

## Eficacia de un programa de intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género en el marco de las terapias contextuales

Rosario Vaca-Ferrer<sup>1\*</sup>, Rafael Ferro-García<sup>2</sup> y Luis Valero-Aguayo<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Centro LANSYS. Puerto de Santa María, Cádiz (España)

<sup>2</sup> Centro de Psicología Clínica C.E.D.I., Granada (España)

<sup>3</sup> Facultad de Psicología. Universidad de Málaga (España)

**Resumen:** El objetivo de este trabajo es evaluar empíricamente la eficacia de un programa de intervención con mujeres víctimas de violencia de género. El programa en conjunto se enmarca dentro de las Terapias Contextuales, específicamente se ha utilizado la Psicoterapia Analítica Funcional, combinada con la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Activación Conductual. Se ha llevado a cabo en formato grupal, durante 11 sesiones de 2 horas cada una. Participaron un total de 21 mujeres (de una media de edad de 45 años), que habían sufrido violencia física y/o abuso emocional por parte de sus parejas, en diferente grado e intensidad, y en diferentes momentos en sus vidas. Se ha utilizado un diseño intragrupo con medidas pre-post. Se realizaron tres grupos de tratamiento en diferentes ciudades con 6 a 8 mujeres cada uno. Para medir la intervención se ha aplicado el cuestionario *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE-OM). Los resultados han mostrado una disminución estadísticamente significativa en la severidad del malestar, han disminuido los indicadores de riesgo de suicidio, y han mejorado las conductas problemáticas dentro y fuera de las sesiones, además de incrementarse la apertura hacia los demás. Se discute la utilidad de las terapias contextuales para mejorar la calidad de vida de mujeres maltratadas, y su utilidad de aplicación en grupos en las instituciones públicas.

**Palabras clave:** mujeres maltratadas; violencia de género; terapias contextuales; intervención en grupo.

**Title:** Efficacy of a group intervention program with women victims of gender violence in the framework of contextual therapies.

**Abstract:** The goal of this study was to empirically evaluate the efficacy of an intervention programme with women victims of gender violence. Specifically, Functional Analytic Psychotherapy (FAP) has been used, combined with Acceptance and Commitment Therapy (ACT), and Behavioural Activation (BA). This study was undertaken in intragroup format, during 11 sessions of 2 hours each session. A total of 21 women participated (with an average age of 45 years), who had suffered physical violence and/or emotional abuse by their partners, with different degrees and intensity, and at different periods in their lives. An intra-group design with pre-post measures was used. Three treatment groups were effected in different cities with 6 to 8 women in each city. To measure the intervention, the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) questionnaire was applied. The results show a statistically significant decrease in the severity of discomfort, decreased suicide risk indicators, improved problem behaviour both inside and outside of the sessions, and increased openness to others. The usefulness of contextual therapies in improving the quality of life of battered women and the usefulness of those therapies for application in groups in public institutions are discussed.

**Keywords:** battered women; gender violence; contextual therapies; group intervention.

### Introducción

La *Organización Mundial de la Salud* (OMS, 2013) publica un informe que revela que la Violencia de Género (VG) es un grave problema de salud física y psicológica que alcanza proporciones epidémicas y que afecta al 30% de las mujeres en todo el mundo. Por otro lado, la *Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas* (ONU, 1994) reconoce explícitamente la VG dirigida contra las mujeres como una violación de las libertades fundamentales y de los derechos humanos.

Existe sobrada evidencia empírica de los efectos devastadores que tienen los malos tratos sobre la mujer, habiendo consenso entre los autores en cuanto a la probabilidad de desarrollar un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (Echeburúa & Corral, 1998; Hegarty et al, 2013; Walker, 1979, 2012). Y otros problemas psicológicos tales como: ansiedad y depresión (Bermúdez, Matud & Navarro, 2009; Echeburúa & Corral, 1998; Echeburúa, Coral, Amor, Sarasua & Zubizarreta, 1997; Hegarty et al, 2013). También se han descrito otros efectos secundarios: la pérdida de autoestima, sentimientos de culpa, aislamiento social, dependencia hacia

el maltratador (Dutton, 1993); graves implicaciones en la vida cotidiana (Menéndez, Pérez & Lorence, 2013); implicaciones en la salud física como: somatizaciones, insomnio, abuso de medicamentos, etc. (Menéndez, Pérez & Lorence, 2013); problemas con los hijos, dificultad para hacer planes de futuro, la creencia de no poder vivir sin el maltratador (Jacobson & Gotman, 2001), disminución de conductas de autocuidado y del sentido de la competencia (Bermúdez et al, 2009; Matud, Gutiérrez & Padilla, 2004); justificación de la violencia, exculpación del agresor y comportamiento protector sobre él (Arce & Fariñas, 2009); disociación, relaciones interpersonales conflictivas y problemas sexuales (Walker, 2012).

Hay que entender la VG desde un punto de vista multicausal, teniendo en cuenta factores culturales, condiciones históricas, políticas y socioeconómicas que han proporcionado un contexto donde se ha reafirmado la superioridad del hombre y donde ésta es muy frecuente y difícil de erradicar (Jacobson & Gotman, 2001). Es necesario hacer un análisis más amplio que los simples factores sociológicos, se requiere de una aproximación funcional de la conducta violenta (Bell & Naugle, 2008; Follette, Ruzek & Abueg, 1998) y de su dinámica relacional (Boira, Carbajosa & Marcuello, 2013). Una perspectiva contextual es una aproximación idónea para explicar la VG, ya que permite este análisis.

Existe un consenso de que la VG está presente en todas las culturas, clases sociales, etnias, religiones y edades (Alen-

**\* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:**

Rosario Vaca-Ferrer. Centro LANSYS, C/ Micaela Aramburu, 21. El Puerto de Santa María. Cádiz (España). E-mail: [psicologa@rosariovaca.com](mailto:psicologa@rosariovaca.com), [www.rosariovaca.com](http://www.rosariovaca.com)

(Artículo recibido: 24-9-2019; revisado: 11-10-2019; aceptado: 9-1-2020)

car-Rodrigues & Cantera, 2012). Hay diferentes perspectivas teóricas que han tratado de ofrecer explicaciones a este hecho. Hoy en día, la consideración más asumida es que es un fenómeno multicausal que sólo puede ser explicado a partir de la intervención de un conjunto de elementos diversos, incluyendo factores individuales, sociales y del contexto concreto (Bosh, Ferrer & Alzamora, 2005). Para Bell y Naugle (2008) la mayoría de los modelos que tratan de explicar la VG son limitados y consideran que lo adecuado sería utilizar un modelo contextual, más idiográfico, que debería incluir un análisis funcional de la conducta violenta. En esta línea, Follette, Ruzek, y Abueg (1998) defienden una aproximación contextual para comprender los problemas que experimentan las personas asociadas a la experimentación de sucesos traumáticos, entre los que podría incluirse el haber sufrido VG.

Eckhardt, Whitaker, Sprunger, Dykstra y Wooddard (2013) realizan una rigurosa revisión de los estudios publicados sobre intervención en VG, descartando muchos de ellos por falta de rigor experimental. Mantienen que comienzan a surgir programas nuevos con contenidos diferentes que parecen mostrar buenos resultados. También que muchos de los estudios revisados se han centrado en la reducción de síntomas del TEPT y de la depresión, con una aproximación predominante de la terapia cognitivo-conductual. En esa última línea de investigación, Walker (1994, 2012) propone la *Terapia de la Superviviente (Survivor Therapy)* como una alternativa válida, y ella misma ha diseñado el *Programa de Empoderamiento en Terapia para Supervivientes de Violencia de Género (Survivor Therapy Empowerment Program, STEP)* que es un programa de tratamiento grupal con componentes de la teoría feminista y del trauma, donde se utilizan técnicas cognitivo-conductuales. También Tutty, Babins-Wagner y Rothery (2017) realizan un estudio factorial de la efectividad del programa "*Tú no estás sola*" (You're Not Alone, YNA), basado en la terapia narrativa, con un amplio grupo de mujeres obteniendo mejoras estadísticamente significativas en depresión, estrés y angustia en general. Por otro lado, Echeburúa y Corral (1998) describen un programa de intervención con sesiones individuales y grupales que incluye: re-estructuración cognitiva, enseñanza de habilidades de afrontamiento y técnicas de relajación. También el equipo de Matud (Matud, Gutierrez & Padilla, 2004; Matud, Padilla & Gutiérrez, 2005) propone un programa de intervención grupal, con el que consiguen cambios terapéuticos, en el que emplean fundamentalmente técnicas cognitivo-conductuales y que también lo han aplicado de forma individual teniendo buenos resultados (Matud, Fortes & Medina, 2014). En esta línea cognitivo-conductual, el programa grupal de *Terapia Cognitiva para Trauma para Mujeres Maltratadas* de Kubany, Hill y Owens (2003) ha obtenido buenos resultados y que se mantienen en el seguimiento. El equipo de Francisco Labrador ha aplicado otro programa cognitivo-conductual en formato grupal para mujeres víctimas de VG con diagnóstico de TEPT, habiendo obtenido una reducción de síntomas del TEPT con respecto al grupo control (Alonso & Labrador; 2010; Cáceres, Labra-

dor, Ardila & Parada, 2011; Labrador & Alonso, 2007, Labrador, Fernández & Rincón, 2010). También Santandreu, Torrents, Roquero e Iborra (2014) realizan una intervención grupal dirigida a mejorar la autoestima en mujeres que han sufrido VG y con el que consiguen cambios en este sentido, aplicando técnicas cognitivo-conductuales. También Santos, Matos y Machado (2017), aplican una intervención cognitivo-conductual en grupo a través de estudio intra-grupo con medidas pre/post y seguimiento a los tres meses, obteniendo unos resultados estadísticamente significativos en los síntomas clínicos y en depresión. Por otro lado, McWhirter (2011) realizó un estudio comparando dos programas de grupo comunitarios, uno focalizado en las emociones y otro orientado hacia los objetivos, a través de un diseño de línea base múltiple con 46 mujeres. Los resultados indicaron que hay diferencias entre ambos grupos, siendo más efectiva la intervención centrada en las emociones.

Como se ha expuesto, una alternativa adecuada desde un punto de vista epistemológico para entender la VG es el modelo psicológico contextual. Esta aproximación entiende toda actividad humana en un contexto y sin él carece de significado (Fernández-Parra & Ferro-García, 2006; Pérez Álvarez, 2014). Los problemas psicológicos son vistos desde esta perspectiva como realidades interactivas, esencialmente dependientes de contextos culturales e interpretaciones sociales.

Esta visión es compatible con los principios y recomendaciones de organismos internacionales que instan a considerar la violencia ejercida contra la mujer teniendo en cuenta el contexto interpersonal y social en el que se produce. Considera que los problemas deben ser entendidos en el marco del contexto biográfico de la persona y de sus circunstancias (González Pardo & Pérez Álvarez, 2007). El modelo contextual explica los trastornos psicológicos, incluida obviamente la VG, en términos interactivos, funcionales y contextuales. La terapia debe medir su eficacia más por los logros personales de cara a unos valores, que por la reducción de los síntomas, y pretende resituar a la persona de cara a la vida, actuando en dirección a las cosas que le importan (Pérez Álvarez, 2014). Las terapias que agrupa este modelo, entre otras están: La *Psicoterapia Analítica Funcional* (FAP, Kohlenberg & Tsai, 1991), la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT, Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), la *Activación Conductual* (AC, Martell, Addis & Jacobson, 2001). Cada una de estas terapias ha probado su eficacia en paliar los problemas emocionales y de intimidad de personas que han sufrido diferentes traumas y secuelas que pueden presentar las víctimas de VG.

El formato de intervención grupal ha mostrado ser eficaz en la intervención con mujeres víctimas de VG, teniendo un impacto positivo en el apoyo social y en la disminución de los niveles de malestar emocional (Eckhardt et al., 2013). Hay diversos estudios sobre la aplicación de las terapias contextuales en un formato de grupo, pero aún son muy escasos en víctimas de VG. Desde FAP, Hoekstra y Tsai (2010) proponen un programa donde se exponen unas posibles conductas clínicamente relevantes (CCR), dando unas recomen-

daciones y haciendo ver que FAP en grupo ayuda en estos casos a: 1) evocar declaraciones sobre las CCR, 2) suscitar un acuerdo con las participantes a trabajar sus preocupaciones en el grupo, 3) promover auto-revelaciones de CCR en grupo, y 4) comprometer a las participantes cuando las CCR se muestran en grupo. A nivel aplicado FAP en grupo se ha aplicado con buenos resultados en dolor crónico (Vandenberghe & Ferro, 2005; Vandenberghe, Ferro & Cruz, 2003), y con mujeres con depresión (Vandenberghe, 2009; Vandenberghe & Rego, 2018), en trastorno bipolar (Regis y Zoéga, 2018). Desde nuestro país, se ha aplicado FAP en grupo en una *Unidad de Salud Mental* (Ruiz Sánchez & Ruiz Miñarro, 2018). Desde ACT, se ha propuesto un programa y se ha aplicado en grupo en problemas psicóticos, con sus familiares, en problemas de ansiedad, en contextos como los Servicios Públicos de Salud Mental, que han mostrado buenos resultados (Ruiz et al., 2017). También se ha aplicado con niños y adolescentes mostrando resultados positivos (Cobos-Sánchez, Fluja-Contreras & Gómez-Becerra, 2017; Díaz de Neira, Vidal, González & Gutiérrez, 2016; Padilla & Jiménez, 2014). Incluso se ha combinado FAP con ACT, en problemas de fibromialgia con resultados positivos (Queiroz & Vandenberghe, 2006). Y un programa aplicado en un hospital de Dinamarca de ACT en grupo para personas que presentaban hipocondría (Eilenberg, Frosthholm & Kronstrand, 2014). También la AC se ha aplicado en formato de grupo obteniendo buenos resultados en depresión (Houghton, Curran & Saxon, 2008; Porter, Spates & Smitham, 2004).

Por otro lado, Iverson, Shenk y Frunzetti (2009), aplican otra terapia contextual, la *Terapia Dialéctica Comportamental* (TDC) adaptada a mujeres que han sufrido VG. El programa, con el que se han obtenido resultados positivos, incluye objetivos del programa original de Linehan (1993), centran-do la intervención en: la validación de la persona, la aceptación, la regulación emocional, la tolerancia al estrés y el *mindfulness*.

La intervención terapéutica propuesta en este trabajo derivada del modelo contextual, es idiográfica, y está basada en los principios del *análisis funcional de la conducta*. Tiene como objetivos: promover la validación, la aceptación y la activación de las participantes, pretende que la mujer recupere el control de su vida, se proteja y a la vez actúe en una dirección acorde a los valores y se involucre en relaciones íntimas basadas en la igualdad y el respeto. Como no podría ser de otra forma, esta terapia no puede distanciarse de la sociedad y de la cultura, lo que implica necesariamente, considerar la violencia en el contexto social, cultural y político en que esta ocurre, y tener en cuenta la desigualdad de género, la discriminación y los valores tradicionales que la sustentan. Como objetivo último, se pretende ver el grado de efectividad de esta intervención en este tipo de víctimas.

El presente trabajo describe una intervención realizada dentro del *Servicio de Atención Psicológica Grupal a Mujeres Víctimas de Violencia de Género por la Pareja o Ex-pareja en los Municipios de Andalucía Occidental* gestionado por el Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental. Este programa, sus-

tentado en un enfoque de género, se rige por el *Protocolo para la Intervención Grupal con Mujeres Víctimas de Violencia de Género en Andalucía* (Instituto Andaluz de la Mujer, 2010). Esta propuesta, una más entre los diferentes enfoques terapéuticos que se ponen en práctica dentro de este programa, se ajusta a un protocolo de intervención de 11 sesiones (en un total de 22 horas) y se enmarca dentro de las terapias contextuales, utilizándose estrategias combinadas de FAP, ACT y AC.

## Método

### Participantes

Han participado un total de 21 mujeres en tres grupos en poblaciones diferentes. El Grupo 1 con 8 mujeres, el Grupo 2 con 6 mujeres y el Grupo 3 con 7 mujeres. Inicialmente, fueron derivadas un total de 74 mujeres por parte de las profesionales que las atendían de manera individual, ya sea en terapia o asesoramiento. De ellas, un total de 50 iniciaron la intervención, pero fueron solo 21 las que finalizaron y realizaron todas las sesiones. El análisis de datos y las conclusiones se han realizado sobre éstas 21 mujeres. Todas ellas habían sufrido malos tratos psicológicos en diferente grado e intensidad, y 10 de ellas referían haber sufrido maltrato físico y /o sexual. El rango de edad va de 30 a 74 años, siendo la media de edad de 45 años. Cinco de estas mujeres convivían aún con el agresor, otras estaban en proceso de separación o estaban divorciadas, oscilando el tiempo que llevaban sin convivir con la ex-pareja entre 0 y 20 años. La mayoría de las participantes tenía un nivel socioeconómico medio-bajo, y tan solo un 14,2 % tenía una situación económica con cierta estabilidad.

### Instrumentos

Para medir la eficacia de la intervención se aplicó el cuestionario *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE-OM). Su finalidad es evaluar el cambio terapéutico, y ha sido traducido y adaptado a población española por Feixas et al. (2012). Según Trujillo et al. (2016) las propiedades psicométricas del CORE-OM fueron excelentes en las pruebas originales del Reino Unido y mostraron una alta consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach entre 0,75 y 0,94 para todas las puntuaciones, la más baja para el factor Riesgo) y una estabilidad test-retest de 0,91 (Spearman  $\rho$  0,9). La validez discriminante mostró grandes diferencias entre las muestras clínicas y no clínicas (Cohen's d de 0.71 Riesgo a 1.77 Problemas/Síntomas) y altas correlaciones con medidas conceptualmente cercanas, Beck Depression Inventory-II (BDI-II) ( $\rho = 0.85$ ) y Lista de verificación de síntomas 90 revisada (SCL-90-R) ( $\rho = 0.88$ ). En cuanto a la adaptación y validación española, los resultados son similares a la versión inglesa: la consistencia interna de  $\alpha$  de Cronbach entre 0,7 y 0,9, estabilidad test-retest de  $\rho$  0,87; la validez discriminante entre muestras clínicas y no clínicas (Cohen's d de 0.8, Riesgo a 1.4 Problemas/Síntomas) y altas correlaciones con BDI-II ( $\rho = 0.83$ ) y SCL-90-R ( $\rho = 0.79$ ), (Trujillo et al., 2016).

Este cuestionario evalúa el estado del cliente y el malestar psicológico a través de cuatro escalas: *Bienestar subjetivo* (W); *Problemas y Síntomas* (P), que valora depresión, ansiedad, síntomas físicos y trauma; *Funcionamiento general* (F) que evalúa relaciones íntimas, sociales y funcionamiento cotidiano; y la escala *Riesgo* (R) que es un indicador clínico de intentos de suicidio, autolesiones o actos de agresión a terceros. El CORE-OM determina como punto de corte entre población clínica y no clínica la puntuación de 10. Se establecen además las siguientes categorías: Saludable entre 0-5 puntos; Malestar Leve entre 6-10; Medio entre 11-15; Moderado entre 16-20; Moderado/Severo entre 21-25; y Malestar Severo cuando la puntuación es más de 26. Se tienen en cuenta dos índices para valorar los cambios producidos en la persona: *cambio fiable* y *cambio clínicamente significativo*. Se considera que una persona ha realizado un cambio fiable si hay una reducción de al menos 5 puntos. El índice de cambio clínicamente significativo hace referencia al cambio del rango clínico al no clínico.

En la sesión final del tratamiento se utilizó también el *Cuestionario de Satisfacción de las Usuaris*, una escala de 15 ítems valorados de 1 a 5, sobre la evolución percibida en diferentes áreas personales, el desarrollo de la intervención grupal, sobre la profesional que ha llevado el grupo y el nivel de satisfacción general. El cuestionario incluye también preguntas abiertas sobre lo que más y lo que menos les había gustado del taller y sobre la utilidad que este había tenido.

## Procedimiento

### Diseño

Este estudio se ha realizado con un diseño intra-grupos con medidas repetidas pre-post, replicado en tres grupos equivalentes realizados en diferentes poblaciones. Cada grupo lo han formado entre 6 y 8 mujeres que han sufrido VG, en diferente grado e intensidad, y en diferentes momentos en sus vidas. Se han excluido de los datos aquellas mujeres que abandonaron y que no terminaron la intervención. Se ha realizado la evaluación previa de todas las participantes con el cuestionario CORE-OM multimodal que tiene distintos factores: *Bienestar Psicológico*, *Problemas y Síntomas*, *Riesgo Psicológico*, y *Funcionamiento General*. Con todas las participantes se realizó el mismo protocolo de tratamiento, y tras la intervención, todas fueron evaluadas con los mismos cuestionarios. La terapeuta fue siempre la misma en todos los grupos, es máster en Terapias Contextuales, tiene 25 años de experiencia clínica y 10 años de experiencia en VG.

La intervención se hizo en grupos formados entre 6 y 8 mujeres, con 11 sesiones de 2 horas de duración. La intervención utiliza principios de FAP, ejemplos y metáforas de ACT, además de la utilización de recursos y tareas desde AC. Se describe a continuación el procedimiento y las sesiones llevadas a cabo en este protocolo.

Aunque la terapia es idiosincrática, se parte de unas hipótesis en relación a las posibles conductas problemáticas que suelen presentar las mujeres que han sufrido abuso emocio-

nal y/o físico, que desde FAP se denominan *conductas clínicamente relevantes* (CCR). A nivel general, se marcaron una serie de objetivos terapéuticos partiendo de una serie de problemas que son comunes en todas las participantes.

*Posibles áreas problemáticas (posibles CCR tipo 1, conductas a reducir):*

- Fuertes sentimientos de culpa y considerarse responsable del comportamiento del agresor.
- Justificar la violencia que el hombre ejerce o ha ejercido contra ella.
- No ver el riesgo, ni la gravedad que corre en su vida.
- Creer que el amor lo puede todo y confiar en poder cambiar a la otra persona.
- Reconocerse enamorada del maltratador, a pesar de los abusos.
- No querer abandonar la relación a pesar de que haya un fuerte abuso emocional y agresiones físicas, o querer abandonar la relación, pero sentirse incapaz para hacerlo.
- No reconocer el efecto que tiene el abuso y la violencia sobre los hijos/as.
- Considerar un buen padre a la persona que les agrede.
- Mantener valores tradicionales, tales como que deben mantener la familia unida por encima de todo, como que deben tolerar la violencia que ejercen sus parejas sobre ellas por el bien de sus hijos.
- Tener una gran desconfianza en los hombres y evitar involucrarse nuevamente en una relación de pareja.

*Objetivos generales en la intervención (CCR tipo 2, mejoras a incrementar):*

- Validar a la mujer por parte del terapeuta. Reforzar su sentido de identidad, la autoconciencia, la toma de decisiones, la expresión de sentimientos y de opiniones.
- Que la mujer acepte los pensamientos negativos y estados emocionales aversivos, y se centre en actuar frente a cambiar lo que siente o lo que piensa.
- Responsabilizarla de los cambios que quiera ir logrando en su vida.
- Que la mujer aprenda a protegerse, a valorar el riesgo y a la vez, a comprometerse con tareas que le lleven a tener una vida más significativa.
- Que aprenda a identificar y reconocer los indicadores de control, acoso, abuso y violencia en una relación.
- Estar dispuesta a afrontar las sensaciones y sentimientos que se tienen al abandonar una relación con una persona que le hace daño.
- Incrementar el contacto con fuentes estables de reforzamiento positivo, variados y significativos. Es decir, involucrarse en actividades de ocio, relaciones personales, conductas de autocuidado, etc. que sean consecuentes con los valores.
- Establecer nuevas reglas o interpretaciones (CCR tipo 3) acerca de lo que les ha pasado, y sobre los conceptos que tienen sobre el sufrimiento, el bienestar psicológico, y los

propios valores (sobre la familia, las relaciones de pareja, etc.)

- Identificar qué quieren en cada una de las áreas de su vida, comprometiéndose con sus objetivos vitales, para así encontrar un nuevo sentido a su vida.

### Descripción del programa de intervención

La selección de las mujeres fue realizada por los profesionales que las atendían de manera individual, generalmente un psicólogo/a. Se programaron sesiones de coordinación al inicio y al final del taller, entre este profesional y la terapeuta que llevaba el grupo.

En las primeras sesiones se planteó como uno de los objetivos fundamentales el identificar las CCR y las variables con las que están relacionadas, con el fin de que la intervención terapéutica tuviese en cuenta las peculiaridades de cada grupo y de las mujeres que lo componían. Desde FAP, se pone el énfasis en lo que el cliente hace y dice en la propia sesión (Valero & Ferro, 2015), es decir, los problemas y las mejorías deben producirse dentro de la sesión para que el terapeuta tenga la posibilidad de moldear nuevos comportamientos y nuevas reglas verbales, y ello tiene que producirse de la manera más natural posible, para que pueda generalizarse a la vida diaria. El grupo es un contexto idóneo para la terapia, que puede ofrecer un mayor número de oportunidades de aprendizaje in vivo que la terapia individual, siendo también el marco adecuado para proporcionar reforzamiento social de manera natural y moldear nuevas conductas (Hoekstra & Tsai, 2010; Vandenberghe, 2009).

Cada sesión se iniciaba siempre planteando cuestiones a las mujeres sobre cómo se sintieron en la sesión anterior, cómo se han sentido a lo largo de la semana en relación a la terapia, sobre las relaciones con las compañeras y la terapeuta, sobre las reacciones que le habían podido provocar determinados acontecimientos ocurridos durante la sesión, o al escuchar la historia de una compañera, etc. Se finalizaba preguntando cómo se habían sentido a lo largo de la sesión, con las compañeras, con la terapeuta, si esperaban algo diferente, etc.

#### Fases del taller:

El taller se compone de dos partes: La primera parte, denominada en el protocolo de intervención "Grupo de Reflexión", y la constituyen las tres primeras sesiones. La segunda parte, denominada "Taller de Autonomía", y que abarcaba de la sesión cuatro a la número once. En la Tabla 1 se describen las fases del taller.

#### Grupo de Reflexión

En esta parte, se presenta el programa de intervención, se tiene el primer contacto entre las mujeres y la terapeuta, y se inicia la evaluación. La probabilidad de que las personas abandonen una sesión, estando más alteradas emocional-

mente que al inicio, es mucho mayor en la terapia de grupo que en la individual, ya que narrar la propia experiencia y escuchar las experiencias de las compañeras, puede ocasionar respuestas emocionales intensas y dolorosas (Linehan, 1993), que pueden evocar conductas de evitación a la situación, siendo uno de los principales riesgos de abandono. Como mantienen Tsai y Reed (2012), un exceso de CCR1 hace probable que el cliente abandone la terapia de forma prematura. Se tuvo muy en cuenta este tipo de riesgo. Por otra parte, es muy importante facilitar la expresión de sentimientos, y que tanto la terapeuta como las mujeres que componen el grupo, muestren la sensibilidad adecuada ante ello. Este es un aspecto fundamental para el desarrollo y mantenimiento de relaciones íntimas (Kohlenberg & Tsai, 1991, 1998). En esta fase el objetivo fundamental, es que el taller sea un contexto terapéutico que no castigue, que proporcione confianza y seguridad, como base para que puedan establecerse relaciones auténticas, de intimidad entre las personas que lo forman, y validar a las participantes. El hecho de que la mujer comience a sentirse validada al hablar sobre su historia y que estemos considerando que su sufrimiento es real, tiene ya en sí mismo un efecto terapéutico (Valero & Ferro, 2015, 2018). Durante esta fase, se intentó generar confianza, mostrando la terapeuta un interés genuino y positivo, para así evocar CCR 2 (demostraciones de afecto, cercanía, tristeza y compasión), y que de manera natural se refuercen los progresos.

**Tabla 1.** Descripción de las diversas fases del taller.

Fases	Sesiones
Grupo de reflexión	1. Presentación
	2. El contexto de la violencia
	3. La relación de pareja (1)
Taller de autonomía	4. La relación de pareja (2)
	5. La violencia: actuar y protegerse
	6. Los valores
	7. La depresión
	8. La trampa de la autoestima
	9. La ansiedad
	10. Un nuevo concepto de amor
	11. Final

Esta fase se compone de tres sesiones. La sesión 1, denominada "presentación", se describe el programa y las normas grupales sobre la asistencia y la confidencialidad. También se presentaron las propias mujeres y se realizó una breve descripción de los acontecimientos vitales más relevantes, los problemas que tenían, los aspectos más significativos de su relación de pareja, las situaciones de riesgo, etc., y también qué esperaban de la terapia. Se aplicó también el cuestionario CORE-OM. En general, en las siguientes sesiones, se promovió la expresión de sentimientos, el establecer relaciones afectuosas y empáticas entre las participantes y con la terapeuta, y afrontar la evitación (acudir a terapia, el sufrimiento de sus vidas, etc.), además se aplicaron metáforas que ayudan a comprender su situación y la solución posible. La sesión 2, se denominó "el contexto de la violencia",

en la que enmarcó la violencia en un contexto socio-cultural y se analizaron los valores familiares, sociales, religiosos, cuestiones educativas y legales, que han facilitado la desigualdad entre hombres y mujeres, y la violencia, promociendo que las participantes hablaran sobre su experiencia personal y se evocaran CCR (p.ej.: conflictos con la familia y con los valores que les han transmitido en relación a la familia y a la pareja, la falta de apoyo, los problemas con los hijos, las dificultades económicas, etc.). Aparecieron en la sesión CCR1 (evitar hablar de los problemas, o hablar demasiado, sentirse inferior, llorar continuamente, disculpar al agresor, sentirse culpable por las experiencias que han vivido, etc.). La sesión 3, se denominó "La relación de pareja". En ella, a través del moldeamiento, se fue cambiando la visión que tenían del amor, la familia y la pareja.

#### *Taller de Autonomía*

Esta fase comprendió desde la sesión 4 hasta la 11. En esta fase se pretendió evocar CCR1, CCR2 y CCR3 (nuevas interpretaciones acerca de lo que les ha pasado, nuevas reglas para actuar, etc.). La distribución de las sesiones y los objetivos de cada una no estaban planificados de antemano, sino que se adaptaron a la problemática que iban exponiendo las participantes.

En la sesión 4, se siguió moldeando sobre sus relaciones de pareja, su evolución, del coste que tuvo, de la violencia. Se utilizó la *metáfora de los excursionistas*, la que expone una equivalencia entre su vida en pareja y realizar una excursión con un compañero abusivo, y las posibles alternativas que hay. Se evocaron CCR1 (sentimientos de culpa, sufrimiento por el descuidar cosas valiosas, miedo a la soledad, etc.). La sesión 5, se denominó "La violencia: actuar y protegerse". En esta sesión, se reflexionó acerca de los beneficios que tiene la violencia para la persona que la ejerce, y los daños que ocasiona a las participantes y a los hijos/as. A partir de esto, se moldeó que un ambiente familiar de estabilidad y amor es incompatible con la violencia. Además, se analizaron los problemas concretos relacionados con las consecuencias que se derivan (procesos judiciales, la custodia de sus hijos/as y las dificultades que surgen durante las visitas de estos con el padre). Se debatió acerca de los riesgos que implica vivir y tener una vida significativa y de la necesidad de protegerse. En la sesión 6, se analizaron los valores personales, tal y como propone ACT, en relación a las áreas significativas de la vida (la pareja, la familia, las amistades, la formación, el empleo, el ocio, la salud y el autocuidado). También se cuestionó el sentido que tienen sus vidas o qué tendrían que hacer para que su vida tuviera sentido. En la línea de ACT, también se promovió acciones comprometidas con los valores que van surgiendo durante la intervención y se usaron metáforas que ayuden a comprender todo esto. La sesión 7, denominada "la depresión" se centró en ver qué sentían y pensaban en relación con las experiencias traumáticas que habían vivido, en los pensamientos negativos acerca de sí mismas, los sentimientos de depresión, de inutilidad, de escasa valía o en la

sensación que "algo no funciona en ellas mismas". Se moldearon nuevas reglas basadas en la experiencia en las que hay que centrarse en lo que es importante en la vida en vez de en lo que se siente. En la misma línea y como propone AC (Barraca & Pérez Álvarez, 2015), la depresión se entiende como una situación en la que uno está, relacionada con acontecimientos que ocurren en la vida, y en la que nuestros intentos de resolver el problema, forman parte del problema. Se expone la importancia de emprender acciones dirigidas a cambiar y a resolver los asuntos de la vida. De nuevo se usaron determinadas metáforas adaptadas a cada situación, que ayudan a entender todo esto. La sesión 8, trató de demostrar la trampa de la autoestima. La mayoría de las personas, piensan que tener buenos pensamientos y sentimientos sobre ellas mismas y sobre el futuro o tener una alta autoestima, les llevará a actuar de manera adecuada y a ser felices. Vienen a la terapia esperando dejar de sufrir y de tener dudas, recuperar su autoestima y verse a sí mismas y a la vida de forma positiva. Teniendo en cuenta las historias que han vivido y la situación en la que se encuentran, lo normal es que, salvo momentos puntuales de optimismo, la mayor parte del tiempo tengan sentimientos de escasa valía, de miedo, angustia y desesperanza. Poner el énfasis en que deben cambiar como se sienten, en que deben quererse a sí mismas, valorarse o ser positivas, les lleva a sentir que se trivializa su sufrimiento. Se moldeó una nueva argumentación frente a actuar únicamente cuando una se siente bien y se enfocó la terapia en actuar en dirección a los valores, a pesar del malestar, del sufrimiento y del miedo, validando a la persona y empoderándola, considerándola capaz de realizar cambios en su vida. Esta sesión se enfocó a promover y concretar tareas de activación al servicio de proyectos vitales significativos, a moldear la toma de decisiones y el compromiso. La sesión 9, se centró sobre la ansiedad, los problemas que han tenido en relación a ella, y los esfuerzos que han hecho para controlarla y evitarla. Se proporcionan ejemplos y metáforas dirigidos a valorar en qué situaciones de la vida y en qué áreas funcionan las estrategias de control. Se plantea la ansiedad desde un punto de vista contextual, y se hace ver cómo los intentos dirigidos a eliminarla dan lugar a que esta se incremente, moldeando que el control de las emociones es el problema y no la solución. La sesión 10, estuvo centrada en moldear a través de metáforas un nuevo concepto de amor y de su experiencia con el amor hacia su agresor y del agresor hacia ellas. Igualmente, se habló de cómo hay hombres que agreden a sus mujeres y aun así no quieren separarse de ellas. De nuevo, se dialogó acerca de tomar decisiones y actuar en la dirección de nuestros valores, independientemente de los sentimientos de amor que podamos tener por la persona que nos hace daño. También y siguiendo a Garrido (2001) es importante que la mujer aprenda a identificar señales de control y de violencia si es posible, antes de vincularse emocionalmente con un hombre o de adquirir un alto grado de compromiso. A través de las experiencias que han vivido se les moldeó para que estuviesen atentas a los indicadores que deberían ponernos en alerta en las personas que conocemos, que nos atraen o nos

enamoram. También se debatió acerca del miedo a la intimidad y las nuevas relaciones. En la sesión 11, se realizó la valoración del taller, cómo se habían sentido a lo largo de la terapia, en relación a las compañeras, a la terapeuta, qué cambios habían experimentado, qué se planteaban para su vida, qué deseaban hacer. También se aplicaron los cuestionarios de evaluación CORE-OM, y el Cuestionario de Satisfacción de las usuarias.

### Análisis de datos

Inicialmente se realizaron las pruebas de homogeneidad de varianzas y normalidad de las muestras con los datos de la primera evaluación. Una vez comprobadas, se realizó un análisis comparativo con la prueba *t-Student* de las distintas sub-escalas antes y después del tratamiento. Para estimar si podría haber algún sesgo por las características de las participantes en alguno de los grupos se realizó una comparación entre los sub-grupos de cada población. En este caso se utilizó una prueba ANOVA de medidas repetidas, tomando como Factor 1 las mediciones pre-post y como Factor 2 los tres subgrupos. Los datos cumplían las condiciones de homogeneidad y normalidad, aunque no la esfericidad debido al *N* tan pequeño, por lo que se utilizó el valor *Lambda de Wilks*. No aparecieron diferencias significativas entre ninguno de los subgrupos, en las medidas pre, ni tampoco en las medidas post. Por lo tanto, pueden considerarse como un solo grupo total para obtener conclusiones estadísticas. El análisis de los datos fue realizado usando SPSS 21.0 para Mac.

### Resultados

Del total de 74 mujeres seleccionadas para participar, 50 inician la intervención grupal y la finalizan 21, lo que supone una tasa de abandono del 56%. A esto habría que añadir que, del total de 21 mujeres, 8 de ellas acuden a más del 80% de las sesiones, asistiendo a una media de 17,6 horas de intervención y 13 mujeres asiste a menos del 80% de las sesiones, con una media de 13,8 horas de intervención.

De las 21 mujeres, todas obtuvieron puntuaciones pre-test que las situaban dentro de la población clínica, excepto una. Además, un 57% ( $n=12$ ) de estas mujeres obtuvieron puntuaciones pre-test indicativas de un malestar severo en una o más de las escalas; un 23.8% ( $n=5$ ) se situaron en un rango de malestar moderadamente-severo, un 9.5% ( $n=2$ ) obtuvieron puntuaciones moderadas, y un 9.5%, ( $n=2$ ) puntuaciones medias y leves. Tras la intervención, un 62% de las mujeres que acudieron a más del 80% de la intervención muestran una mejoría clínicamente significativa, frente al 30.7% de las mujeres que la presentan de entre las que acuden a menos del 80% del taller. Tras la terapia, las mujeres que obtuvieron puntuaciones indicativas de un malestar severo en una o más de las escalas se redujeron a un 23% si bien este grado de severidad tan elevado tras la intervención solo se dio en mujeres que no habían llegado a completar el

80% de las sesiones; además, un 9.5% ( $n=2$ ) obtuvo puntuaciones indicativas de un malestar moderadamente severo, un 28% ( $n=6$ ) obtuvieron puntuaciones correspondientes a malestar moderado, y un 37.5% ( $n=8$ ) malestar medio y/o leve.

El 100% de las mujeres que acudieron a más del 80% de la intervención ( $n=8$ ) y que habían puntuado positivamente en la escala de *Riesgo*, redujeron su puntuación a 0 al finalizar la intervención, algo que también ocurrió en el 46% de las mujeres que acudieron a menos del 80% de las sesiones; de estas, además, un 15.3% experimentaron una mejoría fiable, un 23% se mantienen igual y otro 15.3% empeora. En lo que respecta a la escala de *Funcionamiento General*, un 87% de las mujeres que acudieron a más del 80% de las sesiones experimentaron una mejoría significativa tras la intervención, frente al 15% que la experimentaron entre las que acudieron a menos del 80% de la terapia; las restantes no tuvieron cambios y un porcentaje mínimo empeora (4.7%). En lo que respecta a la escala *Problemas/Síntomas*, el 100% de las mujeres que acudieron a más del 80% de la intervención presentaron mejoría significativa tras la terapia grupal. Además el 87.5% de esas mujeres habían obtenido una puntuación pre-test en la escala *P* muy elevadas, indicativa de un malestar severo, y tras la intervención, ninguna mujer alcanzó ese grado de malestar, resultando un 12.5% moderado-severo, un 25% moderado, un 35.5% medio y un 25% leve. De las mujeres que acudieron a menos del 80% de la intervención, solo un 7.6% obtuvo un grado de malestar severo en las puntuaciones pre-test en esta escala; tras el taller, un 46% mostraron una mejoría significativa en *Problemas/síntomas*, otro 46% no cambian y un 4.7% empeora.

Analizando la tasa de abandonos, un 42% abandonaron la terapia tras la primera o segunda sesión, por causas en su mayoría desconocidas. El 14 % restante se produjo ya avanzada la terapia, siendo las razones argumentadas motivos laborales o de formación, cuidado de familiares o causas desconocidas. En lo que respecta a las participantes que no abandonaron, pero asistieron irregularmente, argumentaron sus faltas de asistencia de la siguiente forma: resolver asuntos legales 11.4% (asistencia a juicios civiles o penales, entrevistas con abogados, o peritos, etc.); atención a hijos/as o familiares 16%; citas con otros profesionales de la salud 9%; dificultades económicas para costear los gastos de desplazamientos 9%; asistencia a cursos de formación, entrevistas de trabajo, citas con trabajadores sociales u orientadores laborales, 18%; malestar psicológico intenso 7%; incompatibilidad con horarios laborales 11.4%; y causas desconocidas 18%.

En lo que respecta a la satisfacción que experimentaron las participantes tras finalizar la intervención, medida a través del Cuestionario de Satisfacción de las Usuarias, se ha obtenido una puntuación de 4/5 en lo que respecta a la evolución percibida en una misma en las diferentes áreas personales; 4.5/5 con respecto al funcionamiento del grupo y 4.8/5 sobre la terapeuta que ha dirigido el grupo. En respuesta a las preguntas abiertas que se le hacen, afirman que han surgido amistades intensas, que se han sentido valoradas y comprendidas por sus compañeras y por la terapeuta, que han aprendi-



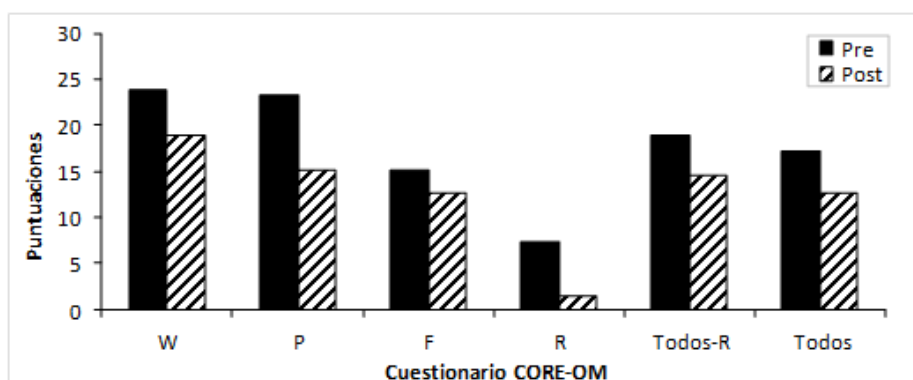
dido a realizar cambios en sus vidas y a asumir lo que les ha pasado, siendo la principal queja que consideran que el tiempo de intervención es insuficiente y que desearían continuar la terapia.

En la Tabla 2 se pueden observar los datos obtenidos en la muestra de 21 participantes antes y después de la intervención en las distintas sub-escalas del CORE-ON. Aparecen las medias y las desviaciones típicas de las distintas escalas y de los datos totales y sin tener en cuenta la escala R. Se realizaron con los datos previos las pruebas de homogeneidad de varianza y normalidad de la muestra, y también los análisis comparativos con la *t-Student* como se puede comprobar que es significativa en todas las sub-escalas (excepto la de Funcionamiento General).

**Tabla 2.** Datos obtenidos en la muestra antes y después del tratamiento, en las distintas sub-escalas.

CORE-OM	Pre		Post		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Bienestar	23.90	7.45	18.85	8.27	3.196	.005
Problemas	23.36	7.49	15.23	6.77	4.951	.001
Funcionamiento	15.05	5.70	12.62	8.23	1.337	.196
Riesgo	7.34	6.52	1.48	2.91	3.945	.001
Todos-sin R	18.86	6.39	14.63	6.96	2.925	.008
Total	17.23	5.92	12.75	6.58	3.023	.007

En la Figura 1, se puede observar los datos de las medias de toda la muestra de participantes en las medidas pre y post intervención, de cada sub-escala y de los datos globales y de todos menos la sub-escala de Riesgo.



**Figura 1.** Medias de los distintos factores en la evaluación pre-post de todas las participantes en el programa.

Hay diferencias significativas en el cuestionario CORE-OM completo de todos los ítems ( $t = 3.02$ ,  $gl = 20$ ,  $p = .007$ ), y todos menos los ítems de riesgo ( $t = 2.92$ ,  $gl = 20$ ,  $p = .008$ ). También hay diferencias significativas en las sub-escalas de: Bienestar W ( $t = 3.19$ ,  $gl = 20$ ,  $p = .005$ ); en la de Problemas/Síntomas P ( $t = 4.95$ ,  $gl = 20$ ,  $p = .001$ ); y en la de Riesgo R ( $t = 3.94$ ,  $gl = 20$ ,  $p = .001$ ). Pero no hay diferencias en la sub-escala de Funcionamiento General F ( $t = 1.33$ ,  $gl = 20$ ,  $p = .196$ ), aunque disminuye la puntuación, no llega a ser significativa.

También se ha realizado un ANOVA para comparar los subgrupos, tomando como Factor 1 las medias pre-post y como Factor 2 los tres subgrupos. Solo aparecen diferencias significativas en la comparación temporal pre-post ( $SC = 19036$ ,  $gl = 1$ ,  $p < .001$ ) no hay influencia de los subgrupos. La potencia observada de esta comparación pre-post es también muy elevada ( $\eta^2 = .84$ ). El análisis con esta prueba vuelve a dar las mismas conclusiones.

## Discusión y Conclusiones

A la vista de los resultados obtenidos, se podría decir que esta intervención grupal desde las terapias contextuales en víctimas de VG ha sido efectiva. Las diferencias entre los datos previos y posteriores a la intervención han sido significativas

estadísticamente para los datos totales, y en las sub-escalas de: Bienestar Subjetivo, Problemas/Síntomas y Riesgo. En la sub-escala de Funcionamiento General no son significativos los cambios, aunque sí disminuyen. Se podría decir que mejoran las conductas problemáticas dentro y fuera de las sesiones (intimidad, apertura a los demás, disminución de la evitación, responsabilidad con su propia vida). También, que hay una disminución significativa de las secuelas del TEPT, como la mejora en el malestar y de los comportamientos depresivos, de la ansiedad, la evitación, y disminuyen los indicadores clínicos de riesgo de suicidio. Resultados equivalentes a las intervenciones revisadas que han demostrado su efectividad (Eckhardt, Whitaker, Sprunger, Dykstra & Wooddard (2013), la mayoría basadas en técnicas cognitivo-conductuales. El programa hace una combinación de distintos componentes de tres terapias contextuales, esa combinación puede que sea la causante del cambio. Se podría considerar que las validaciones dadas por el grupo de las expresiones de las participantes, en la línea de la TDC y aplicada en esta población (Iverson, Shenk & Frunzetti, 2009), y de la propia terapeuta en la línea de FAP, como una variable en la intervención importante y novedosa. Desde esta última terapia, se ha propuesto un programa de intervención (Hoekstra & Tsai, 2010) pero que sepamos, no se han publicado resultados del mismo, por lo que este estudio es también novedoso.



so. La intervención basada en la aceptación de los hechos y de las emociones que son evocadas por las situaciones traumáticas es novedosa en este campo. Además, otra variable de la intervención que puede haber influido en alguna medida en los resultados, es trabajar con los valores y los objetivos de las participantes, algo también novedoso. Aunque según los resultados de McWhirter (2011) parece indicar lo contrario, ya que según sus resultados, centrarse en las emociones es más eficaz que centrarse en los objetivos.

Hubo un número de abandonos muy elevado, algo frecuente en este tipo de programas y que debe ser analizado, teniendo en cuenta que las investigaciones y trabajos científicos que estudian la violencia en las relaciones de pareja deben interpretar los resultados desde una perspectiva de género (Bosch & Ferrer, 2005; Ferrer & Bosch, 2019). También Velasco y Hernández (2016), estudiaron las causas del abandono terapéutico y de la asistencia irregular a la terapia en mujeres víctimas de VG, encontrando poca relación entre la falta de asistencia y la atención recibida, viendo que estos abandonos eran debidos fundamentalmente a factores extra-institucionales, tales como: problemas familiares, actividades del hogar, cuidado de los hijos y familiares, miedo a la pareja, problemas económicos, trabajo, sensación de mejoría, o la disminución de la violencia, concluyendo que la propia cultura de género y los condicionantes sociales y personales, dificultan que las mujeres que sufren VG acudan a terapia. Estos factores también podrían explicar uno de los resultados del estudio de Hegarthy et al. (2013) que indica que la frecuencia de asistencia a servicios de atención psicológica de las mujeres víctimas en VG es baja. También añadiríamos que hay una dificultad de realizar un seguimiento con estas personas que podría estar explicada de la misma forma.

En este estudio, parece haber una relación entre asistir regularmente a la terapia y la mejoría experimentada. Así, todas las mujeres que asisten a más del 80% de las sesiones muestran cambios significativos y una mayoría de estas obtiene además puntuaciones indicativas de un rango no clínico al considerar las puntuaciones globales. De las que no completaron al menos el 80% de la intervención, algunas mejoraron, e incluso llegaron a presentar una mejoría clínicamente significativa (30,7%) pero otras obtuvieron resultados variables e irregulares. Por otra parte, y según los resultados, un elevado número de mujeres experimentaron cambios significativos en las escalas P y R, lo que viene a indicar que se redujeron significativamente los niveles de ansiedad, depresión y trauma, así como las ideas autolíticas tanto si acudieron regularmente como si faltaban a algunas de las sesiones. Si bien, para que se produzcan cambios en las relaciones de intimidad, en las relaciones sociales, en el funcionamiento cotidiano, medidos a través de la escala F, parece ser necesario que las mujeres completen el taller casi en su totalidad.

Este estudio tiene una serie de limitaciones. La principal, es el alto porcentaje de abandonos que podría ser explicado por una serie de factores. Por una parte, las mujeres víctimas de VG pueden ser renuentes a participar en una terapia de

grupo y a exponer su situación en público, ya que muchas son muy sensibles a cuestiones relativas a la privacidad, algo comprensible pues su vida puede depender de ello (Walker 1994). Por otra parte, los grupos terapéuticos homogéneos en cuanto a la problemática que presentan los participantes, facilitan la implicación emocional y el sentirse comprendida, pero también hacen más probable que las participantes empaten, sufran o se “asusten” con las experiencias que pueden contar otras personas (Linehan, 2003). Los fuertes sentimientos de culpabilidad pueden incrementarse al compararse con otras mujeres que ya han resuelto su situación y abandonado al agresor (Matud, Bermúdez & Padilla, 2009) y la situación emocional de ambivalencia que todavía viven, les hace evitar enfrentarse a sus problemas, por lo que la situación de experiencia en grupo puede resultarles aversiva. A estos factores, que podrían tener un mayor impacto en las primeras sesiones, influyendo en los abandonos, se unen que como se indicó antes, los propios patrones culturales y de género son a su vez los principales obstáculos para la atención a mujeres víctimas de VG (Velasco & Hernández, 2016). Estos factores deberían considerarse en futuros programas, siendo importante incidir en mejorar las primeras sesiones, normalizar, validar a las usuarias, para que no huyan de esa situación de grupo.

Otra limitación de este estudio es que la muestra puede considerarse pequeña, algo que se está intentando subsanar, ampliando la muestra con nuevos grupos de intervención que se está llevando a cabo en la actualidad. A pesar de ello, la muestra total de 21 personas cumple los requisitos para la aplicación de pruebas estadísticas normalizadas, con lo que las conclusiones pueden ser fiables.

La falta de seguimiento de los resultados sería otra limitación, esto se puede explicar por la gran dificultad de contactar con las participantes que han tenido los investigadores. Las usuarias suelen dejar de contactar con los Servicios en los que se las atiende, a veces porque sus problemas comienzan a resolverse y normalizarse, pero otras porque no desean o no ven la necesidad de seguir más en contacto.

Para próximos estudios, se podría aplicar un diseño entre-grupos aleatorizado con grupos control de lista de espera y/o tratamiento estándar basado en técnicas cognitivo-conductuales, ya que daría una posibilidad más fiable de evaluar la eficacia de este programa. Y por otro lado también, sería interesante realizar un estudio de los componentes y fases del mismo para ver qué efecto tienen sobre la efectividad de la intervención; e incluso estudiar de forma detallada en cada fase, y qué componentes de las terapias contextuales podrían tener más efecto comparativo.

Este estudio es un programa piloto, basado en las terapias contextuales, que tiene algunas similitudes con otros programas aplicados en grupo, pero que su aportación a la investigación es que hasta este momento no se había aplicado este programa a la problemática de las mujeres maltratadas y en VG.

## Referencias

- Alencar-Rodríguez, R., & Cantera, L. (2012). Violencia de género en la pareja, una revisión teórica. *Psico*, 43(1), 116-126.
- Alonso, E., & Labrador, F. (2010). Eficacia de un programa de Intervención para el trastorno de Estrés posttraumático en Mujeres Inmigrantes Víctimas de Violencia de Pareja: Un estudio piloto. *Revista Interamericana de Psicología/ Interamerican Journal of Psychology*, 44(3), 547-559.
- Arce, R., & Fariñas, F. (2009). Evaluación Psicológica Forense de la credibilidad y daño psíquico en casos de violencia de género mediante el Sistema de Evaluación Global. En F. Fariñas, R. Arce, & G. Buela-Casal (Eds.) *Violencia de género. Tratado psicológico y legal*. (pp. 147-168). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Barraca, J., & Pérez Álvarez, M. (2015). *Activación Conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Bell, K. M., & Naugle, A. E. (2008). Intimate partner violence. Theoretical considerations: Moving towards a Contextual Framework. *Clinical Psychology Review*, 28, 1096-1107. Doi:10.1016/j.cpr.2008.03.003
- Bermúdez, M.P., Matud, P., & Navarro, L. (2009). Consecuencias del maltrato a la mujer por su pareja. En F. Fariñas, R. Arce & G. Buela-Casal (Eds.) *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal* (pp. 109-118). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Boira, S., Carbajosa, P. & Marcuello, C. (2013). La violencia en la pareja desde tres perspectivas: víctimas, agresores y profesionales. *Psychosocial Intervention*, 22, 125-133. Doi: 10.5093/in2013a15
- Bosch, E., Ferrer, V., & Alzamora, A. (2005). Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género. *Feminismos/s*, 121-136.
- Bosch, E., & Ferrer, V. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de Psicología*, 21(1), 1-10.
- Cáceres, E., Labrador, F., Ardila, P., & Parada, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de género. *Psicología. Avances de la Disciplina*, 5(2), 13-31.
- Cobos-Sánchez, L., Flujas-Contreras, J., & Gómez-Becerra, I. (2017). The role of emotional Intelligence in Psychological Adjustment among Adolescents. *Anales de Psicología*, 33(1), 66-73. Doi:10.6018/analesps.33.1.240181
- Díaz de Neira, M., Vidal, C., González, S., & Gutiérrez, P. (2016). Aportaciones de la terapia de Aceptación y Compromiso al trabajo con madres y padres de niñas y niños atendidos en Salud Mental: Experiencias de la Intervención Grupal. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 149-165.
- Dutton, M. A. (1993) "Understanding Women's Responses to Domestic Violence: A Redefinition of Battered Woman Syndrome" *Hofstra Law Review*. 21(4), 1191-1242. <http://scholarlycommons.law.hofstra.edu/hlr/vol21/iss4/2>
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones Psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: Un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(1), 7-19.
- Eckhardt, C. I., Whitaker, D. J., Sprunguer, J., Dykstra, R. y Woodard, K. (2013) The effectiveness of Interventions Programs for Perpetrators and Victims of Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*, 4(2). 196-231. Doi: 10.1891/1946-6560.4.2.196
- Eilenberg, L. Frostholm, L., & Kronstrand, L. (2014). *Acceptance & Commitment Group Therapy (ACT-G) for severe health anxiety. The Research Clinic for Functional Disorders and Psychosomatics*. Denmark: Aarhus University Hospital.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L.A., Botella, L., Corbella, S., ... López-González M.A., (2012). La Versión Española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135.
- Fernández Parra, A., & Ferro García, R (2006). Psicoterapia Analítico Funcional: Una Aproximación Contextual Funcional al tratamiento psicológico. *Edupsyké*, 5(2), 203-209.
- Ferrer-Pérez, V. A., & Bosch-Fiol, E. (2019). El género en el análisis de la violencia contra las mujeres en la pareja: de la "ceguera" de género a la investigación específica del mismo. *Anuario de Psicología Jurídica*, 29, 69-76. Doi:10.5093/apj2019a3
- Follette, V.M., Ruzek, J.I., & Abueg, F.R. (1998). A Contextual of Trauma. Theoretical Considerations. En V.M. Follette, J.I. Ruzek, & F.R. Abueg, (Eds.) *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. (pp. 3-14). New York: Guilford Press.
- Garrido, V. (2001). *Amores que matan. Acoso y violencia contra las mujeres*. Alzira: Editorial Algar.
- González Pardo, H., & Pérez Álvarez, M. (2007). *La Invención de los trastornos mentales. Escuchando al fármaco o al paciente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experimental approach to behaviour change*. New York: Guilford Press.
- Hegarty, K.L., O'Doherty, L.J., Chondros, P., Valpied, J., Taft, A., Astbury, J., ... & Gunn, J.N. (2013). Effect of Type and Severity of Intimate Partner Violence on Women's Health and Service Use: Finding From a Primary Care Trial of Women Afraid of Their Partners. *Journal of Interpersonal Violence*, 28 (2), 273-294. Doi: 10.1177/0886260512454722
- Hoekstra, R., & Tsai, M. (2010). FAP for Interpersonal Process Group. En J.W. Kanter, M. Tsai, & R.J. Kohlenberg (Eds.). *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy*. (pp. 247-260). New York: Springer.
- Houghton, S., Curran, J., & Saxon, D. (2008). An Uncontrolled Evaluation of Group Behavioural Activation for Depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 235-239. Doi:10.1017/S1352465808004207
- Instituto Andaluz de la Mujer (2010). *Protocolo para la intervención Grupal con Mujeres Víctimas de Violencia de Género en Andalucía*. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.
- Iverson, K.M., Shenk, C., & Fruzzetti, A.E. (2009). Dialectical Behavior Therapy for Women Victims of Domestic Abuse: A Pilot Study. *Professional Psychology Research and Practice*, 40(3), 242-248. Doi:10.1037/a0013476
- Jacobson, N., & Gottman, J. (1998/2001). *Hombres que agreden a sus mujeres. Como poner fin a las relaciones abusivas*. Barcelona: Paidós.
- Kohlenberg, R.J., & Tsai, M. (1991/2008). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press. (Traducción: Servicio de Publicaciones Universidad de Málaga).
- Kohlenberg, R.J., & Tsai, M. (1998). Healing Interpersonal Trauma with the Intimacy of the Therapeutic Relationship. En V.M. Follette, J.I. Ruzek, & F.R. Abueg (Eds.) *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma* (pp. 305-320). New York: Guilford Press.
- Kubany, E.S., Hill, E.E., & Owens, J.A. (2003). Cognitive Trauma Therapy for Women With PTSD: Preliminary Findings. *Journal of Traumatic Stress*, 16(1), 81-91. Doi:10.1023/A:1022019629803
- Labrador, F.J., & Alonso, E. (2007). Evaluación de la eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés posttraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 117-130. Doi: 10.5944/ppc.vol.12.num.2.2007.4038
- Labrador, F.J., Fernández-Velasco, R., & Rincón, P.P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicobema*, 22(1), 99-105.
- Linehan, M.M. (1993/2003) *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós.
- Martell, C.R., Addis, M.E., & Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W.W. Norton.
- Matud, M.P., Bermúdez, M.P., & Padilla, V. (2009). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. En F. Fariñas, R. Arce, y G. Buela-Casal (Eds.) *Violencia de género. Tratado psicológico y legal*. (pp. 193-207) Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Matud, P., Gutiérrez, A.B., & Padilla, V., (2004) Intervención psicológica en mujeres maltratadas por sus parejas. *Papeles del Psicólogo*, 88, 1-9.
- Matud, P., Fortes, D., & Medina, L. (2014). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psychosocial Intervention*, 23, 199-207. Doi: 10.1016/j.psi.2014.06.001

- Matud, P. Padilla, V., & Gutiérrez, A.B., (2005). *Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento psicológico*. Madrid: Minerva Ediciones.
- McWhirter, P.T. (2011). Differential Therapeutic Outcomes of Community-Based Group Interventions for Women and Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(12), 2457-2482. Doi: 10.1177/0886260510383026
- Menéndez, S., Pérez, J., & Lorence, B. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychological Intervention*, 22, 41-53. Doi: 10.5093/in2013a6
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Ginebra, Suiza. Recuperado el 14 de Mayo de 2019. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO\\_RHR\\_HRP\\_13.06\\_spa.pdf;jsessionid=47E82234862622A30D4B7B002B752E16?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf;jsessionid=47E82234862622A30D4B7B002B752E16?sequence=1)
- Organización de Naciones Unidas (ONU). (1994). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres (Res. A/R/48/104), New York: Naciones Unidas. Recuperado el 14 de mayo de 2019. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
- Padilla, D., & Jiménez, M.A. (2014). Experiencia clínica de psicoterapia grupal contextual en adolescentes con problemas emocionales. *Clinica Contemporánea*, 5, 53-68.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Porter, J.F., Spates, C.R., & Smitham, S. (2004). Behavioral Activation Group Therapy in Public Mental Health Setting: A Pilot Investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 3, 297-301. Doi: 10.1037/0735-7028.35.3.297
- Queiroz, M. A. M., & Vandenberghe, L. (2006). Psychotherapy in the treatment of fibromialgia: Interweaving FAP and ACT. En H. J. Guilhardi & N. Aguiare. (Eds.). *Sobre Comportamento e Cognição*. (pp. 238-248). Santo André: ESETEC.
- Regis, D., & Zoéga, M. (2018). Análise do processo terapêutico em grupo para pessoas com Transtorno Bipolar. *Acta Comportamental*, 26(4), 487-503.
- Ruiz, J.J., López, G., Ruiz, I., Andújar, P., Trillo, Roldán, G., ...& González, G. (2017). *Terapia de Aceptación y Compromiso de Grupo*. Jaén: Lulú Editores.
- Ruiz Sánchez, J.J., & Ruiz Miñarro, I. (2018). *Psicoterapia Analítica Funcional de grupo*. Almería: Editorial Universidad de Almería.
- Santandreu, M., Torrents, L., Roquero, R., & Iborra, A. (2014). Violencia de género y autoestima: efectividad de una intervención grupal. *Apuntes de Psicología*, 32(1), 57-63.
- Santos, A., Matos, M. & Machado, A. (2017). Effectiveness of a Group Intervention Program for Female Victims of Intimate Partner Violence. *Small Group Research*, 48(1), 34-61. Doi: 10.1177/1046496416675226.
- Trujillo, A., Feixas, G. Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J.C...& Evans, C. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457-1466. Doi: 10.2147/2FNDT.S103079.
- Tsai, M., & Reed, R. (2012). Working in vivo with clients sense of unlovability. *International Journal of Behavioral Consultation and therapy*, 7(2-3), 147-150. Doi:10.1037/h0100950.
- Tutty, L.M., Babins-Wagner, R. & Rothery, M.A. (2017). Women in IPV Treatment for Abusers and Women in IPV Survivor Groups: Different or Two Sides of the Same Coin?. *Journal of Family Violence*, 32, 787-797. Doi: 10.1007/s10896-017-9927-2
- Valero, L., & Ferro, F (2015). *Psicoterapia Analítica Funcional. El análisis Funcional en la sesión clínica*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Valero, L., & Ferro, F (2018). *Tratando con...Psicoterapia Analítica Funcional*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Vandenberghe, L. (2009). A Functional Analytic Approach to Group Psychotherapy. *The Behavior Analyst Today*, 10, 71-82.
- Vandenberghe, L., & Ferro, C.L.B. (2005). Functional Analytic Psychotherapy enhanced group therapy as therapeutic approach for chronic pain: possibilities and perspectives. *Psicología: Teoría e Práctica*, 7(1), 137-151.
- Vandenberghe, L., Ferro, C. B. L., & Cruz, A. C. (2003). FAP-enhanced group therapy for chronic pain. *The Behavior Analyst Today*, 4, 369-375.
- Vandenberghe, L., & Rego Leite, U. (2018). Functional Analytic Group Therapy (FAGT) for Depression: a Pilot Study. *The Psychological Record*. 68(2), 231-238. Doi: 10.1007/s40732-018-0288-x
- Velasco, A.P., & Hernández E. (2016). Deserción al tratamiento en psicoterapia de mujeres víctimas de violencia de género. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 33, 27-36. Recuperado el 2 de mayo de 2019 de: <http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/177>
- Walker, L.E.A. (1979). *The battered woman*. New York: Harper Perennial.
- Walker, L.E.A., (1994). *Abused Women and Survivor Therapy: A practical guide for the psychotherapist*. Washington: American Psychological Association.
- Walker, L.E.A., (2012). *El síndrome de la mujer maltratada*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.