

# Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

## PROPUESTA DE INTERVENCIÓN BASADA EN EL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN PAREJA

**Presentado por:** Antònia Maria Nicolau Vaquer

**Tutor/a académico/a:** Dra. D<sup>a</sup> HELENA GARRIDO

**Alcalá de Henares, 7 de marzo de 2022**

## Índice

1. Introducción y justificación .....	4
2. Objetivos e hipótesis .....	5
3. Marco teórico	
3.1 La violencia de género	
3.1.1. Conceptualización .....	5
3.1.2. Prevalencia .....	7
3.1.3 Etiología de la violencia de género .....	8
3.1.4. Mantenimiento de la violencia de género .....	9
3.1.5. Consecuencias de la VG .....	11
3.1.6. Crecimiento posttraumático en violencia de género .....	13
3.2 Programas de intervención previos en mujeres víctimas de violencia de género.	15
4. Metodología de investigación .....	22
5. Propuesta de intervención	
5.1. Presentación de la propuesta .....	23
5.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta .....	25
5.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta .....	26
5.4. Metodología y recursos .....	27
5.5. Sesiones de la propuesta de intervención .....	29
5.6. Cronograma de aplicación .....	38
5.7. Evaluación de la propuesta .....	39
6. Conclusiones .....	42
7. Referencias .....	42
8. Anexos .....	52

## **Resumen**

La violencia de género sigue mostrando una alta prevalencia en todo el mundo, por lo que se hace necesario revisar las principales intervenciones y sus limitaciones. La presente propuesta de intervención se centra en promover el desarrollo de crecimiento postraumático en las mujeres víctimas de violencia de género en pareja a través del empoderamiento y la resignificación vital. De esta forma, se ha desarrollado un programa de intervención que pretende un abordaje integral desde la perspectiva de género. El programa se divide en dos módulos, uno individual para trabajar la sintomatología clínica específica de cada caso, y uno grupal que trabaja el empoderamiento (desde la autoestima, las fortalezas personales y los límites) y el área social y sexual. Se realizará una evaluación pre y post intervención y, también, a tres y seis meses para asegurar el mantenimiento de los resultados.

## **Palabras clave**

*Violencia de género; crecimiento postraumático; perspectiva de género; intervención grupal; empoderamiento.*

## **Abstract**

Gender based violence continues to show a high prevalence throughout the world, so it is necessary to review the main interventions and their limitations. This intervention proposal focuses on promoting the development of post-traumatic growth in women victims of domestic violence through empowerment and vital resignification. In this way, an intervention program has been developed that seeks a comprehensive approach from the gender perspective. The program is divided into two modules, an individual one to work on the specific clinical symptoms of each case, and a group one that works on empowerment (from self-esteem, personal strengths and limits) and the social and sexual area. A pre- and post-intervention evaluation will be carried out and, also, at three and six months to ensure the maintenance of the results.

## **Key words**

*Gender based violence; posttraumatic growth; gender perspective; grupal intervention; empowerment.*

## **1. Introducción y justificación**

Las alarmantes cifras nos muestran que la violencia de género (VG) es un problema que está a la orden del día, afectando a todas las sociedades y culturas y dejando una huella imborrable en cada víctima. La intervención en este ámbito ha evolucionado abarcándose desde diferentes perspectivas y modalidades de intervención. Aún así, los principales programas no cubren todas las necesidades de las víctimas, dejando una importante lista de limitaciones que no aseguran el mantenimiento de los resultados a largo plazo. Este es un aspecto que desde la presente propuesta se tiene especialmente en cuenta, ya que la víctima, tras la recuperación, debe adaptarse a un entorno aún desfavorable repleto de situaciones difíciles que hacen más probable una recaída. De esta forma, se entiende la VG como fenómeno social y, como tal, debe explorarse desde una perspectiva integral que comprenda no solo a la víctima y al agresor, sino también el entorno y la influencia del mismo.

Con la intención de solventar las principales limitaciones de los programas de intervención actuales, la presente propuesta presenta un abordaje integral desde la perspectiva de género que pone especial énfasis en evaluar todas las posibles necesidades de las víctimas para recuperar cada una de las posibles áreas afectadas por la violencia. La propuesta persigue una recuperación total de la víctima y un mantenimiento de los resultados a largo plazo, de forma que se logre una disminución de recaídas y se procure una adaptación de la víctima en un entorno social desfavorable. Para ello, se manifiesta como uno de los principales objetivos la obtención de un crecimiento posttraumático desde la resignificación vital y el empoderamiento femenino.

## **2. Objetivos e hipótesis**

El principal objetivo de este trabajo es diseñar un programa de intervención para víctimas de violencia de género que supere las principales limitaciones existentes en los tratamientos actuales. Se pretende conocer todos aquellos factores relevantes en el funcionamiento de la violencia de género en pareja, así como las consecuencias que de ella se derivan y su afectación a la totalidad de las áreas de la vida de las víctimas para diseñar una intervención integral que logre una recuperación total y un crecimiento postraumático que permita mantener los resultados a largo plazo desarrollando herramientas para hacer frente a todas aquellas situaciones difíciles que pueden derivarse del presente sistema social patriarcal.

## **3. Marco teórico**

### **3.1. La violencia de género**

#### **3.1.1. Conceptualización**

Según la definición dada por la ONU en 1995 (citado en Expósito y Moya, 2011), se entiende como VG todo acto de violencia sexista del cual resulta un daño físico, sexual o psíquico, sea real o potencial, comprendiendo también actos como las amenazas, la coerción o la privación de libertad e incluyéndose tanto si se da en la vida pública como privada y pudiendo abarcar diferentes modalidades: física, verbal, psíquica, sexual, social, económica, etc.

La VG ocurre en todas las sociedades y etapas del ciclo de una mujer, pudiéndose manifestar en diferentes formas dependiendo de sus ingresos, estatus social, ocupación, etnia, religión y sexualidad (Terry, 2007). Así existiría violencia económica, laboral, en pareja, sexual, prácticas tradicionales como la mutilación genital femenina, etc (Cooper et al., 2013). Según afirman Heise et al. (2002), la VG es la violación de los derechos más generalizada y menos reconocida del mundo, puesto que se normaliza e

invisibiliza al estar sustentada por la estructura sociocultural, encargada de marcar los criterios de “normalidad y anormalidad” (Corsi, 2010; Expósito y Moya, 2011), esto se vería reflejado en los llamados micromachismos, maniobras habituales integradas en la vida cotidiana como la insistencia abusiva o la intimidación (Expósito y Moya, 2011).

Existen diferentes perspectivas teóricas que pretenden dar respuesta y explicar la VG en la pareja: teoría biológica, generacional, sistémica, modelo ecológico, perspectiva de género... (Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012). Muchas de las teorías, como la biológica y la generacional, dejan de lado factores psicológicos y culturales que desde el presente trabajo se consideran necesarios para entender la VG en la pareja y abordarla desde una intervención integral. Por ello, se propone un abordaje que considere el modelo ecológico, que recoge la VG de forma global entendiendo la influencia de las normas culturales (exosistema), de los escenarios familiares (microsistema) y los factores psicológicos individuales (Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012). También se pretende que parta de la perspectiva de género, que permite explicar el desarrollo y mantenimiento de la VG desde la influencia del sistema social machista de desigualdad de poderes.

En este sentido, la VG se sustenta sobre la estructura social patriarcal, caracterizada por una desigualdad social entre hombres y mujeres que se hace explícita en una serie de creencias, actitudes, sentimientos, valores y conductas que marcan los estereotipos y pautas de comportamiento que deben seguir ambos géneros para adaptarse al medio (Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012; Cooper et al., 2013). Dentro de esta desigualdad se asume una jerarquía de privilegios que dota a los hombres de un mayor poder con respecto a las mujeres y que puede llevarse a cabo a través de herramientas como la violencia (Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012; Cooper et al., 2013; Expósito y Moya, 2011). El hecho de que las relaciones de pareja se organicen partiendo de estos roles culturales hace que sea un escenario perfecto para la reproducción de la VG, siendo así

la forma más generalizada de su expresión (Heise et al., 2002; Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012).

### **3.1.2. Prevalencia**

La VG es un problema real en la sociedad actual, si bien es cierto que conocer la prevalencia real es una tarea sumamente complicada, ya que existen muchas limitaciones difíciles de solventar, como la gran diferencia entre los casos de maltrato declarado o denunciado y maltrato técnicamente considerado (Terry, 2007). A pesar de ello, son muchos los estudios que se han aventurado a tratar de conocer el alcance real de la VG, incluso durante la situación de confinamiento domiciliario que ha dejado la actual pandemia de la COVID-19, aumentando los casos de VG por seguir perpetuándose los roles de género dentro de los hogares (John et al., 2020; Mittal y Singh, 2020). Mientras que algunos trabajos sitúan el maltrato hacia la mujer por parte de su pareja en cifras que oscilan entre el 10-69%, otros confirman cifras superiores que rondan el 15-71% (Cano et al., 2010). El estudio de Cano et al. (2010) afirma que un 11% de las mujeres que consultan atención primaria sufren VG en su hogar. Otros estudios, como el de Ruiz-Pérez et al. (2010) sobre la Violencia de Género en España, indican que entorno al 24,8% de las mujeres afirma haber sido maltratada por su pareja alguna vez en su vida. De acuerdo con estos datos, Murillo et al (2004), sitúan entre un 20% y un 50% la proporción de mujeres que han sufrido actos violentos por parte de su pareja. Por su parte, un informe realizado por la OMS también arroja cifras alarmantes, afirmando que son el 35% las mujeres de todo el mundo que han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja y que un 38% de los homicidios femeninos a nivel mundial son causados por la violencia conyugal (OMS, 2013).

En la misma línea, Cantera y Blanch (2010) concluyeron que la percepción social de los roles y estereotipos de género hace que la relación de pareja entre un hombre y una

mujer conlleve más riesgo de maltrato físico y psicológico que otros tipos de relación de pareja.

### 3.1.3. Etiología de la violencia de género

Las causas de la VG pueden ser muchas y variadas debido a que se trata de un fenómeno sociocultural. Son muchos los estudios que han tratado de indagar sobre los factores de riesgo más determinantes a la hora de desarrollar comportamientos relacionados con la VG, tanto por parte de los agresores como de las víctimas (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Variables relacionadas en el desarrollo de la VG.

<p><b>VARIABLES SOCIALES Y AMBIENTALES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naturalización de la violencia</li> <li>• Construcciones sociales en función del género</li> <li>• Presencia de violencia en el hogar familiar</li> </ul>	<p>(Corsi, 2010; González y Bejarano, 2014; Molina Giraldo, 2016; Murillo et al., 2004; Puente-Martínez et al., 2016; Rey, 2008).</p>
<p><b>VARIABLES PERSONALES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrones disfuncionales de comunicación</li> <li>• Resolución de conflictos mediante estrategias disfuncionales</li> <li>• Falta de habilidades sociales</li> <li>• Impulsividad, ira, celos y dependencia emocional</li> <li>• Infertilidad</li> <li>• Sobrecarga de hijos</li> </ul>	<p>(Corsi, 2010; Molina Giraldo, 2016; Murillo et al., 2004; Puente-Martínez et al., 2016)</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consumo de alcohol u otras drogas</li></ul>	
--	---	--

A parte de lo recogido en la Tabla 1, las investigaciones muestran un consenso al afirmar que uno de los grandes factores de riesgo de la VG en la pareja es la baja satisfacción en la relación (Puente-Martínez et al., 2016; Molina Giraldo, 2016; Murillo et al., 2004). Esta se asocia a conductas aversivas implican el uso de estrategias de afrontamiento agresivas ante los conflictos basadas en la lucha y la imposición, como la coerción, la violencia física, la respuesta de evitación, la retirada de refuerzos... (Greeff y De Bruyne, 2000).

#### **3.1.4. Mantenimiento de la violencia de género**

El mantenimiento de la VG se produce por muchos factores. Por un lado, encontramos factores psicológicos, como el rol femenino de la mujer en la relación (sufridora, cuidadora...) y la falta de recursos personales en relación a las estrategias de afrontamiento, la resiliencia y las creencias y valores (Alencar-Rodrigues y Cantera, 2013). Y, por otro lado, hay factores externos como la estructura social patriarcal que permite la normalización e invisibilización del maltrato (Cooper et al., 2013; Corsi, 2010; Expósito y Moya, 2011; Heise, et al., 2002; Rivas et al., 2018). Además, también influyen la baja confianza en el sistema judicial, que dificulta que la víctima denuncie la situación, y las desigualdades sociales, que hacen que la mujer sea potencialmente más dependiente (como las desigualdades laborales o de responsabilidad sobre los hijos (Alencar-Rodrigues y Cantera, 2013; Expósito Moya, 2011). La ausencia de redes comunitarias de apoyo y de legislación adecuada también contribuyen a mantener la VG, junto con la falta de capacitación y formación del personal de salud para identificar casos de VG y la psicopatologización del problema por parte de los servicios de asistencia (Corsi, 2010). A nivel social, se destaca la gran influencia del entorno tanto

en el origen como en el mantenimiento de la violencia actuando como sustento y reforzador (Rivas et al., 2018; Rivero et al., 2018). Todo ello dificulta que la mujer tome la decisión de dejar la relación. Otros de los factores que también influyen son la dependencia emocional y económica, la falta de recursos, el miedo a romper la familia, el miedo a la soledad y al abandono, la ruptura de las expectativas y proyectos futuros que supondría la ruptura, la interpretación de las conductas violentas como muestras de amor, así como factores de indefensión aprendida o la sensación de fracaso al dedicar mucho esfuerzo para finalmente romper una relación (Acosta, 2018; Expósito Moya, 2011).

Dentro de una relación de pareja, el mantenimiento de una situación de violencia puede explicarse por un ciclo compuesto de tres etapas (Walker, 2012). La primera (acumulación de tensión) se inicia con amenazas que comprometen la relación afectiva, que finalmente detonan en la segunda etapa (explosión de la violencia) y culminan en la tercera fase (la "luna de miel"), caracterizada por el arrepentimiento y las promesas de cambio que llevan a la reconciliación y a mantener la esperanza en la relación. Esto permite la reproducción del ciclo de forma continua, intensificando cada vez más la gravedad de la violencia (Pérez y Calvera, 2013). De acuerdo con Expósito y Moya (2011), esa ideología ambivalente que crea el agresor al reforzar a la víctima con arrepentimientos y promesas después de los episodios de violencia hace que se mantenga el ciclo y dificulta la toma de conciencia por parte de la víctima. De esta forma, el agresor recoge la violencia como herramienta útil de control y dominio y como método para la resolución de conflictos (Pérez y Calvera, 2013). El agresor logra el control mediante la persuasión coercitiva y el aislamiento de la víctima que generan emociones como miedo, culpa, pérdida de la identidad y vergüenza en la mujer, lo cual contribuye al retraimiento social y la ocultación del maltrato (Escudero et al. 2005). La VG es cíclica, intermitente, impredecible, insidiosa e intencionada, generando así una dependencia entre la víctima y el agresor que dificulta la ruptura del vínculo (Acosta, 2018).

### 3.1.5. Consecuencias de la violencia de género

La VG puede tener consecuencias devastadoras tanto para la víctima, influyendo en todas sus áreas vitales, como a nivel social (Morrison y Orlando, 2004). Las principales consecuencias encontradas por las investigaciones en este campo se resumen en la Tabla 2. No existe una categoría diagnóstica específica relacionada directamente con la VG, pero existen algunos conceptos que tratan de recoger los principales síntomas y consecuencias de la VG, como el “Síndrome de la mujer maltratada”, que según Lorente y Lorente (1998), define el conjunto de lesiones físicas y psicológicas (síntomas relacionados con la ansiedad, depresión y el TEPT, baja autoestima, etc.) resultantes de las agresiones repetidas por parte de un hombre en calidad de pareja sobre una mujer. Dichas consecuencias dependerán del tipo de violencia, la intensidad, la duración, el tiempo transcurrido desde el cese de la violencia y la resistencia cognitiva de la víctima (Fariña et al., 2010).

**Tabla 2.** Consecuencias de la VG en diferentes ámbitos.

<p><b>Consecuencias físicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesiones, embarazos no deseados, cefaleas, problemas ginecológicos, discapacidad, abortos, fracturas, adicciones, aborto espontáneo, etc.</li> </ul>	<p>(Corsi, 2010; Delegación de gobierno para la violencia de género, 2015; Heise et al., 2002; Molina Giraldo, 2016)</p>
<p><b>Consecuencias psicológicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimiento de culpa y vergüenza</li> <li>- Desarrollo de trastornos mentales: trastorno de estrés</li> </ul>	<p>(Corsi, 2010; Delegación de gobierno para la violencia de género, 2015; Flury y Nyberg, 2010; González y</p>

	<p>postraumático, depresión, ansiedad, disfunciones sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos pseudopsicóticos, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Consecuencias letales: suicidio y homicidio.</li><li>- Disminución de la autoestima.</li><li>- Ataques de pánico, nerviosismo, insomnio, problemas de concentración, alteraciones emocionales y sexuales y miedo a la intimidad.</li><li>- Ansiedad, angustia, ganas de llorar, irritabilidad y cambios recurrentes y bruscos en el estado de ánimo.</li><li>- Sensación de vulnerabilidad y desconfianza.</li><li>- Abuso de alcohol y otras drogas.</li><li>- Aislamiento social.</li></ul>	<p>Bejarano, 2014; Heise et al., 2002; Henales-Almaraz et al., 2007; Herman, 2004; Molina Giraldo, 2016)</p>
--	--	--

<p><b>Consecuencias sociales y de salud</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor utilización de los servicios sanitarios.</li> <li>- Mayor probabilidad del establecimiento de futuras relaciones de pareja marcadas por la VG.</li> </ul>	<p>(Corsi, 2010; González y Bejarano, 2014; Heise et al., 2002; Murillo et al., 2004; Ordóñez Fernández y González Sánchez, 2012; Puente-Martínez et al., 2016)</p>
<p><b>Otras</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consecuencias económicas: gastos en salud, educación, seguridad y justicia.</li> <li>- Consecuencias laborales: ausentismo y disminución del rendimiento.</li> </ul>	<p>(Corsi, 2010)</p>

Dentro de las consecuencias de la VG, y más si se trata de un escenario de pareja, encontramos las llamadas víctimas invisibles, que son los niños y niñas que viven dentro de ese mismo hogar y que, por tanto, sufren esta situación de violencia de forma directa o indirecta, pudiéndoles generar consecuencias a nivel físico y psicológico (altos niveles de estrés, angustia, trastornos somáticos y depresivos, trastornos de conducta, baja autoestima...; Ordóñez y González, 2012). El impacto en el desarrollo socioemocional del niño que tiene la violencia conlleva dificultades adaptativas y emocionales que se extienden hasta la edad adulta (Cortiñas et al., 2018), además de constituir un modelo de aprendizaje de conductas violentas (Ordóñez y González, 2012).

### 3.1.6. Crecimiento postraumático en *violencia de género*

Son muchas las consecuencias que se pueden derivar de una situación de VG, por lo que la intervención en estos casos debe asegurar la recuperación de la víctima en todos aquellos factores dañados. No obstante, a parte de las evidentes consecuencias

negativas, algunas de las víctimas también experimentan cambios psicológicos positivos (Anderson et al., 2012; Humphreys, 2003; Tedeschi y Calhoun, 1995) si bien no en todos los casos (Coker et al., 2002; Tsigotis y Luczak, 2018).

El crecimiento postraumático (CPT) se define como un desarrollo personal que va más allá de la simple adaptación a la situación, implicando un cambio positivo. Es importante señalar que no es el suceso traumático lo que genera a ese cambio, sino más bien el esfuerzo que hace la persona al cuestionar el mundo y el entorno y así modificar sus perspectivas y creencias reinterpretando la vida (Calhoun y Tedeschi, 2014).

El CPT puede ser entendido desde dos perspectivas diferentes: como el resultado de la experiencia al desarrollar una serie de estrategias de afrontamiento que permiten obtener un beneficio posterior o como parte del proceso entendiéndose como una estrategia en sí misma que permite afrontar esa experiencia traumática (Park, 1998; Tedeschi et al., 2007). En ambos casos se obtiene un beneficio de la experiencia traumática que puede manifestarse en distintos niveles de cambio: desarrollo individual, beneficios personales, nuevas prioridades de vida, un sentido más profundo de significado de la vida o un sentido más profundo de conexión con los demás o con un poder superior (Calhoun y Tedeschi, 2014; Tedeschi y Calhoun, 1996).

Autores como Anderson et al. (2012) defienden que, asumiendo los síntomas y el dolor derivados de la violencia y sin tratar de minimizarlos, la intervención debe centrarse también en las fortalezas y recursos personales de cada mujer, ya que dolor y crecimiento no son mutuamente excluyentes, sino que están ligados a la recuperación del trauma (Tedeschi et al., 2007). En ese sentido, el trabajo se enfoca en comprender que el sufrimiento es inevitable para aprender a vivir con ello y salir reforzada de las situaciones difíciles (Spidel et al., 2017).

### **3.2. Programas de intervención previos en mujeres víctimas de *violencia de género***

La intervención en VG debe ser capaz de entender las especificidades de este tipo de violencia para poder dar respuesta a las numerosas necesidades de las víctimas (Matud et al., 2014). Al hacer una revisión sobre las diferentes investigaciones que ponen a prueba la eficacia de las intervenciones en víctimas de VG, puede observarse la escasa literatura al respecto, además de las limitaciones metodológicas existentes, tales como la escasa precisión en la descripción de las técnicas utilizadas o la utilización de instrumentos poco fiables, dejando así unas conclusiones de dudosa validez (Matud et al., 2014; Morrison et al., 2007; Odriozola y de Corral Gargallo, 1999).

Como se ha comentado anteriormente, la VG se puede entender desde diferentes perspectivas, por lo que no es de extrañar que se encuentren propuestas de intervenciones desde diferentes enfoques terapéuticos. No obstante, no se han encontrado intervenciones actuales destinadas a fomentar el CPT, por lo que se ha hecho una revisión de carácter genérico comparando los principales enfoques terapéuticos dentro de la intervención en VG, así como la eficacia de los principales programas de intervención, que se recogen en la Tabla 3.

En cuanto a la terapia cognitivo conductual (**TCC**), Odriozola y de Corral Gargallo (1999) proponen la utilización de técnicas como el entrenamiento en habilidades comunicativas y de solución de problemas y la reestructuración cognitiva para identificar y modificar las creencias distorsionadas para adoptar respuestas más adaptativas ante el medio y así lograr que la víctima retome el control de su propia vida con una mayor autonomía, trabajando la culpabilidad y la autoestima, las relaciones sociales, la gestión de la ira y los síntomas clínicos derivados de la situación de violencia.

Más adelante, autores como Matud y Pilar (2004) pretender dar un paso más allá e incluir la influencia del contexto sociocultural para permitir un abordaje más integral que

combine técnicas de la TCC con otras generadas desde la perspectiva socio-estructural del análisis del maltrato, logrando el objetivo de dotar de mayor autonomía y desarrollar las potencialidades de la mujer.

Continuando con la importancia del contexto sociocultural, encontramos la **terapia feminista**, desarrollada en 1970 a partir de la adaptación de algunas técnicas de la terapia tradicional dentro de un contexto filosófico feminista. La terapia feminista aborda la VG desde la perspectiva de género atendiendo a los factores sociales para comprender la violencia de una forma más realista y objetiva (Otero, 2009). Se utilizan técnicas como la hipnosis, la confrontación, el entrenamiento en toma de decisiones y el manejo de la ansiedad para trabajar en el desarrollo de fortalezas personales, la desculpabilización de la víctima y la construcción de relaciones sociales sanas (Walker, 1994). En su investigación, Pérez y Fiol (2005) demuestran una mayor eficacia de las intervenciones basadas en perspectiva de género frente a las que se centran en abordaje más tradicional y dejan de lado los factores sociales que explican y mantienen la VG. En consonancia a esto, la terapia feminista ha sido utilizada con éxito en mujeres que han sufrido abuso (Walker, 1994).

Dentro de las intervenciones más destacadas encontramos La terapia de la superviviente (Survivor Therapy), la cual integra tanto la teoría de la terapia feminista y la terapia del trauma, utilizando técnicas y filosofías de ambas y desde el enfoque de la perspectiva de género. Mediante el empoderamiento, la seguridad y la validación, esta terapia se enfoca en los puntos fuertes de la víctima para el desarrollo de nuevas formas de afrontamiento que las conviertan en “supervivientes” y las doten de control (Walker, 1994).

Continuando en esta línea, García et al. (2016) presentan un programa de asistencia psicológica coordinado por el Colegio Oficial de Psicología de Guipúzcoa en mujeres víctimas de violencia machista haciendo un abordaje **desde el empoderamiento**.

Dentro de los principales objetivos se destaca: 1) Valorar el riesgo actual; 2) Percepción y toma de conciencia del maltrato; 3) Empoderamiento; 4) Intervención en la sintomatología clínica; 5) Cambios en el área social. La intervención desde el empoderamiento consiste en la toma de conciencia de la sociedad patriarcal que permita un cambio en las creencias y relaciones sociales y en el desarrollo de estrategias para fomentar la autonomía y la autoestima.

Por otro lado, encontramos también programas que han mostrado su eficacia al combinar diferentes enfoques terapéuticos como la **psicoterapia analítica funcional**, **la terapia de aceptación y compromiso (ACT)** y **la activación conductual** (Vaca-Ferrer et al., 2020). En esta línea, se pretende, a través de la validación, la aceptación y la activación de las mujeres, que éstas recuperen el control de su vida actuando en consonancia con sus propios valores, generando así relaciones interpersonales basadas en la igualdad y el respeto.

**Tabla 3.** *Eficacia de los programas de intervención desde diferentes enfoques.*

PROGRAMA Y CARACTERÍSTICAS	TIPOLOGÍA DE ESTUDIO	RESULTADOS Y EFICACIA
<p>Programa de tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma</p> <p><b>Técnicas:</b></p> <p>Expresión emocional, reestructuración cognitiva y entrenamiento en</p>	<p>Diseño experimental de medidas repetidas (pretratamiento, postratamiento y seguimiento a uno, tres, seis y doce meses.</p> <p><u>Muestra:</u> 62 mujeres víctimas de maltrato físico o psicológico (Echeburúa et al., 1996)</p>	<p>Remisión en el 95% de los participantes de la sintomatología de estrés postraumático</p>

habilidades de afrontamiento específicas.		
Intervención cognitivo conductual	Estudios de casos múltiples. <u>Muestra:</u> cuatro mujeres con antecedentes de violencia en pareja (no probabilística) (Habigzan et al., 2019).	Disminución de la sintomatología de ansiedad y depresión
Programa multicomponente basado en la TCC. <b>Objetivos:</b> aumentar la seguridad, recuperar el control de su vida y reducir el impacto psicológico del abuso.	Programa de intervención protocolizado con grupo control. <u>Muestra:</u> 128 mujeres que han sufrido maltrato en pareja. (Matud et al., 2014)	Reducción significativa de la depresión, ansiedad y síntomas de estrés postraumático
Programa de intervención en grupo de 10 sesiones. TCC. <b>Objetivo:</b> toma de conciencia, reducción	Diseño cuasiexperimental de dos grupos (control y grupo intervención) y medidas repetidas (pretratamiento, postratamiento y seguimientos a los 3 y 6 meses)	Disminución significativa de la sintomatología de ansiedad y depresión

<p>de la sintomatología, aumento de la autoestima y seguridad.</p> <p><b>Técnicas utilizadas:</b> psicoeducación de género, reestructuración cognitiva y entrenamiento en solución de problemas, técnicas de autocontrol, técnicas de relajación, programación de actividades agradables y autocuidado y entrenamiento en solución de problemas. Incluye técnicas de prevención de recaídas.</p>	<p><u>Muestra:</u> 107 mujeres que han sufrido maltrato en pareja. (Matud, et al., 2016)</p>	<p>Aumento de la autoestima y el apoyo social</p> <p>Resultados mantenidos a los 6 meses.</p>
<p>Programa de intervención grupal.</p> <p>TCC y multicomponente.</p>	<p>Diseño cuasiexperimental con grupo control.</p> <p><u>Muestra:</u> 41 mujeres que tienen pareja (vivan o no con ella) (Carvajal Zuñiga, 2015)</p>	<p>Reducción de la reexperimentación traumática y la sintomatología de</p>

		ansiedad y depresión. Resultados mantenidos a los 3 meses.
Tratamiento cognitivo conductual individual de 5 sesiones basado en la resolución de problemas (Problem Management Plus, PM+)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensayo controlado aleatorizado en paralelo <u>Muestra:</u> 247 mujeres que han sufrido una situación de adversidad, incluida la VG (Nairobi) (Sijbrandij et al., 2016)</li> <li>• Ensayo controlado aleatorizado en paralelo <u>Muestra:</u> 102 mujeres que han sufrido violencia de género (Kenia) (Bryant et al., 2017)</li> </ul>	Reducción moderada en la angustia psicológica. Mantenimiento a los 3 meses.
Terapia "You are not alone (YNA).  Programa grupal de 30 sesiones basado en la terapia narrativa.	Diseño de grupos no equivalentes, once medidas estandarizadas  <u>Muestra:</u> 262 mujeres que han sufrido abuso por parte de su pareja y presentan síntomas de malestar psicológico	Mejora estadísticamente significativa de la angustia general, la autoestima, la depresión y el estrés.

<p><b>Objetivo:</b> desarrollar estrategias de afrontamiento para lidiar con la violencia y potenciar la seguridad y el cuidado personal.</p>	<p>(Tutty et al., 2017)</p>	
<p>Terapias contextuales. (Psicoterapia analítica funcional, terapia de aceptación y compromiso y activación conductual). Programa grupal de 11 sesiones.</p>	<p>Diseño intragrupo con medidas pre-post <u>Muestra:</u> 21 mujeres que han sufrido maltrato en pareja. (Vaca Ferrer et al., 2020)</p>	<p>Disminución estadísticamente significativa del malestar emocional, la sintomatología del TEPT, los síntomas depresivos y la ansiedad, así como de los indicadores de riesgo de suicidio y de las conductas problemáticas.  Aumento de la apertura hacia los demás.</p>

En base a toda la información recogida sobre las intervenciones en VG, se observan como principales limitaciones la falta de un abordaje integral que comprenda la afectación a todas las áreas de la vida de la víctima. De esta forma, no se encuentran intervenciones específicas en áreas como la sexual, laboral o familiar (como en caso de tener hijos, por ejemplo). Desde la propuesta del presente trabajo, se abordará la

afectación de la violencia a todas las áreas para asegurar una satisfacción vital plena. Entendiendo la complejidad de abordarlo todo en un solo programa, se buscarán apoyos y recursos para solventar la problemática en cada caso: abogados, cursos de formación, centros de atención a mujeres víctimas de VG, orientación laboral, centros de atención a menores, etc. Desde el presente programa se pretende intervenir en el área sexual, puesto que como indican autores como Morrison et al. (2004), la violencia sexual a menudo acompaña la violencia física, generando una relación de pareja en la que la mujer no decide cuándo y cómo tener sexo, generando así graves consecuencias psicológicas en dicho ámbito.

Otra de las limitaciones que pretende solventar el presente programa es el mantenimiento de los resultados a largo plazo, asegurando así una adaptación de la mujer al entorno aún desfavorable. Además de todo ello, se pretende ir más allá de la recuperación, procurando un crecimiento postraumático basado en la reestructuración vital y de la identidad a partir de las fortalezas personales.

#### **4. Metodología de investigación**

Para la realización de la presente propuesta de intervención se ha realizado una investigación previa sobre la VG incluyendo toda su conceptualización, así como las principales intervenciones en este ámbito y su eficacia.

Inicialmente, fueron seleccionados 84 artículos, de los cuales fueron finalmente seleccionados 76. Todos los artículos de interés se registraron en un gestor bibliográfico (RefWorks). Las principales palabras clave que se utilizaron durante el proceso de búsqueda y los artículos que finalmente se seleccionaron para realizar la investigación previa del presente trabajo se muestran en la Tabla 4. Dichos términos se buscaron en las bases de datos de Google Académico, PsycINFO, Dialnet y Science direct.

**Tabla 4.** Resultados de la búsqueda bibliográfica.

<b>PALABRAS CLAVE</b>	<b>ARTÍCULOS SELECCIONADOS</b>
Violencia de género (en pareja)	7
Prevalencia de la violencia de género	8
Factores de riesgo (causas) de la violencia de género	7
Mantenimiento de la violencia de género	11
Consecuencias de la violencia de género	15
Crecimiento postraumático en violencia de género	9
Intervención en mujeres víctimas de violencia de género	19

En cuanto a los criterios de inclusión, se tuvieron en cuenta aquellos artículos centrados en la violencia de género en el escenario de pareja. Se trató de incluir artículos de la mayor actualidad posible, aunque haciendo excepciones cuando la información aportada era de suficiente relevancia o los autores se considerasen pioneros en el ámbito.

## **5. Propuesta de intervención**

### **5.1. Presentación de la propuesta**

La VG es un fenómeno que tiene que ser comprendido desde la perspectiva de género, ya que es conveniente entender la influencia del contexto sociocultural para centrar la intervención en el desarrollo de estrategias de adaptación a ese entorno aún

desfavorable con el objetivo de prevenir recaídas (Otero, 2009; Pérez y Fiol, 2005). De esta forma y con el objetivo de solventar las limitaciones existentes de las intervenciones en este campo, la presente propuesta se centra en la obtención de un CPT desde el empoderamiento femenino y contempla todas las áreas vitales de la víctima. Entendiendo la complejidad de un abordaje tan integral, se optará por la búsqueda de otros apoyos y recursos para solventar la problemática en cada caso: abogados, cursos de formación, centros de atención a mujeres víctimas de VG, orientación laboral, centros de atención a menores, etc.

La propuesta se compone de dos módulos. En el primer módulo, en formato individual, se diseña una intervención específica para las particularidades de cada víctima, comprendiendo también la orientación en la utilización de otros recursos que solventen la totalidad de sus necesidades. El segundo módulo consta de cinco sesiones de tres horas de duración que abarcan la intervención en las diferentes áreas: psicoeducación y toma de conciencia sobre la VG, área social, empoderamiento y autoestima, reestructuración y resignificación vital y área sexual. Se plantean sesiones de larga duración para permitir una mayor facilidad de organización en cuanto a la diversidad de horarios y, sobre todo, para profundizar en las actividades y conseguir una mayor introspección. Cada sesión se inicia con una presentación de lo que se va a realizar y con qué objetivo y finaliza con una reflexión final y una propuesta de tareas para casa que serán importantes para consolidar los aprendizajes. Las sesiones se partirán para que, después de una hora y media, se programe un pequeño descanso dónde merendar y crear un espacio de intimidad dónde compartir con mayor libertad, fomentando así la creación de un vínculo social.

Esta segunda parte de la intervención será realizada en formato grupal por mostrarse eficaz en el tratamiento de mujeres víctimas de VG logrando la reducción del malestar emocional y del sentimiento de soledad y aumentando comprensión del proceso y el

apoyo social (Acosta. 2018; Gironé y Usaola, 2014; Vaca-Ferrer et al., 2020). De esta forma, la modalidad grupal brinda a las participantes la oportunidad de compartir sus emociones y experiencias en un entorno seguro y de apoyo emocional que permite crear nuevas redes sociales y aprender de otras experiencias similares (Gironé y Usaola, 2014).

## 5.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta

Con el objetivo de solventar las limitaciones existentes en el abordaje del tratamiento en víctimas de VG, se propone una intervención que integre todos los aspectos relevantes para asegurar la recuperación y, también, el CPT de las víctimas de VG, englobando así los objetivos que se presentan a continuación (ver Tabla 5).

**Tabla 5.** *Objetivos de la intervención.*

<b>OBJETIVOS GENERALES</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
<b>Reducción de la síntomatología clínica (1)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir la sintomatología derivada de la VG (diferente en cada caso): TEPT, depresión, ansiedad, estrés, problemas de autoestima, sentimientos como la culpa o la vergüenza...</li> </ul>
<b>Recuperación de las áreas afectadas y reestructuración vital (2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar herramientas para el establecimiento de relaciones sociales sanas y favorecer la creación de un círculo de apoyo social satisfactorio.</li> <li>- Potenciar la toma de control sobre la propia vida: mejora de la autonomía, toma de decisiones, solución de problemas y sensación de autoeficacia (confianza en las estrategias y recursos propios).</li> </ul>

<b>Favorecer el crecimiento postraumático y el desarrollo de fortalezas personales (3)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aumentar el conocimiento y desarrollo de las fortalezas personales</li><li>- Mejorar la autoestima y el autoconcepto.</li><li>- Favorecer la reconceptualización de la perspectiva vital y desarrollar la gratitud.</li></ul>
<b>Aumentar la capacidad de adaptación y reducir la probabilidad de recaídas (4)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Asegurar la toma de conciencia de la VG desde la perspectiva de género</li><li>- Adquirir herramientas para identificar situaciones de discriminación ante la mujer</li><li>- Desarrollar estrategias de afrontamiento ante posibles situaciones aversivas derivadas de la estructura social y de las relaciones interpersonales.</li></ul>

### 5.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta

La población diana a la que se dirige la presente propuesta de intervención son mujeres entre 18 y 50 años que han sufrido VG en el contexto de la pareja.

En cuanto a la selección de las participantes, uno de los criterios de inclusión en el programa es haber roto la relación de pareja, ya que en el caso contrario sería necesario otro tipo de intervención encaminada a unos objetivos diferentes. Se requiere, también, mostrar sintomatología derivada de la situación de violencia: sintomatología ansiosa, depresiva y/o de estrés postraumático, problemas de adaptación social o en otras áreas vitales o un malestar emocional significativo. Respecto a los criterios de exclusión, la presente propuesta no sería indicada para mujeres que presenten algún trastorno

mental grave, como trastornos de personalidad o deterioro cognitivo, ya que en estos casos habría unas complicaciones que deberían ser atendidas específicamente. También será importante contemplar la toma de algún medicamento o el abuso de alcohol u otras sustancias.

La presente propuesta se realizaría a nivel municipal desde los ayuntamientos para facilitar el acceso a todas las mujeres necesitadas y, también, para asegurar un abarcamiento desde las diferentes zonas del territorio nacional. Como se ha comentado anteriormente, la propuesta se realizaría en un formato grupal, por lo que desde cada municipio y, a cargo de cada ayuntamiento, se publicitaría la intervención y se invitaría a participar de forma totalmente gratuita a todas las mujeres que así lo deseen. Posteriormente, se realizaría la selección de las participantes por parte de la psicóloga encargada y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para así proceder a la formación de los grupos terapéuticos de 10 a 15 participantes. En caso de no disponer de recursos suficientes para hacer frente a una alta demanda, se seleccionarán las participantes a partir de una entrevista previa dando prioridad a aquellas con un nivel socioeconómico menor y una situación más desfavorable para beneficiarse de otros recursos y programas.

#### **5.4. Metodología y recursos**

La propuesta se compone de dos grandes módulos, un primer módulo individual que pretende cumplir el objetivo 1 y trabajar aquellos aspectos más específicos y particulares de cada caso y, por otra parte, el segundo módulo grupal, que pretende cumplir con el resto de objetivos (2, 3 y 4), tomando beneficio del apoyo social y las ventajas económicas que se derivan del formato grupal. Debido a las limitaciones de espacio, en el presente trabajo solo se desarrollará el módulo II, la parte grupal de la intervención, por ser esta la más novedosa por los objetivos que persigue.

La duración de la intervención individual dependerá de las demandas y necesidades específicas de cada caso, ya que se entiende que la afectación y la sintomatología derivada de la VG será diferente en participante. En este caso, cada participante será asignada a una psicóloga general sanitaria que, como sigue el procedimiento terapéutico usual, iniciará con una fase de evaluación que permita estimar las necesidades y objetivos de cada intervención individual, la que será llevada a cabo posteriormente. Dentro de este primer módulo individual, también se realizará orientación en cada caso específico para que las participantes puedan beneficiarse de otros recursos que cubran la totalidad de sus necesidades, como en el caso de que se requiera atención a hijos e hijas.

Paralelamente, se iniciará la intervención grupal (que es la presentada de forma completa en este trabajo para ajustar el límite de espacio) que comprenderá una sesión cada dos semanas de tres horas de duración completando un total de 5 sesiones. Con el fin de cumplir con los objetivos presentados, se utilizarán técnicas que han demostrado su eficacia en el abordaje de la VG en pareja. En primer lugar, se destaca la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación para la toma de conciencia sobre lo sucedido, lo que permite hacer frente a la sintomatología resultante además de desarrollar estrategias de afrontamiento ante posibles situaciones futuras similares (Matud, 2016). Otros autores como Clark y Beck, (2011) remarcan la necesidad de utilizar también la reestructuración cognitiva para trabajar la sintomatología ansiosa y el entrenamiento en solución de problemas y control de la activación.

A parte de las técnicas más características de la TCC, también se utilizarán técnicas desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), que han demostrado ser eficaces abordando la sintomatología derivada de un TEPT (objetivo más específico del módulo 1, pero que se pretende abordar de forma transversal en el programa) y en la aceptación de lo sucedido.

En cuanto a los recursos necesarios para el desarrollo del programa, podrían dividirse en los siguientes:

- **Recursos humanos:** dos psicólogas generales sanitarias expertas en VG para cubrir la intervención individual y una psicóloga encargada de dirigir el grupo, así como el personal necesario para la gestión y preparación del taller (dependerá de los recursos disponibles en cada ayuntamiento y sus protocolos de actuación).
- **Recursos materiales:** papeles en blanco, cartulinas, pinturas y colores, ladrillos de plástico, celo o cinta, ordenador y altavoces (para los recursos audiovisuales), lista de reproducción de canciones relacionadas con el empoderamiento femenino, dibujo plantilla del iceberg, muro de valores, papel con la silueta de la superheroína, chocolate (para el ejercicio del saboreo), caja, carteles con los mitos sexuales, esterillas para practicar la relajación y materiales para el ejercicio de atención plena (telas, papeles, instrumentos, pinturas, plastilina, etc.).
- **Recursos ambientales:** consulta para la realización de las sesiones individuales y sala o espacio para realizar las sesiones grupales, así como sillas para cada participante.

### 5.5. Sesiones de la propuesta de intervención

A continuación, se presentan las sesiones correspondientes al módulo 2, la parte grupal de la propuesta de intervención.

#### SESIÓN 1

**Objetivo:** Comprensión y toma de conciencia de la VG concretando también en el escenario de pareja.

#### **Desarrollo:**

La sesión se iniciará con la **presentación del programa**, explicando la metodología, objetivos, duración e importancia del compromiso. Se hará una breve **presentación de**

**las participantes** con la libertad de contar hasta donde deseen: nombre, edad, historia y se invita, también, a que compartan uno de sus grandes descubrimientos a lo largo de su vida.

Después, enfocándonos en la **psicoeducación sobre la VG**, se explicará lo que es la sociedad patriarcal (estereotipos y mandatos de género, mantenimiento, micromachismos, pautas y actitudes culturales) y se pedirá a las participantes que escriban y compartan tres influencias del patriarcado en su vida y qué emoción asocian a cada una de ellas. Continuando con la **psicoeducación sobre la VG en pareja**, se abordará el ciclo y escalada de la VG a través de la exposición de un caso: se pedirá que detecten, a través de un debate grupal, los micromachismos, escalada, fases del ciclo, recursos de los que dispone la protagonista y las dificultades para salir de la situación. Después, entre todas, trazarán un plan de acción para la protagonista y escribirán una carta conjunta de apoyo y comprensión (¿qué le dirías a la protagonista?).

A continuación, se realizará la “**Construcción del iceberg**”, un ejercicio en el que cada participante dispondrá de un iceberg dibujado que deberá rellenar con su propia experiencia con aquellos aspectos más visibles de la violencia en la punta y otros factores importantes que iban configurando la base del iceberg. Al lado, se les pedirá que añadan sensaciones y emociones.

Posteriormente, se realizará el **visionado del corto: “El orden de las cosas”** (Esteban y Esteban, 2010) para reflexionar de forma conjunta sobre diversos aspectos. Las cuestiones, así como las posibles respuestas e interpretaciones que invitan a la reflexión se encuentran en el Anexo 1.

Posteriormente, se realizará un **juego experiencial** inspirado en el que propone Hernando Gómez 2007), en el que se dividirán las participantes en dos grupos: uno tiene que formar un muro, agarrándose de las manos e impidiendo que el otro grupo lo

cruce para llegar al otro lado (después, se cambian los roles). Finalmente, reflexionarán sobre cómo se han sentido al tratar de atravesar la barrera cuando todo estaba en contra. El muro representa el patriarcado y los esfuerzos que requiere atravesarlo para llegar a los objetivos.

Continuando con el concepto del iceberg, se procederá a un ejercicio de **visualización** en el que nadan por un mar enorme y se topan con un trozo de hielo. Deciden seguir nadando y atravesarlo por debajo, pero al intentarlo observan el resto del enorme iceberg oculto, que no permite avanzar. Tienen que conseguir fundirlo, poco a poco. Buscan a su alrededor y no encuentran nada. Al no saber qué hacer, se acercan y lo tocan, al tocarlo, el calor del cuerpo lo va fundiendo. Cada parte del iceberg que tocan es la toma de conciencia, ver y reconocer cada parte del maltrato que antes hemos anotado en el dibujo. Cada parte que funden, escuchan cómo les hace sentir, validando y aceptando esa emoción para poder continuar a por el siguiente bloque. El iceberg se funde y desaparece. Sacan la cabeza del agua y, por fin, pueden seguir avanzando. Se hace hincapié en las emociones y sensaciones físicas en cada momento y la importancia de la toma de conciencia y la validación emocional.

A modo de **reflexión final de la sesión**, se invitará a las participantes a compartir sensaciones, emociones y aprendizajes obtenidos. Se les propondrá la realización de una **tarea para casa**, "**Carta a mi yo pasado**", que consiste en escribir una carta a su yo del pasado desde la comprensión de la situación, la aceptación y la compasión y remarcando los aprendizajes que ha obtenido o que le gustaría obtener de la situación. También, aunque de forma opcional, se les recomendará el visionado de la película "Te doy mis ojos".

## SESIÓN 2:

**Objetivo:** Toma de conciencia de la VG en pareja y establecimiento de valores personales en relación al ámbito interpersonal.

**Desarrollo:**

Se empezará presentando la sesión y revisando la tarea para casa propuesta en la primera sesión. La sesión continuará enfocándose en la **psicoeducación sobre el amor romántico** a través de la reflexión sobre mitos y creencias. Se hace una recopilación de los principales autores que se presenta en el Anexo 2 (Bisquert-Bover et al., 2019; Marroquí y Cervera, 2014). Posteriormente, se invitará a la reflexión de las siguientes preguntas:

- ¿Qué es el amor para ti?
- ¿Cuáles son los pilares de una relación de pareja?

El siguiente ejercicio se llama **“El muro del patriarcado”**. Consiste en la construcción de un muro de forma conjunta con todas aquellas creencias del sistema social patriarcal que contribuyen a que se desarrollen y mantengan las situaciones de VG y que se van escribiendo en unos ladrillos de plástico para ir formando un muro. La actividad es una metáfora de cómo todas esas creencias generan una sensación de “estar atrapada” por ese muro, que dificulta seguir con una vida de forma satisfactoria; cómo se traduce esto dada una situación de VG; ya que existe un muro social que dificulta salir de esa situación. Una vez construido el muro, se colocará en el centro de la sala.

Después, se procederá a realizar una **psicoeducación sobre la aceptación, los valores y los límites** mediante un ejercicio de visualización llamado “El gigante descompuesto” (ver Anexo 3) en el que se presenta un monstruo enorme (el maltrato) que parece imposible de tumbar pero que, dividido en pequeñas piezas, se hace pequeño y posible de manejar.

A continuación, se pedirá a las participantes que, en un dibujo de la silueta de la propia mano y con la ayuda de un mural dónde aparecen diferentes valores, escriban aquellos **valores con los que se identifican**.

Posteriormente, se enfatizarán los **valores personales orientados en el área de la pareja** a través de una reflexión sobre aquellos valores que consideran más importantes en una relación y se invitará a las participantes a responder:

- ¿Qué es para mí lo más importante en una relación?
- ¿Cómo creo que debo tratar a la otra persona?
- ¿Cómo creo que merezco que la otra persona me trate a mí?
- ¿Qué es aquello que considero necesario que esté presente mi relación para sentirme bien?
- ¿Qué es lo que me aporta bienestar y tranquilidad en la relación?
- ¿Qué es aquello que si no está presente en mi relación yo no estaría cómoda o a gusto?
- ¿Qué es aquello que si no está presente en la relación afecta a mi bienestar y tranquilidad?

En base a las anteriores respuestas, se les pedirá que establezcan sus 5 valores personales (en el escenario interpersonal) para ponerlos en común:

- “X valor” es importante para mí porque...

A modo de reflexión final de la sesión se realizará una **psicoeducación sobre cómo vivir en base a los valores** para tomar conciencia del bienestar que puede derivarse de todas aquellas actividades y comportamientos que van en consonancia a ellos. Se propondrá a las participantes que compartan algunas situaciones vitales en las que han actuado en base a sus valores y algunas en las que han actuado en contra y qué emociones y sensaciones se han derivado de dichas situaciones.

Para cerrar la sesión, se invitará a las participantes a que compartan los aprendizajes, emociones y sensaciones que han experimentado y se les propondrá la realización de una **tarea para casa** que consistirá en anotar durante la semana aquellos comportamientos que detectan que van en consonancia con alguno de los valores descubiertos en sesión.

### SESIÓN 3

**Objetivo:** Empoderamiento a través del conocimiento de los límites personales y de la comunicación asertiva.

**Desarrollo:**

La sesión se inicia con una **breve presentación y** compartiendo **la tarea para casa** propuesta en la anterior sesión.

El primer ejercicio es un juego experiencial en el que las participantes se colocarán en parejas, una enfrente de la otra y a una distancia de 5 metros. Se les explica solamente que una de ellas se tiene que ir acercando a la otra hasta escuchar una señal que indique parar. Después, se les pregunta a ambas cómo se han sentido. En el juego se hace explícito que, en ocasiones, por deseabilidad social no se establecen los límites personales a pesar de sentir incomodidad.

La sesión continuará con una breve **psicoeducación sobre los límites personales**, qué son y para qué sirven. Se pedirá a las participantes que traten de establecer sus límites personales relacionándolos con los valores trabajados en la anterior sesión.

Pasando a la práctica de la comunicación verbal, se realizará una **psicoeducación sobre la comunicación asertiva** para ponerla en práctica en el siguiente juego, en el que se pedirá a cada participante que piense en una necesidad que haya tenido en sus anteriores relaciones sociales o de pareja que sea especialmente significativa para ella. Se colocarán por parejas y, una de ellas, comunicará de forma agresiva esa necesidad. En voz alta, las participantes receptoras del mensaje comentarán cómo se han sentido. Posteriormente, se repetirá el ejercicio tratando de transmitir el mismo mensaje, pero a través de la comunicación asertiva para, después, compartir nuevamente cómo se han sentido las receptoras. Posteriormente, se hará lo mismo con la otra.

Después, se procederá a la realización de un **debate sobre la toma de decisiones en base a los valores personales**, especificando también las posibles respuestas ante la

comunicación asertiva, la posibilidad de que se produzca un franqueamiento de los límites y la toma de decisiones en las relaciones.

A continuación, se realizará el ejercicio “**Construyo mi lucha**”, que consiste en el dibujo de una superheroína propia donde se marcan los valores en la capa (permiten volar) y los límites en el escudo (permite defenderme de lo que me daña).

Continuaremos con el “**Derrumbamiento del muro**”: todas juntas como superheroínas derrumban el muro del patriarcado construido en la segunda sesión. Después, se reflexionará de forma conjunta sobre cómo se han sentido al derrumbar el muro, qué ha supuesto para ellas y qué significa para cada una ese muro.

La sesión finaliza con una **reflexión final** y la propuesta de una **tarea para casa** que consiste en la lectura del cuento “La cenicienta que no quería comer perdices” de López Salamero y, como tarea opcional, se recomienda la lectura del libro Mujeres que ya no sufren por amor” de Coral Herrera.

#### SESIÓN 4:

**Objetivo:** Potenciar la autoestima a través de las fortalezas personales y reestructuración y resignificación vital.

#### **Desarrollo:**

Se iniciará la sesión con una breve **presentación y la revisión de la tarea para casa** propuesta en la anterior sesión. A continuación, se dará paso a un **ejercicio para trabajar la autoestima** en el que cada participante se dibujará en un papel en blanco y escribirá al lado sus cualidades positivas. En base a ello, cada participante elegirá tres de las fortalezas con las que se identifica (con ayuda de un diagrama de fortalezas) para añadirlas en el dibujo de la superheroína realizado en la sesión 3 en forma de sus superpoderes. Después, se las invitará a que reflexionen sobre para qué puede utilizar esos superpoderes y de qué forma pueden serle útiles en su día a día.

Después, se pasará al siguiente ejercicio llamado **“Mi segundo espejo”** en el que se colocarán en parejas (que irán cambiando) una enfrente de la otra y, la compañera, en forma de espejo, tendrá que decir todo aquello bueno o bonito que vea en su pareja incluyendo afirmaciones positivas.

Seguidamente, se realizará un **ejercicio de visualización** en el que se imaginarán un futuro donde todo haya salido de la mejor forma posible. Y, en base a ello, escribirán desde su “yo futuro” una **carta a “mi yo actual”** para contarle cómo se siente y cómo ha llegado hasta allí, qué cosas aprecia y valora de su vida, qué cosas son importantes para ella, etc.

Continuando desde esa perspectiva, construirán **“Mi nuevo yo”**. Para ello, representarán en una cartulina todo aquello a lo que quieren decirle “adiós” y aquello a lo que le dicen “hola” para construir su nueva vida sin violencia.

Para reafirmar esa nueva vida, se invitará a las participantes a que **reformulen sus objetivos vitales** reflexionando sobre cada área (personal, social, familiar y laboral):

- ¿Qué cambiaría?
- ¿Qué objetivos me marco?
- ¿Qué recursos tengo?
- ¿Qué dificultades se me pueden presentar?

Una vez respuestas las preguntas, se elaborará un plan de acción para lograr esos objetivos.

La sesión continuará con una breve **psicoeducación sobre el autocuidado**, que continuará haciendo un listado de las actividades agradables y de autocuidado que cada una en su día a día para reflexionar sobre cómo le hacen sentir y qué mensajes se manda a sí misma al ponerlas en práctica (“me cuido”, “soy importante”).

Para potenciar el disfrute de las actividades más cotidianas, se explicará a las participantes en qué consiste **la atención plena** a través del **ejercicio del saboreo**; se irán repasando cada uno de los sentidos enfocados a una onza de chocolate (forma, color, textura, sabor...).

La sesión culminará con una **reflexión final y la propuesta de dos tareas para casa**: la primera consiste en elegir una fortaleza y ponerla en práctica de tres formas diferentes y, la segunda, en pensar 3 nuevas actividades agradables y de autocuidado, fijarlas en su horario y rutina y aprovecharlas para practicar la atención plena.

#### SESIÓN 5:

**Objetivo:** Conocimiento del cuerpo y el placer sexual, potenciar la erótica y fantasía individual y potenciación del placer a través de la atención plena.

#### **Desarrollo:**

Se iniciará la sesión con una presentación y una revisión de las tareas propuestas en la anterior sesión. El primer ejercicio se enmarca con una **psicoeducación completa sobre el cuerpo, la sexualidad y el placer** (incluyendo información de diferentes genitales con el fin de no excluir a ningún colectivo). A continuación, se invitará a las participantes a que **escriban sus miedos y dudas** en un papel que se introduce en una caja para que, después, se vayan leyendo de forma anónima y comentando entre todas. Seguidamente, se procederá a **desmontar los principales mitos** que se presentarán escritos en una serie de carteles (ver Anexo 4). Cada participante escogerá uno para iniciar el debate, lo leerá en voz alta y se desmontará mediante un debate grupal (el cartel se irá pasando para que cada una opine del mito, le rompa un trozo y lo pase a la siguiente).

Para aumentar la toma de conciencia del propio cuerpo, se realizará una **técnica de relajación** presentada por Alonso Puig (2017) en la que se irán repasando las diferentes partes del cuerpo, aprendiendo a atenderlas y detectar las sensaciones físicas.

Continuando el trabajo en la **atención plena**, se creará un **espacio para trabajar con diferentes materiales** para activar los sentidos (comida, telas, sonidos, pinturas...), dando rienda suelta a que exploren el espacio con total libertad. Se invitará a hacer una posterior reflexión sobre las sensaciones que les han parecido más placenteras.

Para trasladarlo al área sexual, se iniciará una **lluvia de ideas sobre diferentes formas de exploración sexual**: técnicas, escenarios, uso de materiales, juguetes eróticos, etc. Se creará un espacio dónde compartir experiencias con el fin de naturalizar la sexualidad.

Aprovechando el clima de intimidad, se concluirá la sesión con una **gran reflexión final** de lo aprendido durante todo el programa y se propondrá una última **tarea para casa**, la escritura de un relato erótico situándose a sí mismas como protagonistas. A su vez, se recomendará la realización de técnicas de relajación y mindfulness periódicas que podrán extraer del libro de Alonso Puig (2017).

### 5.6. Cronograma de aplicación

El programa se llevaría a cabo los viernes por la tarde por entender que es un día de mayor disponibilidad y estableciéndose en una sesión cada dos semanas de una duración de tres horas. A continuación, se presenta una propuesta de un cronograma temporal para la aplicación de la propuesta que abarca los meses de abril y mayo del 2022.

ABRIL

L	M	X	J	V	S	D
				1 <b><u>QUESTIONARIOS</u></b> <b><u>PRE</u></b> 16:30-17:00 <b>SESIÓN 1</b> 17:00-20:00	2	3
4	5	6	7	8	9	10

11	12	13	14	15 <b>SESIÓN 2</b> 17:00 - 20:00	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29 <b>SESIÓN 3</b> 17:00 - 20:00	30	

## MAYO

L	M	X	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13 <b>SESIÓN 4</b> 17:00 - 20:00	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27 <b>SESIÓN 5</b> 17:00-20:00 <b>CUESTIONARIOS</b> <b>POST _____ ±</b> <b>ENCUESTA DE</b> <b>SATISFACCIÓN</b> 20:00-20:30	28	29
30	31					

Viernes 26 de abril del 2020: Cuestionarios seguimiento a 3 meses

Viernes 25 de abril del 2020: Cuestionarios seguimiento a 4 meses

### 5.7. Evaluación de la propuesta

Para comprobar el impacto de la presente propuesta en los participantes y con el fin de abarcar las principales áreas afectadas, se administrarán los siguientes cuestionarios de forma previa y posterior a la intervención:

- Evaluación de la sintomatología ansiosa: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve (ISRA-B) desarrollado en España (Miguel-Trobal y Cano-Vindel, 2002). Se trata de una versión breve que mejora la aplicabilidad del cuestionario original conservando sus propiedades psicométricas. Muestra buenos resultados en cuanto a la consistencia interna total (alfa de Cronbach=0.94), la estabilidad test-retest al cabo de un mes (.78) y la validez externa al correlacionarlo con el ISRA original (.87) (Cano-Vindel et al., 2020). El ISRA-B consta de 46 ítems que evalúan sintomatología ansiosa mediante una escala tipo Likert (0-4).
- Evaluación de la sintomatología depresiva: Inventario de Depresión de Beck en su segunda edición (IDB-II) (Beck et al., 1996). Es un cuestionario compuesto por 21 ítems que evalúa la intensidad de los síntomas de depresión en las últimas dos semanas mediante una escala de cuatro puntos, de 0 a 3. Muestra altos índices de confiabilidad y validez, con una consistencia interna alta (alfa de Cronbach=0.93) (Pachas, 2019).
- Evaluación de la sintomatología relacionada con un TEPT: Escala de evaluación global de estrés postraumático (EGEP) (Crespo y Gómez, 2012a). Es una escala que consta de 62 ítems divididos en tres secciones: acontecimientos, síntomas y funcionamiento. Muestra un buen índice de fiabilidad y validez y una buena consistencia interna (alfa de Cronbach=.90) (Crespo y Gómez, 2012b).
- Evaluación de la autoestima: Escala de la autoestima de Rosenberg (Reosenberg, 1965). Es una escala de 10 ítems que avalúan los sentimientos de respeto y aceptación de uno mismo/a mediante una escala tipo Likert (1-4). Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach=0.87), así como adecuada fiabilidad temporal, a dos meses (0.72) y un año (0.74) (Vázquez-Morejón, 2004).

- Evaluación de las habilidades sociales: Escala de Habilidades Sociales de Gismo (2000). Este cuestionario, compuesto por 33 ítems en escala tipo Likert de cuatro alternativas, es especialmente relevante en casos de VG ya que evalúa aspectos como la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los propios derechos, la expresión de enfado o disconformidad, decir "no" y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. En cuanto a las propiedades psicométricas, muestra una buena confiabilidad de la escala general, así como una buena consistencia interna (alfa de Cronbach=0.91) (Miranda-Zapata, 2014).

Además de ello, se realizaría una entrevista inicial para recoger otros aspectos importantes: nivel de conciencia de la violencia en relación a la influencia del contexto, autoconcepto e identidad personal.

Con el fin de conocer el alcance de la intervención a largo plazo y el mantenimiento de los resultados, se repetiría el proceso completo de evaluación a los 3, 6 y 12 meses.

Al final de la intervención, también se administrará un cuestionario de satisfacción anónimo a las participantes (ver Anexo 5), para conocer su opinión y experiencia en el programa, así como las limitaciones y propuestas de mejora que destacarían para futuras puestas en práctica.

Para evaluar la eficacia de la presente propuesta, se realizaría un estudio aleatorizado con un grupo control (que realizará el mismo proceso de evaluación) para comparar esta intervención con otros programas de intervención en VG que hayan demostrado su eficacia y se compongan de tratamientos integrales desde diferentes enfoques terapéuticos, como el presentado por Vaca Ferrer et al. (2020). Se espera que la propuesta presente obtenga resultados iguales o mejores que otros programas ya considerados eficaces y que logre el mantenimiento de los resultados a largo plazo.

## **6. Conclusiones**

Tras hacer una revisión de los principales programas de intervención existentes para el tratamiento de las víctimas de VG, se ha podido observar que las principales limitaciones que presentan son que no se asegura el mantenimiento de los resultados a largo plazo y que se desatienden áreas importantes como la sexualidad.

Por ello, desde la presente propuesta se ha tratado de abarcar de forma integral todas las necesidades de las víctimas para asegurar no solo una recuperación total, sino también lograr un CPT que permita mantener los resultados a largo plazo y disminuir así la probabilidad de recaídas.

De esta forma, se presenta un programa que comprende dos grandes módulos. El primero, en formato individual, se enfoca al tratamiento de la sintomatología clínica derivada de la VG entendiendo las particularidades de cada mujer. El segundo, en formato grupal, pretende lograr un CPT a partir de la toma de conciencia, el trabajo centrado en el empoderamiento y la autoestima y la adquisición de habilidades sociales y estrategias de adaptación al entorno social patriarcal.

Una de las principales limitaciones del presente programa es la gran complejidad del mismo, que hace que sean necesarios una serie de recursos que se espera que sean otorgados por el Estado, requiriendo también la colaboración de los ayuntamientos de cada comunidad autónoma. Todo ello hace que la posibilidad de implantación del programa dependa, en gran parte, de estas instituciones. Otra de las limitaciones es que no se trabaja directamente con los hijos e hijas que pueden haber sido víctimas directas de violencia, sino que se abarca desde la orientación a la búsqueda de otros recursos que puedan cubrir esa necesidad.

De cara a las futuras puestas en práctica del programa, se remarca la importancia de asegurar que el primer módulo se complemente con el segundo módulo grupal de forma que, se siga comprendiendo la importancia de afianzar los resultados obtenidos a nivel

individual en la segunda parte del programa. Es decir, no dejar de lado las especificidades de cada caso particular y hacer revisiones periódicas del avance de cada una de las mujeres durante todo el programa.

## 7. Referencias

- Acosta, J. J. (2018). La intervención en violencia de género desde diversos ámbitos. *Dykinson*.
- Alencar-Rodrigues, R. y Cantera, L. (2012). Violencia de género en la pareja: Una revisión teórica. *Psico*, 41(1), 116-126.
- Alencar-Rodrigues, R. y Cantera, L. M. (2013). Del laberinto hasta el camino hacia la recuperación de la violencia. *Revista Interamericana de Psicología*, 47(1), 61-69.
- Alonso Puig, M. (2017). *¡Tómate un respiro! Mindfulness. El arte de mantener la calma en medio de la tempestad*. Epasa Libros.
- Anderson, K., Renner, L. y Danis, F. (2012). Recovery: resilience and growth in the aftermath of domestic violence. *Violence Against Women*, 18(11), 1279-1299. <https://doi.org/10.1177/1077801212470543>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996/2006). BDI-II. Inventario de Depresión de Beck. Segunda Edición. Manual.
- Bisquert-Bover, M., Giménez-García, C., Gil-Juliá, B., Martínez-Gómez, N. y Gil-Llario, M. D. (2019). Mitos del amor romántico y autoestima en adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 5(1), 507-518.
- Bryant, R. A., Schafer, A., Dawson, K. S., Anjuri, D., Mulili, C., Ndogoni, L., ... y Van Ommeren, M. (2017). Effectiveness of a brief behavioural intervention on psychological distress among women with a history of gender-based violence in urban Kenya: a randomised clinical trial. *PLoS medicine*, 14(8), e1002371.

- Calhoun, L. C., y Tedeschi, R. C. (2014). Expert companions: Posttraumatic growth in clinical practice. *Handbook of posttraumatic growth*, 305-324.
- Cano Martín, L. M., Berrocoso Martínez, A., Arriba Muñoz, L. D., Bernaldo de Quirós Lorenzana, R., Alamar Provecho, J. D. y Cardo Maza, A. (2010). Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(1), 10-17.
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moretti, L. S. y Medrano, L. A. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve (ISRA-B). *Ansiedad y Estrés*, 26(2-3), 155-166.
- Cantera, L. M. y Blanch, J. M. (2010). Percepción social de la violencia en la pareja desde los estereotipos de género. *Psychosocial Intervention*, 19(2), 121-127.
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Coker, A., Davis, K., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. y Smith, P. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 260-268. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00514-7](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00514-7)
- Corsi, J. (2010). La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. Documentación de apoyo, fundación Mujeres, 1-12.
- Cortiñas, S. C., Rivera, F. F. y Martínez, M. D. S. (2018). Children exposed to intimate partner violence: impact assessment and guidelines for intervention. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(3), 16-22.

Crespo, M. y Gómez, M. (2012a). EGEP: evaluación global de estrés postraumático. TEA.

Crespo, M., y Gómez, M. (2012b). La evaluación del estrés postraumático: Presentación de la escala de evaluación global de estrés postraumático (EGEP). *Clínica y Salud*, 23(1), 25-41.

Delegación de Gobierno para la Violencia de Género y Centro de Investigaciones Sociológicas. (2015). Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/pdf/30.03300315160154508.pdf>

Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22(85), 627-654.

Escudero Nafs, A., Polo Usaola, C., López Gironés, M. y Aguilar Redo, L. (2005). La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género: II: Las emociones y las estrategias de la violencia. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, (96), 59-91.

Esteban Alenda, C. y Esteban Alenda, J. (2010). *El orden de las cosas* [Cortometraje]. Intermedia Producciones.

Expósito, F. y Moya, M. (2011). Violencia de género. *Mente y cerebro*, 48(1), 20-25.

Fariña, F., Arce, R., Seijo, D. y Novo, M. (2010). Prevención e intervención en violencia de género y familiar. Santiago de Compostela: Nino.

- Flury, M. y Nyberg, E. (2010). Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss medical weekly*, 140(3536).
- García, M. Á., Alías, A. M. y Ballester, P. B. (2016). *Manual de atención psicológica a víctimas de maltrato machista*. Colegio Oficial de la Psicología de Guipuzkoa.
- Gironés, M. L. y Usaola, C. P. (2014). Intervención en mujeres víctimas de violencia de género. Experiencia de Psicoterapia Grupal en un centro de salud mental. *Clínica Contemporánea*, 5(1), 29.
- Gismero, E. (2000). EHS: Escala de Habilidades Sociales. TEA.
- González, G. C. y Bejarano, R. C. (2014). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*, 13(1), 424-439.
- Greeff, P. y Tanya De Bruyne, A. (2000). Conflict management style and marital satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*, 26(4), 321-334.
- Heise, L., Ellsberg, M. y Gottmoeller, M. (2002). A global overview of gender-based violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 78(1), 5-14.
- Henales-Almaraz, M. C., Sánchez-Bravo, C., Meléndez, J. C. y Espíndola-Hernández, G. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de mujeres con violencia doméstica. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21(2), 88-99.
- Herman, J (2004). Trauma y recuperación: como superar las consecuencias de la violencia.
- Humphreys, J. (2003). Resilience in sheltered battered women. *Issues in mental health nursing*, 24(2), 137-152.

- John, N., Casey, S. E., Carino, G. y McGovern, T. (2020). Lessons never learned: crisis and gender-based violence. *Developing world bioethics*, 20(2), 65-68.
- John, N., Casey, S. E., Carino, G. y McGovern, T. (2020). Lessons never learned: crisis and gender-based violence. *Developing world bioethics*, 20(2), 65-68
- Lorente, M. y Lorente, J. A., (1998). Agresión a la mujer: maltrato, violación y acoso.
- Marroquí, M. y Cervera, P. (2014). Interiorización de los falsos mitos del amor romántico en jóvenes. *Reidocrea*, 3(20), 142-146.
- Matud, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16(3). 397-401.
- Matud, M. P., Padilla, V., Medina, L. y Fortes, D. (2016). Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. *Terapia psicológica*, 34(3), 199-208.
- Matud, M., Fortes, D. y Medina, L. (2014). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 199-207.
- Miguel-Trobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (2002). Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). TEA.
- Miranda-Zapata, E., Riquelme-Mella, E., Cifuentes-Cid, H., y Riquelme-Bravo, P. (2014). Análisis factorial confirmatorio de la Escala de habilidades sociales en universitarios chilenos. *Revista latinoamericana de psicología*, 46(2), 73-82.

- Mittal, S. y Singh, T. (2020). Gender-based violence during COVID-19 pandemic: a mini-review. *Frontiers in Global Women's Health*, 1(4).
- Molina Giraldo, E. (2016). Factores de riesgo y consecuencias de la violencia de género en Colombia.
- Morrison, A. R., Ellsberg, M. y Bott, S. (2004). Addressing gender-based violence in the Latin American and Caribbean region: a critical review of interventions.
- Morrison, A., Ellsberg, M. y Bott, S. (2007). Addressing gender-based violence: a critical review of interventions. *The World Bank Research Observer*, 22(1), 25-51.
- Morrison, A. y Orlando, M. B. (2004). The costs and impacts of gender-based violence in developing countries: Methodological considerations and new evidence. Retrieved March, 5, 2007.
- Murillo, F. H., Vives, C. C. y Rubio, M. (2004). El conflicto de pareja como variable asociada a la violencia de género contra la mujer: consecuencias sobre la salud sexual y mental. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 9(1), 49-64.
- Odriozola, E. E. y de Corral Gargallo, P. (1999). Programas de intervención para la violencia familiar. *Boletín Criminológico*, 5(40), 1-4.
- Ordóñez Fernández, M. D. y González Sánchez, P. (2012). Las víctimas invisibles de la Violencia de Género. *Revista clínica de medicina de familia*, 5(1), 30-36.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO\\_RHR\\_HRP\\_13](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO_RHR_HRP_13)

.06\_spa.p

df;jsessionid=203F731E553065E922FE1CD1871B89B7?sequence=1

Otero, I. B. (2009). Mujeres y violencia: El género como herramienta para la intervención. *Política y cultura*, (32), 105-126.

Pachas, D. V. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de investigación en psicología*, 22(1), 39-52.

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.

Pérez, M. M. y Calvera, J. F. M. (2013). Descripción y caracterización del Ciclo de Violencia que surge en la relación de pareja. *Tesis Psicológica*, 8(1), 80-88.

Pérez, V. A. y Fiol, E. B. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de Psicología*, 21(1), 1-10.

Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E. y Páez-Rovira, D. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de psicología*, 32(1), 295-306.

Rey, A. y César, A. (2008). Habilidades pro-sociales, rasgos de personalidad de género y aceptación de la violencia hacia la mujer, en adolescentes que han presenciado violencia entre sus padres. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1) 107-118.

Rivas Rivero, E. ., Panadero Herrero, S. ., Bonilla Algovia, E. ., Vásquez Carrasco, R. y Vázquez Cabrera, J. J. (2018). Influencia del apoyo social en el

- mantenimiento de la convivencia con el agresor en víctimas de violencia de género de León (Nicaragua). *Informes Psicológicos*, 18(1), 145-165.  
<https://doi.org/10.18566/infpsic.v18n1a08>
- Rivas Rivero, E., Bonilla Algovia, E., Martín Galván, R. y Moreno López, R. (2018). Epidemiología y mantenimiento de la violencia de género en León (Nicaragua). En *Investigación y género. Reflexiones desde la investigación para avanzar en igualdad: VII Congreso Universitario Internacional Investigación y Género (661-672)*, Sevilla: SIEMUS (Seminario Interdisciplinar de Estudios de las Mujeres de la Universidad de Sevilla).
- Romero, I. (2010). Intervención en violencia de género: consideraciones en torno al tratamiento. *Psychosocial intervention*, 19(2), 191-199.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Vives-Cases, C., Montero-Piñar, M. I., Escribà-Agüir, V., Jiménez-Gutiérrez, E., ... y G6 para el Estudio de la Violencia de Género en España. (2010). Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 128-135.
- Sijbrandij, M., Bryant, R. A., Schafer, A., Dawson, K. S., Anjuri, D., Ndogoni, L. y Van Ommeren, M. (2016). Problem Management Plus (PM+) in the treatment of common mental disorders in women affected by gender-based violence and urban adversity in Kenya; study protocol for a randomized controlled trial. *International journal of mental health systems*, 10(1), 1-8.
- Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D. y Daigneault, I. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(2), 248-261.

- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. y Cann, A. (2007). Evaluating resource gain: Understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Applied Psychology*, 56(3), 396-406.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1995). Trauma and transformation. Sage.
- 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.
- Terry, G. (2007). Gender-based violence. *Oxfam GB*.
- Tsirigotis, K. y Łuczak, J. (2018). Resilience in Women who Experience Domestic Violence. *Psychiatric Quarterly*, 89(1), 201-211.  
<https://doi.org/10.1007/s11126-017-9529-4>
- Tutty, L.M., Babins-Wagner, R. y Rothery, M.A. (2017). Women in IPV Treatment for Abusers and Women in IPV Survivor Groups: Different or Two Sides of the Same Coin?. *Journal of Family Violence*, 32, 787-797. Doi: 10.1007/s10896-017-9927-2
- Vaca-Ferrer, R., Garcia, R. F. y Valero-Aguayo, L. (2020). Eficacia de un programa de intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género en el marco de las terapias contextuales. *Anales de Psicología*, 36(2), 188-199.
- Vázquez-Morejón, R., Jiménez, R. y Vázquez, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255.
- Walker, L. E. (2012). El síndrome de la mujer maltratada. Desclee de Brouwer.
- Walker, L.E.A. (1994). Abused Women and Survivor Therapy: A practical guide for the psychotherapist. Washington: American Psychological Association.

## 8. Anexos

### ANEXO 1

A continuación, se presentan diferentes respuestas e interpretaciones al cortometraje “**El orden de las cosas**”, con la finalidad de invitar a la reflexión, pero sin ser las únicas respuestas posibles o correctas.

- **¿Qué representa la bañera?**

El aislamiento

- **¿Qué representa el agua de la bañera?**

EL CICLO DE LA VIOLENCIA

La bañera y el agua representan las fases del ciclo de la violencia. Las gotas van cayendo y la bañera se va llenando (Fase de acumulación de tensión), cuando aparece él explota la violencia y el agua vuelve a bajar, aparecen las palabras de amor y cariño (luna de miel).

Otra de las interpretaciones, podría ser que el agua represente el sistema patriarcal y el machismo encubierto.

- **¿Por qué ella está desnuda?**

Indefensa, en una posición de vulnerabilidad.

- **¿Qué representa el cinturón?**

Los estereotipos masculinos: el poder y el control, quien “lleva los pantalones en la relación y la familia”.

- **¿Qué representa la herencia del cinturón?**

Los aprendizajes sobre la forma de establecer relaciones, de ejercer el control y el poder, de continuar con los roles de género, etc.

- **¿Cómo interpretáis el personaje de Marquitos?**

Marcos, al principio, muestra su inocencia jugando con el avión mientras hace caso a su padre y busca el cinturón, aún no es capaz de entender lo que supone. Encontrar el cinturón y ver que lo escondía su madre entre el agua, hace que tome conciencia y se da cuenta de la situación y de lo que representa el cinturón. En ese momento, decide proteger a su madre y, además, empieza a rechazar ese cinturón. Cuando se da cuenta de todo, el avión se le cae y se rompe, dejando atrás su inocencia, su infancia y marcando un daño (víctima directa de la VG). Ante la presión de su padre, Marcos considera que solo puede liberarse si se va, suplica a su madre que se vaya con él, pero ella no quiere y él mantiene la decisión de irse y aunque nunca vuelve a casa, sigue llamándola, pero no consigue hablar con ella. Él la aísla de tal forma que hace que el entorno que sí quiere ayudarla no pueda llegar a ella.

- **¿Qué significa el avión roto?**

Marcos de pequeño juega con el avión, hasta que encuentra el cinturón, justo en el momento que se da cuenta de las heridas de su madre. Sorprendido, se le cae el cinturón al suelo: ahí termina su infancia, su inocencia y se marca un daño (víctima directa de la VG). Su padre le dice que “ya lo arreglará, pero que primero busque el cinturón”, es como un “yo te atiendo, pero si tu me obedeces”. Marcos decide irse y no ejercer ese poder que le otorga el patriarcado, pero el avión queda ahí, roto, en la habitación, es el recuerdo que tiene Julia de Marcos.

- **¿Por qué Marcos se va de casa?**

Marcos, al tomar conciencia de la situación y del significado del cinturón, decide que no quiere continuar el legado del patriarcado y la desigualdad de géneros.

- **¿Quiénes son esas personas que llegan a casa a cenar? ¿Qué representan? ¿De qué forma influyen a ambos personajes?**

El entorno: Les presionan a ambos para que cumplan los mandatos de género. Representan la sociedad patriarcal: culpabilizan y responsabilizan a la mujer, la relegan al cuidado y las tareas domésticas.

- **¿Qué os suscita la escena en la que otra mujer se quita las gafas?**

Ella decide someterse y ocultarlo, callarse. Representa la dificultad a la hora de pedir ayuda, ya que todo el entorno es desfavorecedor.

- **¿Por qué Julia nunca envejece? ¿Por qué él sí? ¿Por qué él al final se vuelve a mostrar joven?**

Parece que Julia haya visionado cómo sería su vida si permanece ahí. Se despide de él debajo del agua, siendo él joven de nuevo. También representa la falta de control, para ella el tiempo no pasa porque no se le permite crecer ni evolucionar, su vida se estanca y se bloquea porque deja de vivir pensando en sí misma.

- **¿Qué creéis que le dice al final?**

Le hace la propuesta de liberarse del patriarcado, pero él decide seguir agarrando el cinturón (los estereotipos masculinos), así que se ahoga con ellos.

- **¿De qué forma interpretáis el final?**

Se inunda la bañera y la habitación, pero cuando ella sale ya no está en casa, está en un mar enorme, libre. Aunque al principio de la ve perdida (falta de recursos), pero al final encuentra tierra firme, donde también amarran otras bañeras, otras mujeres que han salido de la VG y ahora caminan hacia su propio destino retomando el control y dando los pasos de su propia vida.

ANEXO 2:

**Afirmaciones para reflexionar sobre los mitos y creencias del amor romántico.**

Mito de la omnipotencia

- Si nos queremos de verdad, nada puede salir mal
- El amor es ciego
- El amor todo lo puede

Mito del amor verdadero

- El amor verdadero está predestinado
- Encontrar el amor significa encontrar a alguien hecho a tu medida
- En alguna parte hay alguien predestinado para cada persona.
- El objetivo en el amor es encontrar a nuestra media naranja
- Encontrar el amor significa encontrar a la persona que te hará feliz para siempre
- El amor es muy importante porque supone encontrar a la persona con la que te casarás y/o formarás una familia
- El matrimonio es el objetivo final del amor

Mito de la entrega y el sacrificio

- El amor es lo más importante y requiere entrega total
- Por amor estaría dispuesto a todo
- El amor es lo más importante
- Sin una pareja no puedo ser plenamente feliz
- Si tu pareja te daña y te hace sufrir, tiene solución si te pide perdón y promete cambiar
- El amor es lucha y sacrificio

- Lo haría todo por amor
- En el amor hay que olvidarse de uno mismo para darse a la otra persona
- En el amor siempre hay que ceder
- La felicidad de mi pareja es mi felicidad

Mito de la posesión y exclusividad

- Debo dedicarme exclusivamente a mi pareja
- Debo tomar las decisiones en base a mi pareja o teniéndola siempre en cuenta
- Los celos son una prueba de amor.
- Mi pareja me pertenece
- Yo pertenezco a mi pareja

ANEXO 3:

**Ejercicio de visualización “El gigante descompuesto”.**

- INICIO -

Nos colocamos en una posición cómoda...

Cerramos los ojos...

Sentimos nuestro cuerpo, cada parte, cómo está en el espacio. Siento mi cuerpo y sus sensaciones físicas...

Vamos a hacer un ejercicio de visualización.

Nos imaginamos ese muro del patriarcado. Un muro enorme enfrente de nosotras, constituido por pequeños ladrillos.

El muro está de mí, es muy grande, mucho más que yo.

En el muro puedo distinguir cada ladrillo que lo forma, son pequeños, pero son tantos y tantos y tantos, y uno encima de otro... al final hacen un muro enorme.

¿Cómo me siento ante ese enorme muro?

¿Qué emoción o emociones me hace sentir?

¿En qué parte del cuerpo las siento?

¿Qué siento físicamente en mi cuerpo? Voy chequeando y revisando cada parte de mi cuerpo, tratando de identificar las sensaciones físicas que esa emoción deja en mí.

He identificado la emoción que siento. Trato de vivirla con aceptación. Dejo que se manifieste en mi cuerpo. Puede que la emoción no me guste, puede que las sensaciones físicas que me provoca me incomoden... y eso está bien. No trato de que me guste, trato de aceptarla.

Estoy enfrente de ese enorme muro. Un muro que es mucho más grande que yo.

Y mientras, mi cuerpo reacciona, mi emoción se manifiesta, dejo que recorra mi cuerpo. La acepto.

Me dejo sentir este momento.

Vuelvo a centrarme en ese enorme muro. Distingo los pequeños ladrillos, que juntos, forman un enorme enorme muro que no me deja ver nada más que eso.

Me acerco despacio. Doy un paso, doy otro... me voy acercando.

Cada vez que me acerco puedo ver mejor cada ladrillo. Uno encima de otro.

Me voy acercando más.

Me acerco y me acerco... tengo el muro justo enfrente de mí.

Me paro y vuelvo a centrar la atención en mi cuerpo... ¿Cómo me siento? ¿Cómo se manifiesta esa emoción? Dejo que, una vez más, recorra mi cuerpo. Le presto atención, pero la dejo fluir.

Centro de nuevo la atención en el muro. Observo un ladrillo en concreto... ¿Tiene algo escrito? ¿Qué pone? Lo pienso.

Trato de levantar uno de mis brazos y toco el ladrillo.

Es fuerte, parece rígido.

Trato de empujar con el dedo un poquito el ladrillo y veo que se mueve. He movido el ladrillo con mi mano.

Trato de cogerlo. Lo cojo poco a poco y observo como el muro, no se derrumba.

Cojo el ladrillo y doy unos pasos atrás, me alejo un poco del muro, pero sigue quedando enfrente de mí.

Miro el ladrillo que tengo en mis manos... Y lo observo:

- ¿Qué forma tiene?
- ¿De qué color es?
- ¿Cuánto pesa? Se me hace muy pesado... o pesa poco, puedo con él...

Dejo el ladrillo en el suelo.

Lo miro, miro como está en el suelo, debajo.

¿Qué me apetece hacer con este ladrillo?

Levanto una pierna y la coloco sobre el ladrillo. Lo piso.

Paso por encima de él.

Qué pequeño me parece ahora, mirándolo desde arriba.

¿Cómo me siento?

Levanto la cabeza y miro el muro. Enorme, pero ahora con un pequeño hueco, el del ladrillo que he cogido y que ahora está debajo de mi.

Miro ese hueco...

El muro sigue siendo enorme, pero yo he podido modificar algo. Yo le he dejado un hueco. ¿Cómo me siento?

Dejo que la emoción recorra nuevamente mi cuerpo, que fluya...

Centro la atención en mi respiración y respiro profundamente.

Abrimos despacio los ojos. Trato de volver al momento presente y actual.

- FIN -

Reflexionamos:

- ¿Cómo me he sentido?
- ¿He conseguido identificar mis emociones?
- ¿Qué emociones he sentido?
- ¿Cómo las he sentido físicamente?
- ¿Por qué creo que me he sentido así? Buscamos la CAUSA de la emoción.
- ¿Qué me quiere decir esa emoción? ¿Para qué ha venido? Buscamos la FUNCIÓN de esa emoción.
- ¿Qué supone para mi el muro?
- ¿Qué supone para mi el ladrillo?
- ¿Qué me apetecía hacer con el ladrillo?
- ¿Qué representa para mi el hueco en el muro?
- ¿Qué me apetece hacer con el muro?

**ANEXO 4:**

**Mitos sobre la sexualidad.**

- El sexo debe ser siempre natural y espontáneo.
- Una relación sexual sin coito no es una relación sexual completa.
- Para que una relación sexual sea buena, ambas personas han de llegar al orgasmo.
- Los orgasmos simultáneos son más placenteros que los orgasmos que son experimentados en forma separada.
- Si la mujer no disfruta en las relaciones sexuales es culpa del hombre.
- Existen dos tipos de orgasmos diferentes en la mujer: uno vaginal y otro clitoral.
- La vida sexual de la mujer termina con la menopausia.
- La masturbación es una práctica casi exclusiva de los hombres.
- La masturbación en el hombre o en la mujer es señal de que algo no va bien en su sexualidad. La mujer llega al orgasmo al sentir la penetración del pene.
- No es normal tener fantasías sexuales si se tiene una relación de pareja satisfactoria.
- La impotencia es natural e irreversible en el hombre de edad avanzada.
- El hombre siempre está dispuesto a tener relaciones sexuales.
- Si el hombre no se excita en una situación sexual es que tiene problemas de funcionamiento.

**ANEXO 5:**

**Cuestionario final de satisfacción de la propuesta de intervención.**

**CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN**

Nº de sesiones a las que he asistido:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Grado de compromiso que considero que he tenido con el programa:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nivel de satisfacción general con el programa:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nivel de satisfacción con la organización del programa:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nivel de satisfacción con las profesionales que dirigen el programa:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Grado de aprendizaje que creo que he obtenido con el programa:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

¿Qué sesión consideras que te ha resultado más útil?

¿Cuál ha sido la actividad que más te ha gustado? ¿Por qué?

¿Qué crees que has aprendido durante el programa?

¿Qué actividad o sesión NO te ha gustado? ¿Por qué?

¿Qué consideras que le ha faltado o que se debería añadir al programa?

¿Qué aspectos crees que se podrían mejorar del programa?

¿Qué consideras que le ha faltado o que se debería añadir al programa?

Aquí te dejamos un espacio para que puedas añadir cualquier cosa que te apetezca o creas que puede ser necesaria.

*¡Te agradecemos enormemente tu participación en esta encuesta, tu opinión nos importa y nos ayuda a mejorar!*