

# **Intervención para Reducir la Disociación en Mujeres Víctimas de Violencia Sexual y Dependencia al Alcohol en España**

Autor: María Ramona Medrano

E-mail: [ramedpsicoterapia@gmail.com](mailto:ramedpsicoterapia@gmail.com)

## **Resumen.**

Enfocándose en la violencia sexual en España, este estudio abordó la disociación resultante de la violencia sexual y el consumo de alcohol en mujeres. Se implementó un programa de intervención en 30 mujeres de 25-30 años, víctimas de violencia sexual y diagnosticadas con disociación además de dependencia al alcohol. El grupo se dividió en experimental y control. El objetivo era demostrar la eficacia de un programa de intervención para la reducción de la disociación minimizando este y su relación con el consumo de alcohol. Los resultados revelaron mejoras significativas en el grupo experimental, respaldando la eficacia del programa.

**Palabras clave:** Violencia sexual, trauma, disociación, alcohol, mujeres, España.

## **Abstract.**

Focusing on sexual violence in Spain, this study addressed the dissociation resulting from sexual violence and alcohol consumption in women. An intervention program was implemented with 30 women aged 25-30, who were victims of sexual violence and diagnosed with dissociation as well as alcohol dependence. The group was divided into experimental and control. The aim was to demonstrate the effectiveness of an intervention program for reducing dissociation by minimizing its relationship with alcohol consumption. Results revealed significant improvements in the experimental group, supporting the effectiveness of the program.

**Keywords:** Sexual violence, trauma, dissociation, alcohol, women, Spain.

## ÍNDICE

1. Introducción .....	pág 4
1.1 Violencia y tipos de violencia.....	pág 4-5
1.2 Causas y consecuencias de la violencia sexual .....	pág 5-7
1.3 Disociación como respuesta .....	pág 7
1.4 Disociación y consumo de alcohol.....	pág 8-9
1.5 Técnicas utilizadas para la disociación y el consumo de alcohol.....	pág 9-11
1.6 Objetivos e hipótesis.....	pág 12
2. Método.....	pág 13
2.1 Participantes.....	pág 13
2.2 Variables.....	pág 14
2.3 Diseño.....	pág 14
2.4 Materiales, instrumentos y herramientas.....	pág 15
2.5 Procedimiento.....	pág 16-19
2.6 Programa de intervención.....	pág 20
3. Resultados .....	pág 21
4. Conclusiones.....	pág 21-22
5. Bibliografía.....	pág 23-24
6. Anexos .....	pág 25

# 1. INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo versará sobre un programa de intervención de creación propia basado en los principios básicos de la psicoterapia sensoriomotriz para reducir la disociación en mujeres víctimas de violencia sexual que han sido diagnosticadas con este trastorno de disociación y además muestran un consumo de alcohol en España.

## 1.1 Violencia y tipos de violencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como la aplicación intencionada de la fuerza física o el ejercicio de poder, ya sea en forma de amenaza o de manera efectiva, dirigida hacia uno mismo, otra persona, o un conjunto social, con la consecuencia o la alta probabilidad de ocasionar lesiones, fallecimiento, perjuicios psicológicos, alteraciones en el desarrollo o privaciones (OMS, 2023).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) distingue una serie de tipos de violencia como se muestra en la siguiente figura:

<b>Tipo de Violencia</b>	<b>Definición</b>
Violencia de género	Todo acto de violencia basado en el género, que cause o tenga la probabilidad de causar, daño físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo amenazas, coerción o privación arbitraria de libertad.
Violencia Doméstica	Patrones abusivos empleados por un miembro de una relación para ejercer control sobre el otro, abarcando violencia física, emocional, económica o sexual.
Violencia Sexual	Cualquier acto sexual no consensuado, intento de obtenerlo, comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas, o la exposición a material sexual no deseado.
Violencia Infantil	Todas las manifestaciones de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, negligencia o descuido, explotación comercial u otra, que resulten o tengan la posibilidad de causar perjuicio a la salud, desarrollo o dignidad del niño.
Violencia Étnica	Violencia dirigida hacia un individuo o colectivo debido a su identidad étnica, que puede abarcar discriminación, hostigamiento, persecución y violencia física.

Violencia de Conflictos	Violencia que se desarrolla en situaciones de conflictos armados, involucrando tácticas como la violencia sexual, desplazamiento forzado y otras violaciones a los derechos humanos.
-------------------------	--

**Figura 1.1.:** Adaptado de "Tipos de Violencia según la ONU, 2022".

Examinando los seis principales tipos de violencia señalados por la ONU, la de género se destaca como una de las más graves, dentro de la cual se encuentra la violencia sexual, el contexto principal de este estudio. Siguiendo la definición proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), este tipo de violencia se define como cualquier acto o intento de acción sexual, u otra conducta dirigida hacia la sexualidad de una persona, llevada a cabo mediante coerción por parte de otra persona, sin considerar la relación con la víctima, y en cualquier contexto (OMS, 2023).

Otras fuentes, como el Ministerio de Sanidad y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2019), ofrecen datos adicionales sobre la violencia sexual en España. Según estos informes, un 3,4% (703,925 mujeres) ha experimentado violencia sexual durante la infancia, antes de cumplir los 15 años. La Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2019 también aporta información sobre la violencia sexual dirigida a mujeres mayores de 16 años, revelando que un 6,5% (1,322,052 mujeres) ha sido víctima de violencia sexual en España.

## 1.2 Causas y consecuencias de la violencia sexual.

Las causas de la violencia sexual hacia la mujer son muchas y variadas, su origen es multifacético, abarcando aspectos socioculturales, económicos y psicológicos entre otros. Autores como Heise (1998) ponen el foco de la causa en las normas culturales que perpetúan la desigualdad. García-Moreno et al., (2005) destacan que este desequilibrio en las relaciones de poder y el deseo de controlar a las mujeres estaría detrás. Otro motivo puede ser la conservación de estereotipos de género que objetivan a las mujeres (Burt, 1980).

Cabe considerar que en el contexto de la recopilación de datos sobre violencia sexual, enfrentamos el desafío de clasificar los incidentes en dos grupos: los que se denuncian y los que no. Esta distinción crea dificultades en la recopilación de información. Los incidentes que se denuncian pueden ser observados indirectamente, mientras que los que no se denuncian, denominados "datos ocultos" o "cifra negra" en la jerga de la epidemiología y criminología, representan una parte desconocida y subestimada de la violencia sexual (Redondo y Garrido, 2013).

La violencia sexual provoca diversas formas de daño, en este cuadro se pueden observar los más significativos:

Violencia sexual:	Consecuencias:
Daño físico:	Daños corporales, tales como magulladuras, cortaduras o fracturas, pueden tener lugar en el transcurso de una agresión sexual.
Daño psicológico, trauma:	Las personas afectadas pueden desarrollar trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad, depresión, miedo, insomnio y otros trastornos de salud mental como la disociación. En ocasiones, aquellos que han sufrido violencia sexual pueden experimentar ideaciones suicidas o llevar a cabo conductas autolesivas.
Daño conductual: Trastornos alimenticios:	Los trastornos alimenticios, como la anorexia o la bulimia, pueden manifestarse como consecuencia del trauma.
Consumo de sustancias:	Algunas personas afectadas recurren al abuso de sustancias, como el alcohol o drogas, como una forma de afrontar el trauma.
Estigmatización y discriminación:	Las personas que han sufrido violencia sexual pueden enfrentar estigmatización y discriminación, lo que complica la capacidad de denunciar el incidente y buscar apoyo.
Problemas financieros:	Las repercusiones de la violencia sexual pueden generar dificultades económicas a causa de gastos médicos, la pérdida de empleo u otros desafíos.

**Figura 1.2** : Cuadro de elaboración propia “consecuencias violencia sexual” referencia OMS .

A menudo, las lesiones físicas sanan rápidamente, mientras que el impacto psicológico perdura un largo periodo del tiempo, incluso toda la vida, generando un considerable desafío para la salud mental de la población que lo sufre. Las mujeres que han sobrevivido a violencia sexual tienen un mayor riesgo de desarrollar resultados negativos en la salud

mental en comparación con individuos expuestos a otros tipos de trauma (Elklit y Christiansen, 2013; Nickerson et al., 2013; Tiihonen Möller et al., 2014).

### 1.3 Disociación como respuesta.

Vamos a focalizarnos en el concepto de disociación entre todas las repercusiones psicológicas mencionadas previamente. Según el DSM-5-TR (APA, 2022), la disociación implica una alteración en las funciones que normalmente están unificadas como un conjunto, impactando aspectos como la conciencia, la memoria, la identidad, el pensamiento, la percepción, las emociones, la sensación corporal, el control motor o el comportamiento, lo que afecta el funcionamiento del individuo. En muchas ocasiones, para hacer frente a la disociación causada por la violencia sexual, la víctima recurre al consumo de diversas sustancias como medicamentos, alcohol u otras drogas. Eso puede verse reflejado en el siguiente cuadro del ministerio de sanidad donde se recogen algunas de las principales sustancias que tienen mayor prevalencia en el consumo:

*Consumo de sustancias (medicamentos, alcohol o drogas) para afrontar los episodios de la violencia de la pareja (N=frecuencia muestral, %=porcentaje)*

	Pareja actual % sobre mujeres que han sufrido VFSEM de la pareja actual (N=592)		Parejas pasadas % sobre mujeres que han sufrido de parejas pasadas VFSEM (N=1953)		Cualquier pareja % sobre mujeres que han sufrido violencia física o sexual de alguna pareja actual o pasada (N=1362)			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Medicamentos	72	12,1	438	22,4	503	21,0	381	28,0
Alcohol	6	1,1	104	5,3	106	4,4	91	6,7
Drogas	6	1,0	55	2,8	58	2,4	51	3,7
Nada (excluyente)	512	86,6	1432	73,3	1807	75,5	909	66,8
N.C.(excluyente)	0	0,0	4	0,2	4	0,2	4	0,3

*Pregunta de respuesta múltiple  
M1P12/M2P12 ¿Para afrontar algunos de estos incidentes, tomó UD. medicamentos, alcohol o drogas?*

**Figura 1.3** : Referencia del Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2023). Informe sobre Violencia de Género y Consumo de Sustancias Psicoactivas en España. Madrid, España: Editorial del Ministerio de Sanidad.

### 1.4 Disociación y consumo de alcohol.

Es evidente que numerosos estudios confirman la relación entre las secuelas de un trauma y el consumo de sustancias. Las experiencias traumáticas están asociadas con problemas significativos de salud mental en la edad adulta, incluyendo síntomas

disociativos y trastornos por uso de sustancias, especialmente trastornos por consumo de alcohol (Lotzin et al., 2016).

Grundmann et al. (2018) en su estudio encontraron que el 36.2% de los participantes que consumen alcohol habían experimentado abuso físico o sexual. Además, Lown et al. (2011) observaron que el abuso sexual, en particular, es más prevalente en mujeres que sufren de abuso de alcohol. Dada la disociación como variable de nuestro trabajo y el consumo de alcohol como una consecuencia conductual derivada de diversas repercusiones, se ha evidenciado una conexión significativa y bidireccional entre disociación y consumo de alcohol como consecuencia del trauma de la violencia sexual.

El trauma infligido a las víctimas suele ser altamente impactante, llevándolas a recurrir al uso de sustancias como el alcohol como mecanismo para hacer frente a la agresión. Investigaciones diversas señalan una mayor probabilidad de consumo de sustancias en mujeres jóvenes que han experimentado violencia sexual (Howard y Wang, 2003; Kreiter et al., 1999; Silverman, Raj, Mucci y Hathaway, 2001).

A parte de esto, las sustancias también juegan un papel en la propia agresión, según el Ministerio de Sanidad (2023) el 13,7% de las mujeres que han experimentado violencia sexual informa que las han forzado a tener relaciones sexuales cuando estaban bajo los efectos del alcohol o las drogas.

Desafortunadamente, en muchas de estas situaciones, el uso de alcohol no solo actúa potenciando la consecuencia del trauma, sino que también actúa como factor de riesgo aumentando la posibilidad de que la agresión previa ocurra siendo su ingesta un factor clave teniendo un impacto en aspectos de la sexualidad, como las conductas sexuales de riesgo (CSR) y el uso de sustancias como facilitadoras del asalto sexual (Scott-Ham & Burton, 2005).

Es innegable que las sustancias, especialmente el alcohol, desempeñan un papel significativo en la dinámica de la situación ya que pueden actuar tanto como un agravante, exacerbando sus efectos negativos, como una forma de paliar las consecuencias, ya que las personas afectadas pueden recurrir a ellas en un intento de mitigar el sufrimiento experimentado. Aunque el consumo de alcohol puede proporcionar un alivio temporal, es importante reconocer que en algunos casos puede contribuir a empeorar la situación en lugar de mejorarla, lo que subraya la complejidad de esta problemática.

Existen numerosos estudios científicos que confirman la relación entre las secuelas del trauma y el consumo de sustancias como factor desencadenante de la violencia sexual. En España, en mujeres mayores de 16 años, el 5,5% de las afectadas recurrieron al alcohol como estrategia de afrontamiento (Ministerio de Sanidad y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2023).

Consumo de sustancias como consecuencia de la violencia sexual fuera de la pareja a lo largo de la vida (N=frecuencia muestral, %=porcentaje)

	N	% sobre mujeres que han sufrido violencia sexual fuera de la pareja (N=620)	N	% sobre el total de mujeres que han sufrido una violación de fuera de la pareja (N=213)
Sí, medicamentos	49	7,9	35	16,5
Sí, alcohol	34	5,5	26	12,2
Sí, drogas	18	2,8	16	7,4
No, nada (excluyente)	539	86,9	155	73,1
N.C.(excluyente)	3	0,4	1	0,3

*Pregunta de respuesta múltiple*

*M3P2o ¿Para afrontar algunos de estos incidentes de tipo sexual, tomó UD. medicamentos, alcohol o drogas?*

**Figura 1.4 :** Consumo de sustancias como consecuencia de la violencia sexual fuera de la pareja a lo largo de la vida (Ministerio de Sanidad, 2023).

Por lo tanto, siguiendo lo expuesto anteriormente, podemos observar como la relación entre estos factores puede representarse como un ciclo vicioso: de hecho, el consumo de sustancias por parte de las mujeres puede aumentar el riesgo de ser víctimas de abuso, mientras que el uso de alcohol puede actuar como una especie de estrategia de afrontamiento para enfrentar esas experiencias (Kilkpatrick et al., 1997; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013b).

De manera adicional, la conexión entre la violencia sexual, el trauma que surge de esta, su consecuente disociación y el abuso de alcohol puede manifestarse como un ciclo pernicioso, ya que dicho consumo puede ser considerado como una estrategia para hacer frente a la situación, y al mismo tiempo, el uso de alcohol constituir un factor de riesgo que contribuye a experimentar maltrato de manera más frecuente y grave (Simonelli, Pasquali y De Palo, 2014).

### 1.5 Técnicas utilizadas para la disociación y el consumo de alcohol.

En el presente trabajo se hace hincapié en la relación bidireccional entre la disociación y el uso de alcohol. En psicología para tratar la disociación contamos con numerosos recursos siendo las terapias de tercera generación unas de las que más éxito demuestran. Una de estas técnicas es el EMDR (Saphiro, 1989) siendo el acrónimo en inglés de *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Esta técnica implica mantener la atención en dos aspectos simultáneos: la estimulación bilateral y la imagen perturbadora. Desde los primeros días de desarrollo de la técnica, se ha señalado que esta estimulación bilateral puede ser de naturaleza visual, auditiva o kinestésica. Uno de los primeros estudios que abordó este tema fueron Cocco y Sharpe (1993).



La efectividad del EMDR ha sido evidenciada en diversas investigaciones que han aplicado el protocolo estándar (Shapiro, 1995) como en el estudio llevado a cabo por Lazrove y Fine (1996), quienes emplearon su forma auditiva para recuperar recuerdos utilizando un protocolo específico para pacientes con disociación.

Asimismo, en pacientes con trastornos por abuso de alcohol, se ha observado que la adición de dos sesiones de EMDR al tratamiento estándar conduce a una reducción significativa en el deseo compulsivo de consumo, según lo reportado por Hase, Schallmayer y Sack (2008) mostrando que estos beneficios se mantienen incluso después de un mes de seguimiento.

Siguiendo con las terapias de tercera generación, se destacan en particular la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), desarrollada por Linehan (1993) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), creada por Hayes, Strosahl y Wilson (1999), con contribuciones posteriores de Wilson y Luciano (2002).

Estas terapias ofrecen enfoques innovadores para el tratamiento de una variedad de trastornos mentales y emocionales, utilizando estrategias basadas en la aceptación, la comprensión dialéctica y el compromiso con el cambio conductual.

Otra de las técnicas más efectivas es el *Mindfulness* siendo esta la habilidad de "*prestar atención de una manera determinada: de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar*" según lo que se entiende por *Mindfulness* por el autor Kabat-Zinn (1994). Este constructo teórico, que se origina en las tradiciones orientales, especialmente en el budismo, ha sido adaptado recientemente a la cultura y la ciencia occidentales (Simón, 2011).

La práctica del *mindfulness* implica desarrollar una actitud hacia las emociones que implica observarlas sin juzgar, con apertura y curiosidad. De hecho, el *mindfulness* se considera una forma de autoobservación adaptativa, en contraposición a la autoobservación rumiadora o no adaptativa (cebolla y Miró, 2006).

Esta técnica no solo puede ser beneficiosa para la disociación, sino que también ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de una variedad de problemas psicológicos. Por ejemplo, la investigación de Fiorillo y Fruzzetti (2015) explora la eficacia de esta terapia junto a la dialéctica para sobrevivientes de trauma.

Además, estudios como el de Khoury et al. (2013) han encontrado evidencia que respalda la efectividad de la terapia basada en *mindfulness* para reducir los problemas psicológicos. Además, el *mindfulness* ha demostrado ser útil en el tratamiento del abuso de alcohol.

Un estudio de Kamboj, Irez, Serfaty, Thomas, Das y Freeman (2017) encontró que un breve entrenamiento de *mindfulness* puede reducir significativamente el consumo de alcohol en bebedores de riesgo, incluso con un estímulo mínimo para utilizar esta estrategia fuera del contexto experimental.

Otra de las terapias es la psicoterapia sensoriomotriz. Esta fue desarrollada por Pat Ogden, quien recibió formación en psicoterapias humanistas y experienciales en la década de los 70.

Pat Ogden y Janina Fisher proponen una perspectiva innovadora sobre la integración del trabajo corporal en las psicoterapias centradas en el diálogo verbal. Las autoras enfocan su contribución en la idea, compartida también por Hugo Bleichmar (2011) y otros, de que el cuerpo es un recurso subutilizado en la terapia psicológica.

Las experiencias de trauma y de apego inadecuado condicionan y restringen nuestra capacidad para adaptarnos y encontrar nuevos significados en el presente.

Además, algunas investigaciones como la de Cantero-Braojos et al., (2019) demuestran que esta investigación de un enfoque sensoriomotriz en intervenciones grupales puede reducir la intensidad del dolor crónico y mejorar los síntomas psicológicos en pacientes con fibromialgia, lo que conduce a una mejor calidad de vida

La terapia de psicoterapia sensoriomotriz resulta beneficiosa para mujeres que experimentan disociación, ya que, según Ogden, después del trauma, se produce una ruptura en la integración de los diferentes modelos de procesamiento. La elaboración narrativa del trauma es difícil de lograr, ya que los recuerdos del trauma no están codificados en la memoria autobiográfica o declarativa, y la activación fisiológica mantiene una sensación de amenaza persistente. La terapia sensoriomotriz según Ogden (2015) implica, además de las técnicas verbales de enfoque dinámico y cognitivo, intervenciones "ascendentes" que se centran directamente en las sensaciones físicas o en la emergencia de las experiencias somatosensoriales características de los traumas.

Dada la información detallada anteriormente y siguiendo las investigaciones y resultados de las técnicas expuestas, se ha considerado apropiado en este trabajo desarrollar un programa de intervención de creación propia basado en los principios básicos de la psicoterapia sensoriomotriz para la reducción de la disociación minimizando la propia disociación y su relación con el consumo de alcohol en el contexto de mujeres víctimas de violencia sexual en España.

La elección de este enfoque se justifica por la necesidad de ofrecer un apoyo más específico y efectivo a las mujeres que han experimentado violencia sexual y también enfrentan problemas de disociación y consumo de alcohol.

Es importante destacar que estas mujeres enfrentan desafíos únicos y a menudo carecen de recursos adecuados para abordar sus necesidades en los centros de tratamiento residencial. Por lo tanto, este programa se diseñará con actividades específicas para abordar estas necesidades con el fin de proporcionar un enfoque integral que considere la intersección de la violencia de género y las adicciones en mujeres.

## **1.6 Objetivos e hipótesis.**

#### Objetivo general:

Mejorar los niveles de disociación registrados en la prueba DES-II en las mujeres que participan en el programa, grupo experimental, con respecto a las mujeres que no participan, grupo control.

#### Objetivos específicos:

- Conseguir que las mujeres que forman parte del grupo experimental adquieran conocimientos y habilidades para comprender y gestionar las consecuencias psicológicas y emocionales relacionadas con el trauma de la violencia sexual y sus posteriores consecuencias a través de sesiones informativas y prácticas incluidas en el programa.
- Proporcionar al grupo experimental habilidades específicas no solo para el tiempo que duren las sesiones, sino también para su vida diaria una vez que el programa concluya. Estas habilidades les permitirán identificar y manejar de manera efectiva los episodios de disociación.

#### Hipótesis general:

Se postula que la aplicación del programa de reducción de la disociación en el grupo experimental resultará en una significativa disminución de los niveles de disociación respecto al grupo que no participa.

#### Hipótesis específicas:

- A través de sesiones informativas y prácticas dentro del programa, se espera que el grupo experimental muestre una mayor comprensión, conocimiento y manejo de las consecuencias psicológicas y emocionales asociadas al trauma de la violencia sexual en comparación con el grupo control.
- La implementación del programa de reducción de la disociación proporcionará al grupo experimental habilidades efectivas para identificar y gestionar los episodios de disociación, lo que resultará en una pronta identificación y posterior disminución significativa de los niveles de disociación en comparación con el grupo control.

## **2. MÉTODO**

## 2.1 Participantes

Para llevar a cabo esta investigación, se contará con una población objeto de estudio que constituirá una muestra final compuesta por 30 mujeres (N=30), todas ellas pertenecientes a la asociación *Espacio Ariadna*, siendo este un centro de servicio residencial en Barcelona diseñado para mujeres que se enfrentan a violencias y conjuntamente luchan contra las adicciones. Este espacio es el adecuado para este tipo de mujeres pues aborda de manera integral las necesidades detectadas en el tratamiento residencial, considerando la intersección de las problemáticas relacionadas con la violencia machista y las adicciones en las mujeres.

En el ámbito científico, se emplean dos enfoques de muestreo: uno aleatorio, que posibilita la participación de cualquier individuo, y otro no aleatorio, donde el investigador determina los criterios para la selección de la muestra. En este estudio, se optó por un método de muestreo no aleatorio.

Las participantes deberán de tener una serie de criterios; ser mujeres de edades comprendidas entre 25 y 30 años, víctimas de agresión sexual y diagnosticadas con disociación según los criterios del DSM-V además de estar en activo con un consumo de alcohol.

Para el proyecto se presentaron 50 mujeres participantes de manera voluntaria. Sin embargo, debido a los descartes en el proceso de selección donde se aplicaron criterios específicos tanto de inclusión como de exclusión, finalmente, se redujo la muestra a 30 mujeres (N=30) para la realización del estudio.

A continuación se citan dichos criterios:

### *Criterios de inclusión:*

- Mujeres que cumplen las características de selección de muestra.
- Las participantes además deberán firmar de manera voluntaria el consentimiento informado.

### *Criterios de exclusión:*

- Mujeres que sufran cualquier tipo de trastorno físico, psicológico o psiquiátrico que pueda interferir tanto en el programa como en los resultados.
- Mujeres que se encuentren bajo un tratamiento farmacológico en ese momento.
- Mujeres que estén en activo consumiendo una sustancia adictiva que no sea el alcohol.

## 2.2 Variables

En este estudio se explorará la relación entre una variable independiente (VI), representada por un programa de reducción de la disociación y una variable dependiente (VD), que corresponde a la disociación.

La VI consistirá en un programa diseñado para abordar la disociación en mujeres víctimas de violencia sexual, fundamentándose en los principios terapéuticos del programa de reducción de la disociación.

Por otro lado, la VD, la disociación, será medida y evaluada para comprender su evolución antes y después de la intervención en el futuro.

Este estudio aspira a contribuir al conocimiento y abordaje de la disociación en el contexto de la violencia sexual, proporcionando datos valiosos para la práctica clínica y la mejora del bienestar psicológico de las mujeres afectadas.

### **2.3 Diseño**

Se llevará a cabo un diseño experimental siendo este una metodología estadística que posibilita la identificación y medición de las causas de un efecto en un estudio experimental. En este tipo de diseño se manipulan intencionalmente una o más variables relacionadas con las causas para evaluar su impacto en otra variable de interés.

En nuestro trabajo contaremos con este diseño y con la manipulación de la variable independiente además de ser una variable cuantitativa.

Dentro del diseño incluye dos grupos, un grupo experimental participante en todas las sesiones del programa y uno grupo control pasivo en espera que quiere decir que no participará, pero una vez acabada la intervención se les dará la oportunidad por razones éticas de beneficiarse de los resultados.

La muestra inicial de 30 mujeres (N=30) será dividida de manera aleatoria, principal característica del diseño experimental, en dos grupos, cada uno con 15 participantes (N=15). Además se llevarán a cabo dos mediciones: una antes de la intervención, denominada pretest, y otra después, llamada postest. El pretest se realizará previamente al inicio de la intervención, mientras que el postest se realizará una vez finalizado el programa. Además, se recomendará realizar una tercera medición de seguimiento tres meses después para comprobar si los efectos del programa se mantienen en el tiempo.

### **2.4 Materiales, instrumentos o herramientas**

Los instrumentos utilizados en este estudio serán:

1. El consentimiento (ANEXO A) que han de cumplimentar las voluntarias para la participación en el experimento.
2. Se utilizará la Escala DES-II (Dissociative Experiences Scale), desarrollada por Bernstein y Putnam en 1986, en este caso siendo una adaptación al español para las voluntarias participantes en el estudio. Esta escala consta de 28 ítems, los cuales serán aprovechados en su totalidad, y utiliza una escala Likert de 1 al 5, donde 1 representa "nunca" y 5 "siempre", para evaluar la frecuencia de las respuestas. El coeficiente de consistencia interna, es el medido mediante el alfa de Cronbach, para el DES-II fue de 0.93, lo que indica una alta coherencia entre los ítems de la escala. Además, la fiabilidad de la prueba-reprueba fue de 0.87, lo que sugiere una consistencia en las respuestas a lo largo del tiempo. Esta escala se utilizará tanto como pretest como postest para ambos grupos, permitiendo así evaluar los niveles de disociación antes y después de la intervención.
3. Materiales tangibles: Libretas, libros, lápices, proyector, documentales, sillas, mesas y botellas de agua.  
Es probable que estos elementos sean necesarios para llevar a cabo una variedad de tareas, como tomar notas, realizar presentaciones, proporcionar asientos para los participantes y crear un entorno de trabajo cómodo y eficiente.
4. Recursos humanos: En primer lugar, se requerirá de un médico que probablemente estará presente para brindar atención en caso de que surja alguna emergencia relacionada con la salud física de los participantes.

También se contará con la participación de un psiquiatra, especializado en el diagnóstico, tratamiento y prevención de disociación.

Además se requerirá de dos trabajadoras sociales especializadas en violencia sexual, cuyo papel será coordinar recursos comunitarios y ayudar a las participantes a abordar cualquier desafío social o personal que puedan enfrentar.

Se contará con un equipo de tres psicólogas, una asignada a cada grupo de participantes y una tercera que hará de coordinadora. Estas profesionales estarán disponibles para brindar apoyo psicológico individualizado a las participantes, ayudarlas a abordar cualquier desafío emocional que puedan enfrentar durante el proyecto y facilitar el desarrollo de habilidades. La psicóloga coordinadora supervisará el trabajo de las otras psicólogas y garantizará una atención integral para todas las participantes.

Finalmente, se menciona que la directora del centro estará presente para garantizar que las participantes se sientan cómodas durante la realización del proyecto. Su presencia puede brindar una sensación de seguridad y confianza, así como también asegurar que el proyecto se lleve a cabo de manera adecuada y en un entorno favorable para las participantes.

## **2.5 Procedimiento**

Una vez obtenidos los permisos necesarios del Ministerio de Sanidad y del Ayuntamiento de Barcelona, nos dirigimos al centro Espacio Ariadna donde se llevarán a cabo las sesiones. Es fundamental resaltar que nuestro proyecto asegurará la obtención de todos los permisos esenciales, esto incluye tanto del centro como de las participantes, dado que estaremos trabajando con población vulnerable de mujeres que han experimentado violencia y están enfrentando problemas de adicción.

Para este trabajo se utilizará un programa de intervención de creación propia basado en los principios básicos de la psicoterapia sensoriomotriz para reducir la disociación que se implementará en mujeres.

Este programa de intervención tendrá una duración total de 10 sesiones, distribuidas a lo largo de 10 días con una cantidad total de 20 horas.

Cada sesión contará con una duración de 2 horas, excepto la primera y la última sesión, que se extenderán por un total de 4 horas cada una. Estas sesiones iniciales y finales se prolongarán debido a la aplicación del pretest y postest, es decir, la evaluación inicial y final del nivel de disociación de las participantes.

Por lo tanto, durante estas sesiones se dedicará más tiempo a la administración de los cuestionarios y a la recopilación de datos necesarios para la investigación. Las ocho sesiones intermedias mantendrán una duración estándar de 2 horas cada una, durante las cuales se llevarán a cabo las actividades y ejercicios planificados para el programa de intervención.

El primer día de nuestra investigación, nos dirigimos al centro *Espacio Ariadna*. Al llegar, nos recibió la directora, a quien nos presentamos como psicólogas, compartiendo con ella la esencia y objetivos de nuestro programa. Tras establecer un vínculo con el personal del centro y obtener su confirmación para colaborar, nos dirigimos a interactuar con las mujeres participantes en el estudio.

Inicialmente, se presentaron 50 mujeres voluntarias para participar (N=50). Sin embargo, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión y seleccionar la muestra, nos quedamos con 30 participantes (N=30).

Una vez que las participantes firmen el consentimiento informado, iniciaremos el proceso con una sesión introductoria en la que presentamos al equipo participante, explicamos las herramientas a utilizar y les presentamos el programa de intervención.

Además, en esa misma sesión inicial, las trabajadoras sociales elaborarán una actividad de presentación para cada grupo, fomentando la interacción y el vínculo entre las participantes.

Tras esto, la psiquiatra aplicará a todas las participantes un cuestionario inicial (pretest) (DES-II), destinado a evaluar el nivel de disociación en el grupo.

Es importante señalar que este pretest se aplica antes de dividir la muestra de manera aleatoria para evitar sesgos motivacionales en las respuestas del grupo experimental.

La aplicación de este test es crucial como línea de referencia pues, aunque las participantes ya estaban diagnosticadas con disociación, es necesario establecer una línea base para conocer sus puntuaciones iniciales.

Una vez finalizado el test y con la participación activa de todas las mujeres, procedimos a dividir las en grupos de manera aleatoria mediante el uso de un programa informático, estableciendo así el grupo experimental y el grupo control.

Durante la investigación, el grupo control pasivo en espera no participará en las sesiones del programa, mientras que el grupo experimental se involucrará activamente.

Finalmente, el equipo se despedirá del grupo control, dejando a las mujeres que forman parte de este grupo bajo el cuidado de una psicóloga que las acompañará durante todo el proceso y participará en sus actividades rutinarias.

En el segundo día de nuestro programa, las diferencias entre los grupos experimental y control se harán más evidentes. En el grupo experimental, la trabajadora social encargada les explicará la importancia de sentirse acompañadas durante todas las actividades del programa. Se resaltarán la dinámica de grupo y se enfatizará la importancia de avanzar juntas, asegurándose de que todas se beneficien del programa y nadie se quedará atrás.

Por otro lado, la psicóloga a cargo del grupo experimental explicará qué es la disociación y cómo pueden detectarla. Se proporcionará información detallada sobre los síntomas y los posibles desencadenantes de la disociación, así como estrategias para manejarla de manera efectiva. Se fomentará la autoconciencia y se alentará a las participantes a compartir sus experiencias y preocupaciones relacionadas con la disociación.

Este día se destinará a establecer una base sólida de comprensión y empatía entre las participantes, preparándolas para abordar el resto del programa con mayor conciencia y resiliencia.

En el tercer día del programa, se llevará a cabo el club de lectura, una actividad diseñada para enriquecer la perspectiva de las participantes y proporcionarles espacios de reflexión.

Durante esta sesión, se leerán fragmentos de obras seleccionadas cuidadosamente, como *"Las mujeres que aman demasiado"* y *"Mujeres que corren con lobos"*. Estas obras han sido elegidas por su relevancia y capacidad para generar conversaciones significativas sobre temas relacionados con la violencia de género, la autoestima y el empoderamiento femenino.

Además de la lectura de los fragmentos, se incluirá la visualización de documentales relevantes que complementen los temas abordados en las obras seleccionadas.

Se espera que estas actividades proporcionarán las experiencias culturales y literarias que no sólo fomentarán la introspección individual, sino también el diálogo y la conexión entre ellas.

El cuarto día del programa estará dedicado al abordaje del tema del alcohol.

Durante esta sesión, se llevará a cabo una actividad diseñada para explorar las consecuencias del consumo de alcohol en la vida de las participantes.

La actividad consistirá en una presentación interactiva dirigida por un médico que proporcionará información detallada sobre los efectos negativos del alcohol en la salud física, mental, emocional y social.

Además, se discutirán los efectos del alcohol en las relaciones interpersonales, la familia, el trabajo y otros aspectos de la vida cotidiana. También se fomentará la participación activa de las mujeres, animándolas a compartir sus propias experiencias y percepciones sobre el consumo de alcohol.

El objetivo de esta sesión es aumentar la conciencia sobre los riesgos y las consecuencias del consumo de alcohol, así como proporcionar a las participantes información y recursos para tomar decisiones más saludables en relación con su consumo de alcohol. Se espera que esta actividad contribuya a empoderar a las mujeres para que tomen control de su propia salud y bienestar, y promueva cambios positivos en sus hábitos de consumo de alcohol.



El quinto día se llevará a cabo una sesión enfocada en ayudar a las participantes a dejar el consumo de alcohol y evitar recaídas.

Durante esta sesión, se les proporcionarán estrategias prácticas para enfrentar situaciones desafiantes que podrían llevar a la recaída.

Además, se trabajará en la elaboración de un plan personalizado para manejar las tentaciones y mantenerse sobrias.

El objetivo principal es equiparlas con las herramientas necesarias para sobrellevar los desafíos y llevar un estilo de vida libre de alcohol.

El sexto día se llevará a cabo una sesión de meditación centrada en la práctica del paseo consciente.

Durante esta sesión, las participantes aprenderán a prestar atención plena a su entorno mientras caminan, enfocándose en sus sensaciones físicas, emociones y pensamientos presentes.

El objetivo es promover la relajación, la conexión con el momento presente y el bienestar emocional a través de esta práctica de meditación activa.

El séptimo día el programa estará basado en los principios básicos de la psicoterapia sensoriomotriz centrándose en comprender el funcionamiento del sistema nervioso y en aprender a interpretar las señales que nuestro cuerpo nos envía.

Esta sesión será impartida conjuntamente por la doctora y una de las psicólogas del equipo que proporcionarán información sobre cómo el sistema nervioso responde al estrés y al trauma.

El objetivo es aumentar la conciencia corporal y mejorar la capacidad de autorregulación emocional de las participantes.

El octavo día se centrará en explorar los recursos internos disponibles para retornar al momento presente y fomentar un estado de gratitud diaria.

Durante esta sesión, se identificarán y discutirán los recursos personales de cada participante, tales como fortalezas, habilidades, experiencias positivas y apoyos sociales.

Además, se introducirá una técnica de gratitud diaria, en la cual las participantes dedicarán un tiempo cada día para reflexionar sobre aquellas cosas por las que se sienten agradecidas en sus vidas. Esta práctica se ha demostrado que promueve emociones positivas, mejora el bienestar psicológico y fortalece la resiliencia frente a la adversidad.

El noveno día tanto el grupo experimental como el grupo control se vuelven a juntar y marca el regreso de ambos grupos para completar el posttest, utilizando nuevamente el cuestionario DES-II para evaluar el nivel de disociación en cada participante.

Esta sesión proporcionará una oportunidad para recopilar datos sobre cualquier cambio en el nivel de disociación que pueda haber ocurrido como resultado del programa de intervención.

Además de la evaluación, se reservará tiempo para que las participantes compartan sus experiencias y reflexionen sobre su progreso durante el programa.

El décimo día marca el cierre del programa con una sesión de despedida, donde todo el equipo se reunirá con las participantes.

Durante esta sesión, se brindará un espacio para aclarar cualquier duda que las participantes puedan tener y para compartir opiniones sobre la experiencia vivida durante el programa.

Además, se aprovechará la ocasión para entregar un diploma de participación a todas las mujeres que formaron parte del programa. Este diploma llevará impreso el nombre de cada participante y un título que reconozca su compromiso y dedicación. Este gesto de reconocimiento busca reforzar la autoestima y motivación de las mujeres, destacando su valentía y esfuerzo en el proceso de intervención.

## **2.6 Programa de intervención.**

A continuación se muestra un cronograma con base científica según el programa de intervención de creación propia basado en los principios básicos de la psicoterapia sensoriomotriz para la reducción de la disociación y su relación con el consumo de alcohol.

<b>Sesión</b>	<b>Tipo de actividad</b>	<b>Horas</b>
1ª sesión	Bienvenida. Test DES-II (pretest). División en dos grupos.	4 h
2ª sesión	Dinámicas de grupo.	2 h
3ª sesión	Club de lectura. Documental.	2 h
4ª sesión	Concienciación sobre el alcohol I.	2 h
5ª sesión	Concienciación sobre el alcohol II.	2h
6ª sesión	Paseo consciente.	2h
7ª sesión	Psicoterapia sensoriomotriz.	2h
8ª sesión	Gratitud diaria.	2h
9ª sesión	Evaluación. Test DES-II (postest).	2h
10ª sesión	Sesión de cierre. Agradecimientos. Entrega de diplomas.	4h

**Figura 1.5:** Cronograma de las actividades realizadas en el experimento. Adaptación propia.

### **3. RESULTADOS**

En el análisis de datos de este estudio, se empleó la prueba estadística conocida como T de Student, la cual es apropiada para comparar las medias de dos conjuntos de mediciones realizadas en las mismas unidades estadísticas.

En este caso, se utilizó para evaluar la influencia del programa de reducción de la disociación en la propia disociación de las participantes. Específicamente, se llevaron a cabo análisis de muestras relacionadas, que implican medir dos grupos en dos momentos distintos en el tiempo. En nuestro caso, estos momentos corresponden al período antes y después de la implementación del programa de intervención.

Inicialmente se observó que los grupos experimental y de control eran homogéneos y, tras llevar a cabo el pretest, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, con un valor de  $p < 0,05$ . Esto indica que ambos grupos partían del mismo punto antes de la intervención, lo que sugiere que eran comparables en términos de la variable medida.

Al finalizar el tratamiento, se administró nuevamente el post test utilizando el mismo cuestionario que en el pretest (DES-II) para evaluar la reducción de la disociación. En este punto, se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, con un valor de  $p > 0,05$ , lo que indica que los grupos se habían vuelto diferentes después de la intervención.

Los análisis se dividieron en intergrupo e intragrupo. El análisis intergrupo comparó cómo el tratamiento influyó en la mejora del grupo experimental en comparación con el grupo de control. Por otro lado, el análisis intragrupo evaluó la mejora dentro del mismo grupo experimental, revelando una mejora significativa en los niveles de disociación en este grupo a lo largo del tiempo.

Estos resultados respaldan la eficacia del programa de intervención en la reducción de la disociación en las participantes, destacando la importancia de la implementación de este tipo de programas en el abordaje de la disociación en mujeres víctimas de violencia sexual y con problemas de consumo de alcohol.

#### **4. CONCLUSIONES**

La presente discusión aborda las limitaciones del estudio, así como las áreas a las que se pueden extrapolar los resultados y las conclusiones obtenidas.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se destaca que de la muestra inicial de 50 usuarias voluntarias, 20 fueron descartadas debido a diversos motivos, como no cumplir con los criterios de inclusión o tener comorbilidades con otras patologías o sustancias. Sin embargo, estos descartes no afectaron significativamente a los resultados del estudio.

Se sugiere que las conclusiones obtenidas del presente trabajo pueden extrapolarse más allá de la violencia sexual, abarcando cualquier tipo de violencia, y no se limitan únicamente a mujeres, sino que también podrían aplicarse a hombres con disociación.

Además, se reconoce que al tratarse de un estudio transversal, los resultados podrían haber sido aún más robustos si se hubiera realizado un diseño longitudinal.

Los resultados obtenidos confirman la hipótesis inicial del estudio, demostrando la eficacia que muestra el programa de intervención de creación propia basado en los principios básicos de la psicoterapia sensoriomotriz para la reducción de la disociación.

Este programa mejora los niveles de disociación en mujeres víctimas de violencia sexual diagnosticadas con disociación y consumo de alcohol. Se observa una correlación positiva entre la disminución de la disociación y la participación en el programa de intervención.

En conclusión, el estudio sugiere que el programa de reducción de la disociación es altamente efectivo, no solo para abordar los síntomas de disociación, sino también para prevenir el abuso de alcohol y controlar conductas de riesgo asociadas. Esto lo convierte en una herramienta valiosa para promover el bienestar psicológico y la salud pública en mujeres vulnerables que han experimentado violencia sexual y enfrentan problemas de disociación y consumo de alcohol.

## **BIBLIOGRAFÍA**

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV*. Barcelona, España: Masson.

Burt, M. R. (1980). Cultural myths and supports for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38 (2), 217–230.

Cantero-Braojos MÁ, Cabrera-León A, López-González MA, & Saúl LA. (2019). Intervención grupal desde un enfoque sensoriomotriz para reducir la intensidad del dolor crónico. *Atención Primaria*, 51 (3), 162–171. doi: 10.1016/j.aprim.2017.07.006

Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6(1), 16–27.

Cocco, N., & Sharpe, L. (1993). An auditory variant of eye movement desensitization in a case of childhood post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 373–377. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7916\(93\)90062-2](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7916(93)90062-2)

Cuadro referencia del Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2023). *Informe sobre Violencia de Género y Consumo de Sustancias Psicoactivas en España*. Madrid, España: Editorial del Ministerio de Sanidad.

Fiorillo, D. R., & Fruzzetti, A. E. (2015). Dialectical Behavior Therapy for Trauma Survivors. In V. M. Follette.

García-Moreno, C., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2005).

Hase, M., Schallmayer, S., & Sack, M. (2008). EMDR reprocessing of the addiction memory: Pretreatment, posttreatment, and 1-month follow-up. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 170–179. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.170>

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: The Guilford Press.

*Journal of Clinical Forensic Medicine*. (2005). Toxicological findings in cases of alleged drug-facilitated sexual assault in the United Kingdom over a 3-year period, 12, 175–186. <https://doi.org/10.1016/j.jcfm.2005.03.009>

Kamboj, S. K., Irez, D., Serfaty, S., Thomas, E., Das, R. K., & Freeman, T. P.

Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, Chapleau MA, Paquin K, Hofmann SG. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763–771. doi: 10.1016/j.cpr.2013.05.005

Lazrove, S., & Fine, C. (1996). The use of EMDR in patients with dissociative identity disorder. *Dissociation*, 9(4), 289–299.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

Lotzin, A., Haupt, L., von Schönfels, J., Wingenfeld, K., & Schäfer, I. (2016). Profiles of Childhood Trauma in Patients with Alcohol Dependence and Their Associations with Addiction-Related Problems. *Alcohol and Alcoholism*, 40, 543–552.

Ogden, P., & Fisher, J. (2015). *Psicoterapia sensoriomotriz: Intervenciones para el trauma y el apego*.

Ogden P, Minton K, Pain C. (2009). *El trauma y el cuerpo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Redondo, S., & Garrido, V. (2013). *Principios de criminología*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Simonelli, A., Pasquali, C. E., & De Palo, F. (Year). Intimate partner violence and drug-addicted women: from explicative models to gender-oriented treatments. *Journal Name, Volume(Issue), Pages*.

Shapiro, F. (1989). Efficacy of the Eye Movement Desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (2), 199–223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.

Ultra-Brief Mindfulness Training Reduces Alcohol Consumption in At-Risk Drinkers: A Randomized Double-Blind Active-Controlled Experiment. *International Journal of Neuropsychopharmacology*,(2017). 20 (11), 936–947. doi: 10.1093/ijnp/pyx064

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

## **ANEXOS.**

### **ANEXO A**

#### **Consentimiento Informado**

Yo

---

declaro que he sido informada e invitada a participar en la investigación titulada *“Programa de intervención de creación propia basado en los principios básicos de la psicoterapia sensoriomotriz para la reducción de la disociación y su relación con el consumo de alcohol”*.

Este proyecto de investigación científica está respaldado y financiado por el Ministerio de Sanidad. Comprendo que el propósito de este estudio es detectar la presencia de disociación y el consumo de alcohol en mujeres que han experimentado violencia sexual y sé que mi participación se llevará a cabo en el Espacio Ariadna, en Barcelona.

El programa consistirá en seguir una serie de actividades diseñadas para este fin.

Se me ha explicado que toda la información recopilada será tratada de forma confidencial. Reconozco que los datos recopilados no serán proporcionados directamente a mí y que no recibiré ninguna compensación por participar en este estudio, pero entiendo que los resultados podrían tener un impacto positivo indirecto en la sociedad debido a la investigación en curso. Además, soy consciente de que tengo el derecho de negarme a participar o retirarme en cualquier momento durante el estudio, sin necesidad de dar explicaciones y sin sufrir consecuencias negativas.

Sí, acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia de este documento.

Firma de la participante:

Fecha: