



Evaluación del “Programa de habilidades psicosociales básicas para el empoderamiento de mujeres víctimas de violencia de género”: aproximación mediante un estudio mixto

Evaluation of the “Basic psychosocial skills program for the empowerment of women victims of gender-based violence”: An approach through a mixed methods study

Carla López Jarillo¹, Vanessa Sánchez Martínez², Eva Ojeda Rodríguez³,
Valentina Vivas Rodríguez⁴

1. Unidad de Neonatología, Hospital Doctor Peset, Valencia, España.

2. Departamento de Enfermería. Universitat de València. Valencia, España.

3. Jefatura de Servicio de Salud Mental del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Lliria. Valencia, España.

4. Colaboradora de la Comisión de Sensibilización de la Violencia de Género del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Lliria. Valencia, España.

Contacto: Carla López Jarillo, carlalopezjarillo@gmail.com

Fecha de recepción: 10 de octubre de 2023 / Fecha de aceptación: 8 de noviembre de 2023

Resumen

Introducción: La presente investigación evalúa el Programa de Habilidades Psicosociales Básicas enfocado a mujeres víctimas de violencia de género, explorando el impacto que la participación en este grupo psicoeducativo ha supuesto para sus participantes. Se han llevado a cabo tres ediciones de cuatro unidades temáticas en las que se trabajan conceptos como sororidad o empoderamiento a través de dinámicas grupales.

Objetivos: Describir las valoraciones de las participantes sobre el Programa de Habilidades Psicosociales Básicas, así como explorar el impacto que ha causado en sus vidas.

Metodología: Se ha utilizado una metodología mixta con un diseño incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC) con el grupo de discusión como método central, donde participaron once mujeres; de esta muestra se obtuvieron tres voluntarias para entrevistas semiestructuradas. Además, se ha empleado un cuestionario de satisfacción y la escala de autoestima Rosenberg, acompañado de una escala visual analógica como técnicas cuantitativas. Los datos se han volcado a una tabla Microsoft Excel. Se establecieron cinco temas mediante un análisis deductivo e inductivo y, posteriormente, se extrajeron múltiples citas. Se realizó un segundo análisis deductivo para la elaboración de diez subtemas y códigos descriptivos.

Resultados: Los instrumentos cuantitativos sugieren una correlación positiva entre la participación en el taller y el aumento de autoestima de sus participantes; los índices de satisfacción reflejan puntuaciones muy elevadas. Los instrumentos cualitativos muestran una mejora significativa de las áreas trabajadas, destacando la adquisición de nuevas metas y proyectos, la mejora del autocuidado o la modificación de la red social próxima mediante la creación de nuevas relaciones, entre otras.

Conclusión: Se constata la utilidad y gran relevancia que la participación ha conllevado para la rutina diaria de sus participantes, por lo que se recomienda su implementación como programa de prevención, así como su adaptación y aplicación a otros colectivos.

Palabras violencia de género, autoestima, grupo psicoeducativo, satisfacción.

Abstract

Introduction: This research evaluates the Basic Psychosocial Skills Program focused on women victims of Gender Violence, exploring the impact that participation in this psychoeducational program has had on its participants. Three editions have been carried out, consisting of four thematic units in which concepts such as Sorority or Empowerment are worked on through group dynamics.

Main objectives: Describe the evaluations of the participants about the Basic Psychosocial Skills Program, as well as explore the impact it has made on their lives.

Methodology: A mixed methodology has been used with a Dominant Model Concurrent Embedded Design (DIAC) with the focus group as the central method in which eleven women participated; from this sample, three volunteers were obtained to conduct semi-structured interviews. In addition, a Satisfaction Questionnaire and the Rosenberg Self-Esteem Scale, accompanied by a visual analogue scale as quantitative techniques. The data were entered into a Microsoft Excel table. Through a deductive and inductive analysis, five themes were established; after that, multiple quotations were extracted. A second deductive analysis was carried out for the elaboration of ten sub-themes and descriptive codes.

Results: The quantitative instruments suggest a positive correlation between participation in the Program and increased self-esteem of the participants, the satisfaction indices in turn reflect very high scores. The qualitative instruments show a significant improvement in the areas worked on, highlighting the acquisition of new goals and projects, the improvement of self-care and the modification of the close social network through the creation of new relationships, among others.

Conclusion: The usefulness and great relevance that participation in the program has had for the daily routine of its participants is confirmed, and its implementation as a prevention program is recommended, as well as its adaptation and application to other groups.

Keywords: gender-based violence, self-esteem, psychoeducational group, satisfaction.

Introducción

La violencia de género (VG) afecta a las esferas psicosocial, sanitaria, política, económica y jurídica de la persona sobre la que se ejerce, así como a su red social y resto de la población, siendo su erradicación uno de los objetivos perseguidos a nivel internacional. Este tipo de violencia es una de las representaciones más esclarecedoras de desigualdad, directamente ligada a las relaciones de poder establecidas que fomentan la subordinación de un género frente al otro¹.

La VG ha sido históricamente invisibilizada y no reconocida, hecho que cambió a partir de 1979 durante la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, donde se admite por primera vez la existencia de una violencia ejercida por el hombre hacia la mujer por el hecho de serlo, denominada discriminación contra la mujer. Este hecho permite crear en 1992 el comité CEDAW², encargado de velar por la igualdad y no discriminación, siendo en 1993 cuando la ONU define por primera vez el término “violencia de género”³. Tras reconocerse a nivel internacional en 1995 durante la Conferencia de Beijing, se establecen 12 esferas que representan los principales inconvenientes para el progreso de la mujer, abriendo el debate de la necesaria reestructuración social, basada en el concepto de género⁴.

Estos cambios internacionales permiten su reconocimiento como violencia específica, así como el

desarrollo de políticas nacionales enfocadas a la lucha contra la VG. En España, en 2004, se redacta la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, siendo reconocida como el mayor símbolo de desigualdad social⁵.

Durante el siglo XX se desarrollan numerosas teorías sobre las posibles causas de este tipo de violencia. Las primeras se basan en el análisis de los factores individuales; sin embargo, son rechazadas, ya que no reconocen la influencia del entorno ni su posible multicausalidad⁶.

Por otro lado, nacen distintos paradigmas que tienen como punto en común la influencia del género en la salud. Hablan de cómo a través de la socialización primaria y secundaria, propias de cada sociedad, se establecen modelos de conducta e ideales que generan estructuras de poder y jerarquías de un género frente a otro, surgiendo así los roles de género, es decir, aquello que se espera de lo considerado femenino o masculino. Estas desigualdades creadas influyen directamente en la morbimortalidad y estilos de vida adoptados por cada sociedad. Una de las principales teorías que explica este hecho es el sistema sujeto-sexo-género, que habla de cómo el sujeto es una mezcla de su socialización, su sexo biológico y sus experiencias⁷.

En la actualidad, dentro de sus diversas clasificaciones, destaca la relacionada con la naturaleza de sus actos, siendo sus formas principales la violencia física, sexual, económica y psicológica⁸. Su principal

característica es ser cíclica y progresiva y estar compuesta por tres fases: acumulación de tensión, agresión o explosión de la violencia, y luna de miel o reconciliación⁹.

Las actuaciones en contra de la VG se agrupan en sensibilización, prevención, como dar información a la población, formación a profesionales o establecer medidas de acción positiva¹⁰ y, una vez establecida la violencia, estas se dirigen al trabajo sobre sus consecuencias a través de intervenciones grupales, entre otras. Dentro de dichas intervenciones encontramos los grupos psicoeducativos¹¹, como el programa analizado en el presente artículo.

Son escasos los estudios que analizan la efectividad de las medidas aplicadas a través de la valoración de las propias personas afectadas, por ello, este estudio tuvo dos objetivos principales: describir las valoraciones de las participantes sobre el programa y explorar el impacto del mismo en las vidas de las mujeres participantes.

Metodología

Diseño

Estudio mixto donde se aplica el diseño DIAC¹², con un grupo de discusión como método central, que junto a tres entrevistas semiestructuradas representan la metodología cualitativa; un cuestionario de satisfacción y la escala de autoestima Rosenberg acompañada de una escala visual analógica como técnicas cuantitativas.

Descripción del programa

En la tabla 1 se recopila la información principal del taller evaluado (tabla 1).

Participantes y ámbito de estudio

El Programa de Habilidades Psicosociales Básicas fue diseñado para la participación de mujeres atendidas por el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Lliria de Valencia, España, por los servicios sociosanitarios tanto de atención primaria como especializada, siendo el perfil atendido personas usuarias del Servicio de Salud Mental, supervivientes de VG mayores de 18 años.

La población a estudio fue participantes del programa mencionado, un total de 29 mujeres, sobre las que se realizó un muestreo de conveniencia, obteniendo una participación de 11 (37.93 %), de las cuales ocho fueron atendidas en la Unidad de Salud Mental, dos son profesionales del departamento y una es usuaria de una vivienda tutelada, todas residentes del área de salud atendida por el departamento citado. Se aplicaron dos criterios de inclusión: voluntariedad y participación en cualquiera de las tres ediciones. No se establecieron criterios de exclusión.

La captación la realizaron las dos creadoras del programa mediante correo electrónico o contacto telefónico. Antes de comenzar la primera sesión, se entregaron dos documentos a cada participante: un consentimiento informado y un compromiso de confidencialidad, en los que se informaba, entre otros datos, del objetivo y metodología del estudio, así como de la previsión de un uso posterior de los resultados obtenidos. Por otro lado, este estudio ha sido autorizado por la Comisión de Violencia de Género del Departamento de Salud en cuestión, así como por su equipo directivo.

Recogida de datos

La primera sesión se realizó el 12 de noviembre de 2021 en el Centro Socioeducativo Díaz Pintado de Burjassot, Valencia, lugar conocido por las participantes, estando presentes una moderadora y tres observadoras. Cada participante cumplimentó los dos instrumentos cuantitativos. A continuación, se llevó a cabo el grupo de discusión, adoptando una disposición circular para favorecer el contacto visual. Para preservar el anonimato y facilitar el posterior análisis, se repartieron rectángulos de distinto color, colocándolo en un sitio visible del cuerpo. Al finalizar, se solicitó su participación en entrevistas individuales, obteniendo una muestra de tres personas que rellenaron sus datos personales básicos y de contacto en una ficha modelo. Las dos primeras entrevistas se realizaron en el mismo centro, para la tercera se reservó un aula de la Universidad de Valencia. Ambos métodos cualitativos contaban con guiones temáticos, diseñados y discutidos con anterioridad; además, las sesiones fueron grabadas en audio. El grupo de discusión duró una hora y media. Las entrevistas duraron entre 40 minutos y una hora, las dos primeras se realizaron el 9 de febrero de 2022, la tercera el 11 de marzo del mismo año.

Taller de habilidades psicosociales básicas para el empoderamiento de las mujeres	
Descripción	Intervención grupal llevada a cabo mediante dinámicas creativas, expresivas y lúdicas que pretende apoyar y acompañar a mujeres que precisan asistencia para la prevención de la violencia de género u otras discriminaciones por razón de género, bajo la pretensión de que, mediante el aprendizaje de distintas formas de expresión, colectivización de experiencias y evaluación de los resultados, puedan aumentar su autoconocimiento, conocer las posibilidades de obrar de forma autónoma y tener la experiencia de relacionarse con otras mujeres e integrarse de manera participativa en la dinámica grupal con actitudes solidarias, tolerantes y libre de inhibiciones y prejuicios.
Unidades temáticas	<p>Cada sesión se inicia con un calentamiento físico, sensorial y activo que permite la ubicación en el aquí y el ahora. Por otro lado, finalizan mediante el debate del concepto propuesto a través de técnicas como lluvia de ideas, reflexión, preguntas y ejercicios escritos.</p> <p>UNIDAD 1: CONFIANZA Y SORORIDAD</p> <p>Las dinámicas de esta unidad se centraron en el análisis del término "confianza personal y colectiva", el entendimiento de las acusas de la desconfianza y sus consecuencias, identificación del término sororidad, reconocimiento de la autoridad de cada persona sin establecer jerarquías y debates sobre el término misoginia a fin de reconocerla en la práctica y en distintas expresiones sociales e incluso personales.</p> <p>UNIDAD 2: EMPODERAMIENTO Y AUTOESTIMA</p> <p>En esta unidad se desarrollaron dinámicas centradas en identificar las nociones de poder o la ausencia del mismo, conocimiento de las propias fortalezas y modificación de hábitos personales nocivos a fin de integrarlos en la vida cotidiana, fortalecimiento de las propias capacidades y autonomía, provisión de recursos intangibles como la habilidad de reflexión y análisis de las propias recurrencias expresivas y la distinción de formas alternativas del ejercicio de poder de las mujeres.</p> <p>UNIDAD 3: ASERTIVIDAD Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN</p> <p>La unidad 3 se centró en la identificación del término asertividad mediante el análisis de los tres estilos básicos de la conducta interpersonal, experimentar situaciones de comunicación con conductas asertivas mediante el uso de técnicas como el role-playing y el aprendizaje de la palabra "no" sin culpa.</p> <p>UNIDAD 4: RESILIENCIA</p> <p>Durante el desarrollo de la última unidad, se determinó el proceso y dificultades para afrontar de manera resiliente las posibles y distintas experiencias dolosas, se destacaron y potenciaron las propias capacidades de ser resiliente, se identificaron factores protectores de la salud física y mental y se fomentaron la introspección, reflexión y sentido crítico como parte de las estrategias de la resiliencia.</p>
Facilitadoras	<p>Valentina Vivas Rodríguez: Grado en Igualdad de Género; Máster Universitario en Investigación Aplicada en Estudios Feministas, de Género y Ciudadanía; Técnica en Animación Sociocultural, con formación en Dinamizadora de Asociaciones de Mujeres y Violencia sexual como arma de guerra. Trabajo Psicosocial con mujeres víctimas de violencia sexual.</p> <p>Eva Ojeda Rodríguez: Licenciada en Medicina y Cirugía y especialista en Psiquiatría; Doctorado en la Universidad de Valencia en el área de Género, Subjetividad, Conocimiento y Cultura. Diploma en Salud Mental en Situaciones de Violencia Política y Catástrofes.</p>
Participantes	10 a 30 mujeres atendidas en el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Liria, supervivientes de violencia de género y mayores de 18 años.
Duración	20 horas repartidas en 8 sesiones de 2 h 30 min un día a la semana.

Tabla 1. Descripción del programa

Análisis de datos

Se realizó una transcripción literal y análisis de contenido de la información obtenida del grupo de discusión y entrevistas. Del primero, se tomaron notas acerca de la información no verbal captada, a fin de limitar la pérdida de información. Para su codifica-

ción se utilizó el mismo código de colores que en la sesión. Para las entrevistas se utilizó el identificador E1, E2 y E3, en relación al orden en el que se realizaron. Posteriormente, con el soporte del programa Microsoft Excel se desglosó la información principal en distintos temas, subtemas, códigos y citas.

En cuanto a la metodología cuantitativa, cada cuestionario administrado se identificó con su inicial (R: Rosenberg, S: Satisfacción), seguido de un número del uno al once, acorde al número de participantes. Los números del identificador no guardan relación entre sí, es decir, R1 no se correlaciona con S1. La información se registró en el programa Microsoft Excel para su posterior análisis.

Ética

El estudio se realizó de acuerdo a los principios básicos de protección de derechos y dignidad del ser humano como consta en la Declaración de Helsinki¹³. En todo momento se respetó la dignidad, autonomía, voluntariedad, privacidad y confidencialidad de las participantes, respetando la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Cada paso ha sido consensuado entre las personas implicadas, guardando siempre una actitud respetuosa, empática y cercana, clave durante el desarrollo del presente trabajo.

Resultados

Metodología cuantitativa

La escala Rosenberg indica la existencia de una alta autoestima en un 63.34 % de las encuestadas (7 de 11), estableciéndose la puntuación de las 4 personas restantes entre los 20 y 24 puntos, bastante próxima al punto de corte estipulado en la metodología. Entre las cuestiones que abarca la escala, son la tres (“creo que tengo varias cualidades buenas”) y la cinco (“creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí”) las que han obtenido mejores valoraciones

por el conjunto de mujeres. Dicha escala no cuenta con un punto de corte que clasifique los resultados como autoestima alta o baja, por lo que se interpretó según los parámetros de un estudio con población clínica¹⁴, donde la categoría mujeres marca el punto de corte en 25.27, dada la similitud de la muestra.

Los hallazgos acerca de la escala EVA, quedan reflejados en el Gráfico 1. Se relaciona la modificación de la autoestima con la participación en el taller, 10 de las 11 participantes (91 %) afirman que su autoestima se ha modificado en sentido positivo a raíz de su participación en la intervención. El eje vertical o de ordenadas indica el número de personas y el horizontal o de abscisas la puntuación total obtenida tras el recuento.

En relación al cuestionario de satisfacción, 9 de las 11 participantes otorgan una puntuación igual o mayor a 48 puntos de un máximo de 55. El ítem número siete (“interés de las facilitadoras por las participantes”) ha sido el mejor valorado, mientras que la puntuación más reducida es la obtenida en el ítem once (“ayuda para estudiar las necesidades espirituales”). Lo más significativo en relación con los resultados del presente cuestionario es que la totalidad de las calificaciones de cada ítem individual se sitúan en un rango entre la puntuación media de la escala de medición (tres) y su puntuación máxima (cinco), por lo que se estima una alta satisfacción con el programa.

Metodología cualitativa

Se emplearon los 5 bloques que componían el guion de las entrevistas como temas principales de los métodos cualitativos; los cuatro primeros corresponden a

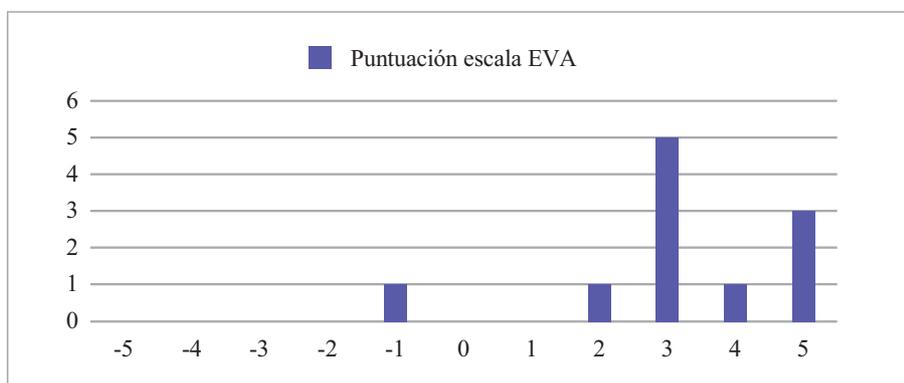


Gráfico 1. Puntuación obtenida en la escala EVA

las unidades temáticas del programa analizado, añadiendo un quinto a fin de recopilar toda la información resultante. Tras un profundo análisis de las citas extraídas, se aplicó el método deductivo para constituir 10 subtemas y 27 códigos (ver tablas 2 y 3).

Sororidad

Dentro del subtema “relación establecida con otras mujeres”, las entrevistadas destacaron haber reforzado la importancia de no juzgar así como la identificación con historias de vida similares.

E3: *Creo que el taller ayuda más que medicamento, porque tomas una pastilla, te encierras, te vas a comer el coco y nada, pero salir y hacer actividades con un grupo, ayuda mucho (...) Antes yo no caminaba, me ayudó una compañera, ahora andar me ayuda mucho (...) a mí me ayuda mucho traba-*

jar dentro de grupo que tomar una pastilla y llorar en casa, o encerrarme.

También se habían modificado sus redes de apoyo, mediante su ampliación o mayor valoración de la ya establecida, juzgando de forma más positiva el apoyo de las personas cercanas.

Azul oscuro: Muchas veces no te das cuenta de que a tu alrededor hay gente que te quiere muchísimo y que te ayudan, que te apoyan y, no sé, tú estás ¿no? Tú estás en tu círculo y estás encerrada y no ves más, y cuando abres un poquito te das cuenta de que hay gente que te puede ayudar, que te quiere ayudar y que lo puedes hacer.

En relación a los estereotipos, destacaron un mayor conocimiento sobre éstos, así como la mayor conciencia de la existencia de una violencia cultural.

TEMA	SUBTEMA	CÓDIGO
CONFIANZA Y SORORIDAD	Relación con otras mujeres	No juzgar
		Identificación con historias de vida similares
		Transmisión de valores a hijos a cargo
	Estereotipos	Mayor conciencia
		Violencia cultural
	Red de apoyo-amistades	Valoración de red social
		Ampliación de red social
Falta de red social		
EMPODERAMIENTO Y AUTOESTIMA	Autocuidado	Actividades
		Cuidado personal
	Metas y proyectos	Formación
		Cambios en vida personal
	Herramientas de control conductual y emocional	
ASERTIVIDAD Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN		Mayor respeto
		Expresión de sentimientos
		Decir no
RESILIENCIA	Salud física y emocional	Mayor seguridad
		Mayor independencia
		Priorizarse
	Afrontamiento	Capacidad de adaptación
		Aumento de la valoración personal
	Reducción del temor a las adversidades	
OPINIÓN SOBRE EL TALLER	Otras aplicaciones	Mayor accesibilidad
		Protocolo en centros laborales y educativos
		Hacer de facilitadoras/captadoras
	Tiempo y contenido	Mayor duración y seguimiento
		Aprendizaje
	Área que más ha impactado	

Tabla 2. Temas, subtemas y códigos

Tem a Subtema	Definición
Confianza y sororidad	Información relacionada con las modificaciones en las relaciones interpersonales a raíz de la participación en el programa, apoyo mutuo y el reconocimiento de prácticas y expresiones discriminatorias que dificultan las relaciones igualitarias entre los géneros.
Relación con otras mujeres	Conocer y aceptar distintas realidades
Estereotipos	Idea preconcebida
Red de apoyo-amistades	Estructuras sociales de soporte
Empoderamiento y autoestima	Empoderamiento: Relación entre fortalezas individuales y capacidades, sistemas naturales de ayuda y conductas proactivas con asuntos del cambio y política social.
	Autoestima: Sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo construido mediante la evaluación de las propias características.
Autocuidado	Capacidad de conservar el bienestar propio, tanto físico como psicológico.
Metas y proyectos	Objetivos cumplidos o planteados para su futuro desarrollo
Herramientas de control conductual y emocional	Modificación de hábitos y costumbres, potenciando los favorecedores de una estabilidad y crecimiento personal
Asertividad y habilidades de comunicación	Estrategia de comunicación basada en la expresión de opiniones propias e intereses de forma libre.
Resiliencia	Capacidad para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas y ser transformadas.
Salud física y emocional	Manejo responsable de sentimientos, pensamientos y conductas
Afrontamiento	Actitud que se toma en relación con las experiencias presentes o próximas.
Opinión sobre el taller	Comprender si las características del programa han sido las adecuadas.
Otras aplicaciones	Colectivos que podrían beneficiarse del contenido del programa
Tiempo y contenido	Duración y aspectos del programa

Tabla 3. Definición temas y subtemas

Naranja: *Entrenar la mirada, mirar de otra manera, la vida, las situaciones, los anuncios si son sexistas o no, las músicas, los reggaetones, las letras, tal, o sea ya, ya salimos con una conciencia, somos capaces de detectar cosas que antes no nos habían llamado la atención porque nos han enseñado en el taller a poner la mirada en cierta manera ¿no?, a tener esa mirada y eso lo vamos trabajando poco a poco y lo vamos integrando en nuestro día a día.*

Empoderamiento y autoestima

Las participantes afirmaron invertir mayor tiempo en su autocuidado mediante la práctica de distintas actividades como, por ejemplo, realizando mayor actividad física o formándose en inteligencia emocional.

Morado: *A mí me encanta la inteligencia emocional, fue una puerta para coger ese camino, para conocerme a mí misma, para: “voy a permitirme conocerme a mí, para después, saber lo que quiero”. Es como... requisito indispensable.*

Muchas de las participantes habían establecido metas, como sacarse el carnet de conducir o realizar distintos talleres de formación. A su vez, habían implementado una gran variedad de cambios en su rutina, entre estos se encontraban volver a salir a la calle de noche, separarse, encontrar empleo o bajar de peso. Por último, destacaron la respiración como herramienta de control emocional.

Rosa: *Yo he aprendido la respiración, me ha venido de lujo, ya no me dan los ataques de que me caía al suelo, ahora los controlo.*

Asertividad y habilidades de comunicación

A partir del uso de una comunicación más asertiva tanto en la vida personal como en la profesional, las participantes en el programa verbalizaron sentir un mayor respeto y aceptación.

E3: *Me respetan más. Me aceptan más y me respetan mucho (...) Antes me sentía como no puedo hablar, no puedo decir eso, igual si digo eso no sé*

qué, echarme tanta culpa a mí, pues ahora ya no, me respetan mucho.

Resiliencia

Las mujeres describieron gozar de una mayor salud física y principalmente emocional tras el aprendizaje de distintas herramientas teórico-prácticas, destacando de forma mayoritaria aprender a priorizarse, saliendo de su rol como madre, hija o pareja, para dedicarse a sí mismas, aumentando a su vez su autovaloración.

E2: Creo que es lo más revolucionario, el hecho de que nos invitaran a cuidarnos, a tratarnos bien, a vernos, a dedicarnos tiempo, a ponernos por delante de las cosas, eso para mí me ha cambiado muchísimo, porque eso lo tenía muy olvidado y hace un poco como que estaba diluida en una situación, un problema y es como que yo me había perdido y es cuando empecé a venir al taller (...) Es como que te ves, que te encuentras, que eres tú, es un espacio donde soy yo, me estoy encontrando a mí y soy yo, no soy la madre, no soy la hija, no soy la que tiene una relación de pareja horrible, o sea, soy yo, te empiezas a ver, te hacen que te vean.

Rojo: (...) A mí me han ayudado, me he sentido otra persona, me he levantado que estaba muy hundida que no veía luz, y ahora veo luz, ahora veo sol, ahora ya no me hace llorar (...)

Opinión sobre el taller

Para finalizar, las participantes manifestaron que el taller debería tener una mayor accesibilidad y enfocarse a otros colectivos de mujeres, incidiendo en la prevención de la VG en la población adolescente.

Dentro de todo lo aprendido a nivel individual y grupal, destaca el marcar límites mediante una comunicación asertiva y la importancia de establecer relaciones equitativas.

Discusión

El análisis de contenido de los métodos cualitativos, así como la sistematización de resultados de los instrumentos cuantitativos, indica la existencia de una percepción positiva por parte de las participantes en los resultados personales obtenidos en las distintas

áreas trabajadas durante el Programa de Habilidades Psicosociales Básicas.

Los resultados del cuestionario de satisfacción muestran la adecuada estructuración del programa, así como la preparación e implicación de las profesionales que lo han llevado a cabo. En el año 2015 el Gobierno de Madrid realizó una Macroencuesta de Violencia contra la Mujer, que mostró que el principal reclamo por las mujeres víctimas de VG es la ayuda psicológica, a fin de potenciar su autoestima, empoderamiento y autocuidado, directamente relacionadas con su proceso de recuperación¹⁵.

Por otro lado, los resultados de la escala de Rosenberg sugieren un aumento en la autoestima de las participantes a raíz de su participación en el taller. La investigación de Hernández Mella *et al.*¹⁶, que explora el autoconcepto de mujeres pertenecientes a poblaciones vulnerables a través del análisis de talleres lúdico-creativos centrados en encuentros afectivo-participativos (EAP), refleja que dichos encuentros lograron la mejora de su autoestima gracias a la reconexión con su esfera emocional a través del reencuentro consigo mismas, fomentado por el grupal, por lo que se considera que la intervención psicosocial favorece la modificación de actitudes y conductas saludables, la reparación del autoconcepto y mejora de la autopercepción, el reconocimiento de potencialidades y limitaciones y la conexión con experiencias significativas, reconstruyendo y transformando la historia personal individual. Por último, destaca la importancia de la estrategia grupal como modalidad de intervención, ya que favorece el apoyo mutuo y la sororidad.

De la información obtenida mediante los métodos cualitativos, destaca la importancia que las participantes otorgan a los encuentros grupales, constatando el impacto producido, generador de un cambio real en su rutina diaria. El trabajo mediante grupos psicoeducativos crea sinergias que no resultan de la terapia individual, por lo que dichas técnicas deberían darse de forma complementaria, favoreciendo la expresión de experiencias y aumentando la socialización, tal y como respalda el estudio llevado a cabo por Liranzo Soto *et al.*¹⁷ con mujeres víctimas de abuso psicológico, quienes participaron en distintos talleres de intervención clínicos y psicoeducativos grupales (TICPSI) donde se les instruyó en técnicas cognitivo-conductuales y psicodramáticas para fomentar su empoderamiento, asertividad y afrontamiento. Sus

resultados respaldan los obtenidos en el presente estudio, ya que determinan que las técnicas empleadas a través de talleres grupales facilitan la liberación personal y expresión emocional, favoreciendo una comunicación asertiva y satisfactoria, gracias a la creación de sentimientos de pertenencia.

A pesar de haber realizado una búsqueda de documentación, no se han encontrado más estudios que evalúen la eficacia de grupos psicoeducativos dirigidos a mujeres víctimas de VG, hecho que resalta la importancia de la continuidad del programa en cuestión. Por el contrario, sí se han encontrado numerosas evaluaciones de programas dirigidos a población adolescente o a la rehabilitación de hombres maltratadores, cuya muestra y resultados no corresponde con el Programa de Habilidades Psicosociales Básicas, por lo que no era pertinente su inclusión en la presente discusión de resultados.

La principal limitación reside en que sus tres ediciones ya se habían llevado a cabo anteriormente al comienzo de la presente investigación, por lo tanto, no fue posible la aplicación de un pretest que permitiera comparar el punto de partida de la muestra en las distintas áreas antes de su participación con los resultados tras su finalización.

Por otro lado, el uso de mascarilla durante la aplicación de la metodología cualitativa debido a la actual pandemia por COVID-19 supuso una dificultad añadida en algunos momentos de la narrativa, así como durante la presentación, por lo que existe una pérdida discreta de parte de la información no verbal al no poder visualizar con claridad las expresiones faciales. A fin de reducir la influencia de este hecho, se establecieron estrategias para mejorar la confiabilidad de los datos, a través de la toma de notas por parte de un segundo miembro del equipo.

Conclusiones

Los resultados de este estudio reflejan una valoración positiva de las participantes sobre el Programa de Habilidades Psicosociales Básicas. Destacan el papel llevado a cabo por las organizadoras, así como la calidad de información y formación proporcionada durante las sesiones. A pesar de no poder confirmar la efectividad de la intervención por métodos cuantitativos, dada la ausencia de información en forma de pretest de la situación individual de cada mujer participante, sí describieron en la rama cualitativa del

estudio un aumento de la autoestima, empoderamiento y resiliencia, así como la generación de un cambio relacional a través del uso de una comunicación asertiva.

Se hace necesario continuar realizando intervenciones capaces de establecer cambios reales, con una mayor dotación de personal y otros recursos, ampliando así la posibilidad de participación. La implementación de programas de estas características en otros ámbitos podría fomentar la creación de una red comunitaria enfocada a la mejora de la salud psicosocial de la mujer, donde los beneficios de la misma serían exponenciales. Para finalizar, destacar que proporcionar formación específica en género a enfermeras tanto especialistas en salud mental como de cualquier otro ámbito de intervención daría pie a poder emplear las técnicas aprendidas en futuros grupos de mujeres creados desde las distintas unidades de atención.

Bibliografía

1. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. La violencia contra la mujer [Internet]. [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/definicion/home.htm>
2. Ministerio de Igualdad. Contexto - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Internet]. [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/marcolInternacional/ambitoInternacional/ONU/Contexto/home.htm>
3. OMS. Violencia contra la mujer [Internet]. 2014 [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
4. ONU. Conferencias mundiales sobre la mujer [Internet]. [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
5. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. [Internet]. Jefatura del Estado, 2004. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/definicion/pdf/LEY_ORGANICA_1_2004contraviolencia.pdf
6. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Estudio sobre el tiempo que tardan las mujeres víctimas de violencia de género en verbalizar su situación [Internet]. 2017 [citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2019/pdfs/Estudio_Tiempo_Denuncia4.pdf
7. Velasco Arias S. Sexos, género y salud. Teorías y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid: Minerva Ediciones; 2009.
8. Escrivá Agüir V, Fons Martínez J. Guía de ayuda contra la violencia de género [Internet]. Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat; 2011 [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: http://www.sp.san.gva.es/biblioteca/publicacion_dgsp.jsp?cod_pub_ran=98811
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género: Comisión

- contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2007 [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
10. Federación Española de Municipios y Provincias. Guía para Sensibilizar y Prevenir desde las Entidades Locales la Violencia contra las Mujeres [Internet]. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Área de Igualdad; 2007 [citado 2 de mayo de 2022]. Disponible en: http://femp.femp.es/files/566-185-archivo/Guia%20para%20sensibilizar%20y%20prevenir%20desde%20las%20entidades%20locales%20la%20violencia%20contra%20las%20mujeres_%20vers.espa%C3%B1ol.pdf
 11. Castelló M., Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM. Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales en Atención Primaria de Salud [Internet]. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària; 2016 [citado 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Atencion-personas-malestar-emocional.pdf>
 12. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2008. 610-675 p. Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf
 13. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-2194. doi:10.1001/jama.2013.281053.
 14. Morejón AJV, García-Bóveda RJ, Jiménez RVM. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. [Internet] 2004;22 (2):247-55. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28098338_Escala_de_autoestima_de_Rosenberg_Fiabilidad_y_validez_en_poblacion_clinica_espanola.
 15. de Miguel V. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer [Internet]. 2015 [citado 8 de mayo de 2022]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/coleccion/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
 16. Mella R, Soto P, Castillo P. Las diosas sometidas: Encuentros afectivos-participativos y sus efectos en el self. (Tercera parte). *Cienc Soc*. 2015;40(1):133-70.
 17. Soto P, Lanfranco J, Pérez L. Me transformo: efectos de los talleres psicoeducativos y clínicos en mujeres víctimas de abuso psicológico en República Dominicana. *Cienc Soc*. 2018;43(1):51-72.