224.
- Vanistendael, S., y Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Vendetta. L. (24 noviembre, 2019). Ciclo de la violencia machista [Ilustración]. Recuperado de <https://www.instagram.com/p/B5QxM9ro1t/>
- Vera-Poseck, B., Carbelo-Baquero. B. y Vecina-Jiménez, M.L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827106>
- Walker, L. (1979). *The Battered Women*. Nueva York: Harper and Row.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54(1), 21-29
- Walker, L. (2000). *Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychoterapist*. Washington: American Psychological Association
- Walker, L. (2012). *El síndrome de la mujer maltratada*. España: Desclée de Brouwer.
- Wathen, C.N., MacGregor, J.C., Hammerton, J., Coben, J.H., Herrman, H., Stewart, D.E. y MacMillan, H.L. (2012). Priorities for research in child maltreatment, intimate partner violence and resilience to violence exposures: results of an

international Delphi consensus development process. *BMC Public Health*, 12(684). doi: [10.1186/1471-2458-12-684](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-684)

WHO (1996). *Prevention of violence: a public health priority*, WHA.49.25

Wilson, K.G., y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide

Zautra, A. J., Hall, J. S., y Murray, K. E. (2010). Resilience: A new definition of health for people and communities. En J.R. Reich, A.J. Zautra, y J.S. Hall (Eds). *Handbook of Adult Resilience* (pp3-30). New York: Guilford.

9.ANEXOS.

Anexo 1. Entrevista Personal.

DATOS PERSONALES, ESTADO DE ÁNIMO Y ANSIEDAD

Iniciales: Estado de ánimo 0 a 10 (0 nada, 10 todo):
Edad: Estado de ansiedad 0 a 10 (0 nada, 10 todo):
Estado Civil:
Situación Laboral:

FAMILIA

¿Tienes hijos?
¿Cuántos?
¿Qué edades tienen?
¿Están a tu cargo?
¿Cómo es la relación con ellos?

¿Tienes apoyo económico para mantenerlos?
¿Tienes hermanos o hermanas?
¿Cómo es tu relación con ellos?

¿Tienes padres?
¿Cómo es tu relación con ellos?

ANTECEDENTES FAMILIARES Y SALUD

¿Cómo describirías tu infancia?

¿Y la relación de tus padres?

¿Cómo fue la relación entre tú y tus padres? ¿con tus hermanos?

¿Algún familiar ha padecido o padece problemas psicológicos o psiquiátricos?
¿Cuáles?
¿Has padecido o padeces alguna enfermedad? ¿Cuál?
¿Tomas alguna medicación?
¿Alguna vez has acudido en busca de ayuda psicológica? ¿Cómo te sentiste? ¿Crees que te ayudó? ¿de qué forma?

APOYO SOCIAL

¿Tienes amigos?

¿Cuántos?

¿Cómo describirías tu relación con ellos?

¿Con qué frecuencia sueles quedar con ellos?

¿Hay personas que no consideres de tu círculo de amigos pero que sientas que son un gran apoyo para ti? ¿Quiénes? ¿Por qué lo consideras así?

RELACIÓN DE PAREJA

¿Cuánto tiempo hace que dejaste la relación de pareja?

¿En su momento interpusiste una denuncia? ¿Actualmente tiene orden de alejamiento?

¿Qué visión tienes de él?

¿En este momento de tu vida sientes miedo? ¿Por qué?

Describe en 3 o 4 frases la vivencia de haber estado con esa pareja.

¿Crees que has crecido a través de esta experiencia? ¿Por qué? ¿De qué forma?

¿Crees que esta vivencia te ha hecho desarrollar recurso que creas que te va ayudar a enfrentarte a situaciones vitales difíciles?

MIEDOS

¿A lo largo de tu vida has sido una persona que has tenido muchos miedos? ¿Cuáles?

¿Crees haber superado esos miedos? ¿Cómo?

¿Te describirías como una persona miedosa?

¿Actualmente tienes miedos? ¿Cuáles? ¿Por qué?

¿Cuál crees que es tu mayor miedo? ¿Te vez capaz de superarlo?

¿Qué recursos crees que tienes a la hora de enfrentar tus miedos?

AUTOCONCEPTO

Descríbete en 3 o 4 líneas.

¿Cuál crees que son tus puntos fuertes? ¿Cuáles tus puntos menos fuertes?

¿Qué es lo que más te gusta de ti?

¿Crees que los demás tienen la misma visión de ti que tú misma? ¿ellos te ven mejor de lo que te ves tú o a la inversa? ¿Por qué crees que es así?

¿Qué cosas de ti misma te gustaría conservar y qué cosas te gustaría mejorar? ¿Por qué?

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Normalmente cuando tienes un problema, ¿cómo sueles enfrentarte a él? (con decisión, evitas enfrentarte, con miedo).

¿Te vez capaz de resolver los problemas de tu vida? ¿Cómo?

¿Te consideras una persona con recursos para enfrentarte a los problemas? ¿Cuáles?

¿Sueles pedir ayuda a los demás para resolver tus problemas?

¿Tienes más en cuenta la opinión de los demás a la hora de enfrentarte a las situaciones que la tuya propia?

¿Consideras que la opinión de terceros te afecta? ¿De qué manera? ¿por qué crees que te afecta?

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

¿Consideras que te cuesta pedirle un favor a los demás? ¿Por qué?

Cuando los demás te piden un favor y no te apetece hacerlo, ¿dices que no? ¿Por qué?

Cuándo tienes un problema con los demás, ¿sueles comunicarlo? ¿de qué forma?

¿Consideras que tienes facilidad o dificultad para expresar tu opinión libremente? ¿Por qué?

ACTIVIDADES GRATIFICANTES

¿Qué actividades realizas que te resultan gratificante?

¿A veces haces actividades individualmente o casi siempre con otras personas? ¿Por qué?

¿Qué cosas sueles hacer por simple placer y que te hagan disfrutar?

¿Prefieres las actividades en grupo que individuales? ¿Por qué?

¿Consideras que dejaste de hacer cosas con las que disfrutabas cuando estabas en tu relación? ¿Cuáles?

¿Actualmente realizas esas actividades?

¿Te gustaría volver a realizarlas?

¿Cómo crees que podrías hacerlo?

¿Crees que hay alguna otra cosa relevante que no te haya preguntado que quieras contarme?

Anexo 2. Fotografía de la sala en la que se desarrolla el programa.



Anexo 3. Resumen distorsiones cognitivas.

Distorsiones cognitivas (resumen).

1. PENSAMIENTO TODO-O-NADA: Usted está viéndolo todo en categorías blanco-o-negro. Si sus resultados no llegan a ser perfectos, Se considera un completo fracaso.

2. GENERALIZACIÓN EXCESIVA: Usted considera un solo hecho negativo como si fuese un completo modelo de derrota.

3. FILTRO MENTAL: Usted escoge un solo detalle negativo y se fija exclusivamente en él, de modo que su visión de toda la realidad se oscurece, como la gota de tinta que tiñe toda la jarra de agua.

4. DESCALIFICACIÓN DE LO POSITIVO: Usted rechaza las experiencias positivas insistiendo en que «no cuentan», por una u otra razón. De este modo puede mantener una creencia negativa que se contradice con sus experiencias cotidianas.

5. CONCLUSIONES APRESURADAS: Usted hace una interpretación negativa aunque no existan hechos definidos que fundamenten convincentemente su conclusión.

a) **La lectura del pensamiento:** Usted decide arbitrariamente que alguien está reaccionando de modo negativo con respecto a usted, y no se toma la molestia de averiguar si es así.

b) **El error del adivino:** Usted prevé que las cosas resultarán mal, y está convencido de que su predicción es un hecho ya establecido.

6. MAGNIFICACIÓN (CATÁSTROFE) o MINIMIZACIÓN: Usted exagera la importancia de las cosas (como, por ejemplo, un error suyo o el logro de algún otro), o reduce las cosas indebidamente hasta que parecen diminutas (sus propias cualidades más notables o las imperfecciones de otro). A esto se le denomina también el «truco binocular».

7. RAZONAMIENTO EMOCIONAL: Usted supone que sus emociones negativas reflejan necesariamente lo que son las cosas en la realidad: «Lo siento, luego es verdad».

8. ENUNCIACIÓN «DEBERÍA»: Usted trata de motivarse con «deberías» y «no deberías», como si tuvieran que azotarlo y castigarlo antes de esperar que usted haga algo. La consecuencia emocional es la culpa. Cuando dirige este tipo de enunciación hacia los demás, siente irritación, frustración y resentimiento.

9. ETIQUETACIÓN Y ETIQUETACIÓN ERRÓNEA: Esta es una forma extrema de generalización excesiva. En lugar de describir su error, usted le pone una etiqueta negativa para usted mismo: «Soy un perdedor». Cuando la conducta de alguien no le sienta bien, le pone otra etiqueta negativa: «Es un maldito piojoso». La atribución de etiquetas erróneas implica la descripción de un hecho con un lenguaje muy vivido y con una gran carga emocional.

10. PERSONALIZACIÓN: Se ve a sí mismo como la causa de algún hecho negativo externo del cual, en realidad, usted no ha sido básicamente responsable.

Anexo 4. Lista “Me descubro a mí misma, haciéndome cosas que me hacía él”.

- Me infravaloro. Ejemplo, todo lo haces mal, no vales nada, no eres buena en nada, etc.
- Me insulto. Ejemplo: Soy tonta, soy inútil, soy una mala persona, etc.
- Me culpabilizo. Ejemplo, todo esto ha pasado porque no eres lo suficientemente buena, todo esto me lo he buscado yo, soy la única culpable de que esto haya pasado, tienes la culpa de todo, etc.
- Me limito. Ejemplo, no soy capaz, no voy a poder con esto, no voy a poder olvidar a esta persona, no voy a encontrar a alguien que me quiera, no voy a ser feliz, etc.
- Me impido a mí misma hablar con otras personas.
- Continuo sin ponerme la ropa que tanto me gustaba y con la que me sentía guapa.
- Continuo sin maquillarme o peinarme tanto como me gusta, a pesar de que eso me hace sentir mal con mi imagen y mi autoestima empeora.
- Me impido salir y hacer actividades que me resultan gratificantes. Ejemplo, para qué vas a salir, no te mereces disfrutar, debes quedarte en casa cuidando de los tuyos, salir por ahí tarde es peligroso.
- Me impido disfrutar. Ejemplo, no te mereces disfrutar de las cosas, no me apetece hacer cosas, etc.
- Me sigo callando opiniones. Ejemplo, no tienes nada importante que decir, seguramente a la gente no le importe me opinión, seguro que piensan que lo que voy a decir es una tontería, anda, cállate, estás más guapa callada, etc.

Anexo 5. Lista de derechos asertivos.

DERECHOS ASERTIVOS:

TÚ TIENES DERECHO A TENER DERECHOS.

- 1.Derecho a ser tratado con RESPETO y DIGNIDAD.
- 2.Derecho a tener y expresar sentimiento y opiniones.
- 3.Derecho a pedir lo que quiero, teniendo en cuenta que el otro tiene derecho a decir NO.
- 4.Derecho a ser escuchado y tomado en serio.
- 5.Derecho a cambiar de opinión.
- 6.Derecho a decidir qué hacer con mi tiempo, cuerpo y propiedades sin que se violen derechos de otros.
- 7.Derecho a cometer errores.

- 8.Derecho a hacer lo que me apetezca siempre que no se violen los derechos de los demás.
- 9.Derecho a decidir.
- 10.Derecho a estar solo.
- 11.Derecho a ser independiente.
- 12.Derecho a gozar y disfrutar.
- 13.Derecho a tener éxito.
- 14.Derecho a decir NO.
- 15.Derecho a sentirme orgulloso y a gusto con mis logros y conmigo mismo.
- 16.Derecho a pedir información y ser informado.
- 17.Derecho a decidir no ser asertivo.
- 18.Derecho a superarme, aun superando a los demás.
- 19.Derecho a obtener aquello por lo que pagué.

Anexo 6. Valoración del programa y la profesional

VALORACIÓN PERSONAL Y DEL PROGRAMA.

Iniciales:

1. ¿De 0 a 10 (0 es nada y 10 mucho) cuánta información habéis recibido sobre lo que ibais a realizar en las sesiones?
2. ¿De 0 a 10 cuánto de flexible a la hora de proponer nuevos temas o dar vuestra opinión pensáis que ha sido?
3. ¿De 0 a 10 cuánto de útiles crees que te han sido las sesiones? ¿Por qué?
- 4.¿Qué consideras que has aprendido con el programa?
- 5.¿Cambiarías algo de las sesiones dadas? En caso afirmativo indica el qué.
- 6.¿Qué es lo que más te ha gustado de las sesiones?
7. ¿Qué sesión o sesiones han sido los que más te han gustado y cuáles menos?
¿Por qué?
8. ¿Qué es lo que más te ha gustado de Leticia?
9. ¿Cambiarías algo de Leticia impartiendo el programa? En caso afirmativo indica el qué.

Sugerencias u otros comentarios: