



Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Intervención psicológica para la sintomatología disociativa en violencia de género

Presentado por: CLARA SANZ ARÉVALO

Tutora académica: Dra. MARÍA ROCÍO FERNÁNDEZ VELASCO

Alcalá de Henares, 9 de marzo de 2022

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. Introducción y justificación	5
2. Objetivos	6
3. Marco teórico	6
3.1. Violencia de género (VG)	6
3.1.1. <i>Conceptualización</i>	6
3.1.2. <i>Consecuencias psicológicas y emocionales</i>	9
3.2. Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C)	11
3.2.1. <i>Conceptualización</i>	11
3.2.2. <i>Causas y consecuencias</i>	12
3.2.3. <i>Criterios diagnósticos</i>	13
3.3. Sintomatología disociativa	14
3.3.1. <i>Conceptualización</i>	14
3.3.2. <i>Causas y consecuencias</i>	16
3.4. TEPT-C y sintomatología disociativa en mujeres víctimas de VGP	18
3.4.1. <i>Conceptualización</i>	19
3.4.2. <i>Evaluación del TEPT-C y sintomatología disociativa</i>	20
3.4.3. <i>Programas de intervención psicológica previos para el TEPT-C y sintomatología disociativa</i>	22
4. Propuesta de intervención	26
4.1. Presentación de la propuesta	26
4.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta	27
4.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta	28
4.4. Metodología y recursos	28
4.5. Sesiones	30
4.5.1. <i>Fase 1: estabilización y reducción de síntomas</i>	31
4.5.2. <i>Fase 2: tratamiento de las memorias traumáticas</i>	34
4.5.3. <i>Fase 3: reintegración y rehabilitación</i>	36
4.6. Cronograma de aplicación de la propuesta	39
4.7. Evaluación de la propuesta	41
5. Conclusiones	41
6. Referencias	45
7. Anexos	59

Resumen

El carácter interpersonal de la violencia de género supone un agravante para las consecuencias en la salud mental de las personas expuestas. Entre las repercusiones más devastadoras se encuentran el trastorno de estrés postraumático complejo y sintomatología disociativa, presentándose ambas con frecuencia en estas mujeres. La disociación aparece como una defensa ante el trauma vivido y se caracteriza por la fragmentación de la identidad de la persona. El impacto de este tipo de consecuencias en la vida cotidiana de las víctimas es muy elevado y cronifica otros síntomas comórbidos, limitando la capacidad de recuperación de estas. La literatura ha atendido poco estas consecuencias, focalizándose en intervenciones para cuadros psicopatológicos sin abordar esta sintomatología. En este trabajo se presenta una propuesta de intervención psicológica dirigida a reducir o eliminar la sintomatología disociativa en mujeres víctimas de violencia de género. El programa se realiza desde una perspectiva integrativa y puede utilizarse de forma complementaria a otras intervenciones llevadas a cabo con estas mujeres. Se compone de 2 sesiones de pre-evaluación y 18 sesiones de intervención divididas en 3 fases, además de una evaluación postratamiento. Se utilizan herramientas que tienen evidencia de eficacia en la literatura, realizándose una selección de aquellas que pudieran ser más fácilmente integrables en programas de diversas orientaciones teóricas. Se espera que esta aportación pueda prevenir la cronificación de la psicopatología y facilitar el proceso de recuperación de las mujeres que presentan sintomatología disociativa como consecuencia de la exposición a la violencia por parte de la pareja.

Palabras clave: violencia de género, trauma complejo, sintomatología disociativa, intervención psicológica

Abstract

The interpersonal nature of gender violence aggravates the mental health consequences for those exposed. Among the most devastating repercussions are complex post-traumatic stress disorder and dissociative symptomatology, both of which occur frequently in these women. Dissociation appears as a defense against the trauma experienced and is characterized by the fragmentation of the person's identity. The impact of this type of consequences on the daily life of the victims is very high and get other comorbid symptoms became chronic, limiting their capacity for recovery. The literature has paid little attention to these consequences, focusing on interventions for psychopathological conditions without addressing this symptomatology. This paper presents a proposal for a psychological intervention aimed to reduce or eliminate dissociative symptomatology in women victims of gender violence. The program is carried out from an integrative perspective and can be used in a complementary way to other interventions carried out with these women. It consists of 2 pre-evaluation sessions and 18 intervention sessions divided into 3 phases, in addition to a post-treatment evaluation. We used tools that have evidence of efficacy in the literature, making a selection of those that could be more easily integrated into programs of different theoretical orientations. This contribution is expected to prevent the chronification of psychopathology and facilitate the recovery process of women who present dissociative symptomatology as a consequence of exposure to intimate partner violence.

Key words: intimate partner violence, complex trauma, dissociative symptoms, program

1. Introducción y justificación

El trabajo que se expone a continuación nace a raíz de la gran cantidad de mujeres víctimas de violencia de género dentro de la pareja (VGP) que acuden a recursos psicológicos en busca de ayuda, pero muchas veces esa ayuda no está individualizada. Las/os expertas/os en trauma han considerado que los eventos traumáticos de naturaleza interpersonal y exposición continuada, como es el caso de la VGP, requieren de una atención especial tanto en la investigación como en la intervención (Fernández Fillol et al., 2020).

Mucha de la sintomatología que sufren estas mujeres no se ha visto contemplada en la literatura científica y no ha sido categorizada de forma diagnóstica hasta la llegada del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C) descrito por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Esta tardía incorporación al manual diagnóstico ha hecho que muchas investigaciones previas no hayan podido realizar intervenciones específicas sobre las necesidades particulares de estas mujeres (Cloitre, 2015). Además, el TEPT-C suele ir acompañado de sintomatología disociativa, la cual correlaciona con la dominación y el aislamiento que se ejerce a través de la violencia psicológica (Dokkedahl et al., 2021). Estos síntomas disociativos aparecen como estrategia de afrontamiento al evento traumático, sin embargo, en las intervenciones recogidas para las mujeres víctimas de VGP no se trabaja de forma directa este aspecto (Tschoeke et al., 2019).

El presente trabajo nace de la motivación de atajar la sintomatología disociativa que sufren las mujeres víctimas de VGP, ya que la literatura científica parece que la ha relegado a un plano secundario. Con ello, se pretende explorar si las propuestas de tratamiento psicológico dirigidas a mujeres adultas que hayan sufrido VGP abordan la sintomatología disociativa y si estos programas son eficaces.

A continuación de toda la revisión científica, se propondrá una intervención psicológica adecuada para trabajar la sintomatología disociativa que presentan estas mujeres.

2. Objetivos

El objetivo general del presente trabajo es desarrollar una propuesta terapéutica para abordar la sintomatología disociativa en mujeres adultas que hayan sufrido VGP y presenten un cuadro de TEPT-C.

Los objetivos específicos que se reflejan a continuación son los objetivos de revisión necesarios para lograr alcanzar el objetivo general del trabajo. Sin embargo, los objetivos específicos del programa de intervención psicológica a desarrollar se presentarán más adelante.

- Revisar la literatura científica entorno al diagnóstico de TEPT-C y sintomatología disociativa presentados en mujeres víctimas de VGP.
- Conocer la presencia y forma de sintomatología disociativa en mujeres que hayan sufrido VGP con cuadro de TEPT-C.
- Averiguar si hay tratamientos que aborden sintomatología disociativa en mujeres que hayan sufrido VGP.
- Identificar efectividad, limitaciones y fortalezas de los tratamientos psicológicos encontrados.

3. Marco teórico

3.1. Violencia de género (VG)

3.1.1. Conceptualización

La VG es una forma de violencia a la que se está prestando especial atención en los últimos años, categorizándose como un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres. Es un tipo de violencia interpersonal basada en el género, la cual representa una de las principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo (OMS, 2021).

La Asamblea General de Naciones Unidas, en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, creó el primer instrumento internacional de

derechos humanos que aborda de forma concreta la VG, definiéndola de la siguiente forma:

todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (1993, p.2).

En España, en materia de VG se han llevado a cabo varias reformas hasta llegar a la actual Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Dicha ley indica que «la VG comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad». Tiene por objeto actuar contra la violencia que se ejerce hacia las mujeres en el ámbito familiar, siendo el agresor aquella persona que sea o haya sido su cónyuge o quien esté o haya estado ligado a la mujer, aún sin haber convivido.

Tomando en consideración el marco legal actual en España, en el presente documento se usará el término VGP, similar en inglés a *Intimate Partner Violence*, haciendo referencia a la violencia que ejerce un hombre sobre una mujer en el ámbito de la pareja actual o anterior. Esta violencia se caracteriza por ser un patrón de comportamiento coercitivo dentro de la relación de pareja, usando las amenazas, la violencia física, sexual, verbal o psicológica para controlar a la mujer (Fernández Fillol et al., 2021).

También cabe destacar la existencia de un amplio abanico de situaciones que entran dentro de la violencia de género o violencias machistas, aunque en el presente trabajo se tomará en consideración exclusivamente el ámbito de la pareja.

Las estimaciones mundiales publicadas por la Organización Mundial de la Salud (2021) indican que una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido algún tipo de

violencia a manos de su pareja o por terceros en algún momento de su vida. A lo que se le suma que el 38% de los asesinatos de mujeres son cometidos por su pareja.

En cuanto a los datos nacionales, han sido 29.215 mujeres mayores de 14 años las que han sufrido este tipo de violencia durante el último año. Cabe destacar también que casi la mitad de las víctimas de VG (el 48,3%) tenían entre 30 y 44 años (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2021). El 14,2% de estas mujeres ha sufrido violencia física y/o sexual, 31,9% psicológica y 32,4% violencia en su totalidad (Instituto de la mujer, 2020).

Hay tres principales tipos de VGP: violencia física, sexual y psicológica. Se estima que la violencia psicológica es la forma más común de VGP (Dokkedahl et al., 2021). Además, la violencia psicológica es un factor de riesgo para la violencia física posterior (Langhintichsen-Rohling, 2005; Murphy y O'Leary, 1989; O'Leary et al., 1994).

Una de las características más importantes de la violencia psicológica es la devaluación sistemática y continuada de la pareja. Tal y como lo describe Herman (1992), los actos de violencia psicológica tienen como fin la desvalorización del autoconcepto de la persona y su capacidad para iniciar y mantener relaciones saludables (citado en Dokkedahl et al., 2021).

La OMS (2003) subraya que la violencia solo se puede comprender a través del *modelo ecológico*, ya que propone una comprensión multicausal del complejo fenómeno que opera en diferentes niveles de modo simultáneo, independiente e interactivo. Este modelo señala tres niveles diferentes: microsistema, exosistema y macrosistema (de Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012).

En el microsistema, contexto más inmediato de la persona, se enmarca el plano individual y el relacional. En el primero de ellos se incluyen todas las características individuales (cognitivas, conductuales, afectivas e interaccionales) que incrementan la probabilidad de ser agresor o víctima, los factores biológicos y la historia personal. En el caso de lo relacional, se incluye la forma en que las relaciones cercanas (amigos/as, pareja, etc.), incrementan el riesgo de convertirse en víctima o agresor.

En el ecosistema se incluyen los aspectos comunitarios, es decir, encierra los contextos en donde se realizan esas relaciones sociales (trabajo, escuela...), indicando que existen ámbitos comunitarios que favorecen la aparición de la violencia, si mantienen la desigualdad de género.

Por último, dentro del macrosistema se incluyen los factores que proporcionan un ambiente de aceptación de la violencia. En definitiva, valores culturales e ideología representados por los mitos sobre la violencia y una cultura machista que legitiman el uso de la violencia a través de los procesos de socialización.

3.1.2. Consecuencias psicológicas y emocionales

La VGP provoca en las mujeres graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo (OMS, 2021). En lo que respecta a la salud mental, las mujeres que sufren violencia de pareja tienen como consecuencias principales una mayor probabilidad de padecer TEPT-C, depresión, ansiedad y sintomatología disociativa, en comparación con las mujeres que no sufren este tipo de violencia; tal y como se muestran en la Tabla 1. Además, se le añade que derivado de este entramado de violencia se ve afectada su autoestima y su respuesta ante sensaciones de amenaza, provocando una desadaptación social (Kotan et al., 2020).

Tabla 1

Consecuencias y prevalencia de VGP

<i>Autores</i>	<i>Consecuencias</i>	<i>Prevalencia</i>
Amell et al. (2022); Golding (1999, citado en Labrador et al., 2010)	Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) Depresión Ansiedad Problemas de abuso de sustancias	87% 73% 77% 18,5% alcohol y 9% drogas
Fernández Fillol et al. (2020)	TEPT TEPT-C	17,9% 39,5%
Dokkedahl et al. (2021)	TEPT-C	21,1%
Kotan et al. (2020); Webermann y Murphy (2019)	Sintomatología disociativa	58,8%*

Tabla 1

Consecuencias y prevalencia de VGP (continuación)

Vaca Ferrer et al. (2021); Villavicencio (1996, citado en Labrador et al., 2010)	Homicidio e intentos de suicidio	32,5%
Ozyurt y Deveci (2011, citado en Kotan et al., 2020)	Alteraciones del sueño, desórdenes de personalidad, trastornos de origen psicosomático, hipocondría, trastorno por dolor, trastorno de conversión e ideación autolítica	De menor prevalencia

* Existen pocos estudios que investiguen a fondo la relación entre la VGP y la sintomatología disociativa (Kaymaz et al., 2014, citado en Kotan et al., 2020).

Según la investigación realizada por Sackett y Saunders (1999) la violencia psicológica tiene un gran impacto porque mantiene la relación abusiva a través de la incertidumbre y el miedo provocados por no saber cuándo se dará el siguiente acto violento. Las víctimas padecen una pérdida de identidad y control que pueden conducir a sentimientos de desesperanza y a la incapacidad de dejar la relación abusiva.

En relación a ello, también se ha observado una pérdida de autoestima, sentimientos de culpa, aislamiento social, dependencia hacia el maltratador, problemas con los hijos/as, dificultad para planificar, creencias irracionales como no poder vivir sin el agresor, justificación de la violencia, disminución de conductas de autocuidado y del sentido de la competencia, relaciones interpersonales conflictivas y problemas sexuales (Vaca Ferrer et al., 2021).

Todas estas consecuencias que pueden tener las mujeres a nivel psicológico son de mayor gravedad en la VGP que otros tipos de experiencias traumáticas al ser una violencia interpersonal (Herman, 1992; Kessler et al., 2017), la cual acarrea mayores síntomas de TEPT-C (Dokkedahl et al., 2021; Dutton et al., 2006; Sharhabani-Arzy et al., 2005).

A este escenario violento se le puede sumar que las mujeres que sufren VGP suelen estar expuestas a diferentes formas de violencia, lo que se conoce como polivictimización (Sabina y Straus, 2008). Las mujeres que han sufrido violencia sexual

dentro de una relación es probable que sean también víctimas de violencia física y psicológica, ya que esta última es predictora de las anteriores (White y Smith, 2004).

Además, las investigaciones muestran un mayor riesgo de revictimización en la edad adulta en aquellas mujeres que han sufrido violencia en la infancia (Akbar Rahmatian, 2009); aumentando la probabilidad de padecer trastornos mentales y comorbilidad entre trastornos (Lagdon et al., 2014), enmarcados dentro del TEPT-C (Dokkedahl et al., 2021). Cualquier mujer puede iniciar una relación con un hombre que ejerza sobre ella violencia, sin embargo, las experiencias tempranas de maltrato influyen en las estrategias de afrontamiento que la mujer pueda poner en marcha, haciéndole más difícil salir de la situación (Mora Pérez, 2015).

3.2. Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C)

3.2.1. Conceptualización

Tal y como se ha descrito en el apartado anterior, el TEPT, especialmente el TEPT-C, es una de las consecuencias más graves y comunes que padecen las mujeres que han vivido situaciones de VGP (Dokkedahl et al., 2021).

Para poder entender de dónde viene este diagnóstico cabe definir qué se entiende por trauma complejo, el cual es una exposición continua a traumas interpersonales (Van der Kolk et al., 2005). El trauma se refiere al impacto psicológico que tiene un acontecimiento estresante sobre la persona, desbordando su capacidad de elaborar el suceso.

Los eventos traumáticos toman esta connotación de traumático por el efecto que tienen sobre la persona que los experimenta. No todas las personas viven el mismo acontecimiento de la misma manera, y por ello, no todas lo etiquetarán como traumático. De esta manera, el grado en que una persona se ve afectada por un trauma se debe a las características objetivas del suceso y a las características subjetivas que le otorga la persona (Van der Hart et al., 2008).

3.2.2. Causas y consecuencias

Puede ocurrir que a lo largo de la vida no solo se experimente un acontecimiento traumático, sino que estos sean múltiples y prolongados. Para diferenciar estas dos situaciones, Terr (1991) propuso la definición de eventos traumáticos de tipo I y tipo II. El tipo I se caracteriza por un único evento traumático, en el que la persona tendría mayor riesgo para presentar los clásicos síntomas del TEPT (reexperimentación, evitación e hiperarousal). En el caso del tipo II, en el que se enmarca el TEPT-C, serían múltiples eventos traumáticos que se dan de manera prolongada en el tiempo. En este caso se asocian con una mayor variedad y complejidad de síntomas que afectan a la autoestima, el estado de ánimo, la regulación emocional o las relaciones sociales (Pill et al., 2017). Dentro de este último tipo tendría lugar la VGP, ya que es un tipo de violencia interpersonal que se da de forma repetida y prolongada.

El trauma incide en la totalidad de la persona, es por ello que todas las áreas de funcionamiento se verán afectadas en mayor o menor medida. El organismo sufre consecuencias en la totalidad del sistema neurobiológico: cuerpo, memoria, emociones y consciencia (Nieto Martínez y López Casares, 2016). Esta traumatización tiene dimensiones psicobiológicas, subjetivas, relacionales y sociales; además, amenaza a tres pilares de confianza del ser humano: el mundo es suficientemente bueno, el mundo tiene un significado y yo tengo un valor. Además, estas características se ven incrementadas cuando se produce un trauma interpersonal, como el que puede ocurrir tras sufrir VGP, generando mayor gravedad (Mora Pérez, 2015).

Un aspecto muy importante de la traumatización es la afectación a la memoria y a la atención, ya que provoca ciertos niveles de inadaptación en la vida diaria y en el funcionamiento cotidiano (Echeburúa et al., 2002, citado en Fernández Fillol et al., 2020; Navarro et al., 2020). El trauma complejo afecta especialmente a la memoria implícita, la cual se expresa como comportamiento, sensaciones somáticas y/o emociones, sin necesidad de consciencia para ser almacenada ni para activarse. En personas con esta problemática se puede producir una activación o desactivación emocional al estar en

contacto con ciertos olores, colores, palabras, o visitar determinados lugares, que de alguna manera estén relacionados con el trauma (Nieto Martínez y López Casares, 2016).

Otra de las afectaciones atañe a la atención, encontrándose un sesgo hacia las emociones desagradables y amenazantes (Bertó et al., 2017); por lo que, esta desregulación a la hora de procesar la atención trae repercusiones en su manera de relacionarse (Fernández Fillol et al., 2020). El agresor les va prohibiendo mantener relaciones sociales, por lo que se sienten distantes o aisladas del resto, o les puede resultar difícil estar emocionalmente cercana respecto a los demás, evitando relacionarse por miedo a que les pueda hacer daño. Esto generaría una clara dificultad para confiar y sentirse seguras y, a su vez mayor aislamiento y percepción de soledad (Karatzias et al, 2017). En consecuencia, puede repercutir en su funcionamiento cotidiano y en áreas como la crianza de sus hijos/as, sus relaciones o su vida social, su capacidad para trabajar u otros aspectos importantes que implican interactuar con otros (Cloitre et al., 2018).

Todas las consecuencias descritas afectan al autoconcepto de la persona, el cual termina estando relacionado con sentimientos de vergüenza y culpa, pensamientos sobre la muerte y síntomas psicósomáticos, así como riesgo de desregulación afectiva y conductual relacionados con el TEPT-C (Leahy, 2007; Van der Kolk et al., 2005).

3.2.3. Criterios diagnósticos

Durante muchos años, los estudios realizados han diagnosticado en numerosas ocasiones TEPT como consecuencia de haber sufrido VGP. Sin embargo, como ya reclamaba Herman (1992), este diagnóstico no explica adecuadamente y en su totalidad el impacto psicológico experimentado por estas mujeres. Además, la naturaleza de esta relación violenta hace que ciertas víctimas corran un mayor riesgo de sufrir una respuesta traumática compleja, en particular las que han estado expuestas a abusos en la infancia, victimización sexual y VGP grave (Cloitre et al., 2009; Herman, 1992).

En este marco, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; OMS, 2020) propone el nuevo diagnóstico de TEPT-C, el cual se expone en la Tabla 2.

Tabla 2

Definición y criterios diagnósticos del TEPT-C

<i>Definición</i>	<i>Criterios diagnósticos</i>
La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; OMS, 2020) propone el TEPT-C, el cual se desarrolla después de la exposición a un evento o una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora, eventos prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia).	Este nuevo diagnóstico está definido por cumplir todos los criterios de diagnóstico de TEPT, además de un conjunto adicional de síntomas relacionados con alteraciones en la auto-organización: 1. Los problemas en la regulación del afecto. 2. Las creencias respecto de sentirse uno mismo/a disminuida, derrotada o sin valor, así como sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático. 3. Las dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los/as demás. Estos síntomas causan un deterioro significativo en la esfera personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Por todo ello, el TEPT-C es un diagnóstico más grave, pues las alteraciones y síntomas afectan a más áreas, habiendo un deterioro funcional más severo que el causado por el TEPT (Brewin et al., 2017).

3.3. Sintomatología disociativa

3.3.1. Conceptualización

Tras la exposición a un acontecimiento traumático se produce malestar psicológico dentro de este contexto violento basado en el miedo y en la ansiedad. Sin embargo, las características clínicas que más se presentan son síntomas anhedónicos y disfóricos, exteriorizados como síntomas de enfado y hostilidad, o síntomas disociativos (American Psychiatric Association, 2013). La disociación se ha relacionado con la exposición al trauma en los principales escritos teóricos sobre los trastornos disociativos (Carlson et al., 2012).

Janet (1889, citado en Howell, 2006) fue el primero en relacionar el trauma con la disociación y generar su teoría del trauma, en la que postula que cuando las personas están abrumadas por una emoción extrema son incapaces de asimilar la experiencia ni conectar la experiencia con el resto de la historia personal.

Las mujeres supervivientes de la VGP parecen experimentar tasas significativamente más altas de disociación que las mujeres que no han sufrido esta violencia (Dorahy et al., 2007, citado en Fleming y Resick, 2016).

La disociación puede ser definida como la dificultad para recordar un suceso, desconexión del cuerpo, las emociones o el entorno. Se da una fragmentación de los sistemas psicobiológicos que constituyen la personalidad e identidad de la persona, no permitiendo desarrollar una visión integrada de sí mismo/a. Las sensaciones internas o externas se perciben con extrañeza o distanciamiento y el comportamiento es vivido como automático (González, 2017; Van der Hart et al., 2008).

En su teoría de la disociación, Janet (1889) la contempló como un fenómeno discontinuo que sólo se observaba en personas que sufrían trastornos mentales. Investigadores posteriores (James et al., 1890; Spiegel, 1993), conceptualizaron la disociación como un proceso dimensional que tiene lugar a lo largo de un espectro continuo (citado en Spitzer et al., 2006).

Dentro de todo el espectro de la disociación se pueden considerar dos categorías. Por un lado, la disociación estado en la que entraría la denominada peritraumática, la cual hace referencia a la presencia de disociación durante o poco después de vivir el acontecimiento traumático. Por otro lado, la disociación rasgo, observada en los trastornos disociativos, la cual es una tendencia general a disociar a lo largo de la vida (Hagenaars y Krans, 2011, citado en Fleming y Resick, 2016).

Para poder entender la magnitud y diferencia en la gravedad de todo el espectro disociativo, se va a contemplar la disociación según la conceptualizaban estos segundos autores, como un continuo; a través del cual se encuentra un extremo patológico

(estados mentales disociados) hasta llegar al otro extremo de la absorción o trance en los fenómenos cotidianos (González, 2008).

3.3.2. Causas y consecuencias

Se ha encontrado que la disociación está relacionada con la historia de abuso en la infancia, las características del trauma actual y el modo de procesamiento de los eventos traumáticos (Fleming y Resick, 2016). Con respecto al abuso en la infancia, el 80% de las personas que padecen trastornos disociativos han sufrido algún tipo de abuso durante este periodo vital (Webermann y Murphy, 2019).

Debido a que tanto el trauma infantil como el trauma relacionado con la pareja son entendidos como traumas interpersonales, múltiples y prolongados, la investigación ha arrojado luz sobre altos niveles de disociación y TEPT-C, en comparación con los incidentes únicos (Maercker et al., 2000, citado en Fleming y Resick, 2016).

La disociación desencadenada tras ese evento se explica mejor por la manera de pensar en respuesta al acontecimiento que por el propio acontecimiento. Además, se ha observado que la manera de procesamiento relacionada con la posterior disociación es la evitación emocional (Fleming y Resick, 2016).

La disociación puede ser adaptativa para quienes se encuentran en situaciones traumáticas, pero cuando la disociación aparece de manera continuada puede convertirse en una respuesta de afrontamiento desadaptativa (Webermann y Murphy, 2019). De este modo, las respuestas disociativas se generan como defensas ante el trauma, aunque con el tiempo se convertirán en patrones de respuesta ante emociones y situaciones de diverso tipo (Morales Aguilar, 2018). Estos patrones de respuesta disminuyen la capacidad de comprobación de la realidad y, por tanto, dificultan aún más que salgan del entorno violento en el que se encuentre la persona (Tschoeke et al., 2019).

Apelando a la teoría de la disociación estructural, los sistemas psicobiológicos alterados tras vivir un evento traumático son fundamentalmente de dos tipos: unos

orientados a la supervivencia y otros a la defensa frente a la amenaza. Entre estos sistemas se produce una ruptura (González, 2008; Van der Hart et al., 2008).

La parte de la personalidad fijada a la defensa y la reexperimentación del trauma se denominan parte de la personalidad emocional (PE); y se ha relacionado con la disociación como rasgo (Fleming y Resick, 2016). En esta parte de la personalidad la persona sigue anclada en las experiencias traumáticas y en las acciones de defensa (Morales Aguilar, 2018). Este fragmento contiene recuerdos traumáticos que son diferentes de la memoria autobiográfica, en cuanto a que se trata de experiencias primariamente somatosensoriales, emocionalmente intensas, alucinatorias, fragmentarias e involuntarias (Van der Hart et al., 2008). La PE es la parte regresiva, que se queda fijada al trauma (Sánchez Rodríguez, 2013).

Por el contrario, otro fragmento de la personalidad debe seguir con la vida cotidiana, y para ello evita los contenidos traumáticos. Esta parte es denominada parte de la personalidad aparentemente normal (PAN) (Brewin, 2003, citado en Morales Aguilar, 2018). Este estilo de afrontamiento evitativo se ha relacionado con la disociación peritraumática (Fleming y Resick, 2016). La PAN es la parte progresiva, que evoluciona y crece con el fragmento que ha podido ser integrado del suceso (Sánchez Rodríguez, 2013).

Siguiendo con los hallazgos en este ámbito, la disociación peritraumática se ha relacionado con dificultad en la resolución de problemas y con un mayor nivel de distorsiones cognitivas relativas a la seguridad, la autoestima o la creencia en la confianza en los demás; lo que sugiere que el miedo por la propia vida puede desempeñar un importante papel en este tipo de disociación (Fleming y Resick, 2016).

Como consecuencias de haber vivido un evento traumático se pueden presentar diversos síntomas disociativos entre los que se pueden incluir la despersonalización, la cual hace referencia a la sensación de irrealidad del propio cuerpo. También puede aparecer desrealización, en la que la sensación de irrealidad corresponde al entorno. De igual forma, la persona puede ser incapaz de recordar información autobiográfica

traumática, a lo que se llama amnesia; a la que se puede añadir una fragmentación de la identidad (American Psychiatric Association, 2013).

Estas experiencias disociativas pueden concebirse a través de una pérdida de continuidad en la experiencia subjetiva acompañada de intrusiones involuntarias y no deseadas en la conciencia o el comportamiento; incapacidad para acceder a la información o controlar las funciones mentales que normalmente son susceptibles de dicho acceso o control; y/o una sensación de desconexión experiencial que puede incluir distorsiones en las percepciones sobre el yo o el entorno (Cardeña y Carlson, 2011, citado en Carlson et al., 2012).

Toda esta sintomatología que se deriva de la disociación se puede clasificar de diferentes maneras. Una primera categorización haría referencia a los síntomas disociativos positivos y negativos. En el primero de los casos, hace referencia a pérdidas funcionales, como anestesia y amnesia, con estos síntomas una parte de la personalidad que está disociada influye de alguna manera en otro fragmento de la personalidad (Howell, 2006). En el caso de los síntomas negativos, se hablaría de síntomas intrusivos, agudos y estresantes como flashbacks, pensamientos intrusivos o experiencias corporales repentinas (Janet, 1889, citado en Howell, 2006).

Dentro de la disociación también se puede hacer una distinción entre disociación psicológica y otra somática. La primera haría referencia a todos aquellos síntomas disociativos en los que se ven alterados procesos psicológicos, como alteraciones en la memoria, la identidad, la percepción del ambiente y del entorno. Por otro lado, la disociación somática estaría compuesta por todos aquellos síntomas disociativos que afectan al cuerpo, experiencias, reacciones y funciones somáticas (Nijenhuis et al., 2004).

3.4. TEPT-C y sintomatología disociativa en mujeres víctimas de VGP

Dada la reciente incorporación del TEPT-C en la CIE-11 muchos de los artículos empleados para realizar este apartado hablan de TEPT en lugar de TEPT-C, viéndose

la necesidad de estudiar este último trastorno de manera exhaustiva para comprobar los hallazgos expuestos.

3.4.1. Conceptualización

El trauma complejo y la disociación están conectados, pero esta conexión no es directa ni exclusiva, ya que el trauma se ha asociado con patologías muy diversas (Morales Aguilar, 2018). Además, se ha comprobado que la presencia de una alta disociación eleva la probabilidad de tener altos niveles de síntomas de TEPT (Babcock y DePrince, 2013, citado en Fleming y Resick, 2016; Carlson, et al., 2012); aproximadamente de un 12% a un 30% de personas con TEPT poseen también sintomatología disociativa (Loewenstein et al., 2014). Ese elevado grado de disociación también puede producirse por la vivencia de eventos traumáticos de forma constante en la infancia (Morales Aguilar, 2018).

Estudios realizados con mujeres que han vivido VGP y presentaban TEPT-C, han observado que también presentaban síntomas de afecto negativo, somatización y disociación (Loewenstein et al., 2014). Además, los síntomas disociativos presentados en estas mujeres son un predictor de TEPT-C y futura revictimización (Webermann y Murphy, 2019).

Es importante prestar especial atención a la VGP psicológica, ya que las mujeres que cumplen criterios para el TEPT-C son aquellas que han sufrido este tipo de violencia en mayor medida; sumándole, en muchos de los casos, vivencias de abuso sexual en la infancia (Dokkedahl et al., 2021).

En aquellas personas con cuadro de TEPT-C, la disociación se presenta de forma leve o moderada, pero no tan extrema como para cumplir criterios de un trastorno disociativo. En definitiva, puede haber distorsiones en las percepciones sobre el yo, pero no una disociación completa de la identidad como en el Trastorno de Identidad Disociativo (Carlson et al., 2012).

En el caso de que las mujeres presenten estas dos consecuencias del trauma vivido, TEPT y disociación, van a presentar respuestas postraumáticas notablemente diferentes a aquellas personas que presentan un cuadro de TEPT sin sintomatología disociativa (Wolf et al., 2012, citado en Fleming y Resick, 2016).

Los síntomas más comunes en mujeres que presentan TEPT son las intrusiones de afectos, cogniciones, imágenes, percepciones sensoriales o comportamientos relacionados con el trauma en la vida diaria, lo que se llama reexperiencias disociativas. En ellas se experimentan en el presente elementos de situaciones amenazantes del pasado. Otro de los síntomas que pueden presentar es una alteración en la memoria o lagunas de conciencia. Estas últimas se experimentan como una pérdida de conocimiento de lo que ocurre a su alrededor, pudiéndose definir a través de la desrealización. En el caso de que las distorsiones proviniesen del yo, se haría referencia a una despersonalización (Carlson et al., 2012).

Los síntomas disociativos negativos del TEPT-C, se relacionan generalmente con la personalidad aparentemente normal y estos constituyen pérdidas de funciones. Los síntomas positivos se relacionan generalmente con la personalidad emocional y estos representan fenómenos de intrusión (González, 2008, citado en Morales Aguilar, 2018).

3.4.2. Evaluación del TEPT-C y sintomatología disociativa

La Tabla 3 recoge algunos de los instrumentos más relevantes de evaluación del TEPT-C y de la sintomatología disociativa.

Tabla 3

Instrumentos de evaluación del TEPT-C y de la sintomatología disociativa

<i>Autores</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Medición</i>	<i>Características psicométricas</i>	<i>Aspecto disociativo contemplado</i>
TEPT-C				
Shevlin et al. (2018)	Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)	Se basa en la CIE-11. Mide: - síntomas del TEPT (reexperimentación, evitación e hipersensibilidad) - síntomas del TEPT-C (alteraciones en la autoorganización, desregulación afectiva y autoconcepto negativo)	Poco error de medicación en los síntomas TEPT, en cambio la evaluación de la sintomatología TEPT-C requiere refinamiento.	Ninguno
Litvin et al. (2017)	Inventario de Trauma Complejo (CTI)	Mide los síntomas del TEPT-C.	Alta fiabilidad, junto con resultados consistentes en su estructura factorial.	Ninguno
Elliot y Briere (1992)	Lista de comprobación de síntomas de trauma (TSC-40)	Evalúa el malestar sintomático derivado de experiencias traumáticas en la infancia o en la edad adulta. Mide: - aspectos del TEPT - ansiedad - depresión - disociación - trauma por abuso sexual - problemas sexuales - alteraciones del sueño	Tiene moderada fiabilidad y validez predictiva con referencia a una amplia variedad de experiencias traumáticas.	Sí mide aspectos de la disociación
Briere et al. (1995, citado en Tschoeke et al., 2019)	Inventario de síntomas de trauma (TSI)	Evalúa los síntomas del TEPT y otros problemas emocionales postraumáticos.	Alta fiabilidad con factores apoyo la validez de constructo del instrumento.	Ninguno

Tabla 3

Instrumentos de evaluación del TEPT-C y de la sintomatología disociativa (continuación)

Sintomatología disociativa				
Loewenstein (1991)	Examen del estado mental para la disociación	Evalúa diferentes síntomas disociativos crónicos complejos y trastorno de la personalidad múltiple.	Evaluación no estandarizada.	-----
Nijenhuis et al. (1996)	Cuestionario de Disociación Somatoforme (SDQ-20)	Evalúa la sintomatología disociativa, sin explicación neurológica ni médica, como analgesia, dolor localizado, visión en túnel o crisis pseudoepilépticas.	Se obtuvieron un coeficiente alpha de 0.866 (fiabilidad) y una correlación test-retest de 0.91.	-----
Bernstein y Putnam (1986, citado en Tschoeke et al., 2019)	Escala de Experiencias Disociativas (DES)	Evalúa los problemas de memoria, atención, identidad y percepción, a través de tres subescalas (absorción-implicación imaginativa, estados disociados y despersonalización-desrealización)	Excelentes índices de fiabilidad y validez.	-----
Dell (2002)	Inventario de Disociación Multidimensional (MID)	Se compone de 218 ítems, incluyendo 23 escalas disociativas y 6 de validez. Este instrumento tiene correlaciones muy altas con el DES.	Mostró elevada fiabilidad interna, validez convergente, discriminante y de constructo.	-----

3.4.3. Programas de intervención psicológica previos para el TEPT-C y sintomatología disociativa

Actualmente, hay poca investigación sobre la efectividad de los programas de TEPT-C dirigidos a mujeres víctimas de VGP, por lo que se requiere de más estudios que ayuden en la comprensión del trauma en estas mujeres y su posterior intervención (Pill et al., 2017). A pesar de esta falta de investigación, se han comprobado algunos

aspectos por los que las intervenciones clásicas para TEPT, sin adecuación a VGP, no son eficaces para estas mujeres.

Los programas dedicados específicamente al TEPT se nutren especialmente de la terapia cognitivo-conductual, la cual usa la reestructuración cognitiva como técnica para modificar las creencias desadaptativas. Se ha comprobado que la modificación de creencias sobre el miedo y la seguridad no son eficaces, además de estar contraindicada para estas mujeres, ya que supone cuestionarlas; de manera similar a como se relacionan sus agresores con ellas. Equivalentemente ocurre con la reducción del miedo y los síntomas de hiperactivación (Kwan, 2009).

La intervención psicológica que sí sería eficaz en estos casos sería la que trabajara la regulación emocional, los problemas interpersonales, la sintomatología disociativa y las creencias sobre la autoestima, las cuales refuerzan la presencia de dicha sintomatología a lo largo del tiempo (Fleming y Resick, 2016). Pero, además, debe ocupar un lugar fundamental trabajar en la búsqueda de redes de apoyo social seguro (Ford et al., 2005, citado en Morales Aguilar, 2018; Fernández Fillol et al., 2020).

La intervención clínica con estas mujeres debería prestar atención a las reacciones peritraumáticas al evaluar y tratar los síntomas postraumáticos. Es importante contemplar dentro de la intervención el procesamiento emocional y la prevención de la evitación emocional (Fleming y Resick, 2016).

En este sentido, se ha observado que las personas con y sin disociación peritraumática relacionada con el TEPT responden de forma distinta a los diferentes tratamientos para el TEPT (Resick et al., 2012, citado en Fleming y Resick, 2016).

Al ser frecuente que mujeres con sintomatología disociativa hayan padecido abusos en la infancia, es importante evaluar y contemplar estos casos, ya que la intervención psicológica con las mujeres víctimas de VGP se complejiza cuando existe una traumatización previa. Si se pasa por alto la historia previa de abusos, no se podrá incidir en los factores de vulnerabilidad (Mora Pérez, 2015).

Para conocer las intervenciones psicológicas ya realizadas hasta la fecha, se han revisado investigaciones en inglés y español, publicadas desde el año 2000 hasta 2022, en las siguientes bases de datos: *PubMed*, *Google Scholar*, *PsycINFO* *SciELO* y *Dialnet*. Se utilizaron palabras clave de búsqueda en inglés: “*battered women*” OR “*domestic violence*” OR “*intimate partner violence*” OR “*gender violence*” AND “*complex PTSD*” OR “*complex trauma*” AND “*dissociative disorders*” OR “*dissociative symptoms*” AND “*intervention*” OR “*program*” OR “*treatment*”, y los términos correspondientes también en español. Los artículos tomados en consideración tras la búsqueda fueron aquellos programas de intervención que trabajaran con mujeres víctimas de VGP, las cuales presentaran un cuadro de TEPT-C y sintomatología disociativa. Se utilizó la búsqueda sobre trauma complejo debido a la comorbilidad existente con la sintomatología disociativa.

Es interesante resaltar que, dentro de los trabajos teóricos no incluidos en las bases de datos, hay diversos autores que han desarrollado propuestas teóricas para poder intervenir sobre esta sintomatología en mujeres víctimas de VGP, aunque no se han implementado empíricamente. Como, por ejemplo, Strand y Stige (2021) que aportaron, de manera individual, cómo el trabajo en *mindfulness* y la compasión ayudan en la intervención con TEPT-C; o el caso de Van der Kolk y colaboradores (1996) que aportaron la importancia de trabajar con el cuerpo para abordar este cuadro.

Tras una primera revisión solo se halló un artículo que tratara el TEPT-C y la disociación. Debido a la escasa literatura al respecto, se ha ampliado la búsqueda para poder investigar cómo se interviene sobre TEPT en esta población. De esta manera, se han encontrado 2 revisiones sistemáticas de programas de intervención psicológica con mujeres víctimas de VGP, los cuales presentan programas con diferentes enfoques de intervención para muchas de las problemáticas que presentan estas víctimas. También se encontraron 7 estudios que abordan en sus programas el TEPT-C, pero solamente 1 trabajaba directamente con mujeres víctimas de VGP. Se obtuvieron 10 artículos que

trabajan el TEPT y 2 que contemplan la disociación, pero sin relacionarse directamente con la VGP.

En la Tabla 4 sólo se ven recogidos los artículos encontrados que trabajan el TEPT o TEPT-C en mujeres víctimas de VGP.

Tabla 4

Procedimiento y resultados de las intervenciones psicológicas en VGP incluidos en esta revisión

<i>Estudios</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Resultados</i>	<i>Aspecto disociativo contemplado</i>
<i>Terapia Cognitivo Conductual en TEPT</i>			
Johnson y Zlotnick (2006)	<i>Helping to Overcome PTSD with Empowerment (HOPE).</i> Terapia cognitiva-conductual centrada en TEPT, afrontamiento, empoderamiento y psicoeducación.	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución significativa de los síntomas de TEPT, depresivos, de la pérdida de recursos y del grado de deterioro social. • Aumento del uso de recursos comunitarios. • Limitaciones: pequeño tamaño de la muestra y falta de grupo control. 	No evalúa ni tiene en cuenta la posible sintomatología disociativa asociada.
Alonso y Labrador (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de intervención grupal específico para TEPT. • Incluye psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición. 	Mejora significativa en TEPT, depresión, autoestima, inadaptación social y cogniciones postraumáticas.	No evalúa ni tiene en cuenta la posible sintomatología disociativa asociada.
Cáceres Ortiz (2011)	Tratamiento centrado en el trauma. Incluye psicoeducación, control activación, exposición, reestructuración cognitiva, asertividad y afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora significativa de TEPT, depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas. • Los resultados se mantienen en los seguimientos. • Posee un tamaño del efecto alto. 	Tiene en cuenta la sintomatología disociativa pero no la aborda de manera directa.
Echeburúa et al. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Dos grupos de intervención: individual y grupal e individual. • Tratamiento psicológico, centrado en el TEPT, el malestar emocional y el deterioro del funcionamiento. • Incluye expresión emocional, psicoeducación, reexposición del trauma, habilidades de afrontamiento y entrenamiento en resolución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • La terapia combinada individual y de grupo obtuvo mejores resultados. • Reducción de síntomas de TEPT y del deterioro del funcionamiento en las evaluaciones de seguimiento. 	No evalúa ni tiene en cuenta la posible sintomatología disociativa asociada.

Tabla 4

Procedimiento y resultados de las intervenciones psicológicas en VGP incluidos en esta revisión (continuación)

Matud et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Dos grupos independientes: intervención y control. • Incluye: control de la ansiedad, reestructuración cognitiva, parada de pensamiento, habilidades sociales, inoculación al estrés, solución problemas, psicoeducación y psicología positiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de síntomas TEPT, ansiedad, depresión • Aumento autoestima y apoyo social. • Se mantiene al año. 	No evalúa ni tiene en cuenta la posible sintomatología disociativa asociada.
Santacreu y Ferrer (2014)	Intervención específica para TEPT que incluye: autoevaluación y autoconcepto, distorsiones cognitivas, críticas patológicas, pensamiento positivo, establecimiento de metas, identificación de la manipulación, exposición y reestructuración cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoras en las medidas de depresión y TEPT. • Tamaño del efecto moderado. 	No evalúa ni tiene en cuenta la posible sintomatología disociativa asociada.
<i>TEPT-C</i>			
Salvesen y Wästlund (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de intervención con 3 fases. • Incluye: psicoeducación ventana de tolerancia, mindfulness, atención plena sensible al trauma, entrenamiento en compasión y comunicación interna entre los diversos estados del yo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción TEPT-C. • Menor presencia de síntomas disociativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene en cuenta la sintomatología disociativa pero no la aborda de manera directa.

Los trabajos sobre TEPT-C que no se han contemplado en la Tabla 4 abordan sus intervenciones a través de etapas poniendo especial atención a la estabilización de la persona, sin embargo, no se han especificado por no tener por objetivo de intervención la VGP.

4. Propuesta de intervención

4.1. Presentación de la propuesta

La presente propuesta de intervención psicológica abordará la sintomatología disociativa en mujeres víctimas de VGP que hayan sufrido trauma complejo. Las investigaciones con esta población han remarcado la importancia de trabajar dicha sintomatología, además de otras cuestiones como la regulación emocional, los

problemas interpersonales, la autoestima y el fomento de las redes de apoyo social seguro, de forma directa y teniendo en cuenta las características individuales de cada mujer (Ford et al., 2005, citado en Morales Aguilar, 2018; Fernández Fillol et al., 2020). Se va a prestar atención a la sintomatología disociativa, ya que supone un entorpecimiento en la vida diaria de estas mujeres, impidiéndoles desempeñar sus funciones y deseos.

Como se ha observado tras la revisión de las intervenciones, sí existen programas orientados a eliminar la sintomatología disociativa, pero ninguno específico para estas mujeres. Es imprescindible poder adaptar las intervenciones existentes en materia de sintomatología disociativa y trauma complejo a las características propias de esta población (Becker y Zayfert, 2001; Warshaw et al., 2013).

A continuación, se expone la propuesta de intervención psicológica en la que las actividades pautadas son recursos debidamente elegidos disponibles en la literatura científica y teórica. Se ha considerado interesante plantear la propuesta como un módulo adicional a intervenciones sobre TEPT y TEPT-C ya planteadas, supliendo el trabajo olvidado sobre la sintomatología disociativa. Además, los recursos elegidos se han mostrado eficaces de manera aislada para TEPT-C y/o disociación, pero en este trabajo se ha realizado la labor de revisión e integración para adaptarlos a este contexto y población.

4.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta

El objetivo general que persigue este tratamiento psicoterapéutico es reducir o eliminar la sintomatología disociativa y restituir el bienestar personal, consiguiendo un funcionamiento óptimo de la mujer.

El programa de intervención se ha construido en tres fases (Van der Kolk et al., 1996, citado en International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011), cada una con sus respectivos objetivos específicos que se detallarán en cada una de

las sesiones y actividades. A continuación, se plantean los objetivos específicos de la globalidad de la intervención:

- Ayudar a la persona a recuperar el equilibrio emocional.
- Procesar el significado del evento traumático.
- Reestructurar la identidad y sus relaciones, recuperando un sentido de sí misma estable, coherente y valioso.

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

El 23,4% de las mujeres que han sufrido VGP buscaron ayuda psicológica, tanto privada como pública, para afrontar lo sucedido; 7,2% en servicios sociales; y 2,4% en ONGs, en las que su labor este dirigida al trabajo con mujeres (Instituto de la mujer, 2020). Estos datos indican el lugar al que acuden estas mujeres en caso de haber sufrido esta violencia, y en los cuales podría aplicarse la siguiente propuesta de intervención psicológica. Es decir, a las/os psicólogas/os de la sanidad pública, privada, de servicios sociales, de los Puntos Municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género (PMORVG) y de ONGs.

Para poder trabajar la sintomatología disociativa de forma eficaz, la terapia más aceptada es aquella con perspectiva psicodinámica, además de otras técnicas como la cognitivo conductual, EMDR, terapia sensoriomotriz, terapia dialéctica conductual (DBT), terapia narrativa, hipnosis, etc. (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011). Razón por la cual se necesita de terapeutas formados en esa orientación a la vez que en VGP, que puedan garantizar una visión de género imprescindible para trabajar con esta población.

4.4. Metodología y recursos

Las mujeres que se pueden beneficiar de la intervención psicológica propuesta tienen que presentar una serie de características. En primer lugar, tienen que ser

mujeres mayores de 18 años que hayan sufrido VGP; habiendo ocurrido esta en el pasado o esté ocurriendo en la actualidad. El programa va dirigido a mujeres que presenten trauma complejo al vivir esta violencia interpersonal específica, la cual para poder evaluarla se va a administrar el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ; Shevlin et al., 2018).

Por último, para evaluar la sintomatología disociativa se van a tomar dos cuestionarios para evaluar tanto la sintomatología disociativa psicológica como la somática. Para evaluar la primera de ellas se administrará la Escala de Experiencias Disociativas (DES) (Bernstein y Putnam, 1986) y en segundo lugar el Cuestionario de Disociación Somatoforme (SDQ-20; Nijenhuis et al., 1996).

En lo que respecta al procedimiento del programa, este consta de 20 sesiones, las cuales se dividen en pre-evaluación, intervención y post-evaluación. En el momento en el que la mujer contacta con el recurso en el que quiere recibir la ayuda se comienza la pre-evaluación; la cual consiste en una primera conversación sobre su motivo de consulta, administración de los instrumentos de evaluación comentados y firma del consentimiento informado de realización de la intervención.

En el momento en el que se cumplan los requisitos se pasarían a realizar dos sesiones de evaluación (sesión 1 y 2) de 60 minutos de duración, con motivo de generar alianza terapéutica y evaluar de manera más exhaustiva la historia, contexto, obtener información sobre sus pensamientos, emociones, conductas, habilidades de afrontamiento, etc., a través de una entrevista semiestructurada (Pascual e Induráin, 2001).

El programa de intervención se divide en tres fases (Van der Kolk et al., 1996, citado en International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011), de 18 sesiones presenciales de 75 minutos, las 3 primeras y las 3 últimas tendrán formato grupal, mientras que las 12 restantes se realizarán de manera individual. La primera de las fases se denomina de *estabilización y reducción de síntomas*, la segunda se centra

en el *tratamiento de las memorias traumáticas*, y, por último, se encuentra la fase de *reintegración y rehabilitación*.

Al finalizar la intervención comienza la post-evaluación, en la que se vuelven a suministrar los instrumentos relativos a la disociación para evaluar el grado de mejora de la sintomatología. Además, la propuesta consta de tres etapas de seguimiento: 6 meses, 1 año y 3 años después de la intervención. En estos periodos se vuelven a administrar los instrumentos para comprobar el efecto a largo plazo de la propuesta.

4.5. Sesiones

Antes de comenzar a explicar cada una de las fases del programa con sus respectivas sesiones y actividades, se considera importante generar un espacio de encuadre terapéutico para que aquellos/as psicólogos/as que vayan a impartir la intervención tengan unos conocimientos base desde los cuales comenzar.

En las sesiones de evaluación es muy importante prestar especial atención a la relación terapéutica (Hembree y Foa, 2003). Como profesionales hay que conocer las dinámicas que entraña la VGP, sabiendo que estas mujeres han sido cuestionadas, juzgadas y revictimizadas por personas en las que confiaban. Motivo por el cual, hay que tener una especial habilidad para crear un clima agradable, tranquilo y de confianza.

Tanto en la primera fase de intervención como en la última, se va a realizar con modalidad grupal, ya que al trabajar con víctimas de VGP se necesita generar apoyo social, como vía para reducir el malestar emocional. El grupo fomentará la seguridad y la autocomprensión que se busca en estas etapas, ayudando a reducir la sensación de aislamiento, vergüenza, distorsiones cognitivas y reintegración del trauma (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011; Loewenstein et al., 2014).

El trauma tiene como resultado un proceso en el que pueden aparecer comportamientos como la disociación, que son intentos del organismo para resolver el problema que ha supuesto el evento traumático. En estos casos, los circuitos de supervivencia se activan porque el bienestar de la persona se ve amenazado, aunque

la persona deje de estar enfrentada a ese evento traumático. Presentan un umbral desregulado, ya sea en forma de hipo o hiperactivación (Nieto Martínez y López Casares, 2016).

Hay que tener en cuenta la ventana de tolerancia para evitar recrear eventos traumáticos (Strand y Stige, 2021), promoviendo que las pacientes estén el mayor tiempo posible en la zona óptima de activación, es decir, estén reguladas psicobiológicamente para integrar la información recibida. En este caso se va a prestar especial atención a la hipoactivación, es decir, a la ausencia de sensaciones, entumecimiento de emociones, disminución de la capacidad de procesar cognitivamente y/o reducción de los movimientos físicos; ya que esta sintomatología está relacionada con la disociación (Nieto Martínez y López Casares, 2016). Prestar atención y monitorizar este umbral de tolerancia es lo que va a dar información para realizar o no las actividades, al igual que poder seguir con cada una de las fases del programa.

4.5.1. Fase 1: estabilización y reducción de síntomas

En esta primera fase es de especial importancia la regulación emocional, al mismo tiempo que dotar a estas mujeres de seguridad. Para ello se favorecerá la regulación emocional, utilizándola como herramienta para observar la parte dolorosa que han dejado de sentir. Tienen que aprender que no es peligroso tener emociones y sensaciones, a través de la seguridad y estabilidad que se proporciona en el entrenamiento de habilidades (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

El manejo y gestión de los síntomas postraumáticos también es una prioridad en esta fase. Ante flashback espontáneos o episodios de recuerdo intrusivo del trauma, el/la terapeuta enseña habilidades para modular la intensidad de la experiencia. Se desarrolla el control de la sintomatología postraumática y disociativa, y se modulan los niveles de excitación psicofisiológica en lugar de fomentar una mayor exploración del

material traumático intrusivo (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Objetivos generales fase 1:

- Dotar de seguridad.
- Estar en contacto y observar aquello que duele, tolerando emociones desagradables.
- Modular la intensidad de los síntomas postraumáticos.
- Modular los niveles de excitación psicofisiológica.

Esta primera fase del tratamiento se compone de tres sesiones descritas en la

Tabla 5.

Tabla 5

Descripción de las actividades que se van a desarrollar en la primera fase del tratamiento con los objetivos que se persiguen

<i>Objetivos</i>	<i>Actividades</i>	<i>Descripción</i>	<i>Materiales</i>
Sesión 1			
Encastrar la intervención psicológica	“Presentación del programa”	Se describe el programa y las normas grupales sobre la asistencia y confidencialidad.	-----
Crear clima de confianza y seguridad	“Telaraña de lana” (Bustillos y Vargas, 1990)	Se pasan un ovillo de lana mientras cada una dice su nombre, una cualidad que las defina y qué esperan de la terapia.	Ovillo de lana
Crear estructura y seguridad que reduzca los comportamientos inseguros de las mujeres	“Mapa de los miedos”	Escriben sus miedos en pósits. Se hace una ronda para que los digan en voz alta y los coloquen en una cartulina. Posteriormente se va a abrir una reflexión para evaluar esos miedos y proporcionar entre todas soluciones a posibles comportamientos inseguros.	Pósits, cartulina

Tabla 5

Descripción de las actividades que se van a desarrollar en la primera fase del tratamiento con los objetivos que se persiguen (continuación)

Desarrollar límites que garanticen su seguridad	“Aprendiendo a decir que no” (Fernández, 2012)	Las pacientes se ponen por parejas, una enfrente de la otra. Se les pide que un miembro de la pareja avance con lentitud hasta la otra persona. La persona que no se mueve es la encargada de poner el límite hasta dónde quiere que se acerque. Puede poderlo oral con un “no quiero que te acerques más” o corporal “levantando una mano indicando alto” o estableciendo una distancia.	-----
Sesión 2			
Entender la disociación y sus mecanismos	“Psicoeducación”	Lluvia de ideas sobre la disociación, mecanismos subyacentes y patrones de respuesta. A todo lo aportado se añadirá o retirará apoyándose en el material del Anexo 1.	Pizarra y material Anexo 1
Identificar el inicio de la disociación, a través de la toma de conciencia, reconocer y manejar las emociones	“Aprendiendo a reconocer”	Cada participante aportará una experiencia disociativa vivida, describiendo sensaciones y emociones sentidas, hasta llegar a los disparadores de esa paralización.	Pizarra
Manejar y gestionar episodios de recuerdo intrusivo del trauma	“Meditación ablanda-tranquiliza-permite-ama” (Alonso Llácer, 2017)	Se les enseñará cómo se respira de forma abdominal, junto a una explicación de por qué es un gran mecanismo de regulación emocional. El/la profesional guiará esta meditación, la cual ayudará a tener contacto con emociones y sensaciones corporales.	Anexo 2
Sesión 3			
Estar presente con emociones difíciles, previniendo la evitación emocional	“Meditación sobre dolor” (Alonso Llácer, 2017)	El/la profesional guiará esta meditación, la cual les ayudará a observar el dolor, sin evitación.	Anexo 3
Desarrollar la autocompasión para desactivar el sistema de amenazas	“Carta de compasión a mi yo del pasado que vivió el evento traumático”	Cada participante escribe una carta compasiva hacia su yo del pasado. Aquellas que quieran compartirlo lo harán y se generará una reflexión.	Papel y boli

4.5.2. Fase 2: tratamiento de las memorias traumáticas

En esta fase del tratamiento, la atención se centra en trabajar con los recuerdos de experiencias traumáticas de las mujeres. Debido a la diversidad traumática y de procesamiento de estos eventos de cada mujer, se van a realizar las sesiones en formato individual. De esta manera también se da la importancia necesaria a cada mujer, dándole el tiempo que requiera para procesar estos recuerdos. El trabajo que se realiza en esta fase implica recordar, tolerar, procesar e integrar eventos pasados abrumadores. Este trabajo incluye el proceso de liberación de emociones fuertes en relación con una experiencia pasada, lo cual ayuda a mejorar la sintomatología (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Es interesante planificar y programar el trabajo sobre los recuerdos traumáticos con la mujer, para que ella pueda recuperar el control sobre la aparición de estos recuerdos (Van der Hart et al., 2008). Tras este trabajo y con el tiempo, el material de estos recuerdos se transforma de memoria traumática en memoria narrativa. Este proceso de cambio se realiza cuando se integran elementos fragmentados y disociados de recuerdos traumáticos en una narrativa comprensible y coherente. Al realizar este proceso es importante contrarrestar la culpa y la vergüenza irracionales mediante el reconocimiento de las respuestas adaptativas que el paciente tuvo durante esas experiencias. Al completar esta fase la mujer habrá podido colocar las experiencias traumáticas en el pasado, comprender su impacto en su vida y desarrollar una historia personal y un sentido de sí misma más completos y coherentes (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

En relación al número de sesiones, esta segunda fase se plantea en un primer momento con 14 sesiones, pero con forma abierta, sin un orden estipulado en las sesiones y las actividades realizadas en cada una de ellas. Esta forma de plantearlo viene dada para poder individualizar al máximo la terapia dependiendo de las necesidades de las pacientes. Se empezará con la actividad de "línea de memoria traumática" que habrán hecho previamente en casa, para poder comentarla en la sesión.

A partir de esta línea se va a procesar e integrar eventos traumáticos a través del tratamiento con EMDR, el cual se empezará desde la fase 2 de “preparación del cliente” hasta la fase 7 de “cierre” (Barba Gómez, 2009). Se empieza y se termina en esas fases del tratamiento específicamente ya que se ha hecho una evaluación de la mujer y se procederá en un futuro a hacer un seguimiento.

En el transcurso de este procesamiento se van a intercalar diferentes actividades, recogidas en la Tabla 6, teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada mujer que se esté atendiendo. De esta manera se procederá a realizar un tratamiento integrativo que ataje todo el malestar que presentan.

Objetivos generales fase 2:

- Recordar, tolerar, procesar e integrar eventos traumáticos del pasado.
- Mejorar la comunicación interna entre los diferentes estados del yo, reconociendo la importancia, deseos y necesidades de todas las partes fragmentadas.
- Transformar la memoria traumática en memoria narrativa.

Tabla 6

Descripción de las actividades que se van a desarrollar en la segunda fase del tratamiento con los objetivos que se persiguen

<i>Objetivos</i>	<i>Actividades</i>	<i>Descripción</i>	<i>Materiales</i>
Recordar experiencias traumáticas	“Línea memoria traumática”	En una línea horizontal como eje de tiempo se van a ir poniendo los recuerdos perturbadores que tengan las mujeres sobre su relación de pareja abusiva.	Papel y boli
Mejorar la comunicación interna entre los diferentes estados del yo	“El crítico, el criticado y el observador” (Neff, 2012)	Colocar tres sillas en forma de triángulo. A continuación, se piensa en un tema por el que se autocritique. Designa una silla para la voz del crítico interior, otra para la parte juzgada y criticada, y la última para el observador sabio y compasivo. Después tiene que interpretar estas tres partes de si misma.	Sillas

Tabla 6

Descripción de las actividades que se van a desarrollar en la segunda fase del tratamiento con los objetivos que se persiguen (continuación)

Reconocer las emociones individualmente para integrarlas en un yo único	“Cuento sobre la tristeza y la rabia” (Bucay, 2020) o meditación (Alonso Lácer, 2017)	Dependiendo de cómo el/la profesional vea a la persona, leerá el cuento para posteriormente reflexionar sobre él o guiará la meditación, la cual les ayudará a observar estas emociones y darle un espacio individual a cada una.	Anexo 4
---	---	---	---------

4.5.3. Fase 3: reintegración y rehabilitación

En esta última fase las mujeres empezarán a lograr un sentido de sí mismas más sólido y estable, al igual que un sentido de cómo se relacionan con los demás, es decir, obtienen ganancias del funcionamiento coordinado y la integración. Continuará el trabajo de fusión del yo fragmentado, mejorando su funcionamiento, además se revisará el historial de trauma desde una perspectiva más unificada. En lo referente a la reintegración de los recuerdos traumáticos, es vital poder mantener la conciencia dual, es decir, los sentidos permanecen en el presente, mientras que los recuerdos antiguos y fragmentados se retienen para su procesamiento e integración (Rothschild, 2000 citado en Strand y Stige, 2021).

A medida que las mujeres estén menos fragmentadas, desarrollan una mayor sensación de calma, resiliencia y paz interna, lo cual repercute en la resolución más eficaz de los problemas actuales. Comienzan a concentrarse menos en los traumas del pasado, dirigiendo su energía a vivir mejor en el presente y a desarrollar una nueva perspectiva de futuro (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Objetivos generales fase 3:

- Lograr un sentido de sí misma integrado y estable.
- Desarrollar una sensación de calma.

- Aprender a vivir y disfrutar del presente.
- Desarrollar una nueva perspectiva de futuro.

Después de todo el trabajo durante las fases 1 y 2 se vuelve a generar un espacio grupal en el cual apoyarse las unas en las otras. Las actividades a realizar en las últimas 3 sesiones del tratamiento se recogen en la Tabla 7.

Tabla 7

Descripción de las actividades que se van a desarrollar en la tercera fase del tratamiento con los objetivos que se persiguen

<i>Objetivos</i>	<i>Actividades</i>	<i>Descripción</i>	<i>Materiales</i>
Sesión 1			
Lograr un sentido unificado de sí misma y aprender a vivir consigo misma	“Creamos un mini-yo” (Rashid et al., 2016)	Con plastilina las participantes van a realizar una figura de ellas mismas, representando de manera desproporcionada sus defectos.	Plastilina
Potenciar la autoestima, el autorrefuerzo y la relación con los demás	“Bote de las caricias”	Cada participante escribirá cualidades positivas que considera que tiene su compañera de la derecha y meterá el papel en un bote. Posteriormente el/la profesional los leerá en voz alta.	Bote, folios y rotuladores
Sesión 2			
Aprender a vivir y disfrutar del presente	“Paseo consciente”	Se realizará un paseo por la calle con la premisa de estar presente durante su recorrido, dándose cuenta de los detalles, utilizando su mente curiosa.	-----
Desarrollar una nueva perspectiva de futuro	“Rueda de metas”	Cada participante escribirá las metas que quiere conseguir en diferentes áreas (autoestima, amor, trabajo, salud, dinero, amistad, ocio, entorno, crecimiento personal y familia).	Anexo 5
Generar una perspectiva resiliente	“Cuento ¿zanahoria, huevo o café?” (Bucay, 2020)	Se leerá al grupo este cuento para posteriormente generar una reflexión en torno a la resiliencia.	Anexo 6

Tabla 7

Descripción de las actividades que se van a desarrollar en la tercera fase del tratamiento con los objetivos que se persiguen (continuación)

Sesión 3

Observar los cambios obtenidos	“Caja de arena” (Marrone, 2018)	Se les pedirá que elijan uno o dos playmobils con los que se identifiquen cuando empezaron a realizar la terapia. Posteriormente se pondrá en común. Se volverá a hacer el mismo ejercicio, pero pensando cómo se ven en la actualidad.	Playmobils
Revisar las habilidades y conceptos aprendidos	“Baúl de las herramientas”	Cada participante escribirá en un papel algo aprendido durante la intervención y lo meterá en una caja.	Caja, papel y boli

		EMDR		Individual
	2: Tratamiento de las memorias traumáticas	"Línea memoria traumática"		Individual
		"El crítico, el criticado y el observador" (Neff, 2012)		Individual
		"Cuento sobre la tristeza y la rabia" (Bucay, 2020) o meditación (Alonso Llácer, 2017)		Individual
		3: Reintegración y rehabilitación	"Creamos un mini-yo" (Rashid et al., 2016)	
	"Bote de las caricias"			Grupal
	"Paseo consciente"			Grupal
	"Rueda de metas"			Grupal
	"Cuento ¿zanahoria, huevo o café?" (Bucay, 2020)			Grupal
	"Caja de arena" (Marrone, 2018)			Grupal
	"Baúl de las herramientas"			Grupal
POST-EVALUACIÓN		Administración instrumentos		Teléfono / Correo
SEGUIMIENTO	6 meses			
	1 año	Administración instrumentos		Teléfono / Correo
	3 años			

Nota. Las sesiones planteadas en la fase 2 son orientativas. Se ha intercalado una sesión de procesamiento e integración de recuerdos traumáticos con otras actividades para visualizar que las actividades planteadas a mayores de la intervención EMDR se irán añadiendo a medida que las necesite la mujer.

4.7. Evaluación de la propuesta

Para comprobar la eficacia del programa se presentaron periodos de pre y post-evaluación, un grupo control y tres etapas de seguimiento.

Para justificar la eficacia del programa es necesario analizar cuantitativa y cualitativamente los instrumentos administrados descritos en el apartado de *metodología y recursos*, observando si se han producido cambios significativos en las mujeres; para lo cual se comparan los resultados pre-post de cada instrumento.

Es importante no solo tener en cuenta las posibles diferencias cuantitativas que se observarán antes y después del tratamiento, sino que hay que contextualizar esas respuestas e individualizarlas según cual sea la paciente. Se requiere efectuar una entrevista semiestructurada para conocer en profundidad la situación de la mujer y los cambios logrados en su vida.

Del mismo modo, se analizarán las comparaciones entre el grupo control y el experimental, proveyéndose una mejora en este último en el periodo de post-evaluación. En el caso del grupo control, sus puntuaciones oscilarán levemente o se mantendrán.

Finalmente, si la propuesta consigue los objetivos perseguidos se espera que en los tres periodos de seguimiento se mantengan los conocimientos y herramientas adquiridos, así como su estabilidad en la vida diaria. En lo que respecta a los instrumentos, se observarían pequeños movimientos en las puntuaciones, dependiendo de si aparece de nuevo o no algún síntoma disociativo relativo a la puesta en marcha de antiguos patrones respuesta.

5. Conclusiones

Tal y como se ha descrito en la revisión teórica, debido a la gran cantidad de mujeres que sufren VGP y las consecuencias que tiene este tipo de violencia (ansiedad, depresión, TEPT-C, disociación, pérdida de autoestima, etc.) es relevante estudiar sobre este fenómeno (Kessler et al., 2017).

La disociación se relaciona con la exposición al trauma y la VGP es una situación de violencia intrapersonal repetida en el tiempo que también se relaciona con el trauma complejo. Por lo que, las mujeres víctimas de VGP sufren con más frecuencia sintomatología disociativa que las expuestas a otro tipo de violencia (Carlson et al., 2012; Dorahy et al., 2007, citado en Fleming y Resick, 2016).

Las mujeres víctimas de VGP que presentan un cuadro de TEPT-C y tienen sintomatología disociativa poseen unas necesidades específicas de tratamiento que no ha sabido cubrir la literatura actual (Cloitre, 2015). Lo cual lleva al objetivo principal que se pretendía alcanzar en el trabajo, desarrollar una propuesta terapéutica que ataje estas necesidades.

En la disociación se da una fragmentación de los sistemas psicobiológicos que constituyen la personalidad (González, 2017; Van der Hart et al., 2008). Por ello, uno de los objetivos principales del programa es que la persona desarrolle una visión integrada de sí misma. Íntimamente relacionado está el equilibrio emocional, sin el cual no se podría procesar el evento traumático, ni unificar la identidad de la persona (Nieto Martínez y López Casares, 2016). Estos objetivos se persiguen de manera ordenada en el programa propuesto.

Para ello se ha planteado un programa de tratamiento psicológico que pretende reducir la sintomatología disociativa y restituir el bienestar personal de la mujer. Este programa se compone de 20 sesiones, las 2 primeras de evaluación presencial de 60 minutos cada una, y las 18 restantes de intervención presencial de 75 minutos cada una. Cabe destacar que el número de sesiones y contenido de las mismas es orientativo, ya que tiene que estar adaptado en todo momento a las necesidades y ritmo de las pacientes.

El programa se estructura a través de tres fases: la primera se denomina de *estabilización y reducción de síntomas*, la segunda se centra en el *tratamiento de las memorias traumáticas*, y, por último, se encuentra la fase de *reintegración y rehabilitación*.

Este programa pretende ser integrador y poder llegar a cubrir las necesidades específicas de estas mujeres. Por ello, se ha planteado que la primera y la última fase sea de modalidad grupal, para dar ese espacio de seguridad y generación de apoyo social que tanto necesitan (Karatzias et al, 2017). Del mismo modo se ha planteado una intervención que siga las recomendaciones para trabajar con sintomatología disociativa (Fonseca-Pedrero et al., 2021; International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011; Rodríguez et al., 2005) pero de forma integrativa y, siempre adaptando las actividades. En definitiva, sigue una perspectiva integrativa y transteórica siguiendo las recomendaciones (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

El proyecto de intervención psicológica planteado resulta novedoso y necesario, ya que no existen muchos programas que atajen la sintomatología disociativa en mujeres víctimas de VGP.

A pesar del alcance que puede tener el proyecto se han encontrado ciertas limitaciones. En lo referente a la parte teórica se han cumplido los objetivos 1 y 2 sobre el conocimiento de TEPT-C y sintomatología disociativa en mujeres víctimas de VGP, aún sabiendo que es conveniente aumentar la literatura sobre esta temática. Sin embargo, en lo que respecta a los objetivos 3 y 4 relativos a la revisión de tratamientos no se han podido cumplir totalmente, ya que se han visto inabarcables para este trabajo. Habría que realizar una revisión más exhaustiva y así obtener una visión más completa sobre todas las intervenciones realizadas en esta línea.

Con respecto a las limitaciones del propio programa, es complicado saber la eficiencia y efectividad que tendría la presente intervención, debido a la escasez de investigación sobre la efectividad de diferentes técnicas en esta población.

Otra de las limitaciones que encontradas en la propuesta es el no haber atendido al posible maltrato infantil que hayan podido tener las participantes, ya que se ha comprobado que la presencia de traumatización previa dificulta gravemente la intervención psicológica si no se aborda (Mora Pérez, 2015).

A raíz de la falta de investigación existente entorno a esta temática, resultaría interesante poder implementar el programa y evaluarlo exhaustivamente, comprobando si realmente supone un cambio diferencial en la vida de estas mujeres. Además, también podría ser revelador estudiar cómo impacta este módulo de sintomatología disociativa en otras intervenciones con víctimas de violencia de género.

6. Referencias

- Alonso, E. y Labrador Encinas, F. J. (2010). Eficacia de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres inmigrantes víctimas de violencia de pareja: un estudio piloto. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(3), 543-555.
- Amell R.C., Soler A.R., Cobo J., y Soldevilla Alberti J.M. (2022). Psychological consequences and daily life adjustment for victims of intimate partner violence. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, <https://doi.org/10.1177/00912174211050504>
- Akbar Rahmatian, A. (2009). Breaking down the social learning of domestic violence. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 3(1), 62-66.
- de Alencar-Rodrigues, R., y Cantera, L. (2012). Violencia de género en la pareja: Una revisión teórica. *Psico*, 43(1), 116-126.
- Alonso Llácer, L. (2017). *Mindfulness y duelo: cómo la serenidad mindful y la compasión contribuyen al bienestar tras la pérdida*. [Tesis doctoral, Universidad de Valencia]. <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/59253/TESIS%20DEFINITIVA%2018%20FEBRERO.pdf?sequence=1>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Babcock, R. L., y DePrince, A. P. (2013). Factors contributing to ongoing intimate partner abuse: Childhood betrayal trauma and dependence on one's perpetrator. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1385-1402. <https://doi.org/10.1177/0886260512468248>
- Barba Gómez, S. (2009). *Programa de apoyo emocional a mujeres con estrés postraumático por violencia doméstica: un abordaje desde la técnica EMDR*. [Tesis doctoral, Universidad de Panamá]. <http://up-rid.up.ac.pa/620/>

- Becker, C.B. y Zayfert, C. (2001). Integrating DBT-based techniques and concepts to facilitate exposure treatment for PTSD. *Cognitive & Behavioral Practice*, 8(2), 107- 122. [https://doi.org/10.1016/s1077-7229\(01\)80017-1](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(01)80017-1)
- Bernstein, E. M., y Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 174(12), 727–735. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>
- Bertó, C., Ferrin, M., Barberá, M., Livianos, L., Rojo, L., y García-Blanco, A. (2017). Abnormal emotional processing in maltreated children diagnosed of complex posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 73, 42-50. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.020>
- Brewin, C. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven, Yale University Press.
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., Van Ommeren, M., y Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical psychology review*, 58, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Briere, J., Elliott, D. M., Harris, K., y Cotman, A. (1995). Trauma symptom inventory psycho- metrics and association with childhood and adult victimization in clinical samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(4), 387-401. <https://doi.org/10.1177/088626095010004001>
- Bucay, J. (2020). *Déjame que te cuente: los cuentos que me enseñaron a vivir*. Debolsillo.
- Bustillos, G., y Vargas, L. (1990). Técnicas participativas para la educación popular. *Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación*. <http://repositorio.uahurtado.cl/handle/11242/8896>

- Cáceres Ortiz, E. (2011). *Tratamiento psicológico centrado en el trauma en mujeres víctimas de violencia de pareja*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/13882/1/T33357.pdf>
- Cardeña, E. B., y Carlson, E. B. (2011). Acute Stress Disorder Revisited. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 245-267. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104502>
- Carlson, E. B., Dalenberg, C., y McDade-Montez, E. (2012). Dissociation in posttraumatic stress disorder part I: Definitions and review of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 479-489. <https://doi.org/10.1037/a0027748>
- Cloitre, M. (2015). The “one size fits all” approach to trauma treatment: Should we be satisfied? *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), Article 27344. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27344>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., y Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536-546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., y Petkova, E. (2009). A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 1-10. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Cort, N.A., Cerulli, C., Poleshuck, E.L., Bellenger, K.M., Xia, Y., Tu, X., Mazzotta, C.M. y Talbot, N.L. (2014). Interpersonal psychotherapy for depressed women with histories of intimate partner violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(6), 700-707. <https://doi.org/10.1037/a0037361>
- Crespo, M., y Arinero, M. (2010). Assessment of the Efficacy of a Psychological Treatment for Women Victims of Violence by their Intimate Male Partner. *The*

Spanish Journal of Psychology, 13(2), 849-863.

<https://doi.org/10.1017/S113874160000250X>

Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104, de 20 de diciembre de 1993.

Dell, P. F. (2002). *The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID): Research findings*. In 19th International Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Baltimore, MD.

Dokkedahl, S., Kristensen, T. R., Murphy, S., y Elklit, A. (2021). The complex trauma of psychological violence: cross-sectional findings from a Cohort of four Danish Women Shelters. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), Article 1863580. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1863580>

Dorahy, M. J., Lewis, C., y Wolfe, F. A. (2007). Psychological distress associated with domestic violence in Northern Ireland. *Current Psychology*, 25(4), 295-305. <https://doi.org/10.1007/BF02915237>

Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A., y Krause, E. D. (2006). Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of interpersonal violence*, 21(7), 955-968. <https://doi.org/10.1177/0886260506289178>

Echeburúa, E., Corral, P. D., y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14(1), 139-146.

Echeburúa, E., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2014). Individual Versus Individual and Group Therapy Regarding a Cognitive-Behavioral Treatment for Battered Women in a Community Setting. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(10) 1783-1801 <https://doi.org/10.1177/0886260513511703>

Elliott, D. M., y Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: validating the trauma symptom checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse & Neglect*, 16(3), 391-398. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90048-V](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90048-V)

- Fernández, E. E. (2012). Trauma: Cuerpo y Mente. Exposición y Tratamiento de un Caso de Adolescente Víctima de Agresión Sexual desde una Doble Perspectiva: Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Sensoriomotriz. *Clínica Contemporánea*, 3(3), 245. <http://dx.doi.org/10.5093/cc2012a17>
- Fernández Fillol, C., Pérez García, M., e Hidalgo Ruzzante, N. (2020). Estrés postraumático complejo en mujeres supervivientes de violencia de género: un objetivo para la intervención psicosocial. *Ilustre Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental (COPAO)*, 137-146. https://copao.com/wp-content/uploads/2021/01/copao.devf6.es_old_dmdocuments_encuentros_monogpsiisv3.pdf#page=137
- Fernández Fillol, C., Pitsiakou, C., Perez García M., Teva, I., y Hidalgo Ruzzante, N. (2021). Complex PTSD in survivors of intimate partner violence: risk factors related to symptoms and diagnoses. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), Article 2003616. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2003616>
- Fiorillo, D., Mcean C., Pistorello, J., Hayes S.C., y Follette, V.M. (2017) Evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program for women with trauma-related problems: A pilot study. *Journal of Contextual Behavioral Science* 6(1), 104-113. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.11.003>
- Fleming, C. E., y Resick, P. A. (2016). Predicting three types of dissociation in female survivors of intimate partner violence. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(3), 267-285. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1079807>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Fernández-Álvarez, J., Suso-Ribera, C., y Crespo Delgado, E. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: una revisión selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188-197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- Ford, J., Courtois, C., Steele, K., Van der Hart, O., y Nijenhuis, E. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 437-447. <https://doi.org/10.1002/jts.20051>

- Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132.
<https://doi.org/10.1023/A:1022079418229>
- González, A. (2008, febrero). *Tratamiento de los Trastornos Disociativos*. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. <https://cutt.ly/AU2z9IP>
- González, A. (2017). *No soy yo: Entendiendo el trauma complejo, el apego, y la disociación*. Autor Editorial.
- Grogan-Kaylor, A., Howell, K. H., Galano, M. M., y Graham-Bermann, S. A. (2020). The Moms' Empowerment Program. En E. T. Gershoff y S. J. Lee (Eds.), *Ending the physical punishment of children: A guide for clinicians and practitioners* (pp. 121-129). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/0000162-013>
- Hagenaars, M. A., y Krans, J. (2011). Trait and state dissociation in the prediction of intrusive images. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4(2), 145-153.
<https://doi.org/10.1521/ijct.2011.4.2.145>
- Hembree, E.A. y Foa, E.B. (2003) Interventions for Trauma-Related Emotional Disturbances in Adult Victims of Crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 187-199. <https://doi.org/10.1023/A:1022803408114>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
<https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Howell, E. F. (2006). Pioneers of Psychodynamic Thinking about Dissociation. En E.F. Howell (Ed.), *The Dissociative Mind* (pp. 49-91.). Routledge.
- Instituto de la Mujer. (2020). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019*.
<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>
- Instituto Nacional de Estadística. (2021, Mayo). *Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género. Año 2020*. https://www.ine.es/prensa/evdvg_2020.pdf

- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115-187. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
- James, W., Burkhardt, F., Bowers, F., y Skrupskelis, I. K. (1890). *The principles of psychology* (nº 2, vol. 1). Macmillan.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Alcan.
- Johnson, D. M., y Zlotnick, C. (2006). A Cognitive-Behavioral Treatment for Battered Women with PTSD in Shelters: Findings from a Pilot Study. *Journal of Traumatic Stress [Brief Reports]*, 19(4), 559-564. <https://doi.org/10.1002/jts.20148>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, R., y Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>
- Kaymaz, H. E., Ozturk, A., y Bagcioglu, E. (2014). Psychiatric evaluation of married women who exposed to domestic violence. *Gaziantep Medical Journal*, 20(1), 15-19. <https://doi.org/10.5455/GMJ-30-40840>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S. Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup5), Article 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Kotan, Z., Kotan, V. O., Yalvaç, H. D., y Demir, S. (2020). Association of domestic violence against women with sociodemographic factors, clinical features, and

- dissociative symptoms in patients who receive services from psychiatric outpatient units in turkey. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(15-16), 2711-2731. <https://doi.org/10.1177/0886260517703372>
- Kwan, P. (2009). Phase-Orientated Hypnotherapy for Complex PTSD in Battered Women: An Overview and Case Studies from Hong Kong. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 37(1), 49-59.
- Labrador Encinas, F. J., Fernández-Velasco, M. R., y Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22(1), 99-105.
- Lagdon, S., Armour, C., y Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *European journal of psychotraumatology*, 5(1), Article 24794. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24794>
- Langhintichsen-Rohling, J. (2005). Top 10 greatest “hits”. Important findings and future directions for intimate partner violence research. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(1), 108-118. <https://doi.org/10.1177/0886260504268602>
- Latif, M., Husain, M. I., Gul, M., Naz, S., Irfan, M., Aslam, M., Awan, F., Sharif, A., Rathod, S., Farooq, S., Ayub, M., y Naeem, F. (2021). Culturally adapted trauma-focused CBT-based guided self-help (CatCBT GSH) for female victims of domestic violence in Pakistan: Feasibility randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(1), 50-61. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000685>
- Leahy, K. L. (2007). *Complex posttraumatic stress symptoms among a community sample of battered women*. Michigan State University. Department of Psychology.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, BOE, núm. 313, de 29 de diciembre de 2004. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>

- Litvin, J. M., Kaminski, P. L., y Riggs, S. A. (2017). The Complex Trauma Inventory: A Self-Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress, 30*(6), 602-613. <https://doi.org/10.1002/jts.22231>
- Loewenstein, R. J. (1991). An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics, 14*(3), 567-604. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30290-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30290-9)
- Loewenstein, R., Brand, B., y Gilbert, L. (2014). Treating complex trauma survivors. *Psychiatric Times, 40-45*.
- Maercker, A., Beauducel, A., y Schützwohl, M. (2000). Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress symptoms and chronic dissociation in former political prisoners. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 13*(4), 651-660. <https://doi.org/10.1023/A:1007862217298>
- Marrone, M. (2018). La teoría del apego y el psicodrama. *Clínica Contemporánea, 9*(2), 1-9. <https://doi.org/10.5093/cc2018a9>
- 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. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082016000300004>
- Mora Pérez, V. (2015). Cuando llueve sobre mojado: consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de género traumatizadas en la infancia. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies, (2)*. <https://revistas.uam.es/revIUEM/article/view/2225>
- Morales Aguilar, D. P. (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances en Psicología, 26*(2), 135-144. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186>

- Murphy, C. M., y O'Leary, K. D. (1989). Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 579-582. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.5.579>
- Navarro, C. G., León, F. G., y Nieto, M. Á. P. (2020). Análisis de las consecuencias cognitivas y afectivas de la violencia de género en relación con el tipo de maltrato. *Ansiedad y Estrés*, 26(1), 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.01.003>
- Neff, K. (2012). Sé amable contigo mismo. *El arte de la compasión hacia uno mismo*. Paidós.
- Nieto Martínez, I., y López Casares, M. C. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 87-104. <http://dx.doi.org/10.5093/cc2016a7>
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O. y Vanderlinden, J. (1996). The development and the psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688–694. <https://doi.org/10.1097/00005053-199611000-00006>
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., Kruger, K. y Steele, K. (2004). Somatoform dissociation, reported abuse and animal defence-like reactions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 678-686. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01441.x>
- O'Leary, K. D., Malone, J., y Tyree, A. (1994). Physical aggression in early marriage: Prerelationship and relationship effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 594-602. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.3.594>
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/violencia/siv1/doctos/imsvcompleto.pdf.

- Organización Mundial de la Salud. (2012, Noviembre). *Understanding and Addressing Violence Against Women: Intimate Partner Violence*.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-12.36>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Clasificación Internacional de Enfermedades* (11th ed.). <https://icd.who.int/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, Marzo). *Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
- Ozyurt, B. C., y Deveci, A. (2011). The Relationship between domestic violence and the prevalence of depressive symptoms in married women between 15 and 49 years of age in a rural area of Manisa, Turkey. *Turkish Journal of Psychiatry*, 22(1), 10-16.
- Pascual, P., e Induráin, S. (2001). Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. *ANALES Sistema Sanitario de Navarra*, 24(2), 15-22.
- Pill, N., Day, A., y Mildred, H. (2017). Trauma responses to intimate partner violence: A review of current knowledge. *Aggression and violent behavior*, 34, 178-184.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.014>
- Rashid, T., Riches, S., Schrank, B., y Slade, M. (2016). WELLFOCUS PPT: Modifying Positive Psychotherapy for Psychosis. *Psychotherapy*, 53(1), 68-77.
<http://dx.doi.org/10.1037/pst0000013>
- Resick, P. A., Suvak, M. K., Johnides, B. D., Mitchell, K. S., e Iverson, K. M. (2012). The impact of dissociation on PTSD treatment with cognitive processing therapy. *Depression and anxiety*, 29(8), 718-730.
<https://doi.org/10.1002/da.21938>
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: the psychophysiology of trauma and trauma treatment*. Norton.

- Sabina, C., y Straus, M. A. (2008). Polyvictimization by dating partners and mental health among U.S. college students. *Violence and Victims*, 23(6), 667-682.
<https://doi.org/10.1891/0886-6708.23.6.667>
- Sackett, L. A., y Saunders, D. G. (1999). The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence and Victims*, 14(1), 105-117.
<https://doi.org/10.1891/0886-6708.14.1.105>
- Salvesen, K., y Wästlund, M. (2015). *Mindfulness and compassion: the path to growth after trauma*. Pax Forlag.
- Sánchez Rodríguez, F. (2013). Terapia sensoriomotriz del trauma. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(3), 1-32.
- Santandreu, M. y Ferrer, V.A. (2014). Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Psicología Conductual*, 22(2), 239-256.
- Sharhabani-Arzy, R., Amir, M., y Swisa, A. (2005). Self-criticism, dependency and posttraumatic stress disorder among a female group of help-seeking victims of domestic violence in Israel. *Personality and Individual Differences*, 38(5), 1231-1240. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.08.006>
- Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N.P., Bisson, J.I., Brewin, C.R., y Cloitre, M. (2018). A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), Article 1419749.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1419749>
- Spiegel, D. E. (1993). *Dissociative disorders: A clinical review*. The Sidran Press.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., y Grabe, H. J. (2006). Avances recientes en la teoría de la disociación. *World Psychiatry*, 4(2), 82-86.
- Strand, M., y Stige, S. H. (2021). Combining mindfulness and compassion in the treatment of complex trauma – a theoretical exploration. *European Journal of*

- Trauma & Dissociation*, 5(3), article 100217.
<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100217>
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10.PMID:1824611>
- Tschoeke, S., Borbe, R., Steinert, T., y Bichescu-Burian, D. (2019). A systematic review of dissociation in female sex workers. *Journal of Trauma & Dissociation*, 20(2), 242-257. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1572044>
- Vaca Ferrer, R., Ferro García, R., y Valero Aguayo, L. (2021). Una revisión de los programas de intervención grupal con víctimas de violencia de género. *Apuntes de Psicología*, 39 (3), 111-124.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., y Steele, K. (2008). *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée de Brouwer.
- Van der Kolk B., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S., y Spinazzola J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- Van der Kolk, B. A., Van der Hart, O., y Marmar, C. R. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. En B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane, y L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 303–327). The Guilford Press.
- Villavicencio, P. (1996). *La situación de maltrato y su repercusión en el ajuste psicosocial en las mujeres en centros de acogida*. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=33742>
- Warshaw, M. D., Sullivan, C. M., y Rivera, E. A. (2013). A Systematic Review of Trauma-Focused Interventions for Domestic Violence Survivors. *National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health*.
<https://ncvc.dspacedirect.org/handle/20.500.11990/536>

- Webermann, A. R., y Murphy, C. M. (2019). Childhood Trauma and Dissociative Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 25(2), 148-166.
<https://doi.org/10.1177/1077801218766628>
- White, J., y Smith, P. H. (2004). Sexual assault perpetration and re-perpetration: From adolescence to young adulthood. *Criminal Justice Behaviour*, 31(2), 182-202.
<https://doi.org/10.1177/0093854803261342>
- Wolf, E. J., Lunney, C. A., Miller, M. W., Resick, P. A., Friedman, M. J., y Schnurr, P. P. (2012). The dissociative subtype of PTSD: A replication and extension. *Depression and anxiety*, 29(8), 679-688.
<https://doi.org/10.1002/da.21946>

7. Anexos

7.1. Anexo 1. Psicoeducación disociación

La disociación es la dificultad para recordar un suceso, desconexión del cuerpo, las emociones o el entorno. Se da una fragmentación de los sistemas de identidad de la persona, no permitiendo desarrollar una visión integrada de sí mismo/a. Las sensaciones internas o externas se perciben con extrañeza o distanciamiento y el comportamiento es vivido como automático (González, 2017; Van der Hart et al., 2008).

Cuando las personas están abrumadas por una emoción extrema son incapaces de asimilar la experiencia ni conectar la experiencia con el resto de la historia personal (Janet, 1889, citado en Howell, 2006).

La disociación es un continuo; a través del cual se encuentra un extremo con estados mentales disociados hasta llegar al otro extremo del trance en los fenómenos cotidianos (González, 2008).

La disociación puede ser adaptativa para quienes se encuentran en situaciones traumáticas, pero cuando la disociación aparece de manera continuada puede convertirse en una respuesta de afrontamiento desadaptativa (Webermann y Murphy, 2019).

Cuando se genera la fragmentación de la identidad surge un sistema orientado a la supervivencia (seguir con la vida cotidiana) y otro a la defensa frente a la amenaza (anclada en el trauma) (González, 2008; Van der Hart et al., 2008).

Los circuitos de supervivencia se activan porque el bienestar de la persona se ve amenazado. Aunque la persona deje de estar enfrentada a ese evento traumático, continúa la activación (Nieto Martínez y López Casares, 2016).

7.2. Anexo 2. Meditación ablanda-tranquiliza-permite-ama

Extraído de Alonso Llácer (2017) pp.444-446.

Centraremos la atención en los sonidos que provienen del exterior, tratando de respirar con conciencia plena, sintiendo el sonido dentro de nosotros mismos, momento

a momento. Inhalo, exhalo. Inspiro vida, suelto la tensión. Trato de seguir la respiración, observando los movimientos del cuerpo al inspirar y al expirar. Cada vez que aparece un pensamiento, imagino que una nube blanca aparece y se lleva consigo el pensamiento, centrando toda la atención en la respiración.

Ahora imaginamos o recordamos un momento de nuestras vidas en el que hayamos experimentado una emoción (miedo, tristeza, rabia). Vamos a tratar de observar la emoción, sin juzgarla, ni como buena ni como mala. Es una emoción. Observamos donde la sentimos, en qué parte de nuestro cuerpo comienza a gestarse. Observamos su textura, su color, cómo se mueve, su aroma, cualquier cualidad de la emoción. Y respiramos con ella, momento a momento. No pretendemos cambiar nada, no pretendemos negarla, ni expulsarla. Solo pretendemos observarla, sentirla en nuestro cuerpo, respirar con ella. Y nos damos cuenta que ambos, nosotros y la emoción ocupamos el mismo espacio, al mismo tiempo. Seguimos respirando. Y observamos a qué nos impulsa la emoción, que haríamos si nos dejáramos llevar por la emoción.

Pero ahora tenemos a la respiración que es nuestra aliada y nos permite regular esa emoción, nos permite airear esa emoción. Imaginamos que la emoción cobra vida y se nos presenta delante de nosotros. Estamos colocados en una silla, sentados, mirando a los ojos de la emoción, sonriendo con la mente, acogiendo la emoción, pero no cediéndole nuestra silla. Es como si fuésemos los reyes y reinas de un palacio, al que todos los días acuden visitantes nuevos (emociones, pensamientos), se dan una vuelta por el palacio, pero como no les cedemos el trono, se van. Quizá más tarde vuelvan a llamar a nuestra puerta, y les abriremos, les sonreiremos, con una actitud de aceptación. Observamos cómo nos sentimos si nos relacionamos de esta forma con nuestras emociones, Observamos si se producen cambios en la emoción a medida que la observamos, respiramos con ella. Y decimos mentalmente, “permitir, permitir, permitir. A pesar de que siento esta emoción, me acepto y me amo profundamente” (colocar la mano en el corazón y tratar de percibir qué sentimos al repetirnos esta frase). “Me amo profundamente, me amo profundamente”.

Seguimos respirando e imaginamos que la emoción es como un niño pequeño que llora, que necesita consuelo, necesita amor. E imaginamos como rodeamos con nuestros brazos a la emoción. Y nos decimos mentalmente “a pesar de que siento esta emoción, me acepto y me amo profundamente” (pausa). “Ablando, tranquilizo, permito, amo” “Ablando el cuerpo, permito que la emoción se manifieste, aquieto mi mente para ver con claridad, y me amo, precisamente porque estoy sufriendo”.

Ahora tratamos de ver la escena como si le estuviese pasando a otra persona que aparece en la pantalla de un cine, y exploramos desde fuera ¿Para qué le puede servir esta emoción al protagonista? ¿Qué pretende decirle? ¿Qué quiere que haga? ¿Qué podría aprender de esa emoción? (pausa) Y con toda esa información, volvemos de nuevo a ser conscientes de la respiración, exploramos nuestro cuerpo desde la cabeza hasta los pies, soltamos tensiones a través de la respiración y permitimos que el cuerpo se ablande, que respire a través de todos los poros de la piel.

Poco a poco vamos notando los apoyos de nuestro cuerpo sobre el suelo, y comenzamos a mover los pies, a mover las manos, el cuello, cualquier movimiento que deseemos hacer, y cuando estemos preparados abrimos los ojos y podremos compartir si queremos nuestra experiencia.

7.3. Anexo 3. Meditación sobre dolor

Extraído de Alonso Llácer (2017) pp.434-435.

Centra la atención en los sonidos que provienen del exterior.... Sin juzgar si son buenos o malos, agradables o desagradables. Simplemente obsérvalos, trata de respirar con ellos. Centra la atención en tu respiración observando la entrada y la salida del aire, observando las zonas de tu cuerpo que basculan con cada inspiración y con cada expiración (5 minutos de conciencia de respiración). Trata de hacer un recorrido por tu cuerpo captando sensaciones físicas, agradables o desagradables, y permítete estar respirando con ellas, dándote cuenta que al mismo tiempo puedes experimentar las agradables y las desagradables, que tu conciencia tiene cabida para todas ellas, y

que puedes jugar a focalizar la atención en unas u en otras, o en todas ellas al mismo tiempo.

Ahora vamos a ir en busca de ese dolor que nos desquebraja el alma, ese dolor que nos desespera y que tratamos de evitar en muchas ocasiones a toda costa. Vamos a imaginar que somos la princesa del cuento, y que vamos caminando por el bosque. Esta vez el dolor se manifiesta como una charca helada por la que tenemos que pasar para volver a palacio. Al principio vemos la charca, nos damos cuenta que hay hielo en la superficie, pero que en cuanto coloquemos nuestros pies en ella, el hielo se quebrantará y nos hundiremos en la charca. A pesar del miedo, decidimos con conciencia plena colocar nuestros pies en el hielo de la charca. Como era de esperar, el hielo se rompe y caemos hacia dentro de la charca. El agua está fría, muy fría. Somos conscientes de nuestro dolor, y nos fijamos en las sensaciones físicas que tenemos ante ese dolor de alma (conciencia de sensaciones 10 minutos). Respiramos con esas sensaciones, visualizamos como metemos la cabeza en la charca, buscamos las sensaciones y salimos de nuevo a la superficie, con conciencia de la respiración. Esa respiración amiga que nos mantiene vivos, que nos motiva a seguir nadando a pesar del frío, a pesar del dolor. Volvemos a sumergirnos en la charca, y esta vez buscamos en el fondo ciertos cofres cerrados que contienen mensajes acerca de la utilidad del dolor. Si vemos algún cofre lo cogemos y lo sacamos a la superficie y lo abrimos. Si no vemos nada, no pasa nada, salimos a la superficie igualmente llenando nuestros pulmones de aire puro, aire fresco.... Y sin darnos cuenta hemos atravesado la charca, hemos respirado con el dolor, hemos permitido que las sensaciones o manifestaciones físicas del dolor nos acompañen, y somos capaces de sentir una sensación de liberación, como la princesa cuando la mancha pegamentosa se quitó de encima de ella.

Salimos de la charca, nos secamos y ahora a pesar de que se ha hecho de noche y sigue haciendo frío, continuamos por el sendero del bosque que nos lleva de regreso a palacio. Volvemos a conectar con nuestra respiración, con las sensaciones físicas de nuestro cuerpo, con los sonidos del exterior. Visualizaremos como nos fundimos en un

abrazo con nosotros mismos, proporcionándonos amor, cariño, calidez, y nos repetimos mentalmente: A pesar de éste dolor que me quebranta el alma, me acepto y me amo profundamente...

A pesar de este dolor que a veces creo que puede llegar a matarme, me acepto y me amo profundamente. Trato de responder a estas preguntas internamente ¿Para qué me sirve el dolor? ¿Qué puedo aprender? ¿Qué puedo hacer a partir de hoy para sentirme mejor a pesar del dolor? ¿Puedo convivir con este dolor? ¿En qué he cambiado yo a partir de este dolor? ¿Hay algún cambio de valores?... Y cuando estemos preparados abriremos los ojos y podremos compartir nuestra experiencia, sin juicios, amándonos profundamente.

7.4. Anexo 4. Cuento sobre la tristeza y la rabia, y meditación

Extraído de Alonso Llácer (2017) pp.450-453.

En un reino encantado donde las personas nunca pueden llegar, o quizás donde transitan eternamente sin darse cuenta.... En un reino mágico, donde las cosas no tangibles, se vuelven concretas.... Había una vez un estanque maravillo.

Era una laguna de agua cristalina y pura donde nadaban peces de todos los colores existentes y donde todas las tonalidades del verde se reflejaban permanentemente...

Hasta ese estanque mágico y transparente se acercaron a bañarse haciéndose mutua compañía, la tristeza y la furia. Las dos se quitaron sus vestimentas y desnudas las dos entraron al estanque.

La furia, apurada (como siempre está la furia), urgida (sin saber por qué) se bañó rápidamente y más rápidamente aun, salió del agua... Pero la furia es ciega, o por lo menos no distingue claramente la realidad, así que, desnuda y apurada, se puso, al salir, la primera ropa que encontró... Y sucedió que esa ropa no era la suya, sino la de la tristeza...Y así vestida de tristeza, la furia se fue.

Muy calma, y muy serena, dispuesta como siempre a quedarse en el lugar donde está, la tristeza terminó su baño y sin ningún apuro (o, mejor dicho, sin conciencia del paso del tiempo), con pereza y lentamente, salió del estanque. En la orilla se encontró con que su ropa ya no estaba. Como todos sabemos, si hay algo que a la tristeza no le gusta es quedar al desnudo, así que se puso la única ropa que había junto al estanque, la ropa de la furia.

Cuentan que, desde entonces, muchas veces uno se encuentra con la furia, ciega, cruel, terrible y enfadada, pero si nos damos el tiempo de mirar bien, encontramos que esta furia que vemos es sólo un disfraz, y que detrás del disfraz de la furia, en realidad... está escondida la tristeza.

Meditación guiada

En primer lugar, centraremos la atención en los sonidos que provienen del exterior, observando y sintiendo los sonidos. Respirando profundamente, inhalando, exhalando. Inhalo bondad, exhalo dolor, malestar, tensión, sufrimiento. Si hay algún pensamiento lo observo, no lo juzgo, lo dejo ir y venir, y me centro en la respiración, sin entretenerme en el pensamiento, sin juzgarme por tenerlo, simplemente es un pensamiento....

Ahora imaginaremos un paisaje del cual formamos parte, nosotros somos un lago de aguas cristalinas verde esmeralda. Alrededor del lago hay pinos verdes, somos capaces de percibir el aroma de los pinos, capaces de percibir el movimiento de las ramas, de las hojas. En el lago se refleja el cielo azul, se refleja el sol, se reflejan los árboles, siendo como un gran espejo que muestra todo lo que existe en aquel lugar. El lago disfruta de la calma cuando le es posible, pero acepta que en algunos momentos se bañen en él dos personajes inseparables que movilizan la profundidad del lago con una gran intensidad. Tanto movilizan, que desaparece la calma. Son la ira y la tristeza.

El lago se da cuenta que las hermanas están por llegar. Lo sabe porque el suelo comienza a temblar y el agua comienza a moverse de una forma diferente. Primero se

sumerge la rabia, y con esa fuerza que la caracteriza comienza a nadar de aquí para allá, sin un orden establecido, formando círculos a derecha y a izquierda, sin orden, impulsiva, alocada. Trata de conectar con esa rabia en tu cuerpo, dónde se localiza, qué sensaciones físicas experimentas, a qué te impulsa esa rabia. Obsérvalo y permítelo, como el lago permite que la rabia se bañe en sus aguas. Y repite mentalmente, ablanda, permite y ama. Respira profundamente....

La rabia sale del lago, se coloca la ropa de la tristeza y se aleja del lugar, mientras la tristeza se sumerge lentamente, sin fuerza, lánguida, perezosa, oscura. Es tan densa la tristeza que el lago se queda inerte, sin vida, gris, congelado, frío, desolado, incapaz de reflejar los árboles, el sol y el cielo azul. De repente es como si se hiciese de noche, una noche oscura, sin luna y sin estrellas. Trata de sentir esa tristeza, observándola, permitiendo que se bañe en las aguas del lago, observando donde sientes la tristeza, qué sensaciones físicas experimentas, a qué te impulsa esa emoción...respira profundamente, ablanda, permite, ama.

Finalmente, la tristeza sale del lago y se coloca la ropa de la ira, ya que no dispone de otra, alejándose de aquel lugar... Observa cómo el lago vuelve pasado un tiempo a esa calma, a reflejar de nuevo toda la belleza exterior, con esa majestuosidad y sabiduría, pues sabe que las hermanas volverán cuando les apetezca, pero mientras están ausentes el lago disfruta de sus aguas serenas y claras.

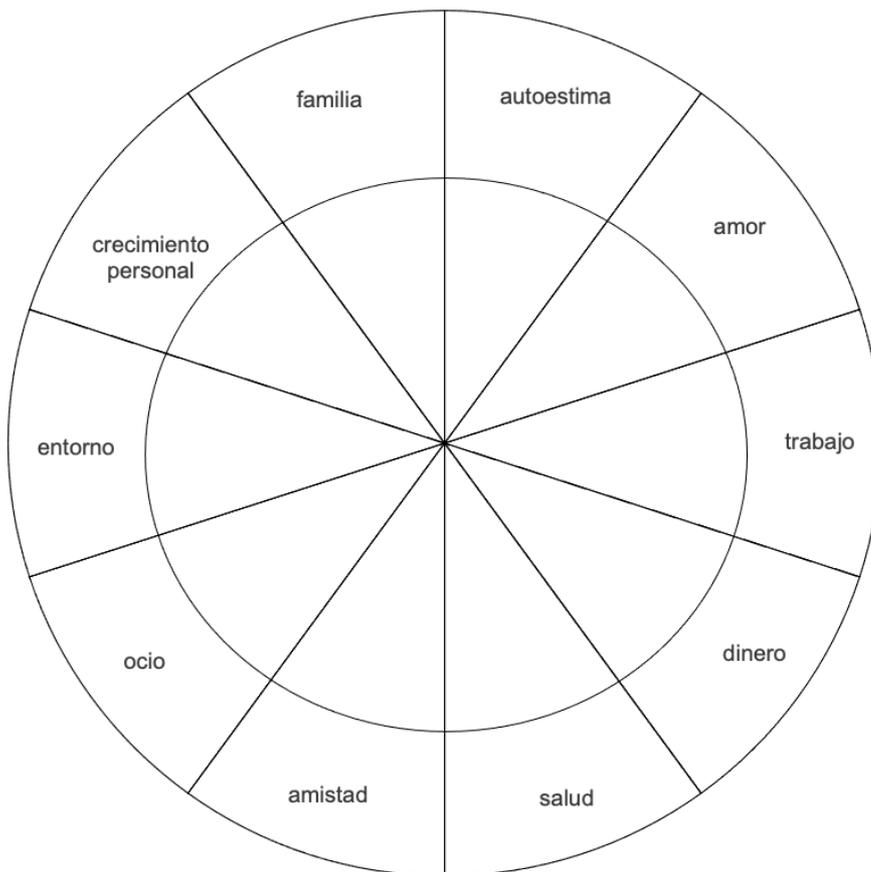
A pesar del dolor, la rabia y la tristeza, que van de la mano y que se transforman una en la otra, me acepto y me amo profundamente. Respiro profundamente e inhalo vida, inhalo amor, inhalo paz, inhalo fuerza para aceptar las cosas que no puedo cambiar, inhalo valentía para cambiar las cosas que sí puedo cambiar, e inhalo sabiduría para entender la diferencia.

Y poco a poco, voy dejando que la imagen del lago que representa nuestro mundo interno emocional, vaya desvaneciéndose en nuestra conciencia. Y me centro en la respiración, en la entrada y en la salida del aire, e imagino que el aire está cargado de amor dirigiéndose a todas las células físicas, mentales, emocionales y espirituales.

Voy centrando la atención en el cuerpo, en los músculos de las piernas, en los pies, en la espalda, en el tórax, en la cabeza, en los músculos de la cara... y como si despertara de un sueño, comienzo a estirarme, a moverme, a sentir mi cuerpo, aquí y ahora... Me pongo en posición fetal, me abrazo a mí misma, y cuando esté preparada abro los ojos y puedo escribir mi experiencia, así como compartirla.

7.5. Anexo 5. Rueda de metas

Está creada para que la persona pueda observar gráficamente cuánto quiere dedicar a las metas de cada área marcada, para ello pondrá porcentajes y los «quesitos» serán más o menos grandes dependiendo de ello. El círculo concéntrico está destinado a que escriban las metas de cada área.



7.6. Anexo 6. Cuento ¿zanahoria, huevo o café? (Bucay, 2020)

Había una vez una hija de un viejo hortelano que se quejaba constantemente sobre su vida y sobre lo difícil que le resultaba salir adelante. Estaba cansada de luchar y no tenía ganas de nada; cuando un problema se solucionaba otro nuevo aparecía y eso le hacía resignarse y darse por vencida fácilmente.

El hortelano le pidió a su hija que se acercara a la cocina de su cabaña y que tomara asiento. Después, llenó tres recipientes con agua y los colocó sobre fuego. Cuando el agua comenzó a hervir colocó en un recipiente una zanahoria, en otro un huevo y en el último vertió unos granos de café.

Los dejó hervir sin decir palabra mientras su hija esperaba impacientemente sin comprender qué era lo que su padre hacía. A los veinte minutos el padre apagó el fuego. Sacó las zanahorias y las colocó en un tazón. Sacó los huevos y los colocó en otro plato. Finalmente, coló el café.

Miró a su hija y le dijo: «¿Qué ves?». «Zanahorias, huevos y café», fue su respuesta. La hizo acercarse y le pidió que tocara las zanahorias. Ella lo hizo y notó que estaban blandas. Luego le pidió que tomara un huevo y lo rompiera. Le quitó la cáscara y observó el huevo duro. Luego le pidió que probara el café. Ella sonrió mientras disfrutaba de su dulce aroma. Humildemente la hija preguntó: «¿Qué significa esto, papá?»

Él le explicó que los tres elementos habían enfrentado la misma adversidad: agua hirviendo. Pero habían reaccionado en forma muy diferente. La zanahoria llegó al agua fuerte, dura; pero después de pasar por el agua hirviendo se había vuelto débil, fácil de deshacer. El huevo había llegado al agua frágil, su cáscara fina protegía su interior líquido; pero después de estar en agua hirviendo, su interior se había endurecido. El café sin embargo era único; después de estar en agua hirviendo, había cambiado el agua.

«¿Cual eres tú?», le preguntó a su hija. «Cuando la adversidad llama a tu puerta, ¿Cómo respondes? ¿Eres una zanahoria que parece fuerte pero que cuando la

adversidad y el dolor te tocan, te vuelves débil y pierdes tu fortaleza? ¿Eres un huevo, que comienza con un corazón maleable? ¿Poseías un espíritu fluido, pero después de una muerte, una separación, o un despido, te has vuelto dura y rígida? Por fuera eres igual, pero, ¿cómo te has transformado por dentro? ¿O eres como el café? El café cambia el agua, el elemento que le causa dolor. Cuando el agua llega al punto de ebullición el café alcanza su mejor sabor. Si eres como el grano de café, cuando las cosas se ponen peor tú reaccionas mejor y haces que las cosas a tu alrededor mejoren.

Y tú, ¿cual de los tres eres?

Reflexión: la resiliencia es la capacidad para desarrollarse bien, para proyectar un futuro a pesar de acontecimientos desestabilizantes y traumáticos. El trauma quita el poder que tienen las personas sobre sí mismas, necesitando un trabajo de empoderamiento posterior. Esa situación traumática va a afectar, pero eso no implica algo negativo, una puede integrarlo y crecer.